



## **Equipo de Seguimiento Concertado a la Nutrición Infantil**

### **R E P O R T E**

## **Situación de la Cobertura de Vacunas para los Menores de 3 años Septiembre 2015**

En el mes de mayo del año 2014, la Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza (MCLCP) emitió un reporte de seguimiento concertado alertando sobre una disminución en la cobertura nacional de vacunas a los menores de 3 años, desde el año 2013 y en Lima Metropolitana desde el año 2012, luego de varios años de incremento progresivo. En el reporte emitido, se desarrolló un análisis de los posibles factores que estaban condicionando esta disminución y se planteó un conjunto de recomendaciones.

Luego de 15 meses, según datos de la ENDES, durante el año 2014, se observa una continuación de la reducción en el promedio nacional de la cobertura de vacunación en los menores de 3 años, llegando nuevamente a niveles alarmantes, no solo en la selva (57%) sino también en Lima Metropolitana (59%). No obstante, en el primer tramo del año 2015, se da un quiebre de esta tendencia iniciándose una recuperación de cobertura.

Saludamos el inicio de la recuperación del crecimiento de la cobertura de vacunación a nivel nacional, a los menores de 3 y 1 años de edad, siendo éstos los más vulnerables, y reconocemos los esfuerzos de los diversos actores involucrados en este empeño como inicialmente se hizo en el mes de junio<sup>1</sup> en Acuerdos y cartas del CEN de la MCLCP a los Gobiernos Regionales de Huánuco, Pasco y Ayacucho por haber logrado, en medio de una tendencia general a la baja en el año 2014, las más altas coberturas de vacunas completas a los menores de 12 meses (entre 78% y 82%), Cajamarca y Lima Región por las más altas coberturas en las vacunas contra el rotavirus y neumococo.

A la vez, mostramos nuestra preocupación porque este incremento, en el nivel nacional, sea sostenible y no nos habituemos a subidas y bajadas en las coberturas de servicios sanitarios tan esenciales como son las inmunizaciones, por la precariedad de nuestras capacidades y recursos para enfrentar coyunturas adversas. En tres años de reducción de las coberturas de vacunación, muchos más niños han perdido la oportunidad de una vida saludable. Una reducción de la protección a nuestros niños menores de cinco años como la que ha sucedido, nunca más debe repetirse.

Por estas razones es necesario seguir con una mayor precisión los factores y acciones que incidieron en esta gran caída, así como los que están contribuyendo a quebrar esta tendencia con una inicial recuperación en el primer semestre de este año. Este nuevo reporte informa sobre la evolución de las coberturas de vacunación a nuestros menores

---

<sup>1</sup>Acuerdo de la Undécima Sesión del CEN, realizada el 18 de junio del 2015.

de 3 años y analiza el desempeño de este servicio público tomando como base las recomendaciones dadas por la MCLCP en el año 2014.

## I. REDUCCIÓN DE LA COBERTURA DE VACUNAS A LOS MENORES DE 3 AÑOS E INICIOS DE RECUPERACIÓN EN EL AÑO 2015

Frente a la reducción sostenida de las coberturas de vacunación y la gravedad que conlleva para la salud de la infancia, como el rebrote de enfermedades prevenibles por vacunación superadas hoy en el país, el MINSA y diversos Gobiernos Regionales han venido desplegando esfuerzos por atender este problema, así como también actores de la sociedad civil y la cooperación se han movilizado para contribuir a enfrentarlo.

No obstante, los datos oficiales de la ENDES-INEI indicaron que la cobertura continuó reduciéndose en el año 2014. De una cobertura de vacunación estimada en 73.9% de los niños menores de 36 meses, en el año 2012, descendió a 67.6% en el 2013 y continuó descendiendo a un 61.1% en el año 2014. Es recién en el primer semestre de este año (2015) que se puede apreciar una reversión inicial de esta tendencia, recuperándose los niveles del año 2013, pero aún lejos del 90% de cobertura de vacunación establecida por la OMS, como mínimo para asegurar la protección de la población.

### CUADRO N° 1

**Proporción de menores de 36 meses con vacunas básicas completas para su edad\*, según característica seleccionada 2007 - 2014**

2007	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015 * 1° Sem
64.3	54.8	61.8	72.7	73.9	67.6	61.1	68.6

\*Vacunas Básicas Completas incluye: 1 dosis de BCG, 3 dosis de DPT, 3 dosis contra la Poliomelitis y 1 Dosis contra el Sarampión.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática: Indicadores de resultados de los Programas Estratégicos 2014 y primer semestre del 2015.

#### 1.1. Caída y recuperación más pronunciada en la cobertura para los menores de un año.

En la cobertura de vacunación de los menores de 1 año, donde la vacunación oportuna es un reflejo de la calidad de la atención, se presenta la misma tendencia aunque de manera más pronunciada: la reducción de la cobertura entre los años 2011 y 2014 es mayor (se reduce en 21.5 puntos porcentuales) y, a la vez, la recuperación en el primer semestre del 2015 es más importante, pasando de un 55.7% de cobertura en el 2014 a 67.8% (12 puntos más) ver cuadro N° 2.

**CUADRO N° 2**  
**Proporción de menores de 12 meses con vacunas básicas completas para su edad\*,**  
**Según característica seleccionada**

2007	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015* 1° sem.
	60.4	66.5	77.2	76.8	63.2	55.7	67.8

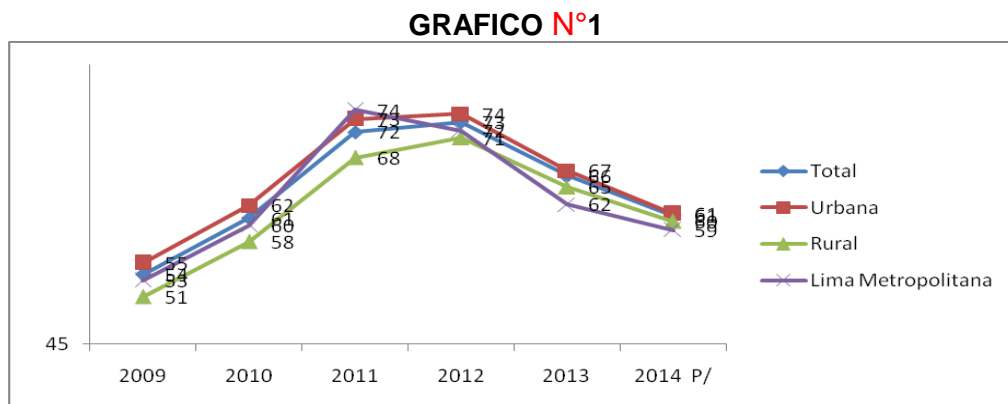
\*Vacunas básicas completas incluye: 1 dosis de BCG, 3 dosis de DPT, 3 dosis y 1 dosis contra la Polio y 1 contra el sarampión.

Fuente: INEI: Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales Estratégicos primer semestre 2015.

**1.2. Caída y recuperación más pronunciada en las zonas urbanas.**

La caída en la cobertura de vacunación a los menores de 3 años, es mayor en los sectores urbanos, y más pronunciada aún en Lima Metropolitana. Mientras que en el sector rural, a partir del año 2012 cae en 10.4 puntos (-14.7%), en el sector urbano cae en 12.5 puntos (-17%) y en Lima Metropolitana, en la que ya venía cayendo desde el año 2011, lo hace en 15.1 puntos (-20.3%).

Las mismas tendencias se repitieron, de manera más evidente, en la cobertura de vacunas completas en menores de 12 meses, cayendo en 28% en las zonas urbanas y en 30% en Lima Metropolitana y la selva rural, ver gráfico N°1



Fuente: INEI, 2014 y 2015.

Elaboración: MCLCP.

Por otro lado, si bien la recuperación en el primer semestre del año 2015 es fuerte y similar en la zona urbana y rural (aproximadamente un incremento en 8 puntos en ambas), es mayor en Lima Metropolitana (+10.2 p.) y bastante menor en la selva (+5.2 p.). En el caso de la cobertura de menores de 12 meses, la recuperación es más pronunciada y bastante mayor en las zonas urbanas y en Lima metropolitana.

### 1.3. Heterogeneidad de tendencias en los departamentos.

Dentro de la heterogeneidad de tendencias en las regiones, respecto a la evolución de las coberturas de vacunación, se puede identificar una pauta más o menos extendida: todas suben del 2009 al 2011(salvo Amazonas y Moquegua) y luego todas tienen tendencias más o menos pronunciadas a disminuir o algún año de caída hasta llegar al año 2014. (ver el cuadro 3).

Las regiones con más altas coberturas son Ancash, Apurímac, Huancavelica y Huánuco (tres de ellas con apoyo presupuestal específico). Las de más bajas coberturas son las regiones de la selva (con alta dispersión poblacional), pero también llaman la atención Ica, La Libertad y Lima Metropolitana (donde se suponen mejores condiciones de operación). Por otro lado, cinco regiones suben coberturas en el año 2014 (contrariamente a la tendencia general): Apurímac, Ayacucho, Junín, Lambayeque y Pasco, todas con niveles más altos que el promedio nacional.

La heterogeneidad de las tendencias y, a la vez, las pautas comunes, nos indican que hay una diversidad de factores que inciden en ellas, conformando una combinación específica en cada región, pero también nos alertan de algunos factores comunes de mayor peso que han incidido en el conjunto, ver cuadro N° 3.

#### CUADRO N° 3

##### PROPORCIÓN DE MENORES DE 36 MESES CON VACUNAS BÁSICAS COMPLETAS PARA SU EDAD, SEGÚN DEPARTAMENTO, 2009-2014 a/

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Departamento	Valor estimado	Valor estimado	Valor estimado	Valor estimado	Valor estimado	Valor estimado
<b>Total</b>	<b>53.7</b>	<b>60.8</b>	<b>71.5</b>	<b>72.8</b>	<b>66.1</b>	<b>61.1</b>
Amazonas	60.3	56.5	53.6	56.7	60.0	64.4
Áncash	62.8	68.3	74.8	81.8	76.9	76.6
Apurímac	62.3	79.4	85.1	87.8	72.5	74.1
Arequipa	57.6	63.3	80.0	77.6	68.7	58.1
Ayacucho	59.4	61.0	70.8	68.8	67.8	68.2
Cajamarca	53.9	57.5	70.1	73.4	72.4	65.1

Callao	-	-	-	-	-	56.3
Cusco	52.8	68.5	80.9	78.9	75.1	63.9
Huancavelica	70.9	75.0	87.1	83.2	82.2	70.2
Huánuco	52.9	65.8	71.1	76.6	82.0	76.2
Ica	54.2	54.7	66.0	66.3	60.4	47.9
Junín	51.1	61.3	76.6	76.0	62.2	67.4
La Libertad	50.0	64.8	67.9	78.5	67.1	49.7
Lambayeque	52.2	59.6	64.5	70.8	61.0	65.2
Lima 1/	-	-	-	-	-	60.2
Loreto	40.2	48.1	58.8	62.2	60.1	50.3
Madre de Dios	44.2	55.9	56.0	65.0	59.8	54.4
Moquegua	71.8	62.9	82.1	80.3	73.8	59.4
Pasco	44.3	70.1	74.9	70.2	63.2	65.5
Piura	54.3	58.4	66.1	73.0	70.1	64.9
Puno	51.0	51.7	62.8	66.3	60.1	54.3
San Martín	51.1	60.9	69.9	72.9	65.0	58.7
Tacna	61.3	64.3	75.8	70.4	70.7	69.7
Tumbes	64.7	75.2	75.8	78.3	79.7	67.4
Ucayali	51.7	54.7	64.0	65.1	59.4	52.0
Provincia de Lima 3/	-	-	-	-	-	59.6
Lima provincias 4/	-	-	-	-	-	63.7

a/ Vacunas Básicas Completas incluye 1 dosis de BCG, 3 dosis de DPT, 3 dosis contra la Poliomelitis y 1 dosis contra el Sarampión.

1/ A partir del año 2014 se presenta el departamento de Lima de manera independiente de la Provincia Constitucional del Callao.

2/ Comprende los 43 distritos que conforman la provincia de Lima.

3/ Comprende las provincias: Barranca, Cajatambo, Canta, Cañete, Huaral, Huarochiri, Huaura, Oyón y Yauyos.

**Fuente:** Instituto Nacional de Estadística e Informática.

## II. LOS FACTORES DE INCIDENCIA Y LAS RECOMENDACIONES ALCANZADAS POR LA MCLCP

Es necesario profundizar una explicación de este proceso que se oriente a una mayor comprensión de los factores y acciones que incidieron en la caída y las acciones que actualmente inciden en la recuperación.

Para aproximarnos a una respuesta, en este reporte, vamos a retomar de manera sintética la Alerta del año 2014<sup>2</sup>, en la que se identificaron diversos factores explicativos de la disminución de las coberturas de vacunación y las recomendaciones hechas en esa ocasión.

Se identificaron 6 factores críticos:

- 1) ***Poca prioridad política y presupuestal*** al conjunto de los componentes de la estrategia de inmunizaciones.

*SE RECOMENDÓ:*

- a) Convocar a una movilización nacional, con amplia participación de la sociedad civil.
- b) Incluir la vacunación como agenda prioritaria en la CIAS, Comisiones Intergubernamentales y Consejos de Salud
- c) Fortalecer los equipos de la ESNI en RRHH y planificación.
- d) Canalizar los recursos necesarios para los diferentes componentes de la estrategia de inmunizaciones.

- 2) ***Enfoque centrado en la oferta con débil promoción de la demanda.***

*SE RECOMENDÓ:*

- a) Fortalecer el trabajo de promoción extramural, con las familias, los municipios y la articulación con JUNTOS.
- b) Restituir las campañas de vacunación y las alianzas amplias con la sociedad civil y la cooperación internacional
- c) Fortalecer la implementación del CRED reforzando su articulación con la vacunación.

- 3) ***Poca prioridad y débil gestión en los Gobiernos Regionales.***

*SE RECOMENDÓ:*

- a) Impulsar el compromiso de las autoridades regionales priorizando el tema de las vacunas en los Acuerdos de Gobernabilidad Regionales 2015-2018.
- b) Fortalecer capacidades en los equipos regionales en programación, ejecución (almacenaje y distribución de vacunas, estrategias de movilización, etc.) y seguimiento y evaluación.
- c) Fortalecer la vigilancia ciudadana en las regiones.

- 4) ***Ausencia de mecanismos para la articulación de acciones.***

*SE RECOMENDÓ:*

- a) Reactivación del Comité Consultivo de la ESNI, ampliando la participación de expertos y de la sociedad civil.
- b) Establecer compromisos intersectoriales para la vacunación infantil.
- c) Establecer compromisos y metas intergubernamentales sobre vacunación infantil.

- 5) ***Nudos críticos en la gestión del suministro de vacunas.***

---

<sup>2</sup> Ver "Alerta situación de la vacunación a los menores de 3 años", presentado en la sesión del CEN del

(Competencia y escases en el mercado internacional y débil programación y estrategias para evitar el desabastecimiento).

*SE RECOMENDÓ:*

- a) Establecer medidas para garantizar de manera estable y oportuna la provisión de las vacunas.
- b) Mejorar la calidad de la gestión presupuestal orientada a las inmunizaciones.

6) ***Gran debilidad en el seguimiento y la evaluación.***

*SE RECOMENDÓ:*

- a) Organizar el seguimiento universal de las vacunaciones estandarizando procedimientos.
- b) Destinar recursos para estos efectos: sistemas de información, recursos humanos calificados, capacitación, gastos operativos.
- c) Promover el seguimiento concertado con sociedad civil en las regiones.
- d) Desarrollar investigaciones y evaluaciones específicas.

### **III. AVANCES Y DESAFÍOS PENDIENTES.**

Analizaremos brevemente los avances logrados, así como nudos críticos y desafíos pendientes.

**1. En cuanto a la prioridad política:**

***La cobertura de inmunizaciones a los menores de 36 meses ha recibido una mayor atención política en cuanto a la planificación del trabajo y el ajuste de estrategias, lo que no se ha expresado aún en la ampliación del equipo de la ESNI ni en un adecuado soporte presupuestal a rubros decisivos de la estrategia nacional.***

***Avances:***

- Medidas claves desde el MINSA han sido, en primer lugar la elaboración de un Plan de Contingencia para el cierre de brechas en distritos priorizados en el último trimestre del 2014, y luego la elaboración de una estrategia nacional y estrategias territoriales más agresivas e integrales para el 2015 (expresada en Planes de Cierre de Brechas),
- Se ha reactivado la Comisión Consultiva y el fortalecimiento del Comité Técnico, lo cual ha mejorado la capacidad de rectoría y de movilización nacional por parte de la ESNI.
- Se ha investigado e identificado tasas de oportunidades perdidas de vacunación de los niños.

***Dificultades:***

- No se ha ampliado el equipo central como lo solicitó la ESNI.
- El presupuesto asignado para la ESNI es aún bastante insuficiente. A pesar de la constatada escases de recursos humanos para estas tareas en las diferentes dimensiones de la estrategia (rectoría, promoción y difusión,

logística, vacunación, seguimiento y evaluación) entre el 2013 y el 2014, en plena caída de las coberturas, el presupuesto para la ESNI disminuye en 70 millones (de 496.9 millones a 426.8 millones) y para el año 2015, tiene un PIA mayor en 44 millones, aunque aún no se puede evaluar cómo queda el PIM total del año.

## **2. En cuanto al fortalecimiento de la demanda y la acción promocional.**

***Si bien hay una mayor atención al fortalecimiento de la demanda y el trabajo promocional, su aún débil contundencia frente al alto déficit existente al respecto, hace que el trabajo centrado en la oferta y el trabajo intra-mural siga siendo un fuerte factor en la debilidad de las coberturas.***

### **Avances:**

- Se ha dado un visible esfuerzo en el trabajo promocional y extramural organizando campañas de vacunación desde el último trimestre del año 2014 y que han empezado a tener impacto en el primer semestre del año 2015.
- Dentro de este esfuerzo cabe resaltar, la contratación de personal ad hoc (enfermeras, promotores) para lograr eficacia en estas campañas, lo que era indispensable para atender esta dimensión clave en los procesos de vacunación y cierre de brechas.
- Así mismo, el desarrollo de brigadas de vacunación en diversas redes de salud, particularmente para las poblaciones indígenas aisladas, están dando importantes resultados (en Amazonas se pasó de un 4% de cobertura a un 30% en estas poblaciones).

### **Dificultades:**

A su vez, en este proceso de avance, se han hecho más visibles, problemas estructurales que requieren una atención mayor:

- Una débil asignación presupuestal para los aspectos logísticos del trabajo extramural y para el trabajo comunicacional y educativo con la población.
  - o Según estudio de la Defensoría del Pueblo, realizado en el año 2014 y presentado en la MCLCP, en aproximadamente un 40% de EESS el propio personal cubre sus gastos de movilidad y viáticos. Por otro lado, según estudio realizado por el MINSA con el apoyo de la OPS, en el 2014, solo el 50% de los encuestados, escucharon o leyeron mensajes sobre vacunación en el mes previo a la encuesta, siendo que el 89% de ellos, señaló que si buscaba información sobre vacunación.
  - o Asimismo, en informes y testimonios de las redes y micro-redes de salud en Taller Macro-regional de la ESNI en Julio del presente año, se señala persistentemente que los rubros de movilidad y viáticos, materiales de difusión y capacitaciones o no se programan o se les asigna un presupuesto sumamente insuficiente.
  - o Igualmente, en el presupuesto nacional para el producto “niños menores de 5 años con vacunas completas para la edad” desde el año 2012 al 2015, el porcentaje destinado a comunicaciones y difusión sigue siendo totalmente insuficiente, fluctuando alrededor del 1% del presupuesto total para este producto.



**Asignación presupuestal: “Niños menores de 5 años con vacunas completas para la edad”, rubro de comunicaciones y difusión, 2012-2015**

	<b>PIA 2012</b>	<b>PIA 2013</b>	<b>PIA 2014</b>	<b>PIA 2015</b>
	Millones (%)	Millones (%)	Millones (%)	Millones (%)
TOTAL Producto	519.5 (100)	419.6 (100)	343.6 (100)	387.0 (100)
Personal	40.0	66.6	79.1	107.1
Bienes y Servicios	376.9	338.0	232.5	277.6
Comunic y difusión	2.0 (0.4)	5.2 (1.2)	5.4 (1.5)	4.7 (1.2)

*Fuente: SIAF 2012, 2013, 2014 y 2015.*

*Elaboración: Mesa de Concertación (MCLCP)*

Por otra parte, en las demandas adicionales se ha venido priorizando personal (alrededor del 90%) y no estos otros rubros que le dan eficacia al trabajo de ese personal.

- En cuanto al personal, se presentan problemas de falta de actitud y motivación para el trabajo extramural, debido a la consolidación de un estilo de trabajo centrado en el EESS. Por otro lado, con frecuencia, la programación del trabajo extramural, se realiza sobre la base de sobrecargar en tareas y funciones al personal existente y por otro, las contrataciones demasiado breves de CAS para estas tareas, dificultan la capacitación ad hoc de este personal, así como la continuación y la eficacia del trabajo.
- Por otro lado, más allá de algunas experiencias exitosas, todavía es débil la articulación de la vacunación con el servicio de CRED, donde se debe realizar un trabajo fundamental de consejería a la madre y de seguimiento al niño. Asimismo, todavía es débil la articulación de estrategias con la promoción de la demanda que debe impulsar el programa JUNTOS.

### **3. En cuanto al compromiso y acción de los Gobiernos Regionales:**

***La movilización y compromisos en los Acuerdos de Gobernabilidad Regionales, la acción persistente de la ESNI en la movilización de las regiones, así como los Acuerdos de Gestión con el MIDIS y MINSA por el desarrollo infantil, favorecieron un mayor compromiso de las administraciones regionales, no obstante, la continuidad de carencias, las huelgas médicas, la competencia electoral en el 2014 y el cambio de administraciones para el año 2015, trabaron o desestabilizaron, en diversos casos, prioridades y equipos en la atención a los servicios de salud.***

**Avances:**

- Los Acuerdos de Gobernabilidad concertados en las 26 regiones priorizaron la vacunación a los menores de 5 años como acción importante para la atención infantil y promovieron un mayor conocimiento y compromiso, tanto de las autoridades elegidas como de la sociedad civil, con esta política pública.
- El equipo de la ESNI ha fortalecido su relación de rectoría y promoción con los gobiernos regionales, realizando talleres macro-regionales de evaluación y planificación, asistencias técnicas y acompañamiento regular.

- Se han impulsado y constituido los Comités Técnicos Regionales para el cierre de brechas en la vacunación infantil y se ha mejorado, en diversas redes, la coordinación con los gobiernos locales promoviendo los Centros de Promoción y Vigilancia (CPV).

**Dificultades:**

En este proceso, se han puesto en mayor evidencia carencias importantes en las regiones que es necesario seguir atendiendo:

- **La persistente escasez de recursos humanos en las regiones para estas tareas**, incluyendo enfermeras, promotores o diversas tareas técnicas como la digitación de información. Este es un tipo de constatación en gran parte de los informes de las DIRESAs en el Taller Macro-regional de Julio 2015. Asimismo, el estudio realizado por la Defensoría del Pueblo señala que en el 59.6% de los EESS entrevistados en el año 2014 se señaló la insuficiencia de enfermeras para la vacunación.
- **La inadecuada o carente capacitación y compromiso de funcionarios y operadores del servicio de vacunación**. El estudio realizado por el MINSA-OPS, en el 2014, señala que las principales oportunidades perdidas de vacunación “*están relacionadas con actitudes y conocimientos del personal de salud: falsas contraindicaciones, no se investiga el antecedente vacunal del niño, no se ofertan las vacunas*”. En los casos de las oportunidades perdidas por causas del personal del EESS el 56% es por desconocimiento de las contraindicaciones y el 44% por desconocimiento o no indagación sobre la situación del esquema de vacunas del niño. A su vez, esta exigencia de una buena capacitación regular también está presente, de manera importante, en los informes y recomendaciones de las Redes de Salud en el presente año.
- **Deficiencias pendientes en la infraestructura y organización del servicio en los EESS**. En cuanto a infraestructura y equipos, si bien se ha dado un avance importante en los últimos años, el estudio de la Defensoría del Pueblo, en el año 2014, identifica brechas importantes: 26% de los EESS entrevistados sin servicios de agua, el 15.4% sin electricidad, el 55.8% sin internet, el 51.6% sin sala exclusiva para vacunación, así como el 43.5% sin equipo de resucitación para casos de emergencia. En cuanto a la organización del servicio, la demora en la atención es uno de los problemas más destacados. En los EESS entrevistados por la Defensoría del Pueblo, un 32% no vacuna todos los días (15% de lunes a sábado y 15% inter-diario) y un 20% lo hace sólo en las mañanas. Asimismo, en el estudio realizado por el MINSA-OPS, un 16% de la pérdida de oportunidades de vacunación se debe a la estrechez de los horarios.
- **El insuficiente presupuesto para avanzar en la reducción de las brechas señaladas**. La mayoría de Redes de Salud, en sus respectivos balances, destaca la escases presupuestal, así como problemas logísticos serios para proveer oportunamente de insumos críticos y resolver condiciones de operación en el servicio.
- **El caso de Lima Metropolitana**. Cabe resaltar este caso pues sufrió una de las más altas reducciones de cobertura en vacunaciones, teniendo, relativamente, mejores condiciones de operación y estando bajo la ejecución directa del Gobierno Nacional. Evaluamos que un factor determinante ha sido la reestructuración de las DISAs en Lima y el montaje del IGES, lo que no se combinó adecuadamente con la atención efectiva de los servicios, a lo que se

sumó el factor de escases de determinadas vacunas y huelgas por razones laborales que, en ese contexto, no se manejaron con la suficiente eficacia.

#### 4. En cuanto a la Articulación de Acciones:

***Se ha dado una mejora en la articulación de acciones intergubernamentales con el impulso de la ESNI, el MIDIS y el apoyo de diversas redes (Centros de promoción y vigilancia comunitaria-CPVC, MCLCP y redes de sociedad civil), así como estrategias de acción intersectorial impulsadas por el MIDIS (paquetes DIT). A la vez, se han presentado dificultades orgánicas por nuevos procesos de reestructuración interna en el MINSA y cambios sucesivos de funcionarios y personal, tanto en el nivel nacional como en el regional.***

##### **Avances:**

- Se constituye el Comité Consultivo de la ESNI con participación, sobre todo de especialistas faltando una mayor incorporación de organizaciones de sociedad civil. A su vez, la ESNI impulsa una labor más regular de coordinación con las DIREAS, GERESAS y DISA siguiendo e impulsando las estrategias por redes y micro-redes.
- Por su parte, el MIDIS viene impulsando la atención a la vacunación infantil de manera articulada con otras intervenciones como el DNI, el CRED y la suplementación con hierro, en lo que denomina un paquete básico de atención para el niño menor de 3 años. En el primer semestre del 2015 se desarrollaron talleres de impulso a esta atención articulada en casi todas las regiones con el apoyo de la MCLCP y redes de sociedad civil como la Iniciativa contra la desnutrición crónica.
- Otro aspecto importante ha sido la incorporación de las metas de vacunación en el Plan de Incentivos Municipales, como condicionalidad para recibir recursos adicionales. Para el año 2015 se ha considerado la meta en términos de medir las brechas existentes a partir del padrón nominado.

##### **Debilidades**

- No se perciben acuerdos e impulsos específicos sobre el cierre de brechas en las inmunizaciones desde organismos de articulación central como la CIAS o la Junta Intergubernamental de Salud o el Consejo Nacional y los Regionales de Salud que ayudarían a la sostenibilidad de los esfuerzos que se están desplegando.
- Cambios de personal en cargos sensibles tanto en el MINSA como en diversos Gobiernos Regionales han terminado por dificultar la fluidez en la toma de decisiones y la continuidad de acciones. Algunas regiones ya han cambiado varias veces de director regional de salud, durante el 2015.
- Se ha planteado un debate respecto a la articulación del servicio de vacunación con el servicio del CRED. Unos sostienen que el servicio debería darse articulado con el servicio del CRED, favoreciendo el seguimiento integral, otros, plantean que la demora y tramitación adicional que implica la atención del CRED hace perder oportunidades de vacunación, siendo necesaria la atención inmediata e independiente de la vacunación, por atención directa y a través de campañas extramurales, siendo necesario encontrar un equilibrio entre ambas.

## 5. En cuanto a la disponibilidad de vacunas.

***Si bien se definieron estrategias para enfrentar los problemas de escasez de vacunas en el mercado y de su distribución en el territorio, produciéndose mejoras, continuaron problemas de disponibilidad, principalmente en relación a la BCG y la polio, perdiéndose oportunidades de vacunación y condicionando el logro del conjunto del paquete de vacunas necesarias para el menor de 5 años.***

### **Avances:**

- Se han tomado medidas normativas para enfrentar la escases de las vacunas de polio inyectable, rediseñando el esquema en su administración.
- Se ha capacitado en estos ajustes de esquemas.
- Se han ajustado procesos de programación para atender las compras oportunamente.

### **Dificultades:**

- ***Se mantiene la ausencia o demora en la llegada de vacunas a los EESS.***  
Si bien el ritmo de avance de la cobertura, en todas las vacunas, es bastante mayor en mayo del 2015 que en mayo del 2014 (un 15% mayor), el tema de la falta de vacunas sigue presente en los informes de las distintas redes de salud en el taller de la ESNI, en Julio del 2015. El estudio del MINSA-OPS (2014) identificó que, en la pérdida de oportunidades de vacunación, la falta de disponibilidad de vacunas es el factor más importante de los relacionados con la organización de los servicios de salud (71%),  
Según el estudio realizado por la Defensoría, las vacunas con mayores problemas de disponibilidad en el 2014, ya sea por ausencia o demora en su llegada, en el momento de realización de la encuesta, fueron la BCG (33.3% ausencia y 22% demora), Polio oral (10% y 23.9%), Polio inyectable (12% y 54%), hepatitis B (22% y 14%). El resto de vacunas, presentó una carencia o demora en un promedio del 10%. Esto coincide con las estadísticas del Ministerio de Salud en las que las menores coberturas en el año 2014 se registran en la vacuna contra la polio (78%), contra la hepatitis (78%), pero no así la BCG (94%). También obtienen muy baja cobertura la vacuna contra la influenza (51%) y las vacunas contra el rotavirus y el neumococo se mantienen en aumento llegando a 86% y 95% respectivamente.
- ***La distribución en el territorio como nudo crítico.*** Todavía hay una lentitud grande en la distribución en el territorio. Falta desarrollar una mayor capacidad de previsión por parte de la Diresa y redes (presupuesto para el transporte, movilidad, combustible, almacenajes) sin dejar que se queden semanas las vacunas en el almacén central. Esto no sucede sólo en los territorios con mayor desarticulación, también sucede en Lima Metropolitana, donde es necesario que el IGES atienda con agilidad la distribución y articule y homologue sus estrategias y procedimiento con DARES y las diferentes instancias necesarias.

## 6. En cuanto al seguimiento y evaluación:

***Se han dado avances en seguimiento y evaluación, impulsando su implementación a partir del desarrollo del padrón nominal y una mayor***

***articulación intergubernamental, no obstante es necesario continuar fortaleciendo los sistemas de seguimiento y su articulación, aún con fuertes debilidades.***

***Avances:***

- Se ha logrado implementar el Padrón Nominal Distrital para los menores de 6 años, en 1,558 distritos (98% de los distritos C y D) lográndose identificar al 90% de los niños proyectados por el INEI (Informe OPS). Hay importantes diferencias entre el Padrón Nominal y las proyecciones del INEI, respecto a la distribución territorial de los menores de 6 años y también en cuanto a su cantidad total (25% menos). El MINSA viene avanzado en utilizar este Padrón para ir armando el sistema nominal de información de vacunas y mejorar la programación y las compras. Por ahora las redes de salud lo utilizan para la elaboración del Certificado de Nacido Vivo (CNV) lo que también permite mejorar la programación.
- También se está avanzando en mejorar los registros HIS de las vacunaciones y se está impulsando con mayor eficacia la Implementación del Monitoreo Rápido de Vacunados (MRV) en zonas de mayor concentración, mostrando algunas regiones como Junín que les ha posibilitado una mayor captación para la vacunación.
- La ESNI ha impulsado una mayor articulación de este seguimiento no solo a través de talleres macro-regionales sino también visitando las redes y territorios.
- Algunas mejoras en RRHH para el monitoreo (¿digitadores?).
- El MINSA le encargo a la OPS la realización de una Evaluación Externa a la ESNI realizada en Octubre del 2014, aportando importantes elementos para la planificación. Asimismo, se han realizado dos estudios en el año 2014 que están ayudando a una mejor comprensión de los factores que inciden en la vacunación y el comportamiento de los actores involucrados: 1) “Oportunidades perdidas para vacunar” en 19 regiones del país y “Determinantes de la diferenciación de coberturas de Vacunación en Distritos de Perú”.

***Dificultades:***

- Se mantiene una debilidad en el seguimiento a los niños vacunados para recibir sus dosis de refuerzo. Según la evaluación externa de la ESNI, realizada por la OPS en el año 2014, el nivel de deserción o abandono a nivel de país es del 12%, indicando una falta de seguimiento a los niños ya captados o ingresados al sistema de vacunación regular. Hay una falta de seguimiento a los esquemas incompletos faltantes.
- Persisten problemas con el registro adecuado de la información. Si bien hay un mejor recojo, la calidad de la información aún no tiene un control adecuado. Los informes de las redes de salud señalan problemas en el registro del HIS, particularmente por parte del personal nuevo y también señalan el problema de tener que llenar múltiples formatos por el personal asistencial (FUA, HIS, HC, entre otros).
- Hay debilidad en el análisis de los indicadores de inmunizaciones, particularmente en el nivel local.
- Los Informes de las Redes también señalan que hay un débil seguimiento al trabajo extramural.

## IV. RECOMENDACIONES

1. **Persistencia y ampliación de esfuerzos, incidiendo en la voluntad política y la articulación de acciones.**
  - 1.1. Fortalecer la voluntad política de las autoridades para el cierre de brechas en la vacunación infantil.
    - a. Impulsar el liderazgo y compromiso en la Presidencia del Consejo de Ministros y la CIAS, así como una labor más visible de los Ministros del MIMP, MIDIS, Educación, Cultura y Economía, manteniendo, asimismo, el tema en la agenda pública electoral, articulado a la atención prioritaria a la infancia.
    - b. Impulsar el liderazgo y compromiso en las autoridades regionales con la vacunación infantil en el marco del proceso de implementación de los Acuerdos Regionales de Gobernabilidad y su seguimiento.
    - c. Impulsar el compromiso y liderazgo de las autoridades municipales, visibilizando las brechas en vacunación, articulándose con los sistemas de seguimiento a la infancia, ajustando sus planes y movilizándolo a la población local.
  - 1.2. Fortalecer y ampliar las coordinaciones intersectoriales.
    - a. Fortalecer la articulación intersectorial en las campañas de vacunación, regionales y locales, en el marco de los compromisos de gestión por la infancia: FED, Compromisos en salud y Plan de Incentivos Municipales.
    - b. Ampliar la coordinación intersectorial en vacunación infantil a la Comisión Multisectorial del PNAIA y potenciar su capacidad de incidencia en el Congreso.
  - 1.3. Ampliar la transparencia en la información.
    - a. Publicar el Plan Nacional de Cierre de Brechas en Inmunizaciones, su presupuesto, así como el seguimiento nacional a las acciones por tipo de vacuna.
    - b. Publicar en las web del MINSA y de los Gobiernos Regionales:
      - Las metas de vacunación por vacuna, por Red de Salud y por micro-red.
      - La adquisición de vacunas por cada tipo de biológicos indicando fecha de llegada al país.
      - La distribución de vacunas por cada tipo de biológico indicando cantidad, fecha y lugar de distribución.
      - Las vacunas aplicadas según dosis y coberturas de vacunación por edad según el esquema nacional de vacunación
      - Los stocks por vacuna y por nivel de gobierno.
  - 1.4. Fortalecer la participación ciudadana y la rendición de cuentas.
    - a. Ampliar la participación de redes y organizaciones sociales en las campañas de vacunación (incluyendo organizaciones de niñas, niños y adolescentes) y su seguimiento en el marco de los Acuerdos de

Gobernabilidad y Planes Concertados. Involucrar a la IDI en estos esfuerzos.

- b. Fortalecer los Centros de Promoción y Vigilancia Comunal (CPVC) en la ejecución de sus planes y articulándolos en los sistemas de información y seguimiento.
- c. Incluir el cumplimiento de metas en vacunación infantil en los dos eventos de rendición de cuentas a los que están obligados los Gobiernos Regionales.

## **2. Consolidar los procesos de planificación y mejorar la calidad de la asignación presupuestal y gasto.**

- 2.1. Elaborar planes específicos por los distintos componentes de la estrategia sanitaria de inmunizaciones (RRHH, distribución de insumos, comunicaciones, desarrollo de capacidades, entre otros) asegurando así una programación más equilibrada de las acciones y recursos.
- 2.2. Avanzar en el desarrollo de planes de cierre de brechas por Unidad Ejecutora y por EESS.
- 2.3. Equilibrar la asignación presupuestal a los distintos componentes de la estrategia, particularmente recursos para el trabajo extramural (en gastos operativos y no solo personal) y una política más agresiva de comunicaciones, trabajando, a la vez, una mejor definición de costos.

## **3. Continuar fortaleciendo el trabajo extra-mural y abrir una política amplia de comunicaciones.**

- 3.1. Ajustar la organización del trabajo en los EESS incorporando sólidamente el trabajo extra-mural: evaluando funciones específicas y tareas diferenciadas y estableciendo horas/personal (mas que personal completo) según las tareas específicas a realizar.
- 3.2. Fortalecer la relación y el sustento de las redes de promotores en salud, integrando la vacunación en labores más integrales de los promotores y continuar con el fortalecimiento de los CPVC en todo el territorio nacional.
- 3.3. Diseñar una política más agresiva de comunicaciones, en el nivel interno y externo orientada al conocimiento y valoración de los nuevos esquemas de vacunación. Utilizar ampliamente la programación de los medios masivos del Estado y desarrollar alianzas con diferentes medios masivos (nacionales y regionales), así como con redes de comunicadores y periodistas y con la campaña de "Buen trato a la niñez" que busca incidir en el proceso electoral.

## **4. Ampliar los horarios de atención y oportunidades de vacunación.**

- 4.1. Ampliar, en todos los EESS los horarios de atención, adecuándolos a las características de vida locales.
- 4.2. Ampliar los puntos de vacunación, más allá de los EESS.
- 4.3. Coordinar con las instituciones educativas la demanda del carnet de vacunación en el momento de la matrícula y coordinar la continuidad de las vacunaciones.

**5. Concentrar esfuerzos en la llegada de los insumos a los establecimientos de salud.**

- 5.1. Dar asistencia técnica y vigilar la programación efectiva de los insumos para el traslado de vacunas y equipos a los EESS y su respectiva asignación presupuestal.
- 5.2. Hacer seguimiento a los stocks en los almacenes de la DIRESA, GERESA y DISA a fin de evitar las oportunidades perdidas.

**6. Fortalecer la asistencia técnica y el control de calidad en los sistemas de información.**

- 6.1. Avanzar en un mayor ritmo la articulación de sistemas de información en base al HIS y su articulación con el SIGES, superando el artesanado y evitando la multiplicidad de formatos a llenar por el personal.
- 6.2. Establecer la rutina del control de la calidad de la información del HIS (EESS, Microred, RED, DISA/DIRESA/GERESA).
- 6.3. Difundir la necesidad del carnet de vacunación para el seguimiento de los esquemas de vacunación del niño, diseñarlo de una manera amigable y promover su portabilidad.
- 6.4. Comprometer a los Gobiernos Locales con la actualización permanente del Padrón Nominal.
- 6.5. Fortalecer, por parte del MINSA y los Gobiernos Regionales la capacitación, asistencia técnica y el control de calidad de la información.

**7. Ajustar la política de recursos humanos en función de las nuevas exigencias en las estrategias de vacunación.**

- 7.1. Continuar incrementando los recursos humanos articulados a los ajustes organizativos en los EESS y las precisiones de calificación y hora/personal requeridas para los procesos de vacunación, según el tipo de labor.
- 7.2. Evitar los contratos CAS de corta duración y tender a un mínimo de contrato anual, fortaleciendo el compromiso con la Estrategia.
- 7.3. Capacitación regular al personal de salud (medico, enfermera y técnicos de enfermería) sobre la importancia de las vacunas, los esquemas de vacunación, así como sus indicaciones y contraindicaciones.
- 7.4. Desarrollar estímulos y acompañamiento efectivo para el trabajo extra-mural, recuperando la valoración, respeto y mística para el diálogo y contacto con la población.