

**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO**  
**CENTRO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO Y EDUCACION**  
**CONTINUA**  
**CEPEC**

**Tesis de Grado previo a la obtención del título de Magister  
en Gerencia de los Servicios de Salud.**

**TEMA**

**INCIDENCIA DE LA SUPERVISIÓN DEL PERSONAL DE  
SALUD EN LA EJECUCIÓN DE LAS CAMPAÑAS DE  
VACUNACIÓN A LA POBLACIÓN MATERNO-INFANTIL DEL  
CENTRO DE SALUD DE SAMBORONDON**

Integrantes:

Dra. Norma Aguirre Bajaña.

Obst. Gloria Santibáñez Castañeda

Director de Tesis:

Ing. Sixto Samaniego. Ms.

Babahoyo

## **I. DEDICATORIA**

A mis padres y hermanos, por el valioso apoyo que me brindaron en todo momento desde el inicio de mis estudios hasta la culminación de los mismos.

A mi esposo Alejandro que me impulsa a seguir adelante

A mi hija Wendy que es mi fuente de inspiración y espero servirle de ejemplo para su superación en la vida.

A mis amigos que siempre tuvieron una palabra de apoyo y compartimos momentos de confraternidad.

**Norma**

## **DEDICATORIA**

Este logro se lo dedico a Dios por darme esta oportunidad de superación

A mis padres que aunque no estén presentes, su recuerdo fortaleció mi espíritu

A mi hija Melany que es el amor de mi vida y la razón para seguir adelante

**Gloria**

## **II AGRADECIMIENTO**

Primeramente a Dios, por ser nuestro guía espiritual, quien nos dotó de entendimiento y fortaleza para la realización de esta tesis.

A la Universidad Técnica de Babahoyo por darnos la oportunidad de realizar esta Maestría.

Al Máster Sixto Samaniego Soto por su apoyo y asesoría de esta tesis

A todos los profesores que tuvimos durante el curso de nuestra maestría

Norma y Gloria

### **III CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS**

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**

**MASTER SIXTO SAMANIEGO SOTO**

**CERTIFICA QUE:**

Luego de haber cumplido con todas las asesorías de acuerdo al cronograma previsto para el efecto, el trabajo de investigación titulado **INCIDENCIA DE LA SUPERVISIÓN DEL PERSONAL DE SALUD EN LA EJECUCIÓN DE LAS CAMPAÑAS DE VACUNACIÓN A LA POBLACIÓN MATERNO-INFANTIL DEL CENTRO DE SALUD DE SAMBORONDÓN**, realizado por las maestrantes, Dra. Norma Aguirre Bajaña y Obst. Gloria Santibáñez Castañeda. Reúne todos los requisitos que se exige, por lo que está en condiciones de ser presentado, defendido y sustentado, observando las normas legales que para el efecto existen.

Msc. Sixto Samaniego Soto

Director de Tesis.

## IV TABLA DE CONTENIDOS (Índice)

I. Dedicatoria .....	1
II. Agradecimiento .....	3
III. Certificación del Director .....	4
1. Introducción .....	9
2. Idea o tema de investigación .....	11
3. Marco Contextual.....	12
4. Situación problemática.....	20
5. Planteamiento del problema .....	21
5.1. Problema General o Básico .....	21
5.2. Subproblemas o derivadas .....	21
6. Delimitación de la investigación .....	22
7. Justificación. ....	23
8. Objetivos de investigación .....	24
8.1. Objetivo General .....	24
8.2. Objetivos específicos .....	24
9. Marco teórico .....	25
9.1. Marco Conceptual.....	25
9.1.1. Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) .....	25
9.1.1.1. Objetivo del PAI .....	25
9.1.1.2. Características de las vacunas del PAI... ..	25
9.1.1.3. Funciones del personal de vacunación en campañas .....	26
9.1.1.4. Esquema de vacunación.....	28
9.1.1.4.1. Vacuna contra la tuberculosis (BCG).....	29
9.1.1.4.2. Vacuna anti poliomielítica oral .....	31
9.1.1.4.3. Vacuna SRP/SR .....	32
9.1.1.4.4. Vacuna HB.....	34
9.1.1.4.5. Vacuna anti amarilica.....	36
9.1.1.4.6. Vacuna pentavalente .....	36
9.1.2. Tasas de eventos atribuidos a la vacunación .....	38

9.1.3. Eficacia, Efectividad y Eficiencia de las vacunaciones .....	43
9.1.3.1. Eficacia .....	43
9.1.3.2. Efectividad .....	43
9.1.3.3. Eficacia .....	44
9.1.3.3.1. Análisis coste - efectividad.....	45
9.1.3.3.2. Análisis coste - beneficio.....	45
9.1.4. Estrategias de vacunación .....	46
9.1.4.1. Programación.....	46
9.1.5. Bioseguridad y vacunación segura .....	52
9.1.6. Supervisión .....	53
9.1.6.1. Monitoreo .....	56
9.1.6.2. Evaluación .....	57
9.1.6.3. Supervisión del recurso humano.....	59
9.1.7. Morbi- mortalidad. ....	65
9.2. Marco referencial .....	67
9.3. Postura teórica.....	71
10. Hipótesis.....	72
10.1. Hipótesis General o Básica.....	72
10.2. Subhipótesis o Derivadas. ....	72
11. Metodología de la investigación.....	75
11.1. Métodos .....	75
11.2. Población y muestra .....	76
11.3. Técnicas e instrumentos .....	77
11.4. Procesamiento de la información.....	78
12. Resultados obtenidos de la investigación .....	79
12.1. Pruebas estadísticas aplicadas.....	79
12.2. Análisis e interpretación de datos .....	81
12.3. Conclusiones y recomendaciones .....	104
13. Propuesta de aplicación de resultados .....	106
13.1. Alternativa obtenida .....	106
13.2. Alcance de la alternativa .....	106
13.3. Aspectos básicos de la alternativa .....	107

13.4. Resultados esperados de la alternativa .....	112
14. Bibliografía .....	118
15. Anexos .....	120



## LISTA DE CUADROS Y GRAFICOS

	Pág.
Encuesta al Equipo de salud del Centro de Salud .....	81
CUADRO 1 - GRAFICO 1 .....	81
CUADRO 2 - GRAFICO 2 .....	82
CUADRO 3 - GRAFICO 3 .....	83
CUADRO 4 - GRAFICO 4 .....	84
CUADRO 5 - GRAFICO 5 .....	85
CUADRO 6 - GRAFICO 6 .....	86
CUADRO 7 - GRAFICO 7 .....	87
CUADRO 8 - GRAFICO 8 .....	88
CUADRO 9 - GRAFICO 9 .....	89
CUADRO 10 - GRAFICO 10 .....	90
CUADRO 11 - GRAFICO 11 .....	91
CUADRO 12 - GRAFICO 12 .....	92
Encuesta a la población (materno – infantil) del programa de vacunación .....	93
CUADRO 1 - GRAFICO 1 .....	93
CUADRO 2 - GRAFICO 2 .....	94
CUADRO 3 - GRAFICO 3 .....	95
CUADRO 4 - GRAFICO 4 .....	96
CUADRO 5 - GRAFICO 5 .....	97
CUADRO 6 - GRAFICO 6 .....	98
CUADRO 7 - GRAFICO 7 .....	99
CUADRO 8 - GRAFICO 8 .....	100
CUADRO 9 - GRAFICO 9 .....	101
CUADRO 10 - GRAFICO 10 .....	102
CUADRO 11 - GRAFICO 11 .....	103

## 1. INTRODUCCION

Ha sido verdaderamente urgente abordar la realidad de la morbi-mortalidad de la población materno-infantil, el Programa PAI presenta grandes debilidades: suponen una baja cobertura, un alto costo, la no integración de la persona al programa y una falta de implicación de familias y comunidades.

Nosotros creemos en el trabajo comunitario como línea metodológica. Creemos que es fundamental trabajar con y en el medio de la población vulnerable, la familia y la comunidad. Esto supone una mayor implicación de ambos actores y una mayor cobertura de la atención. Ambas cosas permiten que la acción sea de mayor calidad y que sea sostenible en el tiempo.

De igual manera se basa en la educación familiar y en la responsabilidad de la comunidad en la garantía de los derechos de los niños, además de considerar la familia y la comunidad como el contexto real de desarrollo del niño. Esto muestra la clara diferencia con cualquier Centro de atención infantil.

Para lograr estas metas es necesario dar los siguientes pasos:

Garantizar los recursos que permitan continuar las estrategias establecidas. Los sectores financieros involucrados deben estar atentos a las posibles consecuencias adversas de interrumpir los programas de vacunación. El logro de mecanismos de financiamiento seguros para estos programas a escala nacional debe regirse por criterios de equidad.

Fortalecer la capacidad de gestión, el conocimiento de los objetivos de vacunación y el compromiso con estos objetivos a escala Nacional y local, de modo que los gerentes locales de los programas de inmunización

procedan a asignar recursos adecuadamente. Para garantizar el cumplimiento de las metas y mejorar la calidad del trabajo, la supervisión administrativa habitual se deberá presupuestar y poner en práctica en nuestro país.

Elaborar e implementar estrategias de información, educación y comunicación con miras a mejorar los conocimientos de la comunidad en cuanto a los beneficios de la vacunación, y a fomentar la demanda de tales servicios, especialmente por grupos de población en alto riesgo.

Fortalecer el diálogo con la comunidad internacional acerca del financiamiento de la vacunación, procurando crear nuevos mecanismos financieros para respaldar las iniciativas de alcance internacional. Por tratarse de un problema regional e internacional, con externalidades fronterizas importantes, es necesario subrayar que los programas de vacunación son un bien público y que requieren de insumos y medidas más allá de los límites y las jurisdicciones nacionales.

Lograr la sostenibilidad y el desarrollo de los planes nacionales de vacunación contra las enfermedades prevenibles mediante vacunas es una responsabilidad tanto de las autoridades sanitarias nacionales como de toda la comunidad.

## **2. IDEA O TEMA DE INVESTIGACION.**

Incidencia de la supervisión del personal de salud en la ejecución de las campañas de vacunación a la población materno-infantil del centro de salud de Samborondón, Provincia del Guayas, durante el segundo semestre del año 2010

### **3. MARCO CONTEXTUAL**

#### **3.1. ANTECEDENTES**

##### **3.1.1. CONTEXTO SOCIAL**

Ecuador es uno de los países de la región con mayores desigualdades en materia de salud. El Sistema de Salud del Ecuador se caracteriza por su segmentación. Como en otros países andinos de la zona, un sistema de seguridad social financiado por cotizaciones de los trabajadores del sector formal coexiste con sistemas privados para la población de mayor poder adquisitivo y con intervenciones de salud pública y redes asistenciales para los más pobres.

La estructura del sector salud en Ecuador, como se ha indicado, está claramente segmentada. Existen múltiples financiadores y proveedores: Ministerio de Salud, Seguro Social IESS, Organismos no Gubernamentales (ONG), etc.

Se atribuye cuatro roles al estado en salud:

- Rectoría,
- Promoción de la salud,
- Garantía de acceso equitativo a la atención y
- Provisión descentralizada de los servicios.

La red de servicios de salud dependiente del Ministerio de Salud Pública (MSP) se estructura de forma regionalizada con dos niveles de descentralización: el Provincial (Direcciones Provinciales de Salud) y cantonal (áreas de salud). Las áreas de salud no siempre coinciden con la delimitación del cantón.

El principal problema que tienen las redes de salud es la escasez de personal y su limitada capacidad de resolución en atención primaria y especializada de nivel cantonal y provincial.

Existen barreras económicas, culturales y geográficas que limitan el acceso a los servicios de salud y que afectan especialmente a la población pobre que vive en zonas rurales.

El MSP ha reconocido esta situación de crisis y están comprometidos en llevar adelante el proceso de reforma del sector a nivel central y hacer lo necesario a fin de apoyar el proceso de transferencia de funciones a los gobiernos locales. Existen leyes en las cuales se apoya la reforma del sector como:

- Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud;
- Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia;
- Ley de Medicamentos Genéricos de Uso Humano,
- Programa Nacional de Nutrición y alimentación, y la
- Ley de Descentralización y participación social.

Varias de estas leyes apoyan la descentralización del Sistema Nacional de Salud (SNS) en Sistemas Cantonales de Salud, la participación ciudadana y el aumento de la cobertura. No obstante, el nivel de aplicación de estas leyes es muy reducido debido a inestabilidad política que ha sufrido el país en los últimos años.

La Reforma en Salud es un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en las diferentes instancias y funciones del sector con el propósito de aumentar la equidad en sus prestaciones, la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus actuaciones, y con ello lograr la satisfacción de necesidades de salud de la población. Se trata de una fase intensificada de transformación de los Sistemas de Salud realizada

durante un período determinado de tiempo y a partir de coyunturas que la justifican y viabilizan.

En 1998 la OPS (Organización Panamericana de la Salud) redactó y sugirió unos lineamientos metodológicos para la preparación de los perfiles de los sistemas de servicios de la salud, en los países de la región, en sus componentes básicos: contexto político, económico y social; organización general, recursos y funciones; y, seguimiento y evaluación de las reformas.

En este último, se examinan las diferentes fases en los procesos de Reforma: génesis, diseño, negociación, ejecución y evaluación, identificándose además los actores principales del proceso tanto en la sociedad cuanto en el propio sector.

Los contenidos generales propuestos para pretender establecer estrategias de cambio dentro del proceso de Reforma del Sector Salud en los países de la región, y que son los que han sido considerados en diferente magnitud por nuestras naciones son:

- Marco Jurídico
- Derecho a los cuidados de la Salud y al aseguramiento.
- Aumento de la Cobertura.
- Función Rectora de los Ministerios de Salud.
- Separación de Funciones
- Descentralización.
- Participación y control Sociales.
- Financiamiento y Gasto
- Oferta de Servicios
- Modelos de Gestión
- Formación y Capacitación de los Recursos Humanos
- Calidad y Evaluación de Tecnologías

Con las políticas implantadas se han logrado adelantos importantes, fundamentalmente en el aspecto normativo y teórico, ya que los sistemas de salud de toda la región reconocen, de manera implícita y explícita el carácter universal del derecho a la Salud de toda la población. No obstante, las reformas adoptadas en este sentido no siempre han logrado en la práctica dar cobertura de salud a todos los habitantes.

Una rápida mirada al sector salud en el Ecuador en las últimas décadas, refleja una realidad bastante problemática y la presencia de limitantes en su accionar: Acceso inequitativo a los servicios, bajas coberturas y calidad de atención, modelo de atención curativo y Biologista, gestión centralizada y de bajas coberturas de atención, falta de una política integral de recursos humanos, inadecuada coordinación interinstitucional, paternalismo de instituciones públicas y privadas, alto costo de insumos y tecnologías, situación similar a la de otros países de la región, que sin embargo ha sufrido algunos cambios en los últimos años, cuando se empiezan a implementar acciones relacionadas con la reforma del sector salud, que inicia en la década de los 80.

Ha sido verdaderamente urgente abordar la realidad de la morbi-mortalidad de la población materno-infantil, el Programa PAI (programa ampliado de inmunizaciones) presenta grandes debilidades: suponen una baja cobertura, un alto costo, la no integración de la persona al programa y una falta de implicación de familias y comunidades.

Ecuador tiene un amplio programa de inmunización a nivel nacional, no obstante, hay margen para mejorar la cobertura entre niños pobres menores de cinco años que viven en áreas indígenas y rurales remotas. Aunque Ecuador ha logrado altos niveles de porcentaje de vacunación en la región, todavía hay niños de familias pobres viviendo en áreas rurales remotas con un porcentaje bajo de vacunación. En el 2008, la cobertura promedio estimada para niños menores de cinco para DPT (difteria,



tétano y tosferina) era de 95% a nivel nacional y de 90% entre niños pobres; para BCG era de 96% a nivel nacional pero solamente 90% entre niños pobres. En la última década, el Ministerio de Salud siguiendo las guías de la OMS (Organización Mundial de la Salud) y con apoyo técnico de UNICEF. Ha establecido provisiones organizacionales e institucionales para desarrollar campañas anuales de inmunización para poblaciones que viven en áreas rurales e indígenas para reducir la brecha con la población en general.

### **3.1.2. CONTEXTO INSTITUCIONAL.**

El Centro de Salud Samborondon, está ubicado en el Cantón del mismo nombre, en la Provincia del Guayas teniendo como Director al Dr. Kleber Bajaña Gómez.

El Centro de Salud de Samborondon, es una Unidad prestadora de Servicios de Salud perteneciente al MSP. Fue creado en 1986 por la Prefectura del Guayas con la categoría de Subcentro de salud. En 1994 fue elevado a la categoría de centro de salud. Su función básica, es la de Brindar Servicios de Salud Preventivo Promocional y de Recuperación, funciona como un Centro Referencial para los puestos de Salud bajo su jurisdicción que son 03 que en su conjunto conforman el Área #27

El centro de Salud, cuenta con 40 trabajadores, de los cuales 31 son profesionales (Médicos, Lic. Enfermera, Obstetras y Odontólogo, Lic. En Laboratorio clínico), 01 auxiliar de Enfermería, 02 Técnicos Asistenciales y 02 Técnicos Administrativos. 02 de Estadística. 02 de limpieza.

En lo que se refiere a su estructura, es de una sola planta, tiene varios departamentos: Dirección (1), Estadística (1), Financiero (1), Área de Vacunación (1), Consultorios (7), Laboratorio clínico (1), Sala de espera .

La cartera de Servicios que oferta el Centro de Salud Samborondon, como principales es la siguiente:

- Atención Prenatal
- Planificación Familiar
- Control de Crecimiento y Desarrollo del Niño
- Inmunizaciones a la población en general
- Consulta Médica no especializada
- Consulta y Tratamiento Odontológico
- Exámenes Básicos de Laboratorio
- Expendio y dispensación de Medicamentos Básicos.
- Actividades de Saneamiento Básico
- Atención de Emergencias
- Atención en Tópico

Los Servicios antes descritos, se brindan en el horario de 8.00 horas a 16.30 horas.

Los principales clientes del Centro de Salud son:

- Mujeres en edad fértil, gestantes y no gestantes
- Niños menores de 5 años

El organismo encargado del Control (Supervisión, Monitoreo y Evaluación) de las Actividades que se realizan en el Centro de Salud está a cargo de la Dirección provincial de Salud del Guayas.

Tiene una serie de servicios para beneficio de la comunidad Samborondeña, su parroquia y sus recintos, como:

### **ATENCIÓN AL NIÑO**

Consulta a niños.

Control de salud de niño sano

Control periódico de salud.

Cumplimiento del calendario de Vacunación.

Salud bucodental.

Detección precoz de minusvalías.

Educación para la salud en la Escuela.

### **ATENCIÓN A LA MUJER**

Planificación familiar.

Preparación al parto.

Control del embarazo normal.

Visita puerperal (post-parto)

Detección del cáncer ginecológico (mama, cérvix, endometrio).

### **PROGRAMA DE SALUD DE LA ADOLESCENTE**

- Control de salud
- Consulta de médico
- Control prenatal
- Control de puerperio
- Control de regulación de fecundidad
- Consejería en salud sexual y reproductiva
- Control ginecológico preventivo
- Educación grupal
- Consulta obstétrica
- Consulta ginecológica
- Intervención Psicosocial
- Consulta y/o consejería en salud mental
- Programa Nacional de Alimentación Complementaria

### **ATENCIÓN AL ADULTO Y AL ANCIANO**

Consulta adultos.

Hipertensión arterial

Diabetes.

Control del colesterol.

Vacunación anti influenza y antitetánica.

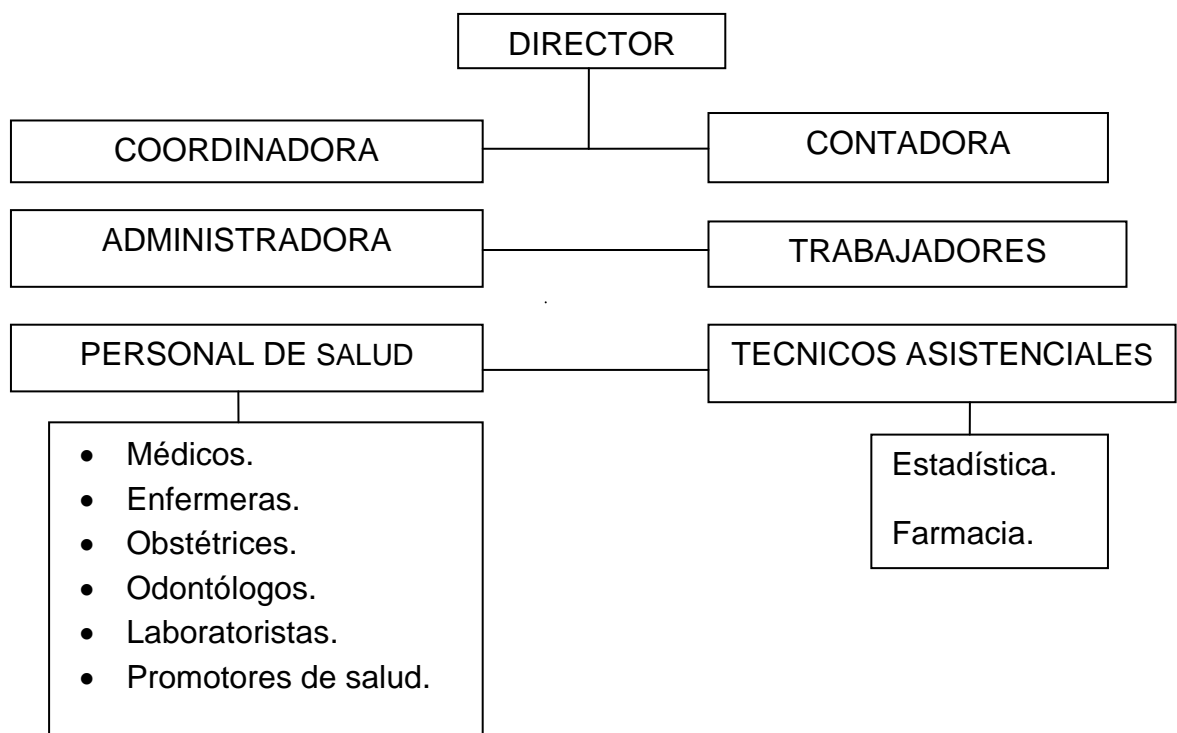
Vacunación anti neumococo a grupos de riesgo.  
 Visita domiciliaria a inmobilizados, terminales, etc.  
 Atención a VIH, SIDA.  
 Educación sanitaria a grupos de pacientes crónicos.  
 Prevención y control de la tuberculosis.  
 Prevención de enfermedades cardiovasculares.  
 Atención al anciano  
 Consumo excesivo de alcohol.

**Plan Visión**

Su actividad fundamental es fomentar, prevenir, y proteger la salud de la población, con sentido social, ético, guiados con principios de honestidad, calidad, calidez y gran sentido de humanidad.

El centro de salud de Samborondon se proyecta hacia el futuro, como líder en la prevención de la morbi-mortalidad de la población materno-infantil.

**ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DEL CENTRO DE SALUD DE SAMBORONDON**



## **4. SITUACION PROBLEMÁTICA**

Los objetivos de los programas de inmunización forman parte de las metas de desarrollo del milenio respaldadas por todos los miembros de las Naciones Unidas y de las estrategias de reducción de la pobreza fijadas por las instituciones financieras internacionales. No obstante, la crisis económica imperante en la mayoría de los países constituye el mayor obstáculo para lograr que los programas rindan los resultados deseados. Las fluctuaciones en la asignación de los recursos, resultado de estos problemas económicos, así como la gestión desigual de la reforma sanitaria y de los procesos de descentralización, están poniendo en peligro la ejecución de los programas nacionales de vacunación. Ello implica que si se produce un brote de alguna enfermedad prevenible por vacunación, los costos para el sector sanitario indudablemente aumentarán.

Ante el reto planteado por las disparidades que aún existen en materia de inmunización, los países se proponen reducir las diferencias en el acceso a la vacunación, que siguen socavando el principio de la equidad en el que se fundamentan los programas de inmunización. Las iniciativas en este sentido resultan difíciles de aplicar debido, como ya se ha señalado, a la grave crisis económica que sufren los países. Que se produce precisamente mientras los países buscan introducir vacunas nuevas en sus calendarios sistemáticos de vacunación, con un consiguiente aumento del costo, aun con las vacunas básicas del PAI. A las consecuencias de la crisis económica se suman los efectos de los cambios en la dirección y ejecución de los programas nacionales de salud derivados de la reforma sanitaria y la descentralización. Estos cambios en los sistemas sanitarios obstaculizan la ejecución eficaz y uniforme de los programas nacionales de vacunación.

## **5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **5.1. PROBLEMA GENERAL**

- ¿Cómo la supervisión del personal de salud contribuye a la disminución de los efectos secundarios en la ejecución de las campañas de vacunación a la población materno-infantil del Centro de Salud de Samborondón?

### **5.2. PROBLEMAS DERIVADOS**

- ¿Cómo el nivel de motivación del recurso humano contribuye al cumplimiento de metas y a la disminución de reacciones adversas a la población expuestas en las campañas de vacunación?
- ¿De qué manera el monitoreo aplicando el método de barrido en la campaña de vacunación contribuye a la disminución de la mortalidad materno-infantil según la sectorización?
- ¿Cómo el diseño de un sistema de evaluación de desempeño al recurso humano mejora la cobertura de atención a la población materno-infantil en los programas de vacunación?

## **6. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

### **6.1. TEMPORAL**

Desde Julio a Diciembre del 2010

### **6.2. ESPACIAL**

Institución: Centro de salud Samborondon

Ubicación: Norte del Cantón Samborondon

Calles: 31 de Octubre y Sargento Pavón

Cantón: Samborondon

Provincia: Guayas

País: Ecuador

### **6.3. UNIDADES DE OBSERVACIÓN**

Personal de salud (31)

Población materno-infantil (1200)

## 7. JUSTIFICACION

Las vacunas son una de las medidas más eficaces en la prevención de importantes enfermedades que afectan a todos los ciudadanos, con especial repercusión en la infancia y la adolescencia. Las vacunas son preparadas con poder antigénico para desarrollar una respuesta inmunitaria específica, con un mínimo de reacciones adversas generales en el sujeto al que se le administran. Cuando se sufre una enfermedad infecciosa se adquiere inmunidad activa de un modo espontáneo mientras que con el empleo de las vacunas se adquiere una inmunidad similar de un modo artificial.

El Centro de Salud Samborondon consciente que la salud es un derecho del pueblo Ecuatoriano, ha implementado una serie de programas preventivos de enfermedades infecto-contagiosas, considerando que la población materno-infantil ha crecido en los últimos años y siendo esta la más vulnerable se ha visto en la necesidad de fomentar la prevención de estas enfermedades través de la vacunación especialmente de las embarazadas y de los menores de 5 años de edad.

Es un proyecto de investigación que tiene por objetivo establecer un sistema de supervisión al personal involucrado en las campañas de vacunación que permita medir la eficiencia laboral a través de los indicadores (factores de valorización) para la disminución de la morbi-mortalidad materno-infantil

Los beneficiarios de esta investigación será el personal de salud, usuarios y comunidad por la calidad de atención que se pretende otorgar en dicho centro de salud asistencial.



## **8. OBJETIVOS**

### **8.1. OBJETIVO GENERAL**

- Analizar la incidencia de la supervisión del personal de salud en la disminución de los efectos secundarios dentro de la ejecución de las campañas de vacunación a la población materno-infantil del Centro de Salud de Samborondón?

### **8.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Determinar el nivel de motivación del recurso humano en el cumplimiento de meta y en la disminución de reacciones adversas a la población expuestas en las campañas de vacunación.
- Establecer si el monitoreo aplicando el método de barrido en las campañas de vacunación contribuye a la disminución de la morbi-mortalidad a la población materno-infantil.
- Diseñar un sistema de evaluación de desempeño al recurso humano que permita mejorar la cobertura de atención a la población materno-infantil en las campañas de vacunación.

## **9. MARCO TEORICO**

### **9.1. MARCO CONCEPTUAL.**

#### **9.1.1. PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI).**

“El programa ampliado de inmunizaciones (PAI), es el resultado de una acción conjunta de los países de la región y de organismos internacionales como la organización mundial de la salud (OMS) y la organización panamericana de la salud (OPS). Su interés es apoyar acciones tendientes a lograr coberturas universales de vacunación, con el fin de disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad causadas por las enfermedades inmunoprevenibles”<sup>1</sup>

Enfermedades prevenibles dentro del PAI: Sarampión, Tosferina, Poliomiелitis, Tuberculosis, Tétanos, Difteria, Rubéola, Parotiditis, Haemophilus Influenza tipo B (HIB), Gastroenteritis, Varicela.

##### **9.1.1.1. OBJETIVO DEL PAI**

- Disminuir la morbilidad y la mortalidad de las enfermedades prevenibles por vacunas que estén contenidas en el programa del Ministerio de Salud.
- Mantener niveles de protección adecuado mediante programas de Vacunación de refuerzo a edades mayores.

##### **9.1.1.2. CARACTERÍSTICAS DE LAS VACUNAS DEL PAI.**

- Obligatorias y gratuitas.
- Un derecho de toda la población y es un deber del estado garantizar este derecho.

---

<sup>1</sup> OPS/OMS (1977), PAI. Programa ampliado de inmunización, Asamblea Mundial de la Salud.

- Mantener niveles de protección adecuado mediante programas de vacunación de refuerzo a edades mayores.
- Deben ser registradas.
- La incorporación de nuevas vacunas se garantizan con un respaldo presupuestario fiscal específico.
- Se administra la vacuna anti-influenza para los adultos mayores y pacientes con enfermedades crónicas específicas.
- Las enfermedades objeto del programa son: Poliomiелitis, Sarampión, Tétanos, Difteria, Tos Ferina (Pertussis), Tuberculosis, Rubéola, Fiebre amarilla, *Haemophilus Influenza*, Hepatitis B, Gastroenteritis, varicela.

### **9.1.1.3. FUNCIONES DEL PERSONAL DE VACUNACION EN CAMPAÑAS.**

#### **Funciones del vacunador en vacunación casa a casa:**

- Identificar la zona y la población a vacunar en el área asignada, visitando la zona previamente para ello , utilizará el croquis respectivo
- Revisar y preparar diariamente el equipo e insumos necesarios para la vacunación
- Es el responsable de portar las vacunas, jeringas y de garantizar el cumplimiento de las normas de cadena de frío.
- Saludar cortésmente a la población, identificándose como vacunador autorizado del Ministerio de Salud.
- Convocar a todas las persona del grupo objetivo de la Campaña e instarlos a su vacunación.
- Administrar la vacuna con la técnica correcta.
- Después de la vacunación debe desechar la jeringa en la caja de bioseguridad sin tajarla
- Orientar a los vacunados respecto al tipo de vacuna que recibieron, las enfermedades que previenen, la importancia del carnet.

### **Funciones del registrador en vacunación casa a casa**

- Entrevistar y registrar a los vacunados con toda la información que el formulario exige
- Debe registrar en el carnet de vacunación todos los datos solicitados
- Coloca el stiker correspondiente en la casa visitada
- Debe contar con todos los formularios de registro para cubrir la meta
- Debe entregar diariamente información de vacunados al supervisor

### **Funciones del supervisor de brigada**

- El supervisor debe ser una persona técnicamente calificada, con amplio conocimiento de la Campaña y sus estrategias de vacunación
- Debe contar con experiencia en la organización y manejo de brigadas de vacunadores
- Es responsable de garantizar la cobertura del 100%
- Se debe programar un supervisor por cada 4 brigadas
- Debe contar con un croquis de las brigadas a su cargo y debe hacer un reconocimiento del terreno asignado a sus brigadas con anterioridad
- Portará un termo con vacuna a fin de vacunar a los renuentes, para ello deberá buscar las casas marcadas con sticker rojo y convencerlos de los beneficios de la vacunación, si las personas ya salieron, debe volver hasta encontrarlas, todo esto en el mismo día, de no ser posible hacerlo al día siguiente.
- El traslado de las brigadas al lugar debe ser planificado adecuadamente en forma conjunta a la dirección del establecimiento de salud, de ser necesario se proveerá el apoyo del vehículo para su traslado al inicio de la actividad. Se recomienda que las brigadas se presenten directamente en el

centro de salud, donde se desarrollarán las actividades y no en otro lugar.

- Se debe supervisar la técnica de vacunación empleada por las brigadas, las normas de cadena de frío, el registro de las casas y la calidad del registro
- Al final de la jornada, debe recoger de las brigadas a su cargo, los formularios de vacunación, de los no vacunados, de las embarazadas, etc., revisará inmediatamente y luego procederá a revisar el consolidado de los datos, para entregarlos al responsable del establecimiento
- Al terminar la jornada organizará diariamente la reunión con sus brigadas para discutir los problemas encontrados, número total de casa con stickers rojos al final del día. Las lecciones aprendidas del día sirven para mejorar el rendimiento del día siguiente: ejemplo cambio de horario
- Si el número de casas con sticker rojo es superior o igual a 20, la brigada y el supervisor deberán regresar al día siguiente a los manzanos correspondientes.
- Si el número de casa con sticker rojo es inferior a 20 entonces solo el supervisor regresara a esas manzanas.

#### 9.1.1.4. ESQUEMA DE VACUNACION

Edad	Vacuna	Enfermedad
Nacimiento	BCG	Tuberculosis.
	Polio	Poliomielitis.
1 mes	Hepatitis B	Hepatitis B.
2 meses	Polio	Poliomielitis.
	DTP	Difteria, Tétano, Tosferina
	Hib	Vacuna contra Haemophilus influenza tipo B
4 meses	Hepatitis B	Hepatitis B
	Polio	Poliomielitis.
	DTP	Difteria, Tétano, Tosferina
	Hib	Vacuna contra Haemophilus influenza tipo B

6 meses	Polio DTP Hib	Poliomielitis. Difteria, Tétano, Tosferina Vacuna contra Haemophilus influenza tipo B
14 meses	Trivalente viral	Sarampión, Rubeola, Parotiditis.
18 meses	Polio DTP Hib	Poliomielitis. Difteria, Tétano, Tosferina Vacuna contra Haemophilus influenza tipo B
6 años	Refuerzo Polio DTP	Poliomielitis. Difteria, Tétano, Tosferina
10 años	Trivalente viral	Sarampión, Rubeola, Parotiditis.

**Fuente: Ministerio de Salud Pública.**

#### **9.1.1.4.1. VACUNA CONTRA LA TUBERCULOSIS (BCG)**

La **vacuna contra la tuberculosis (vacuna BCG)** se fabrica con bacilos vivos atenuados de una cepa de Mycobacterium bovis.

“El **papel de la vacuna BCG** en la prevención de la TBC en los países desarrollados es limitado ya que su eficacia varía, según diversos estudios, entre el 0 y el 83%. Si está demostrado que reduce la incidencia de TBC en lactantes en zonas de alta prevalencia y la mortalidad por complicaciones graves de la infección primaria, especialmente la meningitis y formas diseminadas”<sup>2</sup>.

#### **INDICACIONES**

Se recomienda su **uso sistemático** en:

- Países en desarrollo con altas tasas de infección TBC, donde la mayoría de niños se infectan precozmente (tasas de infección tuberculosa superiores al 1% al año de vida).

<sup>2</sup> Montañes Carlos Martín. (2003). Guía Práctica de vacunación, 2da Congreso de la Asociación Española de vacunología. España. [www.guíadevacunaciom.com/ar/info/va\\_tuberculosis.html](http://www.guíadevacunaciom.com/ar/info/va_tuberculosis.html).

- Niños no infectados previamente, en zonas o grupos sociales con RAI (riesgo anual de adquirir la infección) superior al 1%.
- Niños de grupos de riesgo en países desarrollados, cuando otras estrategias de prevención de la TBC resultan inadecuadas o imposibles.

Tiene **efectos secundarios**, ya que se prepara con bacilos vivos aunque atenuados (debilitados). Son mucho más frecuentes en sujetos con alteraciones de la inmunidad e incluyen formación de úlceras o abscesos en el punto de inoculación o a cierta distancia, extensión a un hueso o diseminación y, excepcionalmente, la muerte. Las reacciones locales importantes suelen ser causadas por una técnica inadecuada o por administración a individuos que ya habían sido vacunados o habían pasado la infección tuberculosa. A las 2-6 semanas de la vacunación, en el lugar de la inyección se forma una pápula que se ulcera y forma una costra que cura en 8-12 semanas, dejando habitualmente una cicatriz que permite identificar a los vacunados.

## **CONTRAINDICACIONES.**

### **La vacuna BCG está contraindicada en:**

- Inmunodeficiencia congénita o adquirida, incluida la infección por el VIH.
- Individuos con infección tuberculosa previa (ya sea enfermedad tuberculosa o sólo infección demostrable por una prueba de la tuberculina positiva).
- Enfermedades generalizadas de la piel, incluyendo el eccema.
- Embarazo.

#### 9.1.1.4.2. VACUNA ANTIPOLIOMIELITICA ORAL (OPV), LLAMADA TRADICIONALMENTE VACUNA SABIN

Es una vacuna preparada con tres cepas de virus vivos atenuados que tiene la capacidad de provocar una respuesta inmunitaria en el intestino donde se produce principalmente la multiplicación del virus salvaje de poliomielitis, simulando el proceso natural de la infección. Estimula la producción de anticuerpos secretores Ig A y circulantes Ig G.

**Cada dosis contiene**

Poliovirus I 1.000.000 TCID 50

Poliovirus II 100.000 TCID 50

Poliovirus III 600.000 TCID 10

7 microgramas de sulfato de neomicina B.

Su color varía de amarillo pálido a rosado claro. Se presenta en frascos goteros de 10 a 25 dosis y frascos de mono dosis.

La vacuna se administra oralmente, infectando la mucosa del tracto gastrointestinal permitiendo que los virus vacúnales se excreten por las heces durante varias semanas, la VOP (vacuna anti poliomielítica) también infecta los ganglios linfáticos y pasa a la corriente sanguínea en la mayoría de los vacunados; esto determina que la inmunización se pueda obtener de tres formas: Inducción de anticuerpos séricos, inducción de infección de la mucosa intestinal y prevención de la parálisis, no obstante los tres virus muestran diferencias en su inmunogenicidad y en la estabilidad de su atenuación siendo el tipo 3 más termo lábil e induce anticuerpos de menor duración. En países en desarrollo tres dosis de VOP arrojan tasas de seroconversión de 42%-100%, 79-100% y 48-100% a los polios virus tipo 1, 2 y 3 respectivamente siendo estas tasas más bajas que las obtenidas en países desarrollados de ahí la necesidad de reforzar el esquema primario con dos dosis adicionales.



La dosis adicional del recién nacido, aplicada lo más cerca al nacimiento estimula la inmunidad de las células intestinales y mejora la respuesta de anticuerpos del esquema primario, Igualmente promueve la inmunización pasiva de otros niños susceptibles alrededor. Esta estrategia se ha evidenciado a través de estudios realizados que observaron un aumento cuatro veces mayor de las concentraciones de anticuerpos en el 41 % de los lactantes que recibieron VOP el primer día del nacimiento. Y en otros estudios donde se administró la vacuna a un 95% de lactantes en la primera semana de vida, se observó la formación de anticuerpos en el 53% de ellos.

La VOP confiere inmunidad de por vida al 95% de los niños vacunados con tres dosis. Su eficacia ha sido comprobada con la erradicación de la poliomielitis en 145 países. El Ministerio de Salud, la OPS y OMS recomiendan su utilización para lograr esta meta en el resto del mundo.

Esquema de Vacunación.

Recién nacido 2 gotas

2. 4, 6, meses, refuerzo a 18 meses

### **Contraindicaciones**

Niños con diarrea severa o vómito deben recibir la vacuna pero ante el riesgo de que esta se elimine sin que se produzca la respuesta inmunitaria, no se registra la dosis administrada y se da nueva cita para repetir la dosis hasta asegurar la protección adecuada.

#### **9.1.1.4.3. VACUNA SRP/SR: Vacuna triple viral (sarampión, rubeola y parotiditis -SRP-)**

Es una vacuna combinada de virus vivo atenuado para sarampión, rubéola y parotiditis.

Debe ser refrigerada a temperatura entre 2 y 8 grados centígrados en los servicios de salud. Para almacenamiento por largos períodos, la vacuna se debe mantener congelada.

Una dosis única de 0.5 ml es administrada por vía subcutánea profunda. Puede ser administrada a los niños después de los 9 meses de edad. El esquema de vacunación recomendado indica su aplicación entre los 12 y 18 meses. Se estima que su eficacia es aproximadamente de 95%.

El propósito fundamental del uso de vacuna que contenga el antígeno contra la rubéola es la prevención del síndrome de rubéola congénito. Para un control adecuado de este síndrome las mujeres en edad fértil deben estar protegidas contra la rubéola antes del embarazo. El porcentaje de infección de los fetos de madres afectadas por rubéola durante el primero trimestre del embarazo es mayor que el 80%. Por lo tanto, el blanco para la vacunación son las mujeres en edad fértil. Para una reducción a corto plazo del síndrome de rubéola congénita las siguientes acciones son recomendables:

1. Vacunación de todas las mujeres en edad fértil con vacuna que contenga el antígeno contra la rubéola (Sarampión-Rubéola-Parotiditis -SRP- , Sarampión-Rubéola -SR- o anti-Rubéola);
2. Vacunación de la mayoría de las niñas y niños entre 5 y 18 años con SRP, SR o anti-Rubéola;
3. Incluir la vacuna SRP en el esquema de vacunación rutinaria de los niños y niñas.

Es importante notar que la simple adición de la vacuna SRP en los programas de vacunación no disminuirá la incidencia del síndrome de rubéola congénita por aproximadamente 20 años. En algunos programas de control de la rubeola, una de las estrategias recomendada es la vacunación de las niñas en edad escolar (10-14 años) que no fueron

vacunadas anteriormente, con el objeto de tener un impacto mayor en la prevención del síndrome de rubeola congénita. Es evidente que la inmunización de las niñas en edad escolar tendrá impacto en este síndrome pero no interrumpirá la transmisión del virus de la rubéola ya que el virus continuará a circular entre los niños de esta misma edad.

Además, las siguientes medidas de vigilancia epidemiológica deben ser desarrolladas con la introducción de esta vacuna:

1. Todo el caso sospechoso de sarampión IgM negativo para el virus del sarampión debe ser estudiado para rubéola;
2. Institución de vigilancia del síndrome de rubéola congénito; y
3. Institución de vigilancia de enfermedades con fiebre y erupción durante el embarazo.

La introducción de la vacuna SRP u otra vacuna que contenga antígeno contra la rubéola solamente deber ser desarrollada cuando se defina la política de control del síndrome de rubéola congénita o de la enfermedad a largo plazo y cuando los recursos para sostenimiento del programa a largo plazo estén seguramente disponibles. Caso contrario, la introducción de esta vacuna puede causar mas daño que beneficio, ya que se corre es riesgo de favorecer el aparecimiento de brotes de la enfermedad durante la adolescencia de las mujeres en edad fértil con las trágicas consecuencias de un aumento en la ocurrencia de cases de síndrome de rubéola congénito.

#### **9.1.1.4.4. VACUNA HB: Vacuna contra la Hepatitis B:**

La hepatitis viral aguda es una enfermedad infecciosa grave causada por diferentes tipos de virus (A, B, C, DELTA, E), y que difieren en el modo de transmisión y características epidemiológicas, clínicos, e inmunológicas, así como en su prevención y control.

“El virus de la hepatitis B, ha sido identificado como agente cancerígeno, y se estima que causa cerca del 80% de todos los carcinomas hepatocelulares en el mundo. La vacuna contra la hepatitis B previene todas las formas de transmisión de la infección: perinatal, percutánea, transfusional y sexual”<sup>3</sup>.

Disponemos de dos tipos de vacunas, la de antígeno de superficie de virus de hepatitis B (HBsAg), purificada a partir de plasma humano y la que se obtiene por ingeniería genética (DNA recombinante). Las dos son seguras, inmunogénicas, altamente eficaces (>90%) y producen muy pocas reacciones adversas. Son administradas por vía intramuscular, usualmente en una serie de tres dosis, las dos primeras con al menos un mes de diferencia, y la tercera dosis administrada 6 a 12 meses después de la primera. La dosis utilizada varía con la presentación, de 5-10mcg (niños) y 10-20mcg (adultos).

El esquema de vacunación ofrece flexibilidad en cuanto al intervalo de las dosis, de tal modo que la vacuna puede ser integrada fácilmente al PAI. La vacuna debe ser refrigerada entre 2 y 8 grados centígrados; no deben ser congeladas.

La estrategia de vacunación recomendada depende de la prevalencia de infección en las poblaciones de las regiones programáticas y de los grupos de alto riesgo (trabajadores de salud, homosexuales, drogadictos endovenosos, etc.). Las áreas de riesgo son definidas como:

- Alta endemicidad : más del 8% de la población son portadores
- Endemicidad intermedia: de 2 a 8% de portadores
- Baja endemicidad: menos de 2% de portadores

---

<sup>3</sup> Castillo de Febres Olga. (2008). Manual de vacunas, 1era edición, Bogotá, 256 pág.

#### **9.1.1.4.5. VACUNA FA (ANTIAMARILICA): Vacuna contra la fiebre amarilla:**

La fiebre amarilla es una enfermedad vírica infecciosa aguda de corta duración y gravedad variable. La tasa de letalidad en la población indígena de áreas endémicas es menor de 5%, pero puede exceder el 50% en grupos no indígenas y durante períodos epidémicos. La enfermedad confiere inmunidad por largo tiempo.

La vacuna es de virus vivo atenuado. Confiere excelente inmunogenicidad (>95%), alta inocuidad y protección. La inmunidad persiste al menos por 10 años. El esquema recomendado en todos los países endémicos, principalmente dirigido a los grupos de riesgo (trabajadores migratorios, población rural, viajeros, etc.) consiste en aplicar una sola dosis, por vía subcutánea, a partir de los 6 meses de edad. La dosis por persona debe tener un título mínimo de 1.000 DL. En regiones endémicas debe ser integrada en la rutina del PAI y administrada simultáneamente con la vacuna antisarampionosa.

Se debe almacenar la vacuna de fiebre amarilla en el refrigerador. Para almacenamiento por períodos prolongados se mantiene mejor en congelación (-20 C).

#### **9.1.1.4.6. VACUNA PENTAVALENTE**

Vacuna con toxoide del tétanos y la difteria, células completas de Bordetella pertussis (tos ferina), y componentes de Haemophilus influenza de tipo b y de la hepatitis B.

- Para prevenir varias enfermedades: difteria, tétanos, tosferina, hepatitis B e infecciones por Haemophilus influenza de tipo b, en especial neumonía o meningitis.

- Se aplica a partir de los 2 meses de edad, tres dosis en niños/as menores de 1 año, con intervalo de 2 meses entre dosis.
- No aplicar si el niño/a presentó reacciones alérgicas severas, convulsiones, llanto prolongado o episodio hipotónico en una dosis anterior de pentavalente.

“Puede dar reacciones leves, como dolor local y fiebre, que ceden en 24 o 48 horas. Raras veces reacciones más severas: reacciones alérgicas severas (anafilaxia); episodios hipotónicos hiporeactivos en las 48 horas posteriores (hipotonía, sudoración fría y disminución de respuesta a estímulos); llanto persistente, más de 3 horas, en las 48 horas posteriores; convulsiones sin otra causa identificada, encefalopatía, en los 7 días siguientes”<sup>4</sup>.

#### Características de la vacuna:

Líquida: vacuna líquida mono dosis.

Liofilizada.

Consiste en dos frascos por dosis: Uno con DPT- HB (líquido), Otro con Hib (polvo)/ liofilizado).

El contenido de ambos frascos debe mezclarse antes de aplicarlo, 0.5 ml. Inyectar intramuscular profunda en la región lateral externa del tercio medio del muslo.

El frasco de la vacuna liofilizada debe ser agitado suavemente, en movimientos circulares, después de reconstituir la vacuna. 3 dosis. A partir de los 2 meses de edad, con intervalo de 2 meses entre dosis, administradas idealmente a los 2, 4 y 6 meses de edad.

En casos especiales se puede usar el intervalo mínimo de 1 mes.

---

<sup>4</sup> Kherssi Georg, (2002). Las vacunas, Editorial Herder, 190 pág.

Explicar al familiar que en la vacuna pentavalente va incluida la DPT y puede dar fiebre, irritabilidad o dolor local por 1 ó 2 días.

Orientarles cómo tratar la fiebre con ACETAMINOFÉN y medios físicos.

En niños/as que haya sufrido reacción severa a una dosis de la vacuna, seguir el esquema con DT (pediátrica).

En niños/as muy enfermos que se deben hospitalizar, si no están vacunados, se les vacuna al darlos de alta.

Conservar en refrigeradora entre +2° y +8°C.

¡OJO! Si la pentavalente se congela, pierde su efectividad.

### **9.1.2. TASAS DE EVENTOS ATRIBUIDOS A LA VACUNACIÓN O INMUNIZACIÓN**

#### **a. Eventos comunes y leves.**

La finalidad de una vacuna es inducir a la inmunidad (formar anticuerpo) por medio de la reacción del sistema inmunitario de la persona vacunada. No es sorprendente que la vacuna origine ciertos efectos colaterales leves. La reacción local, la fiebre y los síntomas generales puede ser parte de la respuesta inmunitaria normal. Además, algunos de los componentes de la vacuna (por ejemplo, el coadyuvante de aluminio, los antibióticos o los agentes conservadores) pueden producir las reacciones. Una vacuna eficaz reduce estas reacciones al mismo tiempo que induce a la inmunidad máxima. La reacción local (en el sitio de la inyección) se caracteriza por dolor, tumefacción o enrojecimiento. Es de prever que se presenten reacciones locales sintomáticas, fiebre en cerca del 10% de las personas vacunadas, salvo con la DTP o con los refuerzos de TT que producen fiebre a cerca de la mitad de los vacunados.

La BCG a menudo causa una reacción local consecutiva a la vacunación, que comienza en la segunda semana. Es una pápula (elevación ligera en la piel) que se ulcera y cicatriza después de varios meses. La cicatriz

queloides (cicatriz gruesa y abultada) que deja la lesión de la BCG es más común en las poblaciones asiáticas y africanas.

### Resumen de tasa de eventos leves atribuidos a la vacunación o inmunización

Vacuna	Reacción local (dolor, tumefacción, enrojecimiento)	Fiebre	Irritabilidad, malestar y síntomas no específicos
Hib (Haemophilus influenzae tipo b)	5 – 15%	2 – 10%	-
Hepatitis B	Hasta 30% en adultos Hasta 5% en niños	1 – 6%	-
Antisarampionosa/SRP	Hasta 10%	Hasta 5%	Hasta 5%
Antipoliomielítica oral (VOP)	ninguna	Menos del 1%	Menos del 1% a)
TT/DT	Hasta 10% b)	Hasta 10%	Hasta 25%
DTP c)	Hasta 50%	Hasta 50%	Hasta 60%
BCG d)	Común	-	-

**(Nota: las tasas correspondientes a la administración de las vacunas serán más bajas, puesto que estos síntomas se presentan normalmente en la niñez, al margen de las vacunas)**

- a) Diarrea, cefaleas y dolores musculares.
- b) Es probable que las tasas de reacciones locales aumenten con las dosis de refuerzo del 50 al 85%
- c) Para la vacuna contra tosferina de células enteras. Las tasas para la vacuna contra la tosferina acelular son más bajas.
- d) La reactogenicidad local varía de una vacuna a otra en función de la cepa y el número de bacilos viables.

Estas reacciones comunes aparecen uno o dos días después de la administración de la vacuna, salvo en el caso de la fiebre y los síntomas generales que produce la vacuna antisarampionosa/SRP, luego de 5 a 12 días de la vacunación. Aunque entre el 5 y 15% de las personas que reciben la vacuna antisarampionosa/SRP, presentan fiebre y exantema durante este tiempo, solo alrededor del 3% de los casos son atribuibles a



la vacuna, el resto corresponden a reacciones normales en la infancia, es decir, a eventos ordinarios.

#### **b. Eventos raros y severos.**

Casi todas las reacciones vacúnales raras (por ejemplo, convulsiones, trombocitopenia, episodios de hipotonía e hipo reactividad y llanto persistente inconsolable), se caracterizan por su remisión espontánea y no causan problemas posteriores ni secuelas. La anafilaxia, aunque puede ser mortal, si se trata de manera oportuna no deja secuela. Aunque la encefalopatía se cita como una reacción rara a las vacunas antisarampionosa y DTP, en realidad, no se ha demostrado su relación causal. Los sucesos no comunes y leves se detallan en el siguiente cuadro:

#### **Resumen de eventos severos atribuidos a la vacunación o inmunización, tiempo que tardan en aparecer y tasas.**

<b>Vacuna</b>	<b>Eventos</b>	<b>Tiempo que tarda en aparecer</b>	<b>Tasa por 1.000.000 de dosis</b>
BCG	Linfadenitis supurativa Osteítis por BCG (“becegeitis”) “Becegeitis diseminada por la BCG”	2 – 6 meses 1 – 12 meses 1 – 12 meses	100 – 1.000 1 – 700 2
Hib	Ninguna conocida	-	-
Hepatitis B	Anafilaxia Síndrome de Guillain – Barré (vacuna obtenida en plasma)	5 – 12 días 15 – 35 días 0 - hora	1 – 2 5
Antisarampionosa/ SRP a)	Convulsiones febriles Trombocitopenia (recuento bajo de plaquetas) Anafilaxia.	4 – 30 días	333 33 1 - 50
Antipoliomielitis oral (VOP)	Poliomielitis parálitica relacionada con la vacuna (PPRV)	2 – 28 días 0 – 1 hora	1, 4 – 3, 4 b)
TT/DT	Neuritis del plexo braquial Anafilaxia	0 – 24 horas 0 – 2 días 0 24 horas 0 – 1 hora	5 – 10 1 – 6 6 - 10

		0 – 3 días (nivelar)	
DTP	Llanto persistente que dura más de 3 horas. Convulsiones Episodio de hipotonía e hiporreactividad (EHH) Anafilaxia Encefalopatía.		1.000 - 60.000 570 c) 570 20 0 - 1
Fiebre amarilla	Encefalitis consecutiva a la vacunación Reacción alérgica/anafilaxis	7 – 21 días 0 – 1 hora	500 – 4000 en menores de 6 m 5 - 20

- a) No hay reacciones (excepto la anafilaxia) cuando hay inmunidad (- 90% de los que reciben una segunda dosis); las convulsiones febriles son poco probables en niños mayores de seis años.
- b) El riesgo de PPRV es más alto para la primera dosis (1 por 1.400.000 – 3.400.000 de dosis) que para las dosis posteriores y los contactos, 1 por 5.900.000 y por 6.700.000 de dosis, respectivamente.
- c) Las convulsiones son de origen febril, principalmente, y la tasa depende de los antecedentes personales y familiares y la edad, con un riesgo más bajo en lactantes menores de 4 meses.
- d) Los casos aislados si denominador dificultan la evaluación de la tasa en niños mayores y adultos, pero son sumamente raros (menos de 1 caso por 8.000.000 de dosis)

### **c. Errores operativos del programa.**

La mayoría de las reacciones, “comunes y leves” o “raras y severas”, que se citan son difíciles o imposibles de prevenir para el vacunador. No obstante, hay un tipo de eventos que el vacunador puede prevenir en gran medida. Se trata del “error operativo del programa”. El error es más frecuentemente humano que causado por la vacuna o la tecnología. Por lo general puede prevenirse mediante la capacitación al personal, la supervisión y el suministro apropiado de equipos para las inyecciones seguras.

Un error operativo del programa puede conducir a un conglomerado de eventos, especialmente si un vacunador no cumple con lo que se le enseñó durante la capacitación. Las prácticas inadecuadas de vacunación pueden dar lugar a abscesos u otras infecciones transmitidas por la sangre. El caso más grave es el choque tóxico por la manipulación incorrecta del vial de la vacuna una vez reconstruido. Varios lactantes vacunados del mismo vial podrían morir poco tiempo después de la inyección.

### Errores operativos del programa y sus consecuencias.

Error operativo del programa	Evento previsto
Inyección no estéril: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reutilización de una jeringa o aguja descartable.</li> <li>- Uso de jeringas que no aseguran adecuada esterilidad.</li> <li>- Vacuna o diluyente contaminado.</li> <li>- Utilización de vacunas liofilizadas mayor del tiempo indicado de uso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Infección, como absceso localizado en el sitio de la inyección, sepsis, síndrome de choque tóxico o muerte.</li> <li>- Infección transmitida por la sangre como hepatitis o VIH.</li> </ul>
Error de reconstitución: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconstitución con el diluyente incorrecto.</li> <li>- Reemplazo de la vacuna o el diluyente con un fármaco.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Absceso local por agitación indebida.</li> <li>- Efecto adverso de un fármaco; por ejemplo, la insulina.</li> <li>- Muerte.</li> <li>- Vacuna ineficaz.</li> </ul>
Inyección en el lugar equivocado: <ul style="list-style-type: none"> <li>- BCG aplicada por vía subcutánea.</li> <li>- DTP/DT/TT demasiado superficial.</li> <li>- Inyección en la nalga.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reacción o absceso local.</li> <li>- Reacción o absceso local.</li> <li>- Daño al nervio ciático.</li> </ul>
Transporte/almacenamiento incorrecto de vacunas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reacción local por vacuna congelada.</li> <li>- Vacuna ineficaz.</li> </ul>
Caso omiso de las contraindicaciones.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reacción grave previsible.</li> </ul>

### **9.1.3. EFICACIA, EFECTIVIDAD Y EFICIENCIA DE LAS VACUNACIONES.**

#### **9.1.3.1. EFICACIA**

Se conoce como eficacia de una vacuna a los resultados o beneficios de salud proporcionados a los individuos cuando esa vacuna es aplicada en condiciones ideales. La evaluación de la eficacia protectora debe realizarse mediante ensayos clínicos aleatorizados.

La **eficacia** de una vacuna está en función de su inmunogenicidad: capacidad de generar el tipo apropiado de respuesta inmunitaria (humoral, celular o ambas), del período de duración de la protección conferida, en el lugar adecuado (torrente sanguíneo, mucosas) y frente al antígeno adecuado (antígenos inmunizantes).

#### **9.1.3.2. EFECTIVIDAD**

Se considera **efectividad** de una vacuna a los resultados o beneficios de salud proporcionados por un programa de vacunaciones en la población objeto, cuando las vacunas son administradas en las condiciones reales o habituales de la práctica diaria asistencial o de desarrollo de los programas.

Una buena eficacia no siempre implica una buena efectividad. La efectividad depende de factores como la aceptación y accesibilidad de la población a la vacuna, la pauta correcta de administración (dosis, vía, lugar, técnica), la conservación y manipulación adecuada, etc.

Solamente cuando se ha demostrado la eficacia, tiene sentido la evaluación de la efectividad de una vacuna mediante un ensayo comunitario aleatorizado (o no aleatorizado, como alternativa). La realidad

es que por motivos éticos y prácticos, la evaluación experimental de la efectividad de la vacunación en la población rara vez se realiza. Una vez registrada, en Sanidad, autorizada y comercializada, se evalúa la efectividad de la vacuna mediante estudios observacionales (cohortes, caso-control), estudio de las tasas de ataque en brotes epidémicos y comparaciones de tasas de ataque secundario en el ámbito familiar.

Si  $I_{nv}$  es la incidencia de casos de la enfermedad en los no vacunados e  $I_v$  la incidencia en los vacunados, en los estudios de cohortes (estimación del riesgo relativo RR) o en los diseños de casos y controles (estimación del Odds Ratio OR) puede utilizarse la siguiente expresión para calcular la efectividad vacunal (EV):

$$EV = I_{nv} - I_v = 1 - I_v / I_{nv} = 1 - RR \text{ (uOR)}$$

$I_{nv}$   $I_v$

Por ejemplo, una EV del 75% tiene dos interpretaciones:

- a) El 75% de los vacunados ha adquirido una protección total contra la infección y el restante 25% no tiene ninguna (en general, en vacunas vivas atenuadas).
- b) Todos los vacunados han disminuido su susceptibilidad a la infección en un 75%. Es decir, cada uno de los vacunados se halla protegido contra el 75% de las exposiciones (en general, en vacunas muertas o inactivadas).

### 9.1.3.3. EFICIENCIA.

Relación entre la efectividad vacunal y los recursos movilizados para el desarrollo del programa. La **eficiencia** está muy influida por el precio de la vacuna y por la incidencia de la enfermedad en los diferentes grupos de población. Sólo si se ha demostrado la efectividad del programa se debe evaluar su eficiencia mediante los siguientes estudios:

#### **9.1.3.3.1. Análisis coste - efectividad.**

Los costes se valoran en términos monetarios (costes de la vacunación y costes del tratamiento de los efectos secundarios de la vacunación), y las consecuencias deseables del programa de vacunación en efectos de salud (años de vida de calidad ganados, infecciones evitadas, muertes evitadas, años de vida ajustados por calidad ganados, días de morbilidad o invalidez evitados, etc.).

Se debe calcular un coste neto (coste de la vacunación + coste de los efectos secundarios de la vacunación – reducción de los costes sanitarios y sociales de la enfermedad conseguidos con la vacunación) cuando en este tipo de análisis se comparan la aplicación de un programa de vacunación con la estrategia vigente en el momento del estudio (por ejemplo, tratamiento de los casos de enfermedad contra la que se vacuna).

Permite elegir el programa más eficiente, entre varios alternativos, con un objetivo común (¿pueden obtenerse los mismos resultados con otro programa menos costoso?), o entre varias intervenciones alternativas dentro de un programa con un objetivo definido. No sirve para comparar programas que tienen objetivos diferentes.

#### **9.1.3.3.2. Análisis coste - beneficio.**

Los costes (del programa de vacunaciones: coste de la vacunación + coste de los efectos secundarios de la vacunación) y los beneficios (costes directos e indirectos de la enfermedad sin el programa de vacunaciones – costes directos e indirectos de la enfermedad con el programa de vacunaciones) se valoran en términos monetarios. Permite la evaluación económica intrínseca del programa (¿los beneficios

económicos del programa superan los costes?) y la comparación entre programas alternativos con objetivos similares o ampliamente divergentes (¿existen otros programas que puedan proporcionar a la comunidad mayores beneficios que éste?, ¿estaría el gasto mejor empleado en otro tipo de programa?).

#### **9.1.4. ESTRATEGIAS DE VACUNACIÓN:**

##### **9.1.4.1. PROGRAMACIÓN:**

Comprende la estimación de: Biológicos, Formulario de Registro Diario de Vacunación para Brigadas y Unidades Operativas, Formulario de Consolidación Diaria para Unidades Operativas, Áreas y Direcciones, Carné de vacunación, Materiales de comunicación social, Número de brigadas, Supervisiones, Monitoreo rápido de cobertura, Stickers y Presupuesto.

##### **Actividades previas a la programación: Disponer datos de:**

- Población a vacunar en el cantón.
- Inventario de instituciones que podrían apoyar a la vacunación con recursos humanos para vacunar.
- Inventario de instituciones en capacidad y disponibilidad de apoyo logístico.
- Croquis del área de influencia.
- Cálculo de las necesidades nacionales, provinciales, por áreas y unidades operativas del biológico y de jeringuillas de acuerdo a la población objeto y al tipo de biológico a utilizar.
- Cronograma del trabajo de campo con el presupuesto a cargo de los fondos asignados para la campaña.
- Coordinación con los niveles provinciales para la elaboración del plan local y consolidación de presupuestos.
- Análisis y asignación de los presupuestos a utilizar.

**Resultados esperados:**

- Identificadas las necesidades en cada área temática.
- Suficiente presupuesto para la movilización de brigadas.
- Organizada y financiada la logística de almacenamiento y distribución de suministros, biológicos e insumos suficientes por áreas.
- Organizado el transporte, suficiente y oportuno para las brigadas.
- Consolidada la programación local por unidades operativas en las Áreas.
- Identificadas las necesidades de materiales de comunicación social y cronograma de actividades de perifoneo realizado oportunamente y con calidad.
- Disponible el Cronograma para todo el personal.

**Biológicos e insumos:**

- N° de frascos de vacuna
- N° de jeringas
- Botellas para eliminación de material corto punzante
- Formularios
- Carné de vacunación

**Recursos humanos y capacitación:**

- Cada Unidad Operativa define las brigadas de vacunación por barrio, recinto, escuelas etc.
- El área de salud consolida ésta información y da el apoyo que requiere la Unidad Operativa.
- Todo el personal que integra las brigadas debe ser capacitado y hacer demostración del procedimiento para garantizar su correcta ejecución.
- Todas las actividades de capacitación deben tener el material disponible para la actividad: manual con lineamientos de la



campaña, jeringas para demostración, formularios para llenado de vacunación y concentrados, material de comunicación social, formularios de evaluación.

- Identificar y clasificar al personal responsable de vacunar y registrar.
- Identificar y convocar al personal para la capacitación según el manual local.
- Identificar al personal para supervisión y monitoreo rápido de coberturas. El Monitoreo Rápido de Coberturas (MRC) se realizará solamente en los cantones que no hayan obtenido la cobertura señalada en las metas de la campaña. El análisis del avance de las coberturas por cantón será realizado en las direcciones provinciales de salud y se retroalimentará a todos los niveles.

De este análisis dependerá la definición de los lugares que requieren MRC.

#### **Almacenamiento de las vacunas e insumos:**

- Revisar y calcular el espacio requerido en base a las dimensiones de la presentación de la vacuna.
- Definir los requerimientos de refrigeradoras y termos.
- Definir cronograma de pedidos en base a la disponibilidad de refrigeradoras. En caso de que la capacidad de almacenamiento sea insuficiente, se programará entregas diarias por parte del Área a la unidad de salud.
- Definir los mecanismos de distribución de la vacuna y otros insumos.
- Velar por la disponibilidad y oportunidad de transporte para la distribución de vacunas, insumos, materiales y las brigadas de vacunación.
- Actualización y capacitación del plan de emergencia para la cadena de frío.

- Ajustar inmediatamente en coordinación con el responsable provincial y local cualquier anomalía en la distribución y disponibilidad de las vacunas y otros insumos.

La campaña se desarrolla dependiendo de la realidad local

**Se vacunará a la población de RN a 4 años, mujeres en edad fértil y de 64 años y más.**

Vacunación a población de: Escuelas, recintos, comunidad y centro de salud.

- Disponer, previo al inicio de la Jornada, de listado de escuelas a vacunar en cada lugar.
- Coordinar entre la brigada y la institución las fechas más apropiadas para la vacunación.
- Vacunar al personal de salud o asistentes al cuidado de la población objeto de esta Campaña que estén en Centros.
- El equipo local: Visita cada lugar en la fecha de vacunación acordada.
  - Distribuye el número de brigadas de vacunación que considere necesario para cada lugar.
  - Calcula el porcentaje de cumplimiento de vacunación de cada establecimiento al final de la jornada, y dará recomendaciones para completar la vacunación, regresando u orientando a la población no vacunada.
- Vacunación a través de puestos móviles en sitios de concentración de adultos mayores como servi pagos u otros.
- Vacunación en puestos fijos ubicados en las unidades operativas del Ministerio de Salud Pública.

Para el barrido se debe vacunar en los días y horas con mayor probabilidad de que gente se encuentre en la vivienda, evitando así la acumulación de viviendas cerradas, por lo tanto, personas sin vacunar.

Cada establecimiento de salud debe contar con un plano o croquis actualizado de su área de influencia por el INEC. Con él planifica los sectores a vacunar, la distribución de las brigadas y el programa de supervisión.

### **Definiciones para programar, realizar y evaluar el barrido**

1. **Zona urbana:** Toda población concentrada, aún dentro de una pequeña parroquia, para los efectos de esta campaña.
2. **Zona urbana marginal:** Toda zona con servicios básicos deficientes, poblada predominantemente por personas de bajos recursos.
3. **Zona bien vacunada:** MRC con 65% vacunados en el grupo de 70 a 79 años y el 40% en el grupo de 80 años y más, o superior a este porcentaje respectivamente.
4. **Sectorización del barrido:** Para distribuir a las brigadas, se debe:
  - Dividir la zona en sectores de límites claramente definidos por calles principales, fronteras naturales (ríos) u otros. Es importante usar límites fáciles de comprender incluso para vacunadores no familiarizados con la zona. Si es necesario, definir sectores más amplios (que pueden requerir más brigadas o mayor número de días para la vacunación) pero con límites claros y fáciles de reconocer (discutir esto con ejemplos en la pizarra durante la formación y capacitación).
  - Definir el número de brigadas y días necesarios para vacunar cada sector.
  - Asignar supervisores de las brigadas de acuerdo a la disponibilidad de recursos y características geográficas.

- Distribuir las brigadas siguiendo rutas predeterminadas, de manera que el supervisor pueda localizarlas fácilmente para su reubicación, o para prestarles apoyo.
- Dentro de cada sector, iniciar la vacunación del día en las manzanas o lugares más alejadas o de difícil acceso, dejando las manzanas o lugares más accesibles para el final del día, cuando los vacunadores y anotadores se hallen más descansados.
- Durante el barrido, mantener a la unidad de salud como puesto fijo adicional de vacunación.

### **Organización de las brigadas para el barrido.**

- Las brigadas deben estar conformadas por un vacunador y un anotador.
- Se debe contar anticipadamente con los medios de transporte necesarios a fin de garantizar el traslado oportuno de las brigadas a los sitios asignados.
- Cada brigada deberá contar con los siguientes implementos básicos:
- Croquis de las manzanas asignadas a la brigada.
- Termo con paquetes fríos congelados más de 48 horas.
- Vacunas, jeringas, torundas en solución jabonosa, torundas secas, agua destilada o agua hervida.
- Recipientes para desechos de jeringas y agujas (botellas plásticas)
- Hojas de registro de vacunación
- Bolsas de basura
- Carnés de vacunación

### **Ejecución del barrido a los vacunados •**

Esta actividad se realiza una vez concluida la vacunación de la población.

- Se registra o marca en el mapa o croquis la zona vacunada.
- Una vez completado el barrido en una zona, se procede a realizar el MRC para validar el porcentaje de vacunados.

**Nota:**

Durante la campaña, las unidades operativas ofrecerán a diario la vacunación, adecuando el horario según la dinámica local de las comunidades.

### **9.1.5. BIOSEGURIDAD Y VACUNACIÓN SEGURA**

**Disposición final de desechos:**

- Las jeringas deben introducirse en frascos de boca ancha y de paredes gruesas, debidamente rotulados o en cajas de bioseguridad.
- Los desechos generados por la vacunación y recolectados por las brigadas (frascos y jeringas con agujas) en los recipientes recomendados, deben rotularse: “Material corto punzante”; sellarse y manejarse como residuo peligroso para ser enviado a su destino final.
- Para este fin, se establecerán los mecanismos de coordinación en todos los niveles con las autoridades municipales; especial cuidado merece la disposición final en las ciudades densamente pobladas, en donde la cantidad de desechos puede sobrepasar la capacidad de extracción municipal.

**Nota:**

Para el desecho final de las jeringas, es importante la coordinación con municipios. Por ningún motivo deje las jeringas en poder de los niños; tampoco arrojarlas en cualquier basurero

***Vigilancia de Eventos Supuestamente Atribuibles a Vacuna e Inmunización (ESAVI)***

Para notificar cualquier ESAVI debe hacerlo completando el formulario específico para el efecto

- Se dispone en cada unidad operativa del formulario de registro diario de vacunación de las dosis aplicadas.
- Al final de la jornada de trabajo, las brigadas revisarán críticamente los datos y los consolidarán en el formulario de consolidación diario por Cantón y le entregan al supervisor, que valida la información.
- El supervisor en la unidad operativa, después de revisar los datos, remite diariamente el concentrado diario a la Unidad Operativa
- El área de salud consolida los datos semanalmente por cantón y remite semanalmente a la Provincia.
- Estadística provincial consolida los datos semanalmente por cantón y remite semanalmente al nivel nacional.
- El consolidado semanal permite evaluar los avances y tomar acciones para mejorar estrategias de vacunación si es necesario.
- La retroalimentación se hará semanalmente según el nivel.

#### **9.1.6. SUPERVISIÓN:**

El supervisor es fundamental para el éxito de la campaña. A través de todo el proceso ejecuta labores de enlace, supervisión, monitoreo rápido, apoyo logístico, evaluación e información.

Sus labores se desarrollan en tres momentos:

##### **a. - Acciones antes de salir al campo:**

1. Preparar el plan de supervisión según la sectorización de las brigadas y guía diseñada
2. Disponer del croquis debidamente delimitado por sector, según la táctica de vacunación.
3. Asignar los sectores a las brigadas. Es preferible que todas las brigadas comiencen en un lado del sector y progresan paralelamente hasta el final de él. Esto facilitará al supervisor seguirlas, proveerle

de insumos, verificar la calidad del trabajo, incluyendo viviendas sin visita.

4. Verificar que cada brigada conozca bien los límites de cada sector, disponga de vacunas, jeringas, formularios carné, ticket, envases plásticos para el descarte de los desechos.
5. Verificar que el personal de las brigadas (MSP y otras) ha sido capacitado de manera adecuada.
6. Coordinar con las autoridades de la comunidad sobre el día de la vacunación, identificando ferias y otros aspectos que faciliten el desarrollo de la campaña.

**b.- Acciones durante la campaña:**

1. Permanecer todo el tiempo con sus brigadas recorriendo los puestos de vacunación y viviendas siguiendo su desplazamiento e identificando viviendas no marcadas o no vacunadas y decidir la continuidad de una brigada en la zona para completar la vacunación.
2. Portar un termo con frascos de vacunas y jeringas, formularios, sticker y otros insumos, para vacunar a los renuentes y proveer a sus vacunadores.
3. Supervisar el proceso de vacunación. Para ello se debe:
  - Monitorear el avance de la vacunación de la población y puestos de vacunación.
  - Monitorear el uso apropiado del sticker.
  - Sombrear en el mapa o croquis los sectores vacunados con distintas tácticas.
  - Definir y realizar el MRC si la cobertura no se ha logrado.
  - Garantizar que durante la campaña, el vacunador visite nuevamente todas las viviendas marcadas como no vacunadas (viviendas con stiker rojo).
  - Acompañará al vacunador en la visita de viviendas renuentes. Si no es posible durante el transcurso del día, deberá hacerlo al día siguiente.

- Supervisar la calidad del registro de vacunados y consolidar la información de las brigadas y enviar a la unidad.

**c.- Acciones al final de la campaña:**

1. Completar los MRC según la programación y definir el barrido según los resultados.
2. Calcular la cobertura según programación e identificar posibles lugares con población no vacunada, para definir las medidas correctivas.
3. Programar brigadas para volver a visitar todas las viviendas cerradas y con renuentes y vacunarlos si no se ha logrado la cobertura establecida por las metas de la Campaña...
4. Compartir los resultados y decisiones con el coordinador o jefe de Área.
5. Si el resultado del monitoreo rápido de cobertura indica bajo porcentaje de vacunados, entonces se procederá a practicar un barrido para captar los no vacunados y mejorar la cobertura en esa localidad.

**Nota:**

El supervisor es el responsable directo de que todos los centros asistenciales del área asignada sean visitados y que todas las personas sean vacunadas.

El supervisor es el primero en llegar y el último en retirarse.

**Compromisos de las brigadas de vacunación (vacunador y anotador):**

- a) Presentarse puntualmente a la hora convenida en la unidad operativa con su supervisor.
- b) Antes de salir al campo deben verificar que sus implementos y equipos estén completos y en cantidad suficiente: croquis, instructivos, vacunas, jeringas, termos, paquetes fríos (hielo),



recipientes plásticos para el desecho de jeringuillas y agujas usadas, algodón, formularios, carnets, sticker, etc.

- c) Tener un croquis simplificado del sector a vacunar, así como la certeza de cuáles son los límites del sector asignado.
- d) Totalizar las dosis aplicadas en el formulario de registro diario de vacunación y vaciar la información en el formulario de consolidación diaria por grupo de edad y por cantón.

#### **Funciones de la brigada:**

- a) Preparar y revisar el equipo, vacunas y material necesario para salir al campo.
- b) Organizar su trabajo según el cronograma y croquis establecido.
- c) Aplicar las dosis de vacuna al grupo programado.
- d) Proteger a la vacuna del sol y mantener la cadena de frío.
- e) Preguntar cuidadosamente los datos requeridos.
- f) Registrar las dosis aplicadas, llenar el carné y entregarlo al usuario/ria.
- g) Dar indicaciones sobre la vacuna aplicada y las posibles reacciones esperadas (enrojecimiento y dolor en los sitios de la inyección, fiebre), explicando que son normales y cesarán pronto.
- h) Recomendar el uso de antipiréticos en caso de presentar fiebre.
- i) Educar para conservar el carné
- j) Descartar las jeringuillas, agujas y frascos de vacuna de acuerdo a normas de bioseguridad usando frascos plásticos de gaseosas u otros.
- k) Revisar el parte diario de vacunación, consolidar la información y entregar diariamente al supervisor de la brigada.

#### **9.1.6.1. MONITOREO:**

##### **Monitoreo de las coberturas administrativas de la población.**

El avance de la vacunación en todas las unidades operativas según la programación.

### **Monitoreo Rápido de Coberturas (MRC)**

- El MRC se realizará únicamente en los cantones que no se alcanzaron las metas.
- Una comunidad con menos del 50% de vacunados en la población significa que no se cubrió la población objetivo y se deduce que el barrido no fue bien realizado.
- Se realizará mínimo cuatro MRC por cada unidad operativa urbana, y dos por cada unidad en la cabecera de las parroquias rurales.
- Los responsables del MRC trabajarán en colaboración con personal de las unidades operativas y Áreas de Salud cuando sean necesarios.
- Por cada sector a monitorear, el responsable del MRC escogerá cuatro manzanas consideradas como de riesgo (alejadas, de difícil acceso, renuentes, etc.), en las cuales entrevistará un total de veinte personas de la manera siguiente:
- En cada manzana designada, comenzando en una de las esquinas y siguiendo en sentido de las manecillas del reloj, se visitarán todas las viviendas hasta encontrar las personas indicadas de los grupos antes mencionados, registrando su estado vacunal.
- Para el registro se utilizará la hoja de monitoreo rápido

#### **Nota:**

De no encontrar en la vivienda la documentación (carnet) para verificar la vacunación de la persona, no se incluirá esa vivienda en la hoja de MRC

#### **9.1.6.2. EVALUACIÓN:**

##### **Objetivos:**

- Conocer la cobertura final de la Campaña.
- Identificar cantones que no alcanzaron la meta establecida y sus causas.
- Determinar las lecciones aprendidas en la Campaña.

## **Indicadores de evaluación:**

### ***Indicadores de Proceso:***

- Planes elaborados.
- Cumplimiento de los planes.
- Porcentaje de capacitaciones programadas contra las realizadas.
- Porcentaje de supervisiones realizadas en relación a las supervisiones programadas.
- Porcentaje de brigadas con vacunas suficientes.
- Tasa de desperdicio de la vacuna.

### ***Indicadores de Resultado:***

Porcentaje de cobertura por cantón.

Porcentaje de cantones con cobertura menor a 80%.

Porcentaje de MRC con coberturas igual o superior al 80%.

Porcentaje de Monitoreos rápidos de cobertura realizados en relación a MRC programados.

Tasa de ESAVIS graves notificados.

**Análisis:** Este monitoreo no es una encuesta por muestreo estadístico aleatorio y sus resultados no son generalizables al resto del área o localidad. Sin embargo, proporciona información muy útil para evaluar la vacunación realizada (si todos los niños de las manzanas visitadas están vacunados ello sugeriría que se ha vacunado bien en esa localidad). El hallazgo de 2 o más personas no vacunados de cada 10 encuestados, sumado al análisis de las razones de no vacunación (Ejemplo: si los vacunadores olvidaron pasar por esa casa, si los padres eran renuentes, si los vacunadores pasaron a una hora inadecuada, si no había servicio o insumos en la UO, etc.), permitirá recomendar que se vuelva a vacunar (preferiblemente por barrido) en esa parroquia o localidad o se mejore el servicio. Repetir el monitoreo en otro sector de la parroquia siguiendo los mismos criterios de selección.

### **9.1.6.3. SUPERVISIÓN DEL RECURSO HUMANO**

La Supervisión, según la Etimología significa “mirar desde lo alto”, lo cual induce la idea de una visión global. Por otra parte, en su concepto más propio supervisión es un proceso mediante el cual una persona procesadora de un caudal de conocimientos y experiencias, asume la responsabilidad de dirigir a otras para obtener con ellos resultados que les son comunes. Hoy más que nunca, se requiere en las empresas hombres pensantes, capaces de producir con altos niveles de productividad en un ambiente altamente motivador hacia sus colaboradores.

Supervisar efectivamente requiere, planificar, organizar, dirigir, ejecutar retroalimentar constantemente. Exige constancia, dedicación, perseverancia, siendo necesario poseer características individuales en la persona que cumple esta misión.

El objetivo de este trabajo es mejorar el desempeño de las personas con actividades supervisores a través de dinámicas y discusiones de grupo que permitan el desarrollo de habilidades para fijar y lograr objetivos, establecer prioridades y planes de acción, tomar decisiones, organizar las tareas, motivar a sus colaboradores, controlar el curso de los acciones y retroalimentar a su personal.

La supervisión es un elemento clave dentro de cualquier organización. De él depende la calidad del trabajo, el rendimiento, la moral y el desarrollo de buenas actitudes por parte de los trabajadores.

El supervisor competente debe conocerse exactamente cada una de sus responsabilidades, para poder establecer los objetivos. Afortunadamente hay responsabilidades básicas que se mencionan a continuación, comunes a todos los supervisores:

1. Planear su propio trabajo;

2. Planear el trabajo para asignar las tareas individuales de cada empleado;
3. Dirigir las operaciones de trabajo;
4. Preparar informes y mantener récords;
5. Mejorar el rendimiento individual de cada empleado (se incluye el entrenamiento en el lugar de trabajo y el desarrollo de actitudes entre los miembros del equipo de salud);
6. Mantener el ambiente de trabajo saludable y seguro;
7. Mantener buenas relaciones personales con el equipo de salud;
8. Ordenar, mantener adecuadamente e inspeccionar las herramientas y materiales de trabajo;
9. Conocer las reglamentaciones y objetivos de la institución (se incluye los acuerdos del sindicato u otras organizaciones); y,
10. Conocer y administrar la política de la institución en lo que concierne al ambiente de trabajo.

### **1.- Planear su Propio Trabajo.**

Se deben conocer y entender completamente los límites de cada responsabilidad personal. Además, el supervisor debe aprender todo lo relacionado con su trabajo para poder distribuir tiempo de supervisión donde y cuando se le necesite.

### **2.- Planear el Trabajo para Asignar las Tareas Individuales de cada empleado.**

Debe hacerse un planteamiento efectivo para cumplir los requerimientos establecidos de calidad del producto. Debe asignarse a cada trabajador la tarea que realice mejor. Tener en cuenta la seguridad, el desarrollo personal, los posibles efectos en otros grupos o departamentos, las posibilidades futuras y la resistencia de cada trabajador al stress físico, emocional y mental.

### **3.- Dirigir las Operaciones de Trabajo.**

Para lograr este punto, es necesario que cada trabajador realice su tarea con la eficacia requerida. Esto implica dar órdenes, instrucciones y sugerencias al mismo tiempo que se brinda asistencia o ayuda personal si fuese necesario.

### **4.- Preparar Informes y Mantener Records;**

Este punto contribuye mucho a crear en el superior inmediato una imagen concreta del supervisor y su trabajo. Todo supervisor debe preocuparse por preparar y mantener correctamente los informes y records de su departamento o sección. Deben mantenerse al día y presentarse los informes en la fecha requerida. La información de estos documentos debe ser correcta, precisa, legible y su significado comprensible.

### **5.- Mejorar el Rendimiento Individual de cada Trabajador.**

Con el cumplimiento de este punto se debe lograr que cada trabajador realice su tarea en forma segura, rápida y de acuerdo a las especificaciones del trabajo. Teniendo en cuenta que el entrenamiento en el lugar de trabajo es parte inherente de una buena supervisión, todo supervisor debe conocer y usar los métodos de entrenamiento adecuados, establecer un programa de entrenamiento para cada trabajador y preparar el material necesario para dicho entrenamiento. Bajo este punto también se incluye el desarrollo de actitudes positivas entre los trabajadores.

### **6.- Mantener el Ambiente de Trabajo Saludable y Seguro.**

El supervisor debe demostrar un interés personal por las condiciones físicas, mentales y emocionales de cada trabajador en su departamento o sección. Debe inculcarles hábitos de prevención de accidentes. Además debe planificar el trabajo para prevenir accidentes e integrar la seguridad con todas las demás operaciones dentro del servicio de salud.

### **7.- Mantener Buenas Relaciones Personales con todo el equipo de salud.**

Esto significa que el supervisor debe llegar a conocer suficientemente a cada uno de los trabajadores, mantenerlos informados, escuchar sus sugerencias y actuar imparcialmente.

### **8.-Ordenar, Mantener Adecuadamente e Inspeccionar las Herramientas y Materiales de Trabajo.**

Tanto las herramientas como los materiales de trabajo son de importancia vital para poder llevar a cabo las distintas operaciones de trabajo. El supervisor debe planificar adecuadamente la distribución y mantenimiento de herramientas y materiales cerciorándose que siempre se use la herramienta adecuada para cada trabajo particular. Para lograr esto es imprescindible un buen orden y para lograr un buen orden se requieren inspecciones adecuadas.

### **9.- Conocer las Reglamentaciones y Objetivos de la institución.**

Indudablemente el supervisor que no sepa los reglamentos de la empresa no podrá hacerlos cumplir. Por ello es de primordial importancia que el supervisor conozca, aprenda y entienda todas las reglamentaciones.

### **10.- Conocer y Administrar la Política de la institución en lo que Concierna al Ambiente de Trabajo.**

Las condiciones del ambiente de trabajo es un punto de importancia vital y el supervisor debe estar familiarizado con la política de la empresa así como los métodos administrativos de la misma relacionados con el ambiente de trabajo.

### **Estilos de supervisión**

- **Estilo autocrático:** Característico de individuo autocráticos, que sin consultar con nadie, señalan o determinan que debe hacerse, cómo y

cuando en forma categórica, indican la fecha de su cumplimiento y luego lo comprueban en la fecha y hora señaladas. Caracterizado por un personalismo exagerado en las líneas de toma de decisiones.

- **Estilo democrático:** Característico del supervisor que permite que los trabajadores participen en el análisis del problema y su solución. Anima a sus hombres para que participen en la decisión. Es directo y objetivo en sus comentarios y comprueba si el trabajo había sido realizado, felicitando después al que lo merezca.
- **Estilo liberal:** El supervisor no ejerce control del problema, prefieren que sus hombres hagan lo que consideran conveniente y deja que las cosas sigan su propio camino.
- **Los individuos hostiles:** Se resienten de la autoridad. Su hostilidad se canaliza mejor tratándolos autoritariamente. El estilo autocrático canaliza su agresividad y atiende a dirigirla hacia objetivos constructivos. Resulta verdaderamente extraño que el otro tipo de persona que responde positivamente ante el estilo autocrático sea precisamente la opuesta a la hostil - la persona dependiente. Esta necesita una dirección firme. Su mansedumbre y dependencia le dan una sensación de estar flotando en el aire. Si el líder es dominante y autoritario, tranquiliza a la persona dependiente.

El trabajador que gusta de formar parte del equipo reacciona muy bien ante el estilo democrático. Encuentra satisfacción en trabajar fraternalmente unido al grupo bajo el liderato democrático. Las personas que cooperan también rinden al máximo cuando se utiliza el estilo democrático. Las personas que cooperan también rinden al máximo cuando se utiliza el estilo democrático. El hecho de que cooperen no significa necesariamente que la persona carezca de iniciativa y de una



razonable dosis de acometividad. Las personas que cooperan, con un mínimo de control, se convierten en las más productivas.

El estilo liberal solamente da resultado con aquellos individuos que verdaderamente conocen su trabajo. Son estables en su desempeño y no pierden el control cuando tropiezan con situaciones de emergencia. El tipo individualista o introvertido es generalmente más productivo bajo el tipo de liderazgo liberal.

### **Motivación de Recursos Humanos**

Definiremos a la motivación como la voluntad de ejercer altos niveles de esfuerzo hacia las metas organizacionales, condicionadas por la habilidad del esfuerzo de satisfacer alguna necesidad individual.

Las primeras teorías de la motivación aparecieron en los años 50s. Tres teorías específicas se formularon durante este periodo, las cuales, aunque duramente atacadas y ahora cuestionables en términos de validación, son todavía probablemente las explicaciones mejor conocidas de la motivación del individuo. Estas teorías son la teoría de la jerarquía de las necesidades, las teorías X e Y, y la teoría de la motivación-higiene.

**Teoría de la jerarquía de las necesidades:** Es, probablemente, la más conocida de las teorías y fue ideada por Abraham Maslow. Él formuló la hipótesis de que dentro del ser humano existe una jerarquía de cinco necesidades. Éstas son:

- Fisiológicas: Incluye el hambre, la sed, el refugio, el sexo y otras necesidades físicas.
- Seguridad: Incluye la seguridad y la protección del daño físico y emocional.
- Social: Incluye el afecto, la pertenencia, la aceptación y la amistad.
- Estima: Incluye los factores de estima interna como el respeto a uno mismo, la autonomía y el logro, así como también los factores

externos de estima como el estatus, el reconocimiento y la atención.

- Autorrealización: El impulso de convertirse en lo que es uno capaz de volverse; incluye el crecimiento, el lograr el potencial individual, el hacer eficaz la satisfacción plena con uno mismo.

Conforme cada una de estas necesidades se satisface sustancialmente, la siguiente se vuelve dominante. Desde el punto de vista de la motivación, la teoría diría que aunque ninguna necesidad se satisface por completo, una necesidad sustancialmente satisfecha ya no motiva. Así que de acuerdo con Maslow, si quiere motivar a alguien, usted necesita entender en qué nivel de la jerarquía está actualmente esta persona, y enfocarse en satisfacer aquellas necesidades del nivel que esté inmediatamente arriba.

Maslow separó estas cinco necesidades en órdenes altos y bajos. Las necesidades fisiológicas y de seguridad se describieron como de orden bajo, y la social, la estima y la autorrealización como necesidades de orden alto. La diferenciación entre los dos órdenes se hizo según la premisa de que las necesidades de bajo orden se satisfacen internamente (dentro de la persona), y las necesidades de nivel alto se satisfacen de manera externa (por cosas como el salario, contratos sindicales, antigüedad).

#### **9.1.7. MORBI-MORTALIDAD**

La morbi -mortalidad materna e infantil, constituye aún un problema social y de salud en Ecuador y en toda América Latina. Las complicaciones del embarazo, parto, puerperio abortos determinaron las primeras causas de defunción de las mujeres en edad fértil relacionándose a su vez esta situación con la morbilidad y mortalidad infantil por causas evitables.

La mortalidad infantil en menores de 1 año es superior a la de los niños del grupo de 1 a 14, debido a enfermedades de fácil prevención como las infecciones diarreicas agudas, infecciones respiratorias agudas, hipoxias neonatales, bajo peso al nacer, desnutrición, etc. Situación que se ha tornado muy difícil en las zonas urbanas marginales y rurales entre otras causas por la falta de infraestructura básica sanitaria, desconocimiento de prácticas para el auto cuidado, además por la inaccesibilidad a los servicios de salud existente.

Es así, que los objetivos de la OMS, entre otras cosas, se establecieron estrategias, como la de:

Optimizar la atención Materno Infantil, la cual se fundamenta en el hecho de que América Latina tiene altas tasas de morbimortalidad en dichos grupos, elevadas tasas de crecimiento de la población reflejada en el panorama demográfico y en los factores propios del medio donde transcurre el proceso.

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador, ha implementado acciones tendientes en mejorar la situación materno infantil, sin embargo la falta de una política definida a nivel nacional así como la insuficiente coordinación con otros organismos el presupuesto limitado destinado a otros programas y la escasez de recursos humanos plenamente capacitados, hacen que el objetivo propuesto sea inalcanzable, colocando los resultados muy por debajo de las metas trazadas, cuando apenas nos encontramos a poco tiempo de llegar al año 2010.

La cobertura de los servicios de salud en el País no abastece las necesidades la población de manera particular en las zonas rurales, por los que eventos como el nacimiento de un niño no cuenta con atención profesional; realizándose en forma empírica un elevado porcentaje

aumentando la frecuencia de morbilidad y mortalidad en la madre y el niño.

## 9.2. MARCO REFERENCIAL.

### VACUNA.

La **vacuna** (del latín "vaccinus-a-um", "(vacuno)"; de "vacca-ae", "vaca") es un preparado de antígenos que una vez dentro del organismo provoca la producción de anticuerpos y con ello una respuesta de defensa ante microorganismos patógenos. Esta respuesta genera, en algunos casos, cierta memoria inmunitaria produciendo inmunidad transitoria frente al ataque patógeno correspondiente. La primera vacuna descubierta fue la usada para combatir la viruela por Edward Jenner en 1796.<sup>5</sup>

### TIPOS DE VACUNAS

Las vacunas pueden estar compuestas de bacterias o virus, ya sean vivos o debilitados, que han sido criados con tal fin. Las vacunas también pueden contener organismos inactivos o productos purificados provenientes de aquellos primeros. Hay cuatro tipos tradicionales de vacunas<sup>6</sup>:

- **Inactivadas:** microorganismos dañinos que han sido tratados con productos químicos o calor y han perdido su peligro. Ejemplos de este tipo son: la gripe, cólera, peste bubónica y la hepatitis A. La mayoría de estas vacunas suelen ser incompletas o de duración limitada, por lo que es necesario más de una toma.
- **Vivas atenuadas:** microorganismos que han sido cultivados expresamente bajo condiciones en las cuales pierden sus propiedades nocivas. Suelen provocar una respuesta inmunológica más duradera, y son las más usuales en los adultos. Por ejemplo:

---

<sup>5</sup> <http://www.misrespuestas.com/queesunavacuna.html>

<sup>6</sup> <http://es.wikipedia.org/wiki/vacuna>

la fiebre amarilla, sarampión o rubéola (también llamada sarampión alemán) y paperas.

- **Toxoides:** son componentes tóxicos inactivados procedentes de microorganismos, en casos donde esos componentes son los que de verdad provocan la enfermedad, en lugar del propio microorganismo. En este grupo se pueden encontrar el tétanos y la difteria.
- **Subunitarias:** introduce un microorganismo atenuado o inactivo, dentro del sistema inmunitario, para crear una respuesta inmunitaria. Un ejemplo característico es la vacuna subunitaria contra la hepatitis B, que está compuesta solamente por la superficie del virus (superficie formada por proteínas).

La vacuna contra la tuberculosis por ejemplo, es la llamada vacuna BCG (Bacilo de Calmette y Guerin, que debe su nombre a sus descubridores) se fabrica con bacilos vivos atenuados y por tanto no es contagiosa de esta enfermedad.

## **INMUNIZACIONES.**

En medicina la inmunización es el proceso de inducción de inmunidad artificial frente a una enfermedad.

### **INMUNIZACION PASIVA.**

Involucra anticuerpos que se producen en el cuerpo de otra persona, como en el caso de los lactantes que poseen inmunidad pasiva, dado que ellos nacen con los anticuerpos que les transfiere la madre a través de la placenta. Dichos anticuerpos desaparecen entre los 6 y 12 meses de edad. Otra forma de obtener la inmunidad pasiva es con la gammaglobulina, la cual es suministrada por un médico y cuya protección es también temporal.

## **INMUNIDAD ACTIVA.**

A través de la aplicación de vacunas, preparados antigénicos atenuados con el fin de generar una respuesta inmunológica por parte del organismo; para generar un “memoria inmunológica”, consistente en la formación de anticuerpos protectores contra el antígeno al que se es expuesto.

## **CAJAS TÉRMICAS**

Son cajas con estructura aislante de poliuretano inyectado, recubierta con plástico u otro material afín con cierre hermético y capacidad para acomodar los paquetes fríos alrededor de las vacunas. Se emplea en transporte del nivel nacional al regional y en general cuando se necesita transportar y conservar biológicos de 16 a 60 o más horas.

## **TERMOS**

Son recipientes de pequeñas dimensiones fabricado con paredes aislantes de poliuretano y poliestireno. Utilizados para el transporte de vacunas entre el nivel central, regional y/o local. Son indicados para cumplir actividades de vacunación intra y extramural.

Según el tipo y calidad del termo, puede mantener y conservar las vacunas por lapsos de 4 a 8 horas.

## **ESTRATEGIAS PARA CONSEGUIR LA SEGURIDAD DE LAS INMUNIZACIONES**

Un planteamiento global de la seguridad de las inmunizaciones abarca, la calidad de las vacunas, el mantenimiento de la cadena del frío, la administración de las vacunas, la comunicación de información adecuada sobre las inmunizaciones, la eliminación de las agujas e instrumentos cortantes y la vigilancia de los sucesos adversos posteriores a las inmunizaciones. La cultura de la seguridad de las inmunizaciones debe practicarse a todos los niveles del sistema de atención de salud. Para ello es necesario todo un conjunto de poderosos mensajes de defensa y formación.

**SUPERVISOR.**

El supervisor es un elemento clave dentro de cualquier organización. De él depende la calidad del trabajo, el rendimiento, la moral y el desarrollo de buenas actitudes por parte de los trabajadores. El supervisor dirige y evalúa el trabajo y conoce a todos los trabajadores.

**MONITOREO.**

Proceso de verificación periódica de la situación de un programa, para determinar si las actividades se están cumpliendo en la forma planeada.

**MORBILIDAD.**

Frecuencia con que se presenta una enfermedad en una población y en un número determinado.

**MORTALIDAD.**

Número proporcional de defunciones en una población o tiempo determinado.

**EVALUACION DE BRIGADAS.**

El supervisor junto a las brigadas debe evaluar cuantitativamente el trabajo de las brigadas

- Número de vacunados por día y durante toda la campaña

Del mismo modo hará una evaluación cualitativa que incluye

- Técnica correcta en la administración de la vacuna
- Calidad en los registros de los formularios y de las casas
- Calidad en el relacionamiento con la población
- Si realizó consejería durante la vacunación
- Presentación y uso de uniforme del vacunador

### **9.3. POSTURA TEÓRICA**

El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) fue aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1974 y mediante la Resolución CD 25.27 del Consejo Directivo de la OPS/OMS fueron respaldadas sus metas en septiembre de 1977, como medida para intensificar la lucha contra las enfermedades inmune-prevenibles que afectaban con mayor frecuencia a la niñez del mundo.

En su inicio, el PAI estaba dirigido fundamentalmente al grupo de niños y niñas menores de cinco años y en especial a los menores de un año, así como a las embarazadas. Su propósito era disminuir la morbilidad y la mortalidad de enfermedades prevenibles por vacunas tales como: Poliomielitis, Difteria, Tos Ferina, Tétanos, Sarampión y Tuberculosis. La principal estrategia recomendada era la vacunación simultánea y permanente.

Con la gran experiencia adquirida a través de estos años se han ido creando las condiciones favorables para lograr otro tanto con otras enfermedades como: Sarampión, Rubéola, Rubéola congénita, Tétanos Neonatal, Hepatitis B y algunas enfermedades invasivas por *Haemophilus influenzae* tipo B (HIB) como la Meningitis y la Neumonía.

Por otra parte cada país dispone de un Programa de Inmunización adaptado a la situación epidemiológica de cada uno de ellos. Lo ideal sería disponer de un Programa básico o general que incluya a vacunas contra la mayoría de las enfermedades.



## **10. HIPOTESIS.**

### **10.1. HIPOTESIS GENERAL**

- La supervisión con estilo democrático aplicado al personal de salud permite la disminución de los efectos secundarios en las campañas de vacunación a la población materno-infantil del centro de salud de Samborondón.

### **10.2. SUBHIPOTESIS.**

- La motivación aplicada en la capacitación al recurso humano permite el cumplimiento de metas y la disminución de reacciones adversas a la población expuestas en las campañas de vacunación.
- El monitoreo utilizando el método de barrido en la campaña de vacunación puede evitar errores operativos en el programa para la disminución de la mortalidad materno-infantil.
- El diseño de un sistema de evaluación de desempeño a través del método de escala gráfica al recurso humano mejora la cobertura de atención a la población materno-infantil en los programas de vacunación.

## OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS
Supervisión del personal de salud	Motivación del recurso humano.	Comunicación	¿Discuten el plan de supervisión de la brigada de vacunación?
		Capacitación	¿Considera que la capacitación a la brigada de vacunación contribuye a disminuir la posibilidad de reacciones adversas a la población expuesta a vacunación?
		Promoción.	¿La promoción de las campañas permite mejorar la calidad del servicio y a su vez motivar su aceptación por la comunidad?
	Monitoreo de las campañas de vacunación.	Monitoreo rápido.	¿Constata información del beneficio de las vacunas sea suficiente para el usuario?
	Sistema de evaluación al recurso humano	Medición de desempeño	¿Aplica la Dirección un sistema de evaluación para medir el desempeño laboral?

Campañas de vacunación a la población materno-infantil	Metas de las campañas de vacunación.	Cumplimiento de metas.	¿Cumplen con las metas propuestas en relación a calidad de atención y productividad laboral?  ¿Verifica que las brigadas de vacunación, estén bien equipadas, con vacunas suficientes y otros materiales para el cumplimiento de la meta?
	Morbi-mortalidad a la población materno-infantil.	Disminución de la morbi-mortalidad.	¿Las campañas de vacunación realizadas han disminuido la morbi mortalidad en los grupos expuestos?
	Cobertura de atención a la población materno-infantil en las campañas de vacunación.	Actividad político – social.	¿Los programas de vacunación que lleva el Centro de Salud, son realizados como una actividad netamente política - social?

## **11. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION.**

La metodología que empleamos, la utilizamos para distinguir en la práctica la esencia de los procesos, hechos, fenómenos y objetos del mundo sobre la base de las manifestaciones externas, fenoménicas; por ello utilizamos el pensamiento abstracto, el conocimiento hermenéutico para establecer el si la supervisión que se aplica a las brigadas de vacunación están contribuyendo a la disminución de la morbi mortalidad de la población expuesta del centro de salud Samborondòn

### **11.1. METODOS APLICADOS.**

Los métodos que fueron utilizados los hemos resumido en los siguientes:

#### **Método Hermenéutico.**

Aplicado durante toda la investigación desde el conocimiento del problema, su sustento científico y su estudio de campo, la misma que conllevó a interpretar y discutir los resultados, todos estos pasos implican una actividad interpretativa propia del método.

#### **Método Hipotético-Deductivo**

A través de la observación del problema en la unidad de salud y por la presencia de iatrogenia en vacunación, se pretende comprobar la hipótesis “la supervisión con estilo democrático aplicado al personal de salud permite la disminución de los efectos secundarios en las campañas de vacunación a la población materno-infantil del centro de salud de Samborondón”, la misma que deberá corroborarse o rechazarse de acuerdo a la contrastación de los hechos observados y sustentados científicamente.

## 11.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

### Población

La población o universo a investigarse lo conformaron el personal de salud que labora en el centro de Salud de Samborondon, (31), y la población expuesta a vacunarse (1200)

### Muestra

Para determinar el tamaño de la muestra de los usuarios he utilizado la siguiente formula estadística:

$$n = \frac{S^2}{\frac{E^2}{Z^2} + \frac{S^2}{N}}$$

### **Datos:**

**n** = Muestra

**S**= Desviación estándar de la población (conocida o estimada a partir de anteriores estudios)

**Z**= Margen de confiabilidad o número de unidades de desviación estándar en la distribución normal que producirá el nivel deseado de confianza: para un una confianza del 95 % = 0,05, Z = 1,96

**E**= Error de estimación admitido 0,4

Cálculo para muestra

$$n = \frac{S^2}{\frac{E^2}{Z^2} + \frac{S^2}{N}} = \frac{(0,4)^2}{\frac{(0,05)^2}{(1,96)^2} + \frac{(0,4)^2}{1200}} = \frac{0.16}{0.00065 + 0.00033}$$

$$= \frac{0.16}{0.00098} = 163 \text{ pacientes}$$

Grupos beneficiados:	Población	Muestra	Porcentaje
Personal de salud.	31	31	100%
Población expuestas	1200	163	14%
Total	1231	194	

### 11.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

#### Técnicas

- Observación.
- La encuesta.
- La entrevista.

#### Instrumentos

- Ficha con características
- Guía para la entrevistas
- Cuestionario

#### **11.4. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN**

La investigación fue elaborada, procesada y sistematizada de la siguiente manera:

- Investigación bibliográfica.
- Construcción del marco contextual
- Elaboración del marco teórico
- Construcción del diseño metodológico.
- Redacción y presentación del borrador de lo anterior.
- Aplicación de instrumentos de investigación.
- Tabulación de datos.
- Procesamiento de datos.
- Redacción del informe final.
- Socialización del proyecto.

## 12. RESULTADOS OBTENIDOS DE LA INVESTIGACION.

### 12.1. PRUEBAS ESTADISTICAS APLICADAS.

#### METODO DE ANALISIS DESCRIPTIVO DE DATOS CUALITATIVOS.

Población del equipo de salud es de 31 de los cuales 10 se les presentó el plan de supervisión de la brigada de vacunación.

Los porcentajes, proporciones, son operaciones matemáticas aplicadas a indicadores cuyo nivel de medición es nominal u ordinal.

El porcentaje o tanto por ciento, se calculó mediante la siguiente fórmula:

$$\% = (fi/n) 100$$

Donde

Fi = frecuencia.

n= total de casos o sumatorias de todas las frecuencias.

$$\% = (10/31) 100$$

$$\% = (0.3225) 100$$

$$\% = 32.25$$

Entonces el 32.25% del equipo de salud se les presentó el plan de supervisión de la brigada de vacunación.

Proporción: se llama a la relación que existe entre el número de casos observados en un grupo particular de objetos con una característica y el total de objetos que poseen la característica. La proporción se distingue de la razón porque el numerador es parte integrante del fenómeno que constituye el denominador (se compara una parte con el todo).



Para conocer la proporción, es decir la intensidad de un valor frecuente a la totalidad de casos, aplicamos la siguiente fórmula:

$$\text{Proporción} = (f_i/n)$$

$$\text{Proporción} = (10/31)$$

$$\text{Proporción} = (0.3225)$$

La proporción del equipo de salud que se les presentó el plan de supervisión es de 0.3225

La diferencia entre el porcentaje y la proporción es que la sumatoria total del primero siempre será igual a 100, en tanto que la sumatoria total de la segunda, será siempre igual a 1. Ambos constituyen formas válidas de expresar resultados.

## 12.2. ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS.

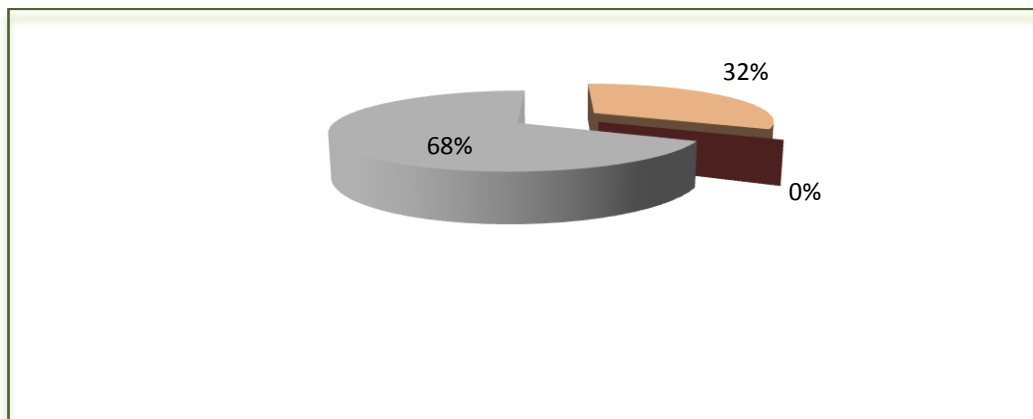
### ENCUESTAS DIRIGIDAS AL EQUIPO DE SALUD DEL CENTRO DE SALUD SAMBORONDON.

1. ¿El supervisor pone a discusión el plan de supervisión de la brigada de vacunación?

**CUADRO # 1**

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Si	10	32%
A veces	0	0%
No	21	68%
<b>TOTAL</b>	<b>31</b>	<b>100%</b>

**GRAFICO # 1**



Fuente: Personal de Salud  
Lugar: Centro de Salud de Samborondón  
Fecha: 29 de septiembre del 2010

## ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS.

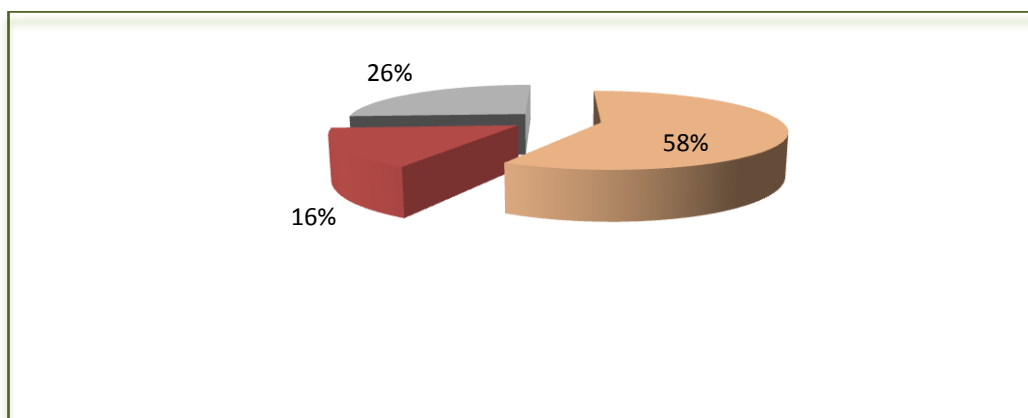
Según el análisis estadístico realizado el 68% de los encuestados manifiestan que el supervisor no les pone a consideración el plan de supervisión de la brigada de vacunación, mientras que solo el 32% que si, se deduce que la mayoría desconoce el plan de supervisión.

2. ¿Usted considera que las estrategias aplicada por el supervisor en la campaña de vacunación mejora la cobertura y reduce la presencia de riesgos adversos en la vacunación?

**CUADRO # 2**

<b>Alternativas</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Siempre	18	58%
Algo	5	16%
Nada	8	26%
<b>TOTAL</b>	<b>31</b>	<b>100%</b>

**GRAFICO # 2**



Fuente: Personal de Salud  
Lugar: Centro de Salud de Samborondón  
Fecha: 29 de septiembre del 2010

### **ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS**

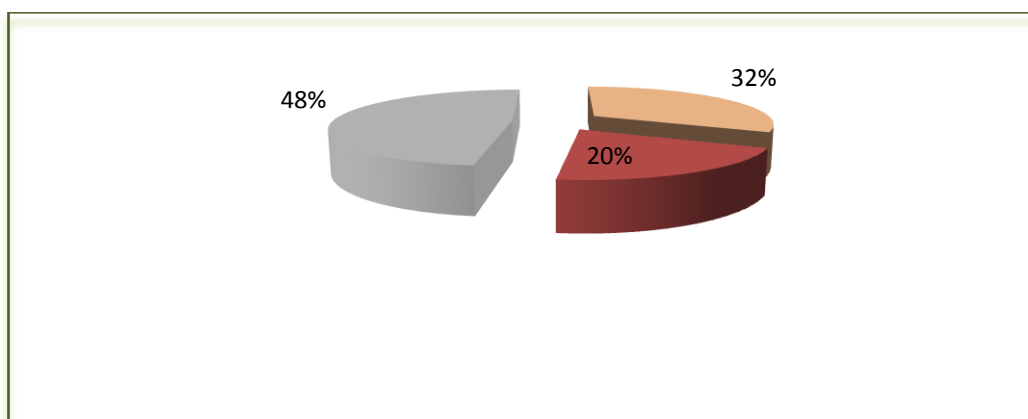
Según el análisis estadístico realizado, el 58% de los encuestados consideran que las estrategias aplicada por el supervisor en la campaña de vacunación si mejora la cobertura de vacunación, el 16% que algo y un 26% consideran que no es buena la estrategia, se deduce que las estrategias previas a la programación permite la evaluación de barrido en la zonificación.

3. ¿Usted considera que la supervisión aplicada a la brigada permite el cumplimiento de las metas?

CUADRO # 3

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Por supuesto que sí	10	32%
Medianamente	6	20%
Por supuesto que no	15	48%
<b>TOTAL</b>	<b>31</b>	<b>100%</b>

GRAFICO # 3



Fuente: Personal de Salud  
Lugar: Centro de Salud de Samborondón  
Fecha: 29 de septiembre del 2010

**ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS**

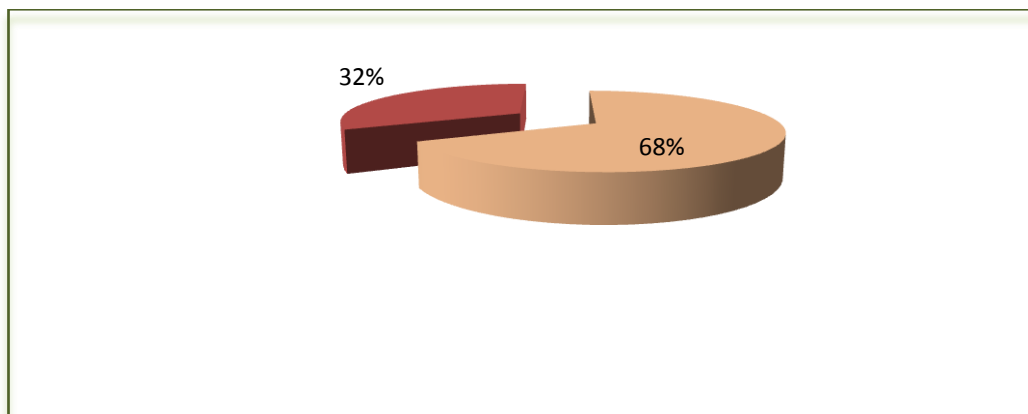
Según el análisis estadístico realizado el 48% de los encuestados consideran que la supervisión aplicada a la brigada no está permitiendo el cumplimiento de las metas, el 32% piensan lo contrario y el 20% que medianamente, se deduce que a pesar de que la supervisión juega un papel importante en el cumplimiento de las metas no está siendo aplicada correctamente.

4. ¿Usted Considera que la capacitación al equipo de salud (brigada de vacunación) conlleva a limitar la presencia de reacciones adversas a la población expuesta a vacunación?

**CUADRO # 4**

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Si	21	68%
No	10	32%
<b>TOTAL</b>	<b>31</b>	<b>100%</b>

**GRAFICO # 4**



Fuente: Personal de Salud  
Lugar: Centro de Salud de Samborondón  
Fecha: 29 de septiembre del 2010

### **ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS**

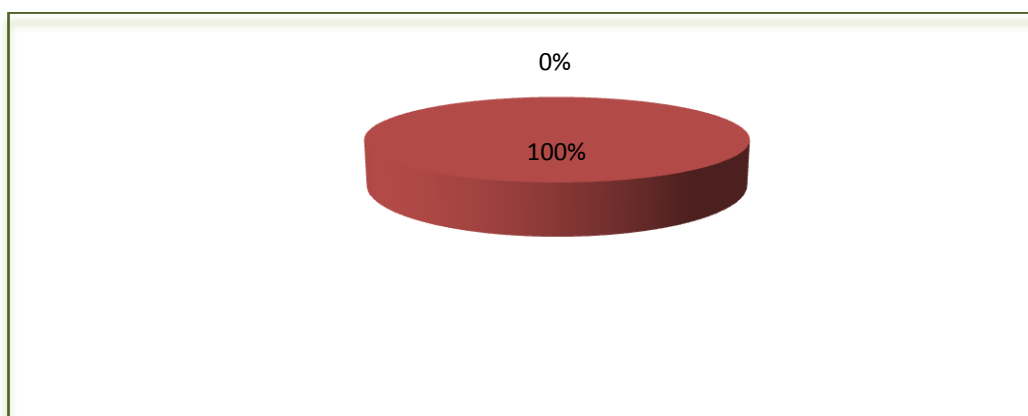
Según el análisis estadístico realizado, el 68% de los encuestados consideran que la capacitación al equipo de salud si permite la disminución de las reacciones adversas a la población expuesta a la vacunación, y un 33% creen que no será así, se deduce que la mayoría de los miembros de la brigada de vacunación se encuentra actualizado de las nuevas tendencias en relación a la vacuna a administrarse y sus reacciones adversas.

5. ¿Aplica la Dirección un sistema de evaluación al recurso humano involucrado en las campañas de vacunación para medir el desempeño laboral?

**CUADRO # 5**

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	0	0%
No	100	100%
<b>TOTAL</b>	100	100%

**GRAFICO # 5**



Fuente: Personal de Salud  
Lugar: Centro de Salud de Samborodón  
Fecha: 29 de septiembre del 2010

### **ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS**

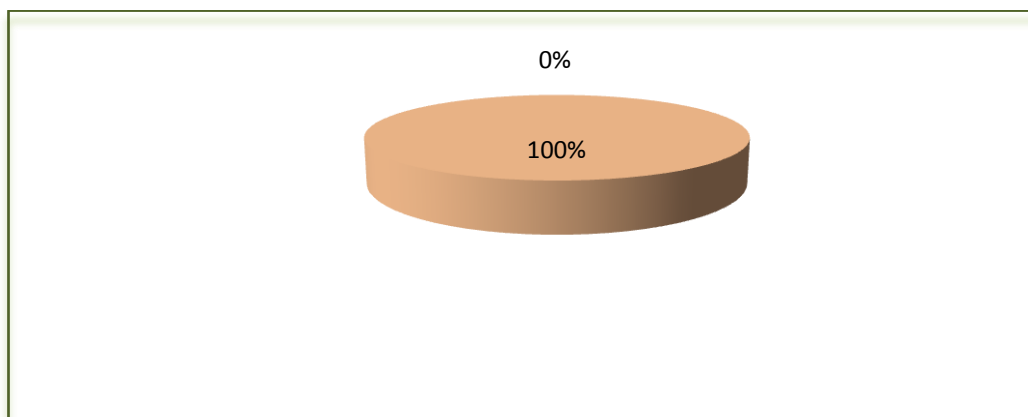
Según el análisis estadístico realizado, el 100% de los encuestados manifiestan que la dirección del Centro de Salud no mantiene un sistema de evaluación para medir el desempeño laboral de las brigadas de vacunación, es decir que solo se evalúa de acuerdo a parámetros de coberturas cumplidas.

6. ¿Usted considera que el conocimiento del manejo de la cadena de frío de la vacuna, por la brigada de salud, permite la conservación de una vacuna segura?

**CUADRO # 6**

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Si	31	100%
No	0	0%
<b>TOTAL</b>	31	100%

**GRAFICO # 6**



Fuente: Personal de Salud  
Lugar: Centro de Salud de Samborodón  
Fecha: 29 de septiembre del 2010

### **ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS**

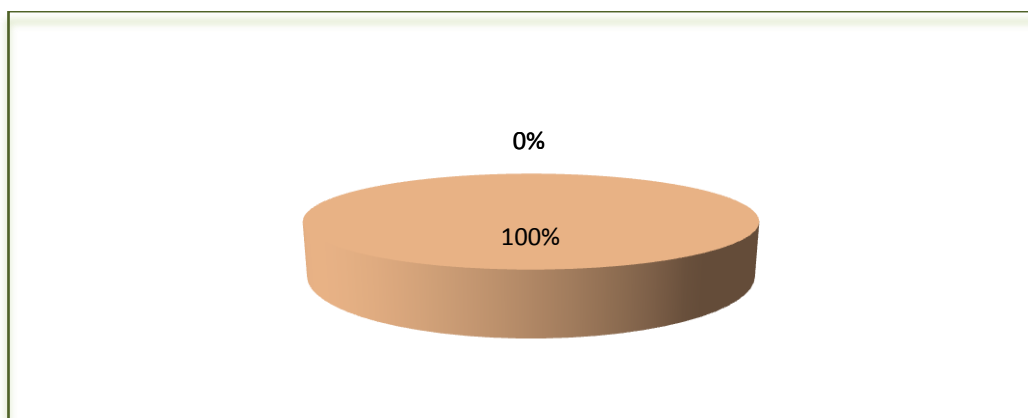
Según el análisis estadístico realizado, el 100% de los encuestados consideran que el conocimiento del manejo de la cadena de frío de la vacuna, por la brigada de vacunación si permite la conservación de una vacuna segura, se deduce que es muy importante capacitar a todo el equipo de salud (médicos, enfermeras, odontólogos, tecnólogos, etc.) en relación a la conservación de una vacuna segura para que la población expuesta a vacunarse reciba una dosis efectiva.

7. ¿Usted considera que la promoción de las campañas de vacunación permite mejorar la calidad del servicio del Centro de Salud y a su vez motiva su aceptación por la comunidad?

**CUADRO # 7**

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Si	31	100%
Algo	0	0%
No	0	0%
<b>TOTAL</b>	31	100%

**GRAFICO # 7**



Fuente: Personal de Salud  
 Lugar: Centro de Salud de Samborondón  
 Fecha: 29 de septiembre del 2010

**ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS**

Según el análisis estadístico realizado, el 100% de los encuestados consideran que la promoción de la campaña de vacunación si permite mejorar la calidad del servicio del centro de salud y a su vez motiva la aceptación por la comunidad en la atención, se deduce que las campañas en salud son factores de vinculación con la comunidad que permite su interrelación.

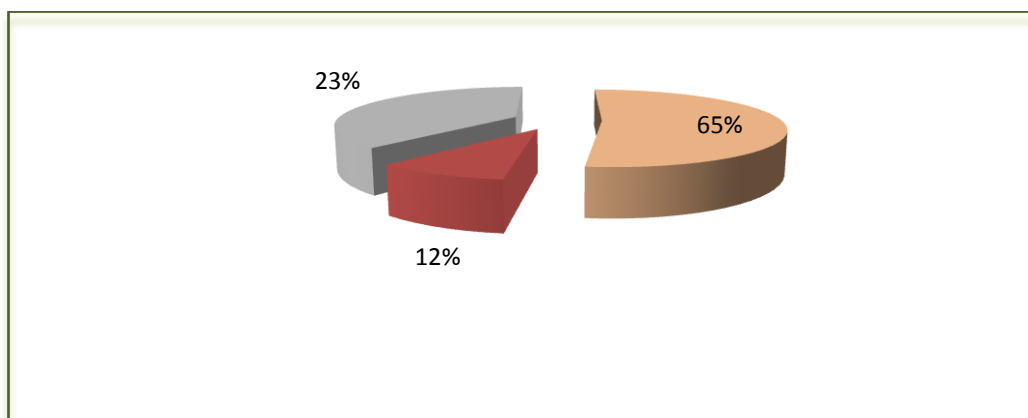


8. ¿Usted cree que las campañas de vacunación realizadas en el país han disminuido la morbi mortalidad en los grupos expuestos?

**CUADRO # 8**

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Definitivamente sí	20	65%
Medianamente	4	12%
Definitivamente no	7	23%
<b>TOTAL</b>	<b>31</b>	<b>100%</b>

**GRAFICO # 8**



Fuente: Personal de Salud  
 Lugar: Centro de Salud de Samborondón  
 Fecha: 29 de septiembre del 2010

### **ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS**

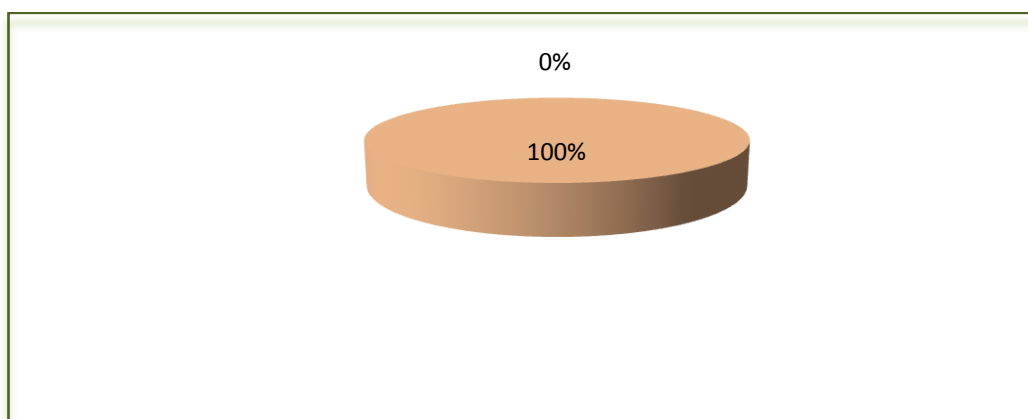
Según el análisis estadístico realizado, el 65% de los encuestados consideran que las campañas de vacunación realizadas en el país si han disminuido la morbi mortalidad en la población expuesta, el 12% medianamente, mientras que el 23% restante que no, se deduce que las campañas de vacunación son políticas de estado que han beneficiado a la población en riesgo.

9. ¿Usted considera que la brigada de vacunación debe cumplir estrictamente las normas de bioseguridad de las vacunas para evitar accidentes lamentables?

**CUADRO # 9**

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Si	31	100%
No	0	0%
<b>TOTAL</b>	31	100%

**GRAFICO # 9**



Fuente: Personal de Salud  
Lugar: Centro de Salud de Samborondón  
Fecha: 29 de septiembre del 2010

### **ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS**

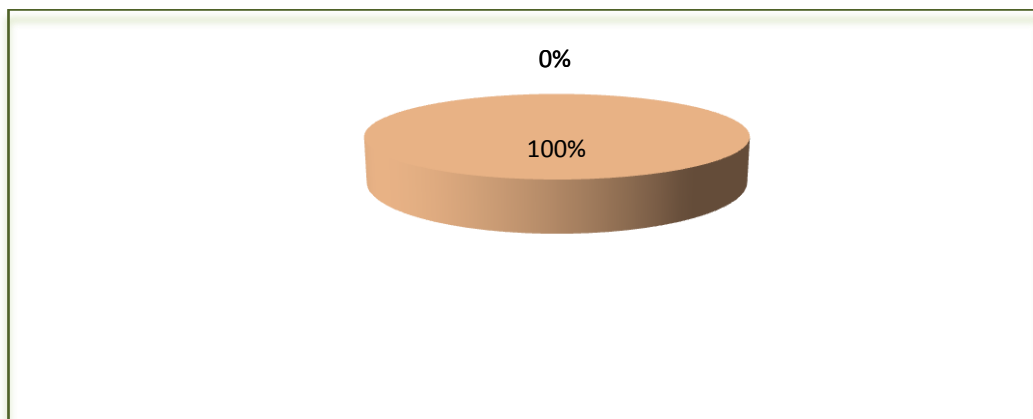
Según el análisis estadístico realizado, el 100% de los encuestados consideran que la brigada de salud si debe cumplir estrictamente las normas de bioseguridad de las vacunas para evitar accidentes lamentables, se deduce que los miembros de las brigadas deben de tener todo el conocimiento en relación a la manipulación, conservación y control de desechos de las vacunas.

10. ¿Usted considera que el supervisor debe constatar que la información dada por el personal respecto al beneficio de las vacunas sea suficiente para el usuario?

**CUADRO # 10**

<b>Alternativas</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Siempre	31	100%
De vez en cuando	0	0%
Nunca	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>31</b>	<b>100%</b>

**GRAFICO # 10**



Fuente: Personal de Salud  
Lugar: Centro de Salud de Samborondón  
Fecha: 29 de septiembre del 2010

### **ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS**

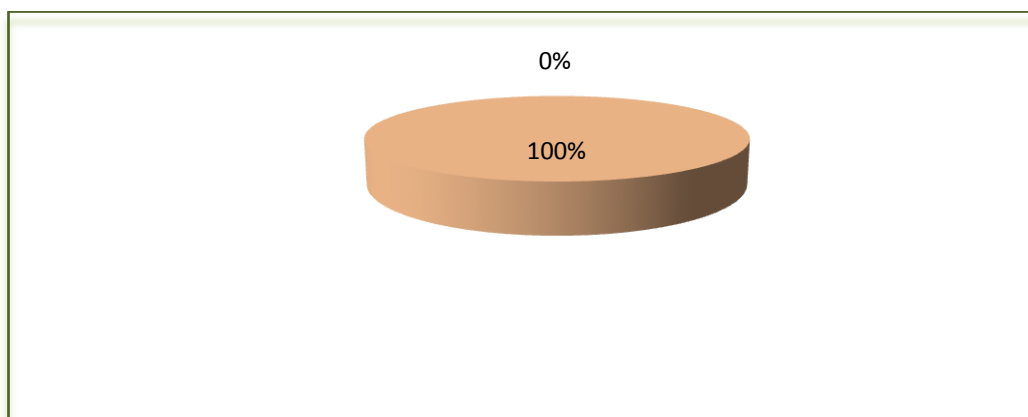
Según el análisis estadístico realizado, el 100% de los encuestados consideran que el supervisor debe constatar que la información dada por el personal respecto al beneficio de la vacuna, sea suficientes para el usuario, se deduce que es importante evaluar el trabajo de las brigadas además de evaluar la información recibida al usuario.

11. ¿Usted considera que el supervisor debe hacer un monitoreo rápido en caso de que la meta de vacunación no se esté cumpliendo?

**CUADRO # 11**

<b>Alternativas</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	31	100%
No	0	0%
<b>TOTAL</b>	31	100%

**GRAFICO # 11**



Fuente: Personal de Salud  
Lugar: Centro de Salud de Samborondón  
Fecha: 29 de septiembre del 2010

### **ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS**

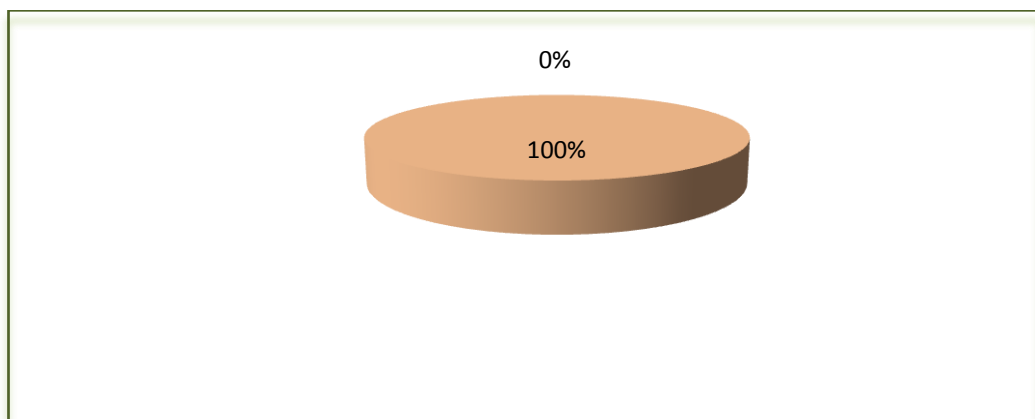
Según el análisis estadístico realizado, el 100% de los encuestados consideran que el supervisor debe hacer un monitoreo rápido en caso de que la meta no se esté cumpliendo, se deduce que la tarea del supervisor es evaluar los procesos de cumplimiento de lo programado en metas de vacunación a la población expuesta.

12. ¿Usted considera que el supervisor de vacunación debe verificar que las brigadas de vacunación, estén bien equipadas, con vacunas suficientes y otros materiales para el cumplimiento de la meta?

**CUADRO # 12**

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Si	31	100%
No	0	0%
<b>TOTAL</b>	31	100%

**GRAFICO # 12**



Fuente: Personal de Salud  
Lugar: Centro de Salud de Samborondón  
Fecha: 29 de septiembre del 2010

### **ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS**

Según el análisis estadístico realizado, el 100% de los encuestados consideran que el supervisor de vacunación debe verificar que las brigadas de vacunación, estén bien equipadas, con vacunas suficientes y otros materiales para el cumplimiento de la metas en la población expuesta, se deduce que el supervisor es la persona que influye en el cumplimiento de las metas programadas.

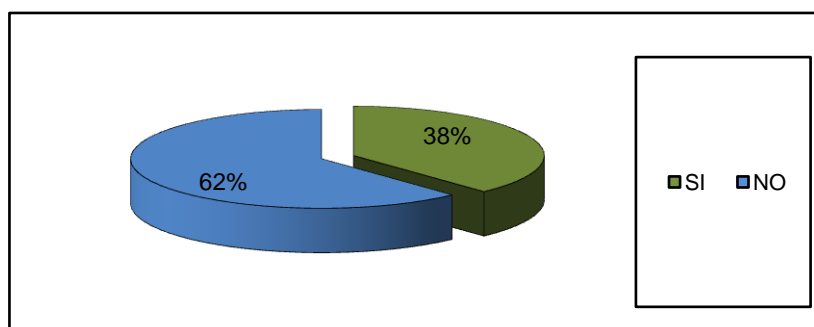
## ENCUESTAS DIRIGIDAS A LA POBLACIÓN EXPUESTA (MATERNO – INFANTIL) EN LA CAMPAÑA DE VACUNACIÓN.

1. ¿Cree usted que los programas de vacunación que lleva el Centro de Salud, son realizados como una actividad netamente política - social?

**CUADRO # 1**

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	62	38%
NO	101	62%
<b>TOTAL</b>	163	100%

**GRAFICO # 1**



Fuente: Personal de Salud  
Lugar: Centro de Salud de Samborondón  
Fecha: 29 de septiembre del 2010

### ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS

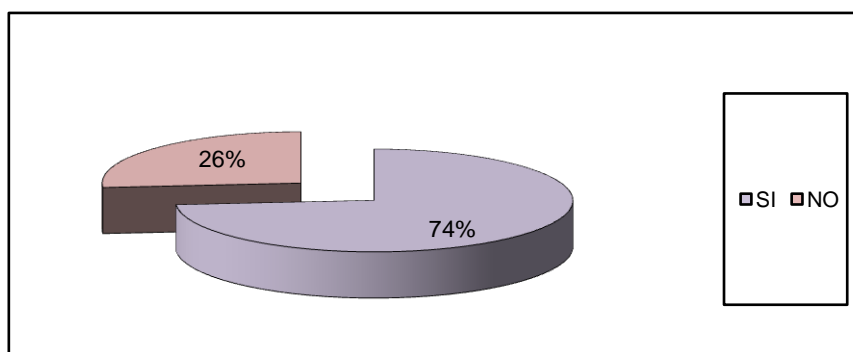
Según el análisis estadístico realizado, el 62% de los encuestados no consideran que los programas de vacunación sean una actividad netamente política – social, mientras que el 38% que si, se deduce que existe discrepancia en la población en relación a los factores políticas inherentes en salud, pero que su actividad es aceptada por la población en relación al beneficio que proporciona.

**2. ¿Cuándo la han vacunado a usted y sus hijos, el equipo de salud, le ha informado de los beneficios de la vacuna?**

**CUADRO # 2**

ALTERNATIVA	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	120	74%
NO	43	26%
<b>TOTAL</b>	163	100%

**GRAFICO # 2**



Fuente: Personal de Salud  
Lugar: Centro de Salud de Samborondón  
Fecha: 29 de septiembre del 2010

**ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS**

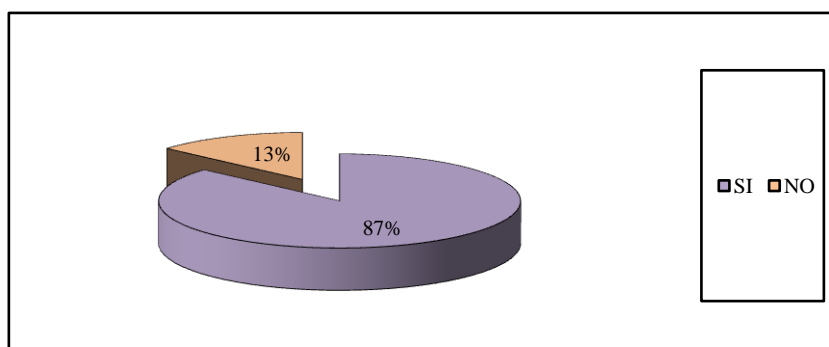
Según el análisis estadístico realizado, el 74% de los encuestados manifiestan que si son informados por el equipo de vacunación sobre los beneficios de la vacuna, mientras que el 26% restante que no, se deduce que las brigadas de salud realizan un exitoso trabajo en las campañas de vacunación se como actividad del Centro de Salud o como campaña a nivel nacional.

3. ¿Cree usted que las brigadas de vacunación del Centro de Salud cumplen con las metas propuestas en relación a calidad de atención y productividad laboral?

**CUADRO # 3**

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	141	87%
NO	22	13%
<b>TOTAL</b>	<b>163</b>	<b>100%</b>

**GRAFICO # 3**



Fuente: Personal de Salud  
 Lugar: Centro de Salud de Samborondón  
 Fecha: 29 de septiembre del 2010

### **ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS**

Según el análisis estadístico realizado el 87% de los encuestados consideran que las brigadas de vacunación si cumplen con las metas, mientras que el 13% que no, se deduce que la población a vacunarse está satisfecha con la calidad de atención brindada lo que ha generado mayor productividad laboral entre el personal del Centro de salud.

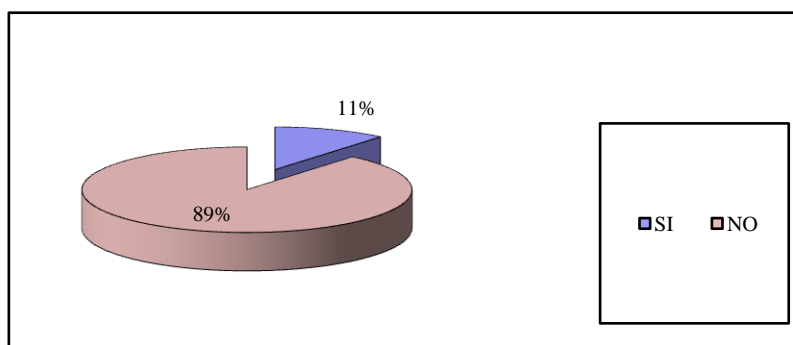


**4. ¿Cuándo el equipo de salud la ha vacunado a usted o a sus hijos han presentado reacciones adversas después de su aplicación?**

**CUADRO # 4**

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	18	11%
NO	145	89%
<b>TOTAL</b>	163	100%

**GRAFICO # 4**



Fuente: Personal de Salud  
Lugar: Centro de Salud de Samborodón  
Fecha: 29 de septiembre del 2010

**ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS**

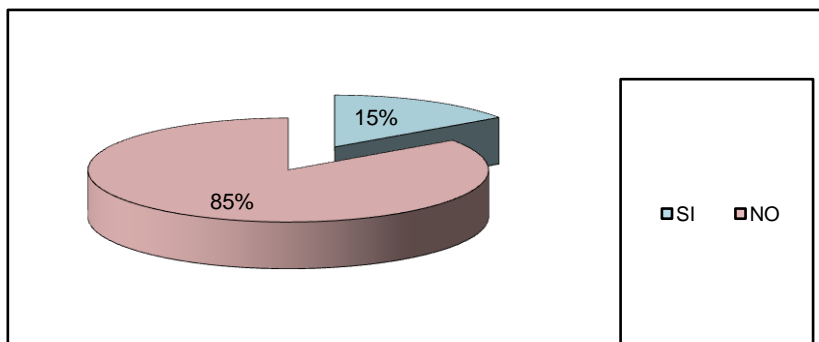
Según el análisis estadístico realizado, el 89% de los encuestados manifiestan que no han presentado reacciones adversas después de la aplicación de una vacuna por el equipo de vacunación, mientras que el 11% que si, se deduce que el equipo está suficientemente capacitado en el manejo de la vacuna para su efectividad.

5. ¿Ha realizado usted alguna queja o reclamo ante la dirección del Centro de Salud por maltrato o demora de la atención en el área de vacunación?

**CUADRO # 5**

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	25	15%
NO	138	85%
<b>TOTAL</b>	<b>163</b>	<b>100%</b>

**GRAFICO # 5**



Fuente: Personal de Salud  
Lugar: Centro de Salud de Samborondón  
Fecha: 29 de septiembre del 2010

### **ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS**

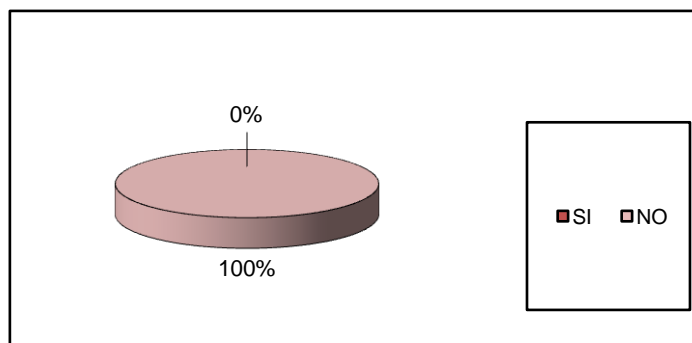
Según el análisis estadístico realizado, el 86% de los encuestados manifiestan no haber presentado quejas ante la dirección por maltrato o demora en la atención en el área de vacunación, mientras que el 15% que si, se deduce que la población se siente satisfecha con la calidad de atención que ofrece el área de vacunación.

6. ¿Ha participado usted en procesos de evaluación del área de vacunación o campañas de vacunación para medir el desempeño laboral del equipo o brigada de salud?

**CUADRO # 6**

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0%
NO	163	100%
<b>TOTAL</b>	<b>163</b>	<b>100%</b>

**GRAFICO # 6**



Fuente: Personal de Salud  
 Lugar: Centro de Salud de Samborondón  
 Fecha: 29 de septiembre del 2010

**ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS**

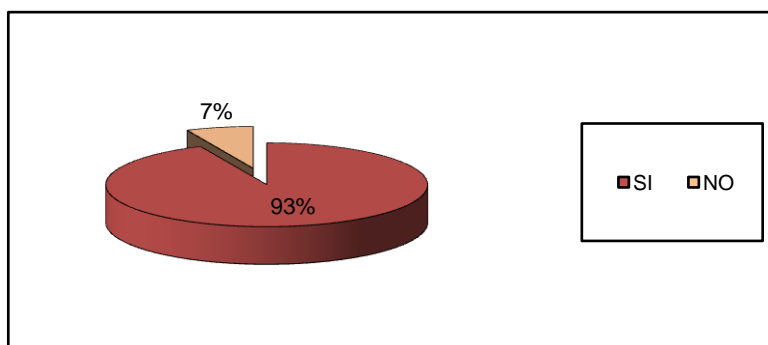
Según el análisis estadístico realizado, el 100% de los encuestados manifiestan no haber participado en procesos de evaluación para medir desempeño laboral de las brigadas de vacunación, se deduce que no se ejecutan procesos de evaluación que vincule a la comunidad para medir rendimiento laboral.

7. ¿Cree usted que la brigada de vacunación maneja una cadena de frío adecuada para proporcionar una vacuna segura a la población a vacunarse?

**CUADRO # 7**

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	152	93%
NO	11	7%
<b>TOTAL</b>	<b>163</b>	<b>100%</b>

**GRAFICO # 7**



Fuente: Personal de Salud  
Lugar: Centro de Salud de Samborondón  
Fecha: 29 de septiembre del 2010

### **ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS**

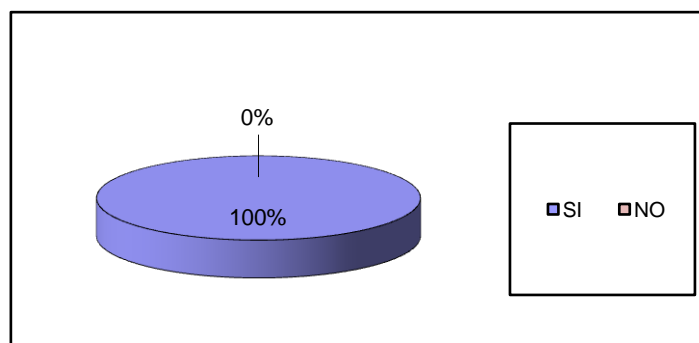
Según el análisis estadístico realizado, el 93% de los encuestados consideran que las brigadas de salud si manejan una cadena de frío adecuada para proporcionar una vacuna segura, mientras que el 7% que no, se deduce que la percepción de la población a vacunarse es buena en relación al trabajo que realiza la brigada de vacunación.

8. ¿Usted considera que la promoción de las campañas de vacunación permite mejorar la calidad del servicio del Centro de Salud y a su vez motivar su aceptación por la comunidad?

**CUADRO # 8**

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	163	100%
NO	0	0%
<b>TOTAL</b>	163	100%

**GRAFICO # 8**



Fuente: Personal de Salud  
Lugar: Centro de Salud de Samborodón  
Fecha: 29 de septiembre del 2010

### **ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS**

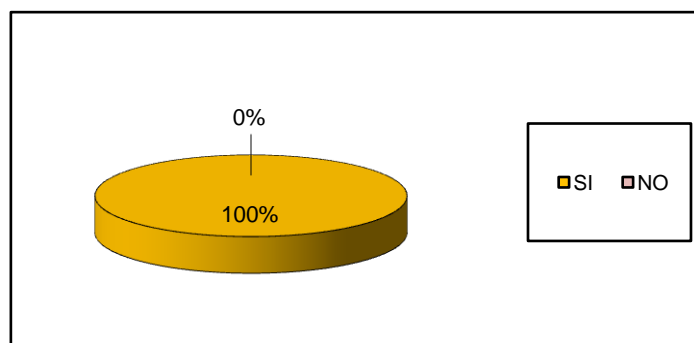
Según el análisis estadístico realizado, el 100% de los encuestados consideran que las campañas de vacunación si mejora la calidad del servicio del Centro de Salud y a su vez permite su aceptación por la comunidad, se deduce que esta actividad contribuye a disminuir la morbi mortalidad materno infantil en la comunidad.

9. ¿Usted cree que las campañas de vacunación realizadas en el país han disminuido la morbi mortalidad en los grupos expuestos?

**CUADRO # 9**

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	163	100%
NO	0	0%
<b>TOTAL</b>	163	100%

**GRAFICO # 9**



Fuente: Personal de Salud  
Lugar: Centro de Salud de Samborondón  
Fecha: 29 de septiembre del 2010

### **ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS**

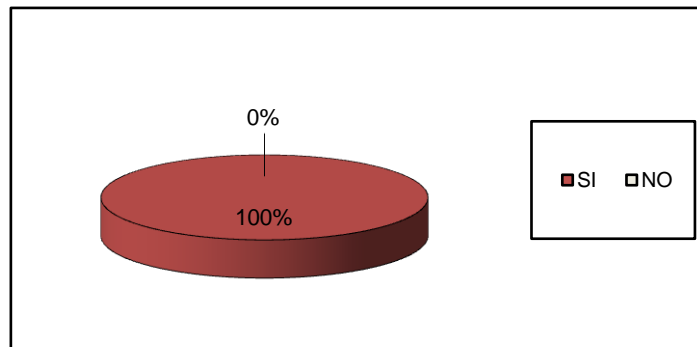
Según el análisis estadístico realizado, el 100% de los encuestados consideran que las campañas de vacunación realizadas en el país si han contribuido en la disminución de la morbi mortalidad en los grupos expuestos, se deduce que las campaña de vacunación son bien vista por la comunidad por el beneficio que otorga a la población en riesgo.

10. ¿Usted considera que la brigada de vacunación debe cumplir estrictamente las normas de bioseguridad de las vacunas para evitar accidentes lamentables?

**CUADRO # 10**

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	163	100%
NO	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>163</b>	<b>100%</b>

**GRAFICO # 10**



Fuente: Personal de Salud  
Lugar: Centro de Salud de Samborondón  
Fecha: 29 de septiembre del 2010

### **ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS**

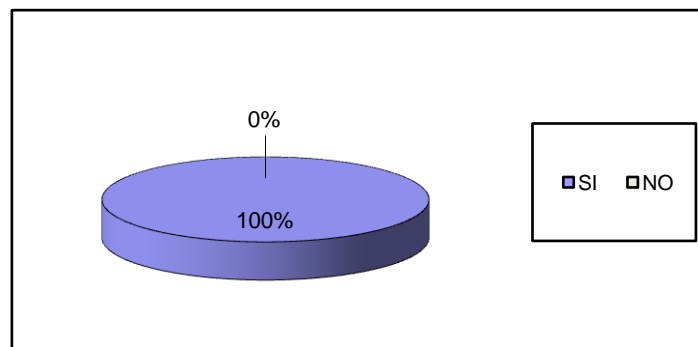
Según el análisis estadístico realizado, el 100% de los encuestados consideran que las brigadas de vacunación si debe cumplir estrictamente las normas de bioseguridad de las vacunas para evitar accidentes lamentables, se deduce que los supervisores de las campañas deben de vigilar y monitorear todo proceso de vacunación.

11. ¿Usted considera que el supervisor de vacunación o director del Centro de Salud debe verificar que las brigadas de vacunación, estén bien equipadas, con vacunas suficientes y otros materiales para el cumplimiento de la campaña?

**CUADRO # 11**

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	163	100%
NO	0	0%
<b>TOTAL</b>	163	100%

**GRAFICO # 11**



Fuente: Personal de Salud  
Lugar: Centro de Salud de Samborondón  
Fecha: 29 de septiembre del 2010

### **ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS**

Según el análisis estadístico realizado, el 100% de los encuestados consideran que el Supervisor de vacuna si debe verificar que las brigadas de vacunación, estén bien equipadas y con vacunas suficientes para el cumplimiento de la campaña, se deduce que la supervisión es muy importante para el éxito de una campaña de salud.



### **12.3. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.**

#### **CONCLUSIONES.**

- Es muy importante la labor del supervisor en las campañas de vacunación para conseguir el éxito de la programación y su monitoreo esta en relación a las población vacunadas sobre la zona proyectada.
- El plan de supervisión no es socializado con el equipo de vacunación sino que es un documento manejado estrictamente por los supervisores en cada zona.
- La responsabilidad del equipamiento en las campañas de vacunación es asumida por el supervisor, pero las falencias en el proceso de ejecución de la programación está determinado por el cumplimiento de las metas otorgadas al personal de salud a cargo en las diferentes unidades de salud.
- La evaluación del personal de salud en el cumplimiento de las campañas de inmunización está determinado por el número de habitantes vacunados sobre el número de vacunas solicitadas, pero no se asume una evaluación del rendimiento laboral, ya que no existe un formato propio para evaluar a los colaboradores en la campaña.
- Es importante mantener actualizado al personal de salud en relación a las diferentes vacunas a aplicarse a la población en riesgo, para así evitar la presencia de posibles manifestaciones de reacciones adversas en la población vacunada.
- La población expuesta a vacunarse se siente satisfecha con la labor del Centro de Salud en especial con el área de vacunación.
- Las quejas o reclamos de los usuarios son mínimos y no dificulta la calidad del servicio del Centro de Salud.

- No se vincula a la comunidad en los procesos de evaluación de desempeño laboral del personal en las áreas en el Centro de Salud.
- Se concluye que para mantener o mejorar la confianza en los programas nacionales de inmunización, los trabajadores de salud desde el nivel local hasta el nivel central del Ministerio de Salud deberán estar familiarizados con todos los aspectos de la vacunación, y deberán estar preparados para responder ante cualquier inquietud de la población. La respuesta rápida a una inquietud pública en lo referente a las vacunas, y la comunicación inmediata y franca de explicaciones y acciones preservará la integridad del programa de inmunización.

## **RECOMENDACIONES.**

- Socializar el plan de supervisión con el equipo de vacunación como un documento de apoyo en las campañas.
- Elaborar un sistema de evaluación de desempeño al personal de salud.
- Capacitar permanentemente al personal de salud en relación al programa ampliado de inmunización.
- Mantener el stock de vacunas y sus normas de bioseguridad para garantizar la efectividad inmunológica a la población expuesta.
- Vincular a la comunidad en los procesos de evaluación de desempeño laboral del personal en las áreas en el Centro de Salud.

## **13. PROPUESTA DE APLICACIÓN DE RESULTADOS.**

### **13.1. ALTERNATIVA OBTENIDA.**

- Implementación de un sistema de evaluación de desempeño al recurso humano en las campañas de vacunación para mejorar la cobertura de atención a la población materno-infantil.

### **13.2. ALCANCE DE LA ALTERNATIVA.**

La evaluación del rendimiento laboral de los colaboradores es un proceso técnico a través del cual, en forma integral, sistemática y continua realizada por parte de los jefes inmediatos; se valora el conjunto de actitudes, rendimientos y comportamiento laboral del colaborador en el desempeño de su cargo y cumplimiento de sus funciones, en términos de oportunidad, cantidad y calidad de los servicios producidos.

Su objetivo es utilizar métodos de evaluación, para establecer normas y medir el desempeño de los colaboradores. Busca una oportunidad (de carácter motivacional) para que el jefe inmediato reexamine el desempeño del subordinado y fomente la discusión acerca de la necesidad de supervisión, con este fin el gerente o jefe programa planes y objetivos para mejorar el desempeño del subordinado.

Para lo cual se establece los siguientes objetivos

- Determinar los factores de la evaluación a los colaboradores en el proceso de campañas de vacunación.
- Diseñar el formato de evaluación al personal con el método de escala gráfica.

### **13.3. ASPECTOS BASICOS DE LA ALTERNATIVA.**

La evaluación de los recursos humanos, es un proceso destinado a determinar y comunicar a los colaboradores, la forma en que están desempeñando su trabajo y, en principio, a elaborar planes de mejora. Cuando se realiza adecuadamente la evaluación de personal no solo hacen saber a los colaboradores cual es su nivel de cumplimiento, sino que influyen en su nivel futuro de esfuerzo y en el desempeño correcto de sus tareas. Si el refuerzo del colaborador es suficiente, seguramente mejorara su rendimiento. La percepción de las tareas por el colaborador debe aclararse mediante el establecimiento de un plan de mejora.

Uno de los usos más comunes de las evaluaciones de los colaboradores es la toma de decisiones administrativas sobre promociones, ascensos, despidos y aumentos salariales.

La información obtenida de la evaluación de los colaboradores, sirve también para determinar las necesidades de formación y desarrollo, tanto para el uso individual como de la organización.

Otro uso importante de la evaluación del personal, es el fomento de la mejora de resultados. En este aspecto, se utilizan para comunicar a los colaboradores como están desempeñando sus puestos y proponer los cambios necesarios del comportamiento, actitud, habilidades, o conocimientos. En tal sentido les aclaran las expectativas de la institución en relación con el puesto. Con frecuencia, la comunicación ha de completarse con el correspondiente entrenamiento y formación para guiar los esfuerzos de mejora.

## VENTAJAS DE LA EVALUACION DE DESEMPEÑO

La aplicación de un sistema de evaluación de desempeño al personal, debe de aplicarse en forma equitativa, ordenada y justa, lo que permite:

- Ayudar al colaborador en su avance y desarrollo de su trabajo
- Proporcionar información a la gerencia, para la toma de decisiones y la aplicación de políticas y programas de la administración de recursos humanos.
- Realizar las promociones y/o ascensos
- Permite realizar las diversas acciones en materia de personal, como los traslados, colocaciones, reubicaciones, etc.
- Establecer planes de capacitación y entrenamiento de acuerdo a necesidades.
- Establecer mejores relaciones de coordinación y elevar la moral de los colaboradores.

## FACTORES DE LA EVALUACION DE COLABORADORES

Existen muchos factores a tener en cuenta para la evaluación del desempeño de los colaboradores, dependiendo del método de evaluación que se emplee, pero por lo general estos factores son los siguientes:

- **Calidad de Trabajo:** Proporciona documentación adecuada cuando se necesita. Va mas allá de los requisitos exigidos para obtener un producto o resultado mejor evalúa la exactitud, seriedad, claridad y utilidad en las tareas encomendadas. Produce o realiza un trabajo de alta calidad.
- **Cantidad de Trabajo.** Cumple los objetivos de trabajo, ateniéndose a las órdenes recibidas y por propia iniciativa, hasta su terminación. Realiza un volumen aceptable de trabajo en

comparación con lo que cabe esperar razonablemente en las circunstancias actuales del puesto. Cumple razonablemente el calendario de vacunación y entrega de informes.

- **Conocimiento del puesto:** Mide el grado de conocimiento y entendimiento del trabajo. Comprende los principios conceptos, técnicas, requisitos etc. necesario para desempeñar las tareas del puesto. Va por delante de las tendencias, evolución, mercados innovaciones del producto y/o nuevas ideas en el campo que pueden mejorar la capacidad para desempeñar el puesto.
- **Iniciativa.** Actúa sin necesidad de indicársele. Es eficaz al afrontar situaciones y problemas infrecuentes. Tiene nuevas ideas, inicia la acción y muestra originalidad a la hora de hacer frente y manejar situaciones de trabajo. Puede trabajar independientemente.
- **Planificación.** Programa las ordenes de trabajo a fin de cumplir los plazos y utiliza a los subordinados y los recursos con eficiencia. Puede fijar objetivos y prioridades adecuadas a las órdenes de producción. Puede colaborar eficazmente con otros a la programación y asignación del trabajo. Se anticipa a las necesidades o problemas futuros.
- **Control de costos.** Controla los costes y cumple los objetivos presupuestarios y de beneficio es mediante métodos como la devolución del material sobrante a bodega para ser notificado al laboratorio que suministra el material o biológico, la supresión de operaciones innecesarias, la utilización prudente de los recursos, el cumplimiento de los objetivos de costes. Etc.
- **Relaciones con los compañeros:** Mantiene a sus compañeros informados de las pertinentes tareas, proyectos, resultados y

problemas. Suministra información en el momento apropiado. Busca u ofrece asistencia y consejo a los compañeros o en proyectos de equipo.

- **Relaciones con el supervisor:** Mantiene al supervisor informado del progreso en el trabajo y de los problemas que puedan plantearse. Transmite esta información oportunamente. Cumple las instrucciones del supervisor y trabaja siguiendo fielmente sus órdenes.
- **Relaciones con el Público:** Establece, mantiene y mejora las relaciones con el personal externo, como clientes proveedores, dirigentes comunitarios y poderes públicos .Lleva de manera ética el proceso de vacunación en el centro de salud.
- **Dirección y Desarrollo de los Subordinados:** Dirige a los subordinados en las funciones que tienen asignadas y hace un seguimiento de los mismos para asegurar los resultados deseados. Mantiene a los subordinados informados de las políticas y procedimientos del centro de salud y procura su aplicación. Es sensible a los problemas de los empleados y trata de encontrar soluciones. Evalúa los resultados de los subordinados. Identifica áreas en las que se necesita formación y ordena el trabajo de forma que facilite el aprendizaje.
- **Responsabilidades:** en relación con la igualdad de oportunidades en el empleo y la acción Positiva. Colabora con otros armoniosamente sin consideración a la raza, religión, origen nacional, sexo, edad o minusvalías. Trata de lograr los objetivos de igualdad de oportunidades en el empleo y del programa de acción positiva en la institución y de cumplir con sus calendarios.

## **BENEFICIOS DE LA EVALUACION DE COLABORADORES**

Cuando un programa de evaluación de desempeño está bien planeado, coordinado y desarrollado, proporciona beneficios a corto, mediano y largo plazos. En General, los principales beneficiarios son el individuo, el gerente, la organización y la comunidad.

### **Beneficios para el jefe:**

- Evaluar mejor el desempeño y el comportamiento de los colaboradores, con base en las variables y los factores de evaluación y, sobre todo, contando con un sistema de medición capaz de neutralizar la subjetividad.
- Proponer medidas y disposiciones orientadas a mejorar el estándar de desempeño de sus subordinados.
- Comunicarse con sus subordinados para que comprendan la mecánica de evaluación del desempeño como un sistema objetivo, y que mediante ese sistema pueda conocer cual es su desempeño.

### **Beneficios para el subordinado.**

- Conocer las reglas de juego, es decir, los aspectos de comportamiento y de desempeño que mas valora la empresa en sus colaboradores.
- Conocer cuáles son las expectativas de su jefe acerca de su desempeño, y sus fortalezas y debilidades, según la evaluación del jefe.
- Saber que disposiciones o medidas toma el jefe para mejorar su desempeño (programas de entrenamiento, capacitación, etc.), y las que el propio subordinado deberá tomar por su cuenta (auto corrección, mayor esmero, mayor atención al trabajo cursos por su propia cuenta, etc.)
- Autoevaluar y autocriticar su desarrollo y auto control.



### **Beneficios para la organización.**

- Puede evaluar su potencial humano a corto, mediano y largo plazos y definir la distribución de cada empleado.
- Puede identificar los empleados que necesitan actualización o perfeccionamiento en determinadas áreas de actividad, y seleccionar a los empleados que tienen condiciones para ascenderlos o transferirlos.
- Puede dar mayor dinámica a su política de recursos humanos, ofreciendo oportunidades a los empleados (no solo de ascensos, sino de progreso y de desarrollo personal), estimulando la productividad y mejorando las relaciones humanas en el trabajo

### **13.4. RESULTADOS ESPERADOS DE LA ALTERNATIVA.**

En forma específica la evaluación de los colaboradores sirven para:

- El mejoramiento del desempeño laboral
- La rotación y promoción de colaboradores
- Detectar necesidades de capacitación de los colaboradores

### **HOJA DE EVALUACION DE PERSONAL METODO DE ESCALA GRAFICA**

## 1. DATOS GENERALES

1.1 NOMBRE DEL COLABORADOR:.....

1.2 CARGO:.....

1.3 DEPENDENCIA:.....

## 2. FACTORES DE VALORIZACION Y GRADOS DE CALIFICACION

2.1. La escala de valorización sirve para calificar en forma más objetiva posible los factores determinantes del aspecto laboral y personal de los colaboradores, encaminados a tipificar su rendimiento

2.2. Los factores y sus respectivos grados que a continuación se indican serán aplicables a los evaluados

2.3. Trace un círculo alrededor del número que figura en el grado que mejor refleja su aparición de cada factor.

Marque con un círculo el total de puntos.									Grados
			90	92	94	96	98	100	A
		76	78	80	82	84	86	88	B
	60	62	64	66	68	70	72	74	C
42	44	46	48	50	52	54	56	58	D
24	26	28	30	32	34	36	38	40	E

Firma y Cargo del calificador: .....

Fecha: .....

**TABLA DE CALIFICACION DEL DESEMPEÑO: MÉTODO DE ESCALA GRÁFICA**

FACTORES DE VALORIZACION	GRADOS				
	E	D	C	B	A
<p><b>CONOCIMIENTO DEL CARGO</b></p> <p>Considera dominio y familiarización del evaluado con las actividades del cargo que desempeña</p>	<p align="center">4</p> <p>No posee conocimientos ni habilidades para el desempeño del cargo. Demuestra deseo de aprender</p>	<p align="center">8</p> <p>Conoce sus obligaciones sin llegar a dominarlos</p>	<p align="center">12</p> <p>Conoce sus obligaciones insatisfactoriamente.</p>	<p align="center">16</p> <p>Conoce bien sus obligaciones y cada día se supera en el mejor desempeño de sus labores.</p>	<p align="center">20</p> <p>Conoce perfectamente sus obligaciones y demuestra condiciones excepcionales para el cargo.</p>
<p><b>CALIDAD DE TRABAJO</b></p> <p>Considera la capacidad, minuciosa, pulcritud y dedicación que pone en sus labores</p>	<p align="center">4</p> <p>Comete errores apreciables con frecuencia y en general su trabajo es insatisfactorio</p>	<p align="center">8</p> <p>Cumple en forma aceptable con las obligaciones de su puesto, debe mejorar calidad de su trabajo</p>	<p align="center">12</p> <p>Cumple en forma aceptable con las obligaciones de su puesto, debe mejorar calidad de su trabajo</p>	<p align="center">16</p> <p>Hace su trabajo con exactitud, pulcritud y minuciosidad.</p>	<p align="center">20</p> <p>Su trabajo es excepcional totalmente bueno y se supera cada vez más.</p>
<p><b>RESPONSABILIDAD</b></p> <p>Considera la actualización del colaborador para solucionar en forma oportuna situaciones difíciles</p>	<p align="center">4</p> <p>Requiere supervisión permanente debido a sus continuos errores</p>	<p align="center">6</p> <p>Necesita frecuentemente supervisión</p>	<p align="center">10</p> <p>Requiere eventual supervisión</p>	<p align="center">14</p> <p>Requiere supervisión en casos especiales.</p>	<p align="center">18</p> <p>No requiere supervisión</p>

<p><b>INICIATIVA</b></p> <p>Considera la habilidad del colaborador para integrarse con otros y ejecutar un trabajo</p>	<p>4</p> <p>Conoce de iniciativa en la relación de su trabajo. Requiere instrucciones detalladas y guías permanentes</p>	<p>6</p> <p>Tiene acciones lentas, con frecuencia hay que guiarle en su trabajo y en resolver problemas</p>	<p>10</p> <p>Ocasionalmente hay que guiarle en su trabajo, algunas veces tiene ideas constructivas.</p>	<p>14</p> <p>Resuelve por si solo problemas que se le presenta. Con frecuencia aporta ideas</p>	<p>18</p> <p>Constantemente contribuye con ideas y sugerencias. Resuelve por si mismo problemas que se le presentan</p>
<p><b>TRABAJO EN EQUIPO</b></p> <p>Considera la habilidad del colaborador para integrarse con otros y ejecutar un trabajo</p>	<p>2</p> <p>No posee condiciones para trabajar en equipo</p>	<p>4</p> <p>Le cuesta integrarse en cualquier grupo</p>	<p>8</p> <p>Se integra fácilmente en determinados equipos.</p>	<p>10</p> <p>Se integra plenamente con el equipo en áreas de realizar el trabajo</p>	<p>14</p> <p>Se integra fácilmente a cualquier equipo de trabajo.</p>
<p><b>ACTITUD</b></p> <p>Considera la disposición del colaborador hacia su oficina y su política de trabajo</p>	<p>2</p> <p>Descontento: Crítica negativamente a su centro de trabajo</p>	<p>4</p> <p>Indiferente: No muestra ningún interés por su centro de trabajo</p>	<p>8</p> <p>Aceptación: Muestra interés por su Centro de Trabajo</p>	<p>10</p> <p>Entusiasta: Se preocupa por el prestigio de su centro de trabajo</p>	<p>12</p> <p>Identificación: Se esfuerza por elevar su prestigio de su Centro de Trabajo.</p>

## FORMULARIO DE EVALUACION DE ACUERDO A COMPETENCIAS.

### PARA EL VACUNADOR EN CAMPAÑAS:

1. Insuficiente, menos de 79% de la meta
2. Regular, corresponde al 80% de la meta cumplida
3. Bueno, corresponde al 90% de la meta cumplida
4. Muy bueno, corresponde al 95% de la meta cumplida
5. Excelente, corresponde al 100% de la meta cumplida

Actividades	Metas	Cumplimiento	Ponderación				
			1	2	3	4	5
Número de vacunados en población expuesta.	300						
Número de desperdicios (2% de la población asignada)	6						
Orientaciones realizadas por cada familia respecto a la vacunación recibida.	100						

## FORMULARIO DE EVALUACION DE ACUERDO A COMPETENCIAS.

### PARA EL REGISTRADOR EN LA CAMPAÑA DE VACUNACIÓN:

1. Insuficiente, menos de 79% de la meta
2. Regular, corresponde al 80% de la meta cumplida
3. Bueno, corresponde al 90% de la meta cumplida
4. Muy bueno, corresponde al 95% de la meta cumplida
5. Excelente, corresponde al 100% de la meta cumplida

Actividades	Metas	Cumplimiento	Ponderación				
			1	2	3	4	5
Llenado de carnet de vacunación	300						
Registro en formulario (20 pacientes en cada formulario)	15						
Colocación de stiker por domicilio.	100						

## **BIBLIOGRAFIA.**

CASTILLO de Febres Olga. (2008). Manual de vacunas, 1era edición, Bogotá, 256 pág.

CHIAVENATO, Adalberto - 2000. Administración de Recursos Humanos. Colombia, edit. Mc Graw Hill

FLORES GARCIA R. Javier – 1998. Comportamiento Humano en las organizaciones Lima Edit. Universidad del Pacífico

GONZALEZ Carlos (2011). En defensa de las vacunas, Zaragoza, 352 pág.

GRADOS, Jaime - 1999. Capacitación y Desarrollo de Personal México. Edit. Trillas

KHEISSI Georg. (2002). Las vacunas, Editorial Herder, España, 190 pág.

LEAL Quevedo Francisco Javier. (2008). Vacunas en Pediatría, 3era edición, Bogotá. 304 pág.

MENDOZA NUÑEZ – 1981. Manual para determinar Necesidades de Capacitación. México Edit. Trillas

MONTAÑES Carlo Martín. 2003 Guía Práctica de Vacunación, 2do Congreso de la Asociación Española de Vacunología, España. [www.guiadevacunacion.com/ar/info/va\\_tuberculosis.html](http://www.guiadevacunacion.com/ar/info/va_tuberculosis.html).

MONTAÑES Carlos Martín. (2003), Guía práctica de vacunación, 2do Congreso de la Asociación Española de vacunología, España, [www.guiadevacunacion.com/ar/info7ar\\_tuberculosis.html](http://www.guiadevacunacion.com/ar/info7ar_tuberculosis.html).

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, *Guidelines for Managing Immunization Safety Concerns*, junio, 2001.

RANDALLY Valle Dolan – 1999. Gestión de los Recursos Humanos España. Edit. Mc Graw Hill.

SALLERAS L. (2003). Vacunación preventiva: principios y aplicaciones, 2da edición, Editorial MASSON, España 1092 pág.

SILICEO, Alfonso – 1986. Capacitación y Desarrollo de Personal México. Edit. Limusa

WORLD HEALTH ORGANIZATION, (2000) Expanded Program Immunization. *Supplementary information on vaccine safety*, Part 1: “Field issues”, WHO/V&B/00.24, Geneva.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, (2000) Expanded Program Immunization. *Supplementary information on vaccine safety*, Part 2: “Background rates of adverse events following immunization”, World Health Organization, WHO/V&B/00.36, Geneva.



# ANEXOS



7. ¿Usted considera que la promoción de las campañas de vacunación permite mejorar la calidad del servicio del Centro de Salud y a su vez motiva su aceptación por la comunidad

Si.

Algo.

No.

8. ¿Usted cree que las campañas de vacunación realizadas en el país han disminuido la morbi mortalidad en los grupos expuestos?

Definitivamente si.

Medianamente.

Definitivamente no.

9. ¿Usted considera que la brigada de vacunación debe cumplir estrictamente las normas de bioseguridad de las vacunas para evitar accidentes lamentables?

Si.

No.

10. ¿Usted considera que el supervisor debe constatar que la información dada por el personal respecto al beneficio de las vacunas sea suficiente para el usuario?

Siempre

De vez en cuando

Nunca.

11. ¿Usted considera que el supervisor debe hacer un monitoreo rápido en caso de que la meta de vacunación no se esté cumpliendo?

Si.

No.

12. ¿Usted considera que el supervisor de vacunación debe verificar que las brigadas de vacunación, estén bien equipadas, con vacunas suficientes y otros materiales para el cumplimiento de la meta?

Si.

No.

**ENCUESTAS DIRIGIDAS A LA POBLACIÓN EXPUESTA (MATERNO – INFANTIL) EN LA CAMPAÑA DE VACUNACIÓN.**

1. ¿Cree usted que los programas de vacunación que lleva el Centro de Salud, son realizados como una actividad netamente política - social?  
Si.                      No.
  
2. ¿Cuando la han vacunado a usted y sus hijos, el equipo de salud, le ha informado de los beneficios de la vacuna?  
Si.                      No.
  
3. ¿Cree usted que las brigadas de vacunación del Centro de Salud cumplen con las metas propuestas en relación a calidad de atención y productividad laboral?  
Si.                      No.
  
4. ¿Cuándo el equipo de salud la ha vacunado a usted o a sus hijos han presentado reacciones adversas después de su aplicación?  
Si.                      No.
  
5. ¿Ha realizado usted alguna queja o reclamo ante la dirección del Centro de Salud por maltrato o demora de la atención en el área de vacunación?  
Si.                      No.
  
6. ¿Ha participado usted en procesos de evaluación del área de vacunación o campañas de vacunación para medir el desempeño laboral del equipo o brigada de salud?  
Si.                      No.

7. ¿Cree usted que la brigada de vacunación maneja una cadena de frío adecuada para proporcionar una vacuna segura a la población a vacunarse?

Si.

No.

8. ¿Usted considera que la promoción de las campañas de vacunación permite mejorar la calidad del servicio del Centro de Salud y a su vez motivar su aceptación por la comunidad?

Si.

No.

9. ¿Usted cree que las campañas de vacunación realizadas en el país han disminuido la morbi mortalidad en los grupos expuestos?

Si.

No.

10. ¿Usted considera que la brigada de vacunación debe cumplir estrictamente las normas de bioseguridad de las vacunas para evitar accidentes lamentables?

Si.

No.

11. ¿Usted considera que el supervisor de vacunación o director del Centro de Salud debe verificar que las brigadas de vacunación, estén bien equipadas, con vacunas suficientes y otros materiales para el cumplimiento de la campaña?

Si.

No.

## ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

### Recursos

#### Humanos.

- Investigador
- Asesor de proyecto
- Clientes internos y externos
- Gerente – dueño
- Personal técnico
- Empleados
- Especialistas

#### Materiales.

- Grabadoras
- Diskets
- CDS
- Papel A4
- Cartuchos de tinta
- Computadora
- Carpetas
- Binchas
- Lapiceros
- lápices
- Lápices de colores
- Resaltadores
- Cuadernos de apuntes
- Viáticos y transporte

## **Económicos (presupuesto).**

El presupuesto cubre el diseño y la ejecución

a) Distribución del presupuesto

- **TRANSPORTE:**

Viático y movilización	100.00
------------------------	--------

- **MATERIALES:**

Remas de hojas A4	5.00
-------------------	------

Cartucho de tinta	65.00
-------------------	-------

Caja de disquetes	2.00
-------------------	------

Textos	60.00
--------	-------

- **VARIOS**

Tipiada y reproducida de la tesis	350.00
-----------------------------------	--------

Anillado y empastado	45.00
----------------------	-------

Xerox copia	30.00
-------------	-------

- **IMPREVISTOS:**

Otros no tomados en cuenta	80.00
----------------------------	-------

<b>TOTAL</b>	<b>737.00</b>
--------------	---------------

Son: Setecientos treinta y siete dólares los mismos que fueron financiados con el aporte personal de los investigadores.

## CRONOGRAMA.

N	ACTIVIDADES	2010	2011												2012									
			J	D	E	F	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	
1	Seminario de proyecto	x																						
2	Selección del Tema	x																						
3	Desarrollo del perfil		x	x	x																			
4	Aprobación del perfil				x																			
5	Desarrollo de cada componente del proyecto				x	x	x	x	x	x														
6	Elaboración de anexos								x	x														
7	Aprobación del proyecto								x															
8	Defensa del proyecto									x														
9	Elaboración y aplicación de instrumentos										x	x												
10	Desarrollo de la propuesta.															x	x	x	x	x	x	x	x	
11	Sustentación de tesis.																							x



## CADENA DE FRIO



## PERSONAL DE SALUD EN CAMPAÑA DE VACUNACIÓN



