

Unidad 3: EVALUACIÓN

INTRODUCCIÓN

A través de este módulo se espera brindar un panorama general de la evaluación de las intervenciones en salud y una aproximación a la evaluación de un programa de inmunizaciones.

Adicionalmente se describen algunos temas prácticos relacionados con la evaluación tales como:

- La construcción de indicadores.
- La importancia del indicador de cobertura de inmunización.
- El diseño de los sistemas de información.
- El diseño de las encuestas nacionales para medir la cobertura de inmunización y la interpretación de sus resultados.

SECCION 1: Marco teórico¹

1. ¿Qué es la evaluación?

La evaluación se ha definido como la valoración, en la forma más sistemática y objetiva posible, de un proyecto, programa o política en marcha o terminado, incluyendo su diseño, ejecución y resultados.

El propósito principal de una evaluación podría ser el de determinar la importancia y cumplimiento de objetivos, la eficiencia, el impacto o la capacidad de sustentación. La evaluación puede realizarse antes, durante o después de la ejecución.

¹ Esta sección está basada en el documento Brown, D. Evaluación de las políticas y programas de la región del Caribe de habla inglesa: problemas conceptuales y prácticos. Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social; Santiago de Chile: 2001.

2. ¿Para qué sirve la evaluación?

Como es obvio, las perspectivas y prioridades varían según los interesados: son vistas de distinta manera por los responsables de las funciones superiores de política que por quienes se encargan de las tareas cotidianas de gestión y ejecución.

a. Para los encargados de la formulación de la política general:

Proporcionar informaciones sobre actividades pasadas o en curso que pueden ser útiles para el desarrollo futuro de la planificación y la formulación de políticas. Al sintetizar lo que se conoce sobre determinado problema y su solución y desarrollar nuevas informaciones sobre la eficacia de políticas y programas, la evaluación puede ser una herramienta útil para la formulación de las más importantes decisiones de política.

b. Para los encargados de la gestión cotidiana:

Centrar la atención de todos sobre los objetivos perseguidos, así como para evaluar la conveniencia de actividades emprendidas y descubrir formas de mejorar la eficacia de la entrega o la ejecución.

c. En general.

Las evaluaciones cumplen también una importante función de responsabilización.

Se identifican tres objetivos de la responsabilización:

- controlar los abusos.
- velar por el buen funcionamiento de las instituciones públicas.
- lograr el aprendizaje necesario para el mejoramiento continuo del ejercicio del poder y la gestión pública.

d. Para aprender sobre la gestión pública.

Las organizaciones y los individuos inmersos en este proceso están aprendiendo constantemente, pero es posible mejorar el proceso de aprendizaje a fin de reducir la repetición de errores y permitir el logro relativamente fácil de los cambios (en contraposición a los que se producen por efecto de crisis periódicas).

La recurrencia de los errores o defectos con una “regularidad desconcertante” es una característica que preocupa especialmente en la política y gestión del desarrollo tanto a los gestores como para los beneficiarios. El aprendizaje comienza con una toma de conciencia y reconocimiento de que se ha cometido un error y el deseo de no repetirlo. El aprendizaje se produce también cuando se persiste en una práctica que parece haber sido eficaz. Sin embargo, cuando no se sabe por qué una medida funcionó o no funcionó, es mucho más difícil predecir si en circunstancias diferentes se lograrán resultados distintos.

3. Importancia de la evaluación en los procesos de reforma

Se ha sugerido que con la finalidad que la reforma del sector público desarrolle un sector más eficaz y eficiente, capaz de entregar un servicio de primera calidad a un costo óptimo, dentro de una orientación inspirada en fuertes principios éticos, profesionales y de desarrollo nacional, es necesario que la reforma deba tener los objetivos siguientes:

- El diseño y establecimiento de estructuras adecuadas y la introducción de métodos innovadores de gestión.
- Un sentido más elevado de responsabilidad, centrado en la rendición de cuentas y la productividad.
- Mayor autoestima, satisfacción en el trabajo y atención a la clientela.
- Mayor eficacia de los organismos de recaudación de impuestos.
- Coordinación e integración de las actividades en curso en un plan racional.
- Transformación de la cultura del trabajo en la administración pública.
- Mayor importancia atribuida a la gestión, el liderazgo y la tecnología.
- Eliminación del derroche en todas sus manifestaciones.

Casi todos los puntos en el amplio programa de reforma del sector público de los últimos tiempos, desde la importancia atribuida a los resultados, productos, consecuencias e impactos, hasta el uso de cotas de referencia e indicadores de eficiencia, desde la mayor atención que merece la satisfacción del cliente hasta la introducción del presupuesto por programas exigen, ya sea implícita o explícitamente, que se establezca algún sistema para medir los resultados, calibrar el desempeño y desarrollar nuevos mecanismos de aprendizaje y experimentación.

En otras palabras, exigen un sistema de vigilancia y evaluación que permita una temprana comprobación de que las políticas y programas están cumpliendo su cometido. En realidad, muchas de las reformas en curso no tendrían sentido alguno si no existieran resguardos de evaluación:

- ¿Cómo podría siquiera hablarse de una orientación hacia los resultados si no hay forma de medirlos?
- ¿Para qué establecer cotas de referencia e indicadores de rendimiento si no se aplican en forma rutinaria?
- ¿Cómo podría lograrse la calidad del producto y la satisfacción del cliente si la entrega del servicio no se evalúa rigurosamente?
- ¿Qué beneficios tiene el presupuesto por programas si no hay quién pase revista al cumplimiento de los programas financiados en el presupuesto del año anterior?

4. Dificultades para la institucionalización de la evaluación en la gestión pública

Destacan las siguientes:

- La larga tradición del “presupuesto por partida lineal” o histórico, lo que hasta hace muy poco militaba en contra del uso de la evaluación, ya que las políticas y los programas se expresaban en cálculos anuales de ingresos y gastos presentados por los ministerios y departamentos a la sección competente del Ministerio de Economía sin relación a la producción, resultados o metas alcanzadas.
- El elevado costo de la evaluación sistemática, siendo difícil justificarla porque sus beneficios no son aparentes de inmediato.
- Los sistemas de gobierno centralizados o insuficientemente descentralizados que concentran el poder supremo de decisión en manos de una élite política relativamente reducida lo que hace que la verdadera rendición de cuentas se convierta en un asunto de importancia marginal. La deficiente capacidad del sector público y la falta de profesionales especializados en los países o economías pequeñas que limitan lo que puede hacerse.

5. Oportunidades para la institucionalización de la evaluación en la gestión pública

El Presupuesto por Resultados (PpR) (que actualmente viene siendo implementado en el Perú). El mismo que incluye tres instrumentos complementarios: i) los programas estratégicos, que reúnen una serie de técnicas para incorporar relaciones causales y el uso de evidencia en la formulación de programas; ii) los indicadores de desempeño, que dan cuenta del avance en el logro de los principales resultados y productos asociados; y finalmente iii) las evaluaciones independientes que producen información sobre el diseño, puesta en práctica y/o resultados de forma objetiva y técnica, siguiendo lineamientos claros y metodologías rigurosas de evaluación².

Lo anterior, también permite evaluaciones periódicas parciales, que siendo rigurosas no demanda conocimiento extraordinario y tiene implicancias favorables en costos y sostenibilidad financiera. Estas evaluaciones parciales se endogenizan en el proceso presupuestal, generando una demanda de evaluación para rendir cuentas de gestión a nivel de centro de costos, unidad ejecutora, región y pliego presupuestal.

Los sistemas de gobierno centralizados y descentralizados que tienen mecanismos claros de participación ciudadana y rendición de cuentas sobre el uso de los recursos públicos a la población. Esta es una demanda de evaluación adicional que convierte la rendición de cuentas en un asunto de importancia vital.

El proceso de capacitación y generación de competencias en el funcionario público y el uso de evaluaciones independientes bajo la modalidad de sub-contrato, incrementa las posibilidades u oferta de evaluación y el desarrollo de planes de mejora continua.

² “Evaluaciones Independientes – Presupuesto por Resultados” Ministerio de Economía y Finanzas Lima, 2009.

SECCION 2: Normas y estándares de la evaluación ^{3, 4}

1. Normas de la evaluación

En esta sección se describe brevemente las normas de la evaluación elaborados por la Naciones Unidas. Este documento puede ser usado para orientar - de manera general - la evaluación de cualquier institución pública.

A continuación se hace un extracto de los puntos más importantes:

Definición:

- Una evaluación es una valoración, lo más sistemática e imparcial posible, de una actividad, proyecto, programa, estrategia, política, tópico, tema, sector, área operativa, desempeño institucional, etc. Incide principalmente sobre los logros esperados y alcanzados, examinando la cadena de resultados, los procesos, los factores contextuales y la causalidad, a fin de entender los logros o la ausencia de éstos.
- Una evaluación debe suministrar información basada en evidencia que sea creíble, fiable y útil, facilitando la incorporación oportuna de los hallazgos, recomendaciones y lecciones en los procesos de toma de decisiones de las organizaciones.
- La evaluación no es un proceso de toma de decisiones en sí, sino que sirve como un insumo para proveer conocimiento y evidencia, en temas de desempeño y buenas prácticas a quienes toman las decisiones. Aunque la evaluación se utiliza para evaluar intervenciones, debería proveer valor agregado para que los procesos orientados a decisiones contribuyan a mejorar las actividades, proyectos, programas, estrategias y políticas presentes y futuras.
- La evaluación gira, por lo tanto, en torno a 3 preguntas:
 - ¿Estamos haciendo lo correcto? Examina la base lógica y la racionalidad de la intervención, realiza un examen de la realidad y busca la satisfacción de los beneficiarios previstos.
 - ¿Estamos haciéndolo bien? Examina la eficiencia del uso de insumos para generar resultados.
 - ¿Existen mejores formas de alcanzar los resultados?

³ Esta sección está basada en el documento Grupo de Evaluación de las Naciones Unidas. Estándares de Evaluación en el sistema de las Naciones Unidas. Naciones Unidas; Nueva York: 2005.

⁴ Grupo de Evaluación de las Naciones Unidas. Normas de Evaluación en el sistema de las Naciones Unidas. Naciones Unidas; Nueva York: 2005.

Imparcialidad:

La imparcialidad implica la ausencia de sesgos en el proceso debido, en la metodología y en la consideración y presentación de logros y desafíos. Significa asimismo, tomar en cuenta los puntos de vista de todas las partes interesadas.

Independencia:

Para evitar conflictos de interés y presiones indebidas, los evaluadores/as deben ser independientes, lo cual implica que los miembros de un equipo de evaluación no deben haber sido directamente responsables del establecimiento de la política, el diseño o la gestión general de la intervención que es motivo de la evaluación ni esperar serlo en un futuro cercano.

Calidad de la evaluación:

Cada evaluación debe emplear procesos de diseño, planificación y ejecución que estén inherentemente orientados a la calidad, con metodologías apropiadas de recolección, análisis e interpretación de datos.

Transparencia y consulta:

Cada evaluación Los términos de referencia y los informes de evaluación deben estar a disposición de las principales partes interesadas y ser documentos públicos. La documentación de las evaluaciones, en un formato fácil de consultar y legible, debería contribuir, asimismo, a la transparencia y la legitimidad.

Ética de la evaluación:

Los evaluadores deben poseer integridad personal y profesional.

Contribución a la construcción del conocimiento:

La evaluación contribuye a la construcción del conocimiento y al mejoramiento organizacional. Las evaluaciones deben ser efectuadas y los hallazgos y recomendaciones de las evaluaciones deben ser presentados de una manera que el público al que están destinadas, las comprenda fácilmente.

2. Estándares de la evaluación

En esta sección se describe brevemente los estándares de la evaluación elaborados por la Naciones Unidas. Este documento puede ser usado para orientar - de manera general - la evaluación de cualquier institución pública.

A continuación se hace un extracto de los puntos más importantes:

Marco institucional y gestión de la función de evaluación:

- Las organizaciones deben contar con un marco institucional adecuado para la gestión efectiva de su función de evaluación.
- Las organizaciones deben elaborar una política de evaluación y actualizarla regularmente.
- Las organizaciones deben asegurar que los planes de evaluación sean presentados a sus órganos de gobierno para su revisión y/o aprobación.
- Las organizaciones deben garantizar la existencia de mecanismos apropiados para el seguimiento de las evaluaciones; y formular una política explícita en materia de divulgación.

Competencias y ética

- Las personas involucradas en el diseño, la realización y la gestión de actividades de evaluación deben poseer competencias medulares en materia de evaluación.
- Los evaluadores/as deben ser sensibles a las creencias, usos y costumbres y conducirse con integridad y honestidad en sus relaciones con todas las partes interesadas

Realización de evaluaciones

- La evaluación debe ser diseñada de manera tal que garantice información oportuna, válida, confiable y relevante sobre la intervención que está siendo evaluada.
- El diseño de la evaluación debe detallar claramente los criterios a partir de los cuales se evaluará la intervención.
- Las metodologías de evaluación deben ser lo suficientemente rigurosas como para evaluar la intervención y garantizar una evaluación exhaustiva, justa y libre de sesgos.
- Las evaluaciones deben ser llevadas a cabo por equipos de evaluación altamente calificados.

- Las partes interesadas deben ser consultadas en las etapas de planificación, diseño, realización y seguimiento de las evaluaciones.
- Una evaluación debe medir, en lo posible, el costo-efectividad.
- Las evaluaciones deben llevarse a cabo de una manera profesional y ética.
- El informe final de evaluación debe contar con una estructura lógica, contener hallazgos basados en evidencia, conclusiones, lecciones y recomendaciones y estar libre de información irrelevante para el análisis general. El informe debe ser presentado en un formato que permita que la información sea comprensible y accesible.
- La evaluación requiere de una respuesta explícita por parte de las autoridades de gobierno y gerencia afectadas por sus recomendaciones.
- Deben ser identificadas, en la medida de lo posible, las razones de los logros y las dificultades de la intervención que está siendo evaluada, especialmente los factores de restricción y habilitación.
- Las conclusiones tienen que ser sustentadas por hallazgos que sean consistentes con los datos recolectados y por la metodología; asimismo, deben aportar elementos de juicio conducentes a la identificación y/o solución de problemas o temas importantes.
- Las recomendaciones deben estar firmemente basadas en evidencia y análisis y ser relevantes y realistas, con prioridades para la acción claramente enunciadas.

SECCION 3: Evaluación de un Programa de Inmunizaciones⁵

La evaluación de una intervención sanitaria debe ser efectuada en el contexto en el cual esta se desarrolla. En el Perú tenemos un proceso de descentralización bien establecido en donde la rectoría y algunos procesos del suministro son responsabilidad del nivel nacional (adquisición, distribución al nivel regional) y la mayoría de procesos de suministro y prestación están a cargo de los gobiernos regionales. En estas circunstancias, una evaluación de la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones del país debería ser evaluada tomando muy en cuenta esta consideración.

La presente sección del documento utiliza como base uno de los varios documentos^{6,7,8} de la OMS orientado a realizar a evaluación de un programa de inmunizaciones organizado verticalmente en el contexto de país centralizado. La aplicación de la metodología de evaluación descrita en el documento de OMS requiere una adaptación apropiada a los procesos de reforma que se están llevando a cabo en Perú.

A continuación se presenta un resumen del documento de OMS.

Pasos para la implementación de una evaluación del Programa de Inmunizaciones

Paso 1

Iniciando la evaluación

¿Qué sucede durante el Paso 1?

El Ministerio de Salud (MINSA) decide que la evaluación es necesaria y sirve de enlace con el Comité de Coordinación (CIC) para decidir las fechas para la evaluación y quién debe participar en él. Ellos resumen sus expectativas en un documento de Términos de Referencia.

Tareas para el Paso 1

- Tarea 1.1 Decidir que se necesita una evaluación.
- Tarea 1.2 Designar una Secretaría de la Evaluación.
- Tarea 1.3 Preparar los Términos de Referencia.
- Tarea 1.4 Identificar a los miembros del Equipo de Evaluación.
- Tarea 1.5 Identificar a los miembros del Equipo de Planificación.
- Tarea 1.6 Elaborar un programa de evaluación.
- Tarea 1.7 Plan de apoyo a la evaluación.
- Tarea 1.8 Identificar fuentes y mecanismos de financiación para todas las actividades de evaluación.

⁵ Esta sección está basada en el documento World Health Organization. Assessment Methodology - The Common Assessment Tool for Immunization Services. WHO; Geneva: 2002.

⁶ Conducting assessment of the immunization programme. Block VII: M&E, Module 23. WHO Geneva, March 2004.

⁷ Assessment of immunization services and coordination of GAVI activities at country level. Report of a meeting. WHO; Geneva 3-5 May 2000.

⁸ Metodología para la evaluación multidisciplinaria del Programa ampliado de Inmunizaciones a nivel país. OMS-OPS. Octubre 2000.

Paso 2

Preparando la evaluación

¿Qué sucede durante el Paso 2?

El equipo de planificación es responsable de:

- Recopilar, compilar, revisar, y el cotejo de material en las operaciones de la inmunización, la salud sistema y el entorno externo.
- Llevar a cabo un análisis FODA para identificar los temas críticos para los servicios de vacunación y el sistema de salud y sus fortalezas y debilidades internas y las oportunidades y amenazas externas que pueden enfrentar.
- Descubrir las lagunas en la información.
- Identificar los problemas relacionadas con la calidad de datos.

Tareas para el Paso 2

- Tarea 2.1 Recoger, compilar y revisar la información disponible sobre las operaciones de vacunación, el sistema de salud y el ambiente externo.
- Tarea 2.2 Designar una Secretaría de la Evalua Identificar los asuntos críticos para la inmunización y el sistema de salud mediante la realización de un análisis FODA.
- Tarea 2.3 Compilar materiales clave para los miembros del Equipo de Evaluación.
- Tarea 2.4 Preparación para informar a todo el Equipo de Evaluación.
- Tarea 2.5 Si es apropiado, seleccionar las áreas sub-nacionales para visitar.

Paso 3

Planeando la recolección de los dato

¿Qué sucede durante el Paso 3?

Durante el paso 3 todos los miembros del Equipo de Evaluación se reúnen por primera vez a:

- Aprender cuáles son los objetivos de la evaluación.
- Revisar la información sobre las operaciones de vacunación y el sistema de salud que el Equipo de Planificación reunió durante el paso 2.
- Familiarizarse con la metodología.

Tareas para el Paso 3

- Tarea 3.1 Explicar los objetivos de evaluación.
- Tarea 3.2 Informar al Equipo de Evaluación sobre los aspectos críticos de las operaciones de vacunación y el sistema de salud.
- Tarea 3.3 Proporcionar una visión general de la metodología de evaluación.
- Tarea 3.4 Llegar a un consenso sobre cuestiones críticas a seguir Tarea 3.5 Adaptar los materiales de la colección de datos.
- Tarea 3.5 Adaptar los materiales de la colección de datos.
- Tarea 3.6 Llegar a un consenso sobre las áreas sub-nacionales para la evaluación
- Tarea 3.7 Revisar el proceso de recopilación de datos
- Tarea 3.8 Preparar los sub-equipos para la recolección de datos
- Tarea 3.9 Revisión de las situaciones especiales

Paso 4

Recolección de los datos

¿Qué sucede durante el Paso 4?

Durante el Paso 4 los sub-equipos visitan el nivel nacional y las zonas sub-nacionales seleccionados en el paso 3 para recoger los datos y seleccionar las áreas del segundo nivel sub-nacional y las instalaciones de los establecimientos de salud para la recolección de datos.

Tareas para el Paso 4

- Tarea 4.1 Visitar los niveles nacional, sub-nacional, y las instalaciones de los servicios de salud.
- Tarea 4.2 Recoger datos de los niveles nacional, sub-nacional, y los servicios de salud.
- Tarea 4.3 Reunirse inmediatamente después de la recolección de datos con el personal de los niveles nacional, sub-nacional, y los servicios de salud.

Paso 5

Análisis de resultados y desarrollo de recomendaciones

¿Qué sucede durante el Paso 5?

Cuando los datos han sido recogidos, todos los miembros del Equipo de Evaluación deben reunirse de nuevo para revisar los resultados regionales, ponerse de acuerdo sobre las conclusiones y recomendaciones, así como establecer prioridades para las acciones.

En esta etapa, el personal técnico de los actores principales o los organismos asociados podrán unirse al Equipo de Evaluación para contribuir a la consecución de las tareas propuestas.

Tareas para el Paso 5

- Tarea 5.1 Análisis de la información por áreas sub- nacionales.
- Tarea 5.2 Análisis de la información por área técnica.
- Tarea 5.3 Preparación de las principales conclusiones de la evaluación.
- Tarea 5.4 Desarrollo de las principales recomendaciones de la evaluación.
- Tarea 5.5 Recopilar información y preparar el primer borrador del Informe de Evaluación.
- Tarea 5.6 Preparación para la conferencia post-recolección de datos.

Paso 6

Conferencia

¿Qué sucede durante el Paso 6?

Durante el Paso 4 los sub-equipos visitan el nivel nacional y las zonas sub-nacionales seleccionados en el paso 3 para recoger los datos y seleccionar las áreas del segundo nivel sub-nacional y las instalaciones de los establecimientos de salud para la recolección de datos.

Tareas para el Paso 6

- Tarea 6.1 Conferencia.
- Tarea 6.2 Completar el borrador final del Informe de Evaluación.

Paso 7

Planificación para la implementación y monitoreo

¿Qué sucede durante el Paso 7?

El Equipo de Evaluación propone las fases de implementación y describe los pasos clave para el monitoreo.

Tareas para el Paso 7

- Tarea 7.1 Incorporar las recomendaciones en un proyecto de plan nacional multianual.
- Tarea 7.2 Preparar un proyecto de presupuesto y plan de financiación.
- Tarea 7.3 Plan de cómo se implementará el monitoreo.

SECCION 4: Construcción de indicadores e implementación de sistemas de información^{9, 10}

La siguiente sección describe como elaborar los indicadores claves para un Programa de inmunizaciones.

1. Identificación de los objetivos del Programa de Inmunizaciones

Los objetivos definen la forma como los programas de vacunación se planifican, organizan, dirigen y controlan.

Los objetivos típicos de un programa de vacunación son:

- a. Disminuir la morbilidad y la mortalidad de las enfermedades prevenibles por vacunas que estén contenidas en el programa del Ministerio de Salud.
- b. Erradicar la Poliomielitis y el Sarampión.
- c. Mantener niveles de protección adecuados mediante programas de vacunación de refuerzo a edades mayores.
- d. Eliminar el Tétanos Neonatal.
- e. Garantizar la vacunación gratuita y obligatoria a toda la población objeto del programa.
- a. Asegurar que los servicios de vacunación sean seguros y efectivos.

2. Identificación de las áreas de interés de la gestión de las inmunizaciones

Si los objetivos de un programa de vacunación son los mencionados previamente, entonces, la gestión de las inmunizaciones debe estar dirigida hacia 3 áreas:

- a. Los servicios de vacunación.
- b. El sistema de salud.
- c. El ambiente externo.

Los servicios de inmunización no operan por su cuenta, son parte de un sistema de salud.

⁹ World Health Organization. Assessment Methodology - The Common Assessment Tool for Immunization Services. WHO; Geneva: 2002.

¹⁰ OMS. Sistemas de información de salud mental. OMS; Ginebra: 2010.

En cada uno de estas áreas debe gestionarse los siguientes aspectos:

Los servicios de inmunización

- a. Prestación de servicios de inmunización: Las estrategias y actividades relacionadas con la administración de las vacunas.
- b. Vigilancia de las enfermedades: Seguimiento de la incidencia de la enfermedad, las pruebas de laboratorio, mantenimiento de registros, y presentación de informes.
- c. Logística: Transporte, cadena de frío, eliminación de residuos y la entrega de vacunas y otros equipos al lugar donde serán utilizados.
- d. Suministro y calidad de la vacuna: Definición de las necesidades, adquisición de vacunas, monitoreo de la utilización de la vacuna y seguridad.
- e. Abogacía y comunicaciones: Movilización social, abogacía, educación y promoción de la inmunización.

Los servicios de salud

a. Administración

Gestión de la salud individual y colectiva; y de las organizaciones que proveen servicios de salud. Incluye:

- Definición de estándares y elaboración de políticas.
- Planificación.
- Gestión de la información.
- Coordinación entre los proveedores de salud públicos y privados.
- Cooperación con socios y sectores para el desarrollo y los sectores y con interesados fuera del sistema de salud.
- Monitoreo.
- Abogacía.
- Evaluación.
- Regulación y legislación.
- Aseguramiento de la calidad.
- Desarrollo de infraestructura y logística.
- Diseño del programa y evaluación.

b. Desarrollo de recursos humanos

Incluye:

- Contratación y asignación de personal.
- Capacitación.
- Supervisión de personal.

c. Finanzas

Incluye:

- Presupuesto
- Identificar las fuentes de financiación
- Recojo y reparto de los ingresos
- Seguimiento de los gastos.

d. Prestación de servicios

Incluye:

- Prestación de servicios de salud preventivos y curativos.

Ambiente externo

a. Tendencias

Incluye:

Geográficas, políticas, económicas, sociales y tecnológicas (ejemplo: reformas macro-económicas, descentralización).

b. Expectativas y las necesidades de los interesados

- El público
- Los políticos
- El sector de la educación y otros sectores
- Socios para el desarrollo
- Competidores y colaboradores, por ejemplo, los médicos privados.

3. Desarrollo de los indicadores de las áreas de interés de la gestión de las inmunizaciones

Para cada objetivo y para cada área de interés de la gestión del Programa deben desarrollarse indicadores que midan el progreso de cada una de ellas. Estos indicadores deben ser adecuados para cada nivel de gestión del Programa.

LOS SERVICIOS DE INMUNIZACIÓN

Indicadores para los servicios de inmunización

Nivel nacional	Nivel regional	Establecimiento de salud
Cobertura de inmunización	Cobertura de inmunización	Cobertura de inmunización
Tasa de deserción	Tasa de deserción	Tasa de deserción
Calidad y oportunidad de los reportes de cobertura	Calidad y oportunidad de los reportes de cobertura	Calidad y oportunidad de los reportes de cobertura
% de regiones con coberturas insuficientes	% de redes/MR con coberturas insuficientes	
Existencia de plan nacional	% de EESS que ofertan todas las vacunas	
Existencia de procedimiento estandarizado para inyección segura	Sistema de supervisión de la seguridad de las inyecciones	Uso de una jeringa y aguja estéril por inyección
Existencia de política, plan y presupuesto para inyección segura	Distribución y mantenimiento de insumos para inyecciones seguras	Colección de agujas en Contenedores. Eliminación adecuada de agujas
Sistema para detección, investigación y reporte de ESAVI	Sistema para detección, investigación y reporte de ESAVI	Conocimiento de lo que debe ser reportado como ESAVI

Indicadores para la vigilancia epidemiológica

Nivel nacional	Nivel regional	Establecimiento de salud
Incidencia de enfermedad prevenible por vacunación	Incidencia de enfermedad prevenible por vacunación	Incidencia de enfermedad prevenible por vacunación
Tasa de notificación de PF	Tasa de notificación de PF	Tasa de notificación de PF
% de brotes de sarampión no investigados	% de brotes de sarampión no investigados	% de brotes de sarampión no investigados
% de casos de sarampión con información sobre edad y estado vacunal	% de casos de sarampión con información sobre edad y estado vacunal	% de casos de sarampión con información sobre edad y estado vacunal
Calidad y oportunidad de los reportes de cobertura	Calidad y oportunidad de los reportes de cobertura	Calidad y oportunidad de los reportes de cobertura

Indicadores para la logística

Nivel nacional	Nivel regional	Establecimiento de salud
Existencia de guías para manejo de vacunas, transporte de vacunas, cadena de frío, disposición y eliminación		
Insumos y equipamiento están disponibles donde se necesitan en las cantidades que se necesitan	Insumos y equipamiento están disponibles donde se necesitan en las cantidades que se necesitan	Insumos y equipamiento están disponibles en las cantidades que se necesitan
Cadena de frío operando	Cadena de frío operando	Cadena de frío operando
Sistema de supervisión verifica estado y stock de insumos y equipamiento en regiones	Sistema de supervisión verifica estado y stock de insumos y equipamiento en EESS	

Indicadores para el abastecimiento y calidad de las vacunas

Nivel nacional	Nivel regional	Establecimiento de salud
Abastecimiento <ul style="list-style-type: none"> ■ Estimación de necesidades ■ Monitoreo del uso y desperdicio de vacunas 	Abastecimiento <ul style="list-style-type: none"> ■ Estimación de necesidades ■ Monitoreo del uso y desperdicio de vacunas 	Abastecimiento <ul style="list-style-type: none"> ■ Estimación de necesidades ■ Monitoreo del uso y desperdicio de vacunas
Calidad <ul style="list-style-type: none"> ■ Evaluación de la calidad realizado por un autoridad independiente ■ Fabricante de vacunas calificado 		Calidad <ul style="list-style-type: none"> ■ Vacunas almacenadas y manejadas apropiadamente ■ Calidad y fecha de expiración chequeado antes del uso
Fabricantes y finanzas <ul style="list-style-type: none"> ■ Sistema de selección de los proveedores ■ Mecanismo de financiamiento sostenible 		

Indicadores para la abogacía y comunicaciones

Nivel nacional	Nivel regional	Establecimiento de salud
Soporte activo de las inmunizaciones por líderes políticos y personas con influencia	Soporte activo de las inmunizaciones por líderes políticos y personas con influencia	Público conoce sobre las inmunizaciones
Promoción pública de las inmunizaciones	Promoción pública de las inmunizaciones	Intentos activos para alcanzar a los no coberturados y desertores
		Los proveedores se comunican efectivamente con los usuarios
		La comunidad se involucra en la planificación y monitoreo de las inmunizaciones

EL SISTEMA DE SALUD

Indicadores para la administración del sistema de salud

Nivel nacional	Nivel regional	Establecimiento de salud
<p>Las políticas nacionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Están dirigidas a las necesidades de aquellos que no son atendidos. — Aseguran la equidad del acceso a los servicios de salud — Están dirigidas a las intervenciones prioritarias 	<p>Las políticas nacionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Están dirigidas a las necesidades de aquellos que no son atendidos. — Aseguran la equidad del acceso a los servicios de salud — Están dirigidas a las intervenciones prioritarias 	<p>Las políticas nacionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Están dirigidas a las necesidades de aquellos que no son atendidos. — Aseguran la equidad del acceso a los servicios de salud — Están dirigidas a las intervenciones prioritarias
Existe un plan y un presupuesto de salud nacional multianual y uno para el año actual	Existe un plan y un presupuesto de salud del año actual	Existe un plan y un presupuesto de salud del año actual
<p>El personal recibe oportunamente información sobre las nuevas políticas y guías</p> <p>El personal recibe oportunamente informes sobre el progreso en la reducción de las enfermedades y otras metas de salud</p> <p>El personal usa la información para hacer ajustes a los planes y presupuestos</p>	<p>El personal recibe oportunamente información sobre las nuevas políticas y guías</p> <p>El personal recibe oportunamente informes sobre el progreso en la reducción de las enfermedades y otras metas de salud</p> <p>El personal usa la información para hacer ajustes a las estrategias</p>	<p>El personal recibe oportunamente información sobre las nuevas políticas y guías</p> <p>El personal recibe oportunamente informes sobre el progreso en la reducción de las enfermedades y otras metas de salud</p> <p>El personal usa la información para hacer ajustes a las estrategias</p>
El personal evalúa periódicamente el cumplimiento de los objetivos	El personal evalúa periódicamente el cumplimiento de los objetivos	El personal evalúa periódicamente el cumplimiento de los objetivos

Indicadores para los recursos humanos

Nivel nacional	Nivel regional	Establecimiento de salud
<p>El personal tiene los estándares nacionales para los cargos</p> <p>Hay suficiente personal con habilidades para el cargo</p> <p>El personal recibe salarios adecuados</p> <p>Las condiciones de trabajo son adecuadas</p> <p>El desempeño del personal se evalúa periódicamente</p>	<p>El personal tiene los estándares nacionales para los cargos</p> <p>Hay suficiente personal con habilidades para el cargo</p> <p>El personal recibe salarios adecuados</p> <p>Las condiciones de trabajo son adecuadas</p> <p>El desempeño del personal se evalúa periódicamente</p>	<p>El personal tiene los estándares nacionales para los cargos</p> <p>Hay suficiente personal con habilidades para el cargo</p> <p>El personal recibe salarios adecuados</p> <p>Las condiciones de trabajo son adecuadas</p> <p>El desempeño del personal se evalúa periódicamente</p>
<p>El personal tiene los conocimientos y habilidades que necesitan para su trabajo</p>	<p>El personal tiene los conocimientos y habilidades que necesitan para su trabajo</p>	<p>El personal tiene los conocimientos y habilidades que necesitan para su trabajo</p>
<p>Existen guías para la supervisión</p> <p>Los supervisores son capaces de proveer el soporte técnico y administrativo</p>	<p>Existen guías para la supervisión</p> <p>Los supervisores son capaces de proveer el soporte técnico y administrativo</p>	<p>Los supervisores son capaces de proveer el soporte técnico y administrativo</p>

Indicadores para las finanzas

Nivel nacional	Nivel regional	Establecimiento de salud
<p>Los presupuestos son consistentes con los planes.</p> <p>El financiamiento llena las necesidades del sistema de salud para el cumplimiento de los planes.</p> <p>Los fondos aprobados son distribuidos.</p> <p>Los fondos son gastados de acuerdo al plan.</p> <p>Se siguen prácticas estandarizadas para la contabilidad y administración de los fondos.</p>	<p>Los presupuestos son consistentes con los planes.</p> <p>El financiamiento llena las necesidades del sistema de salud para el cumplimiento de los planes.</p> <p>Los fondos aprobados son distribuidos.</p> <p>Los fondos son gastados de acuerdo al plan.</p> <p>Se siguen prácticas estandarizadas para la contabilidad y administración de los fondos.</p>	<p>El personal es consciente de los costos de los servicios, fuentes de financiamiento y la necesidad de una mayor eficiencia en el uso de los recursos.</p>

4. Construcción de indicadores

Se describe como construir un indicador de manera sistemática, preguntándose para cada caso lo siguiente:

- **¿Qué se hace?**
Identificación de los objetivos de la entidad.
- **¿Qué se desea medir?**
Selección de aquellas actividades que se consideren prioritarias.
- **¿Quién utilizará la información?**
Selección de los destinatarios de la información, ya que los indicadores diferirán sustancialmente en función de quién los ha de utilizar.
- **¿Cada cuánto tiempo?**
Periodicidad con la que se desea obtener la información.
- **¿Con qué o quién se compara?**
Descripción de la forma de interpretar el indicador.

Un indicador bien elaborado debe cumplir con las siguientes características:

Características de los indicadores

- **Relevancia:** Debe aportar información imprescindible para informar, controlar, evaluar y tomar decisiones.
- **Accesibilidad:** su obtención tiene un costo aceptable (que el costo de la obtención sea superados por los beneficios que reporta la información extraída).
- **Simplicidad:** el indicador debe ser de fácil elaboración.
- **Validez:** la validez de los indicadores significa que éstos deben tener la capacidad de medir realmente el fenómeno que se quiere medir y no otros.
- **Especificidad:** si un indicador no mide realmente lo que se desea medir, su valor es limitado, pues no permite la verdadera evaluación de la situación al reflejar características que pertenecen a otro fenómeno paralelo.
- **Confiabilidad:** los datos utilizados para la construcción del indicador deben ser fidedignos (fuentes de información satisfactorias).
- **Sensibilidad:** el indicador debe ser capaz de poder identificar las distintas situaciones de salud aún en áreas con distintas particularidades, independientemente de la magnitud que ellas tengan en la comunidad.
- **Alcance:** el indicador debe sintetizar el mayor número posible de condiciones o de distintos factores que afectan la situación descrita por dicho indicador. En lo posible el indicador debe ser globalizador.

5. Diseño de un sistema de información

Los pasos generales para el diseño de un sistema de información son:

Paso 1

¿Qué información necesitamos? (Evaluación de necesidades)

Tareas:

- a. Crear un equipo de trabajo
- b. Revisar los objetivos actuales de la política y la planificación
- c. Consulta con todas las partes implicadas relevantes
- d. Establecer los indicadores para evaluar los objetivos estratégicos y de planificación

Paso 2

¿De qué información disponemos? (Análisis de situación)

Tareas:

- a. Revisar la situación actual.
- b. Realizar un análisis de prueba.

Paso 3

¿Cómo podemos obtener la información necesaria? (Implementación)

Tareas:

- a. Detectar los subsistemas e indicadores esenciales
- b. Establecer un conjunto mínimo de datos
- c. Analizar el flujo de información
- d. Establecer la frecuencia de la recogida de datos
- e. Determinar los roles y las responsabilidades
- f. Diseñar los formatos de ingreso y salida (reporte)
- g. Diseñar el software de soporte
- h. Incorporar controles de calidad
- i. Realizar un proyecto piloto

**Paso
4****¿Cómo están funcionando los sistemas de información?
(Evaluación)**

Tareas:

- a. Definir los objetivos de la evaluación
- b. Establecer los criterios de la evaluación
- c. Establecer la frecuencia de las evaluaciones

SECCION 5: La cobertura de inmunización como indicador trazador ¹¹

Introducción

La inmunización contra enfermedades de la niñez tales como la difteria, la tos ferina, el tétanos, la poliomielitis y el sarampión es uno de los medios más importantes de prevención de la morbilidad y mortalidad infantil.

Considerando sólo cinco vacunas básicas de bajo costo de las inmunizaciones en la infancia, casi 3 millones de niños siguen muriendo cada año por enfermedades prevenibles por vacuna. Lograr y mantener una elevada cobertura de inmunización debe ser por lo tanto una prioridad para todos los sistemas de salud. Ello es aún más importante en el contexto actual donde existen en el mercado un mayor número de nuevas vacunas de alto costo que están siendo incorporadas en los esquemas regulares de diferentes países, en los cuales además se añade mayor presión por mantener coberturas de vacunación elevadas.

Monitorizar el progreso en lograr y mantener una elevada cobertura de inmunización del conjunto de vacunas del calendario regular de un país, puede servir además, como un indicador de la capacidad de un sistema de salud de prestar servicios esenciales a los miembros más vulnerables de la población.

En resumen, la cobertura de inmunización es también un indicador trazador del desempeño general del sector salud:

- La vacunación es un resultado sanitario con un fuerte impacto en la morbilidad y mortalidad infantil y en la discapacidad permanente. La utilidad de la cobertura de inmunización no es simplemente como una medida de la implementación de una intervención de salud, sino como una aproximación al rendimiento global del sistema de salud para soportar las intervenciones de salud prioritarias.
- El grupo-objetivo consta de niños de cero a un año de edad, y los miembros de la cohorte de niños nacen cada año. Por lo tanto, la cobertura de inmunización es un indicador sensible: si se mide cada año, puede proporcionar evidencia oportuna de la mejora y el deterioro en los actuales servicios.
- La medición de la cobertura de inmunización puede ser relativamente sencilla y barata, y los resultados son información válida y verificable.

¹¹ Bos E., Batson A. USING IMMUNIZATION COVERAGE RATES FOR MONITORING HEALTH SECTOR PERFORMANCE. World Bank; Washington D.C.: 2000.

- Las definiciones utilizadas en las encuestas y los sistemas de información de salud para medir la cobertura de la inmunización son precisas y objetivas, lo que permite comparaciones entre países y a lo largo del tiempo.
- La inmunización contra una serie de enfermedades de la infancia es una recomendación universal y una prioridad de la salud pública costo-efectiva, para lo cual existen objetivos adoptados internacionalmente.
- Las tasas de cobertura de inmunización con frecuencia están disponibles a nivel subnacional, incluso a nivel de distrito. Como la reforma de salud con frecuencia incluye la descentralización, esta es una importante ventaja para el seguimiento del impacto y de la focalización de la prestación de servicios.
- Las tasas de cobertura de inmunización son útiles para el seguimiento de los avances en el mejoramiento de los servicios de salud esenciales cuando estos tienen poco desarrollo tecnológico y organizacional; también pueden ser usados como "salvaguardia" o centinela en situación en que la reforma de los sistemas están cambiando la entrega o la financiación de los servicios de salud en ámbitos en los que la cobertura de inmunización ya ha alcanzado niveles altos.

1. Metodología de medición de la cobertura de inmunizaciones

El alcance de esta sección tiene el propósito específico de explicar las metodologías de medición de la cobertura de inmunización y señalar las diferencias para una mejor interpretación.

En general, hay dos fuentes de datos y metodologías para medir la cobertura de inmunizaciones:

- **Por fuente secundaria usando las estadísticas institucionales** derivadas del registro de las dosis aplicadas por parte del personal que vacuna, divididas por la población programada a vacunar y multiplicada por cien para su expresión porcentual. Esta información se registra diario, se digita y consolida principalmente por distritos, provincias, regiones y país. Si bien este proceso no tiene una única fuente de registro, los reportes oficiales actualmente son proporcionados por la Oficina de Estadística e Informática del MINSA, después de consolidar los datos enviados por las oficinas regionales de estadística. Aquí la cobertura estimada corresponde a la población que acudió en algún momento al establecimiento a vacunarse.

- **Por fuente primaria a través de encuestas en hogares.** En el país, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDES) estima la cobertura de inmunización en niños menores de 5 años que corresponde a la información recabada del carnet de vacunación de los niños y en ausencia de éste por el reporte de la madre sobre la vacunación de su hijo. Aquí la cobertura estimada corresponde a toda la población (la que acudió en algún momento al establecimiento a vacunarse y la que no acudió y es entrevistada en el hogar). Para su estimación el numerador constituye los niños menores de cinco años vacunados y el denominador el total de niños menores de cinco años de los hogares entrevistados.

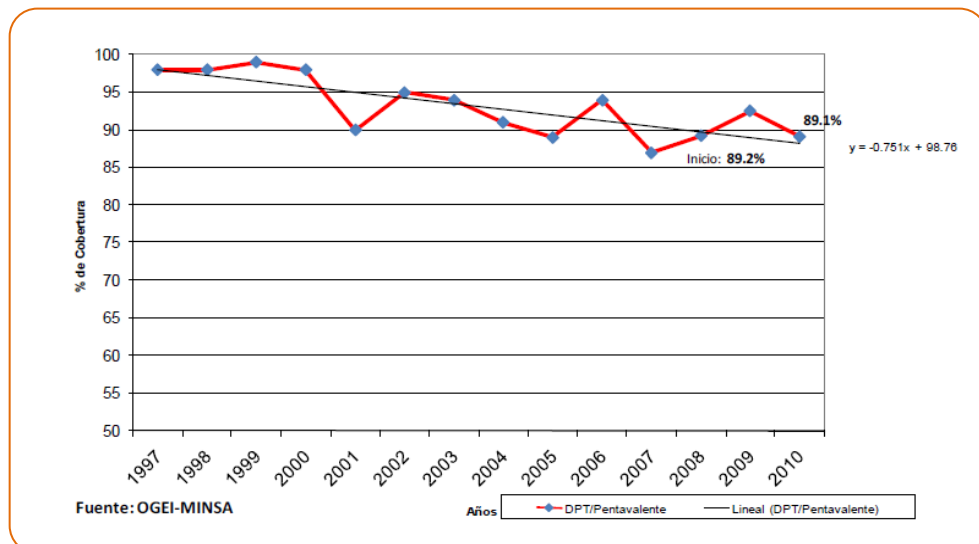
Para una evaluación interna al sector y tal como se vio en la unidad de Monitoreo generalmente se usa la cobertura estimada por las estadísticas institucionales. Para una evaluación independiente y conocer la cobertura de inmunizaciones poblacional es necesario medir la cobertura en los hogares a siguiendo técnicas adecuadas de muestreo para la inferencia poblacional de los resultados.

a. *Cobertura institucional de inmunización para las vacunas Pentavalente y SPR según las estadísticas institucionales.*

Veamos específicamente el comportamiento de la cobertura institucional de las inmunizaciones para el caso de la vacuna Pentavalente y SPR.

De acuerdo a las estadísticas institucionales la cobertura de la vacuna pentavalente para el año 2009 alcanzó 92.5%, este resultado se encuentra por encima de 89.2% alcanzado el año 2008. Si miramos éstos resultados en un horizonte temporal más largo, tal como se aprecia en el siguiente gráfico, se advierte que la cobertura está recuperándose, pues aunque sigue por debajo de las tasas de cobertura alcanzadas al final de la década de 1990 cercana al 100%, ha superado la caída del año 2001 y el comportamiento errático del 2005 y 2007. En el gráfico se ha incluido una línea de tendencia que en este caso es decreciente.

Cobertura de inmunización DPT/Pentavalente Perú 1997-2010

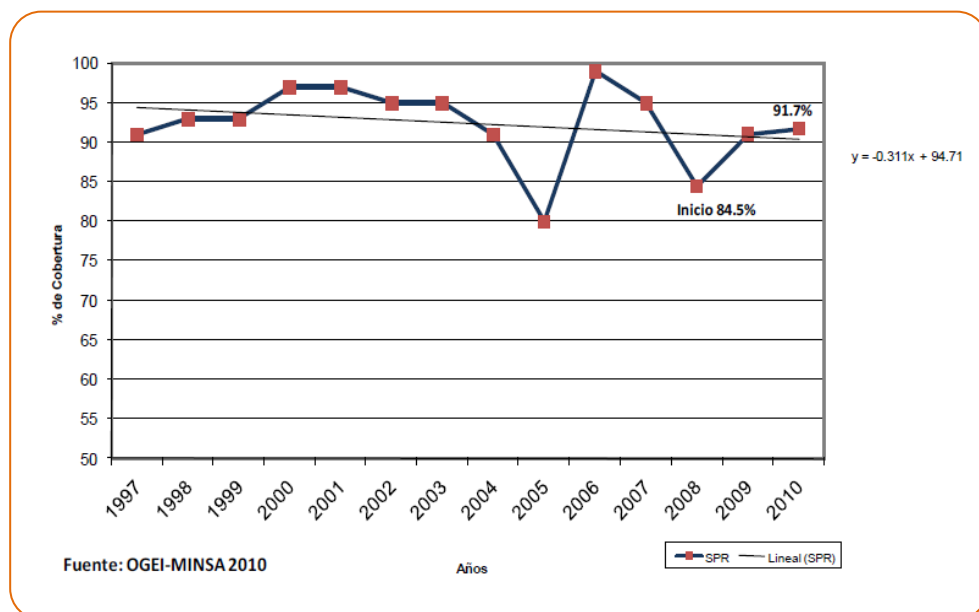


Cabe mencionar que, éste porcentaje tiene como numerador el número de niños menores de un año, vacunados con la tercera dosis de vacuna pentavalente y como denominador el número total de niños menores de un año programados para la vacunación en el mismo año.

De manera similar, la cobertura de vacunación SPR para el año 2009 fue de 91.08%, este resultado se encuentra por encima de 84.5% alcanzado el año 2008. Si miramos éstos resultados en un horizonte temporal más largo tal como se aprecia en el siguiente gráfico, se advierte que este indicador ha iniciado su recuperación el 2009, aunque sigue por debajo de la tasa de cobertura lograda el año 2006, que coincide con el barrido nacional contra sarampión. En el gráfico se ha incluido una línea de tendencia que en este caso es decreciente aunque la pendiente es ligeramente inferior comparado con la línea de tendencia de la Pentavalente.

Este porcentaje tiene como numerador el número de niños de un año, vacunados con una dosis de vacuna contra Sarampión, Paperas y Rubeola (SPR) y como denominador el número total de niños de un año programados para la vacunación en el mismo año.

Cobertura de vacunación SPR 1997-2010



b. Cobertura de inmunización para las vacunas Pentavalente y SPR según la Encuesta Nacional de Salud y Demografía ENDES 1996-2010

Veamos específicamente el comportamiento de la cobertura poblacional de las inmunizaciones para el caso de la vacuna Pentavalente y SPR.

La tendencia en la cobertura de vacunación contra Pentavalente según ENDES, ha sido descendente desde el 2004 que alcanzó 85.7%, bajando a 82% el 2007 año que coincide con su introducción en reemplazo de la DPT para llegar a 72.4% el año 2009, que se mantiene hasta la medición reportada para 2010 en el primer semestre (2010-I).

La cobertura para SPR tienen un comportamiento similar pero por encima de la cobertura de la pentavalente y este año es igual a 83.9%. Aquí destaca la ganancia de cobertura de 7.8% respecto al año 2009.

Si bien en la encuesta ENDES es posible ver las coberturas por tipo de biológico tal como lo hemos hecho párrafos arriba, es mucho más común que se difunda el indicador general llamado cobertura de inmunizaciones “para todas las vacunas básicas”. Este indicador cuenta a los niños que al momento de la encuesta, estaban vacunados con todas las siguientes vacunas: 1 dosis de BCG, 3 dosis de Polio, 3 dosis de Pentavalente y 1 dosis contra SPR. En términos gráficos, el indicador de reporte regular de ENDES incluye la medición de una parte del calendario de vacunación para niños y en general. Gráficamente está marcado en amarillo, el conjunto de vacunas y dosis comprendidas en el indicador de ENDES “cobertura de todas las vacunas básicas”. Cabe anotar que la edad para la cual se reporta la cobertura es para niños de 18 a 29 meses¹²

Esquema de vacunación nacional 2010

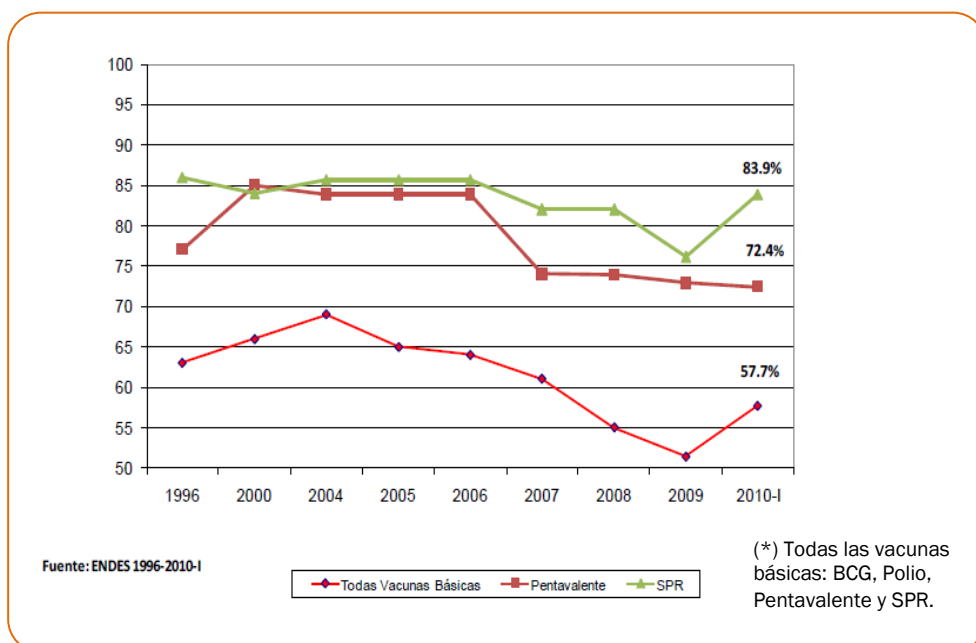
Vacuna	Recien Nacido	2 meses	3 meses	4 meses	5 meses	6 meses	7 meses	8 meses	1 año	15 meses	18 meses	4 años	Niñas y adolescentes	MER y Gestantes	Mayores de 60 años	Personal de Salud	Población en riesgo
BCG	■																
Polio		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■					
Pentavalente		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■					
SPR									■	■	■	■					
HVB	■																
Neumococo			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■					
Influenza							■	■	■	■	■	■					
Rotavirus		■		■	■	■	■	■	■	■	■	■					
AMA										■	■	■					
DPT											■	■					
dT Pediátrico				■	■	■	■	■	■	■	■	■					
dT														■		■	■
IPV-Pob riesgo		■		■	■	■	■	■	■	■	■	■					
SR																	■
Hib				■	■	■	■	■	■	■	■	■					
VPH													■				

¹² Por las necesidades de información del Ministerio de Economía y Finanzas para evaluar el desempeño de los programas estratégicos presupuestados a través de Presupuesto por Resultados en los años recientes, las futuras encuestas ENDES incluirán la evaluación de la cobertura en grupos etarios asociados a las metas físicas comprometidas en el presupuesto.

Como se puede apreciar la cobertura de inmunización para las vacunas básicas es más exigente que la cobertura parcial de una sola vacuna porque cuenta al número de niños “protegidos” con 1 dosis de BCG, 3 dosis de Polio, 3 dosis de Pentavalente y 1 dosis de SPR, es decir, de un esquema básico de vacunación. Por consiguiente el porcentaje de cobertura es inferior a las coberturas por vacunas parciales. En el gráfico se advierte un pronunciado descenso del indicador a partir de 2004 cuando se había alcanzado 70% de cobertura de inmunizaciones con vacunas básicas; a la fecha la cobertura alcanzada es 57% que es un logro, porque cambia la tendencia descendente desde el 2004.

Cobertura de vacunación SPR, Pentavalente y todas las básicas (*) Perú 1996-2010-I

(Como porcentaje de niños de 18 a 29 meses)



c. Interpretación de cada indicador

Si bien ambos indicadores se denominan “cobertura de vacunación” es necesario, advertir que los datos usados para el cálculo difieren principalmente por la consideración de los grupos de edad y la fuente de información.

Diferencias en la estimación del indicador de cobertura según fuente.

Diferencias	Cobertura Institucional	Cobertura ENDES	Comentario
Grupos de edad	Para DPT, denominador de cobertura incluye el grupo de edad es niños menores de 1 año	Independientemente al tipo de vacuna, ENDES mide la cobertura para el grupo etarios de 18 a 29 meses (que es el graficado), a partir de 2008 se ha incluido el grupo de 18 a 36 meses. Para 2010 se estima además las coberturas para menores de 1 año y 1 año debido a la necesidad del MEF de evaluar los programas estratégicos presupuestales	Los niños encuestados en ENDES 2009 para el grupo de edad 18 a 29 meses, corresponden a niños vacunados entre los años 2007 y 2008.
	Para SPR, el denominador incluye niños de 1 año		Con estos nuevos grupos, la comparación con la cobertura institucional puede ser más directa para los menores de 1 año y 1 año.
Fuente de datos	Los datos corresponden a los niños que se vacunan en un establecimiento de salud	Los datos corresponden a niños según grupo de edad, que viven en los hogares seleccionados por ENDES para realizar la encuesta.	La cobertura ENDES es poblacional, pues incluye también a los niños que no llegaron a los establecimientos.

Esta diferencia en los grupos de edad para el cálculo de la cobertura, tiene implicancia a la hora de asociar los logros de cobertura ENDES al año de gestión institucional. Los resultados de ENDES 2009 reflejan la cobertura institucional alcanzada los años 2007 y 2008 principalmente.

Encuestas a hogares para Monitoreo Rápido de Cobertura

■ Monitoreo Rápido de Cobertura como herramienta de gestión interna

El Monitoreo Rápido de Cobertura (MRC) considerado como **una herramienta de gestión interna**, se ha convertido en un proceso de verificación de las actividades de vacunación a través de un proceso de “encuesta” por conveniencia en las áreas de referencia al establecimiento. Con estas encuestas se espera verificar que el 95% o más de la población objetivo se encuentra vacunado según tipo de vacuna y recoge las razones o motivos de la no vacunación. Este tipo de MRC es frecuentemente usado para evaluar el éxito de una campaña de vacunación, no tiene mayor rigurosidad en el diseño de la encuesta y es realizada por el propio personal de salud.

Una práctica frecuente es que el personal de salud acuda a realizar “la encuesta” llevando consigo las vacunas que se necesita monitorizar. Si en el hogar se encuentran niños sin vacunas, se procede a vacunarlos. Si bien dicha práctica se puede explicar por los limitados recursos para separar actividades para dos objetivos claramente diferentes, como es por un lado, conocer el porcentaje de niños vacunado del área y por otro, realizar un barrido casa por casa; disminuye la validez de los resultados de la encuesta.

En el Anexo N° 4 se explica una metodología aceptable para realizar el MRC como herramienta de gestión, de tal manera que los resultados de la “encuesta” sean aceptables como una buena aproximación de la realidad.

El MRC no es una encuesta de coberturas y sus resultados no son generalizables al resto del distrito o localidad.

Utilidades del MRC

- Reduce la posibilidad de dejar un niño (a) o adulto sin vacunar.
- Reduce la probabilidad de dejar sin visitar las viviendas de los sectores de cada establecimiento de salud.
- Permite identificar las debilidades en la aplicación de las tácticas de vacunación.
- Verificar el cumplimiento del seguimiento de los (las) niños (as).
- Conocer las razones o motivos por las que el niño (a) o adulto no fue vacunado.
- Aporta información operativa de utilidad para tomar decisiones rápidas y planificar las intervenciones correctivas requeridas para cumplir las metas.

Metodología

El MRC requiere ser planificado a nivel de la región, red y distrito, considerando los siguientes aspectos:

- Definir el objetivo del monitoreo: se desea monitorear el programa regular de vacunaciones o las jornadas y campañas de vacunación.
- Definir para cuál o cuáles vacunas se realizará el monitoreo.
- Es responsabilidad del Director Regional de Salud y su equipo técnico.
- El ámbito de ejecución del MRC de las campañas es regional y la unidad de análisis es el distrito.
- El MRC debe ser realizado por el personal de salud de establecimientos de salud o distritos vecinos para asegurar objetividad, confiabilidad y veracidad de la información obtenida, a esto se denomina MRC Cruzado.
- Si se va a realizar el MRC de una campaña, tener en cuenta que el monitoreo se debe realizar **dentro de las 48 horas de concluida la campaña de vacunación** en el ámbito de responsabilidad del establecimiento de salud.
- Cada establecimiento de salud debe ejecutar como **mínimo 4 monitoreos** en su jurisdicción.

La selección de las áreas a monitorear es por conveniencia de acuerdo a los siguientes criterios:

- Zonas periurbanas de preferencia áreas del cinturón de pobreza de las ciudades.
- Zonas limítrofes con otros establecimientos de salud.
- Zonas de difícil acceso por ejemplo barrios o asentamientos humanos ubicados en los falderos de los cerros.
- Áreas de reciente creación “Invasiones” o receptora de migrantes.
- Zonas con alta circulación de migrantes o utilizados como dormitorio.
- Áreas con una duda razonable sobre la calidad de la vacunación.
- Zonas “Mal atendidas” por salud.
- Áreas que crónicamente reportan altas o bajas coberturas, deserción negativa o mayores del 5 %.
- Zonas con población concentrada y donde la cobertura aparentemente esta adecuada.
- Zonas con alta migración reciente.

Identificación del ámbito geográfico y definición de la población

- El ámbito geográfico para estimar la cobertura de vacunación por MR es el distrito.
- A nivel de la región, red y microrred se debe contar con el listado de distritos y el número de establecimientos de salud, con sus poblaciones programadas, respectivamente.
- A nivel de los establecimientos de salud, se debe contar con los mapas y croquis del ámbito o jurisdicción del establecimiento de salud, con su correspondiente sectorización geográfica (sector, área, zona, calle, barrio, asentamiento humano, comunidad, etc.)
- La determinación del número de sectores, áreas, barrios, calles, asentamientos humanos ó comunidades a monitorear en un distrito, se definirá considerando el tamaño de la población programada.

- El número de personas de cada sector, áreas, barrios, calles, asentamientos humanos ó comunidades será de 100, 50 ó 25, según el tamaño de la población del distrito. En el caso de la *vacuna contra la Hepatitis B¹³* será la población con edades comprendidas entre 02 y 19 años, en quienes se verificará su estado de vacunación con o sin carné de vacunación.
- Una vez calculado para cada Establecimiento de Salud la población de 2 a 19 años a encuestar, se debe estimar el número de personas a encuestar para cada grupo de edad (la cuota que aporta cada grupo), utilizando los porcentajes calculados según grupo de edad que se presenta en la matriz a continuación:

Matriz para la estimación del número de sectores y personas a encuestar según grupo de edad, para el MRC de vacuna contra la Hepatitis B.

Microrredes/ Estableci- mientos	Total de población meta a vacunar					% de población a monito- rizar	N° de sectores a monito- rizar	N° de personas a encuestar
	2 a 4 años	5 a 9 años	10 a 14 años	15 a 19 años	De 2 a 19 años			

Personas a encuestar por grupo de edad				N° de Recursos Humanos	N° de Supervisores
2 a 4 años (10%)	5 a 9 años (29%)	10 a 14 años (32%)	15 a 19 años (29%)		

Con base a los datos del tamaño de muestra a encuestar se procederá a estimar el número de personal requerido para el MRC.

¹³ “Guía Técnica: Verificación de las coberturas de vacunación para la certificación del cumplimiento de metas de la campaña de vacunación para el control acelerado de la Hepatitis B en el Perú 2008”. MINSA

Ejemplo

En el marco de la certificación de cumplimiento de metas de la campaña de vacunación para el control acelerado de la Hepatitis B, la DISA Lima Este (2008) realizó MRC cruzado en el 100% de los Establecimientos de Salud de los 8 distritos a su cargo, con base a los siguientes estimados:

Micro-redes	Total de población meta a vacunar					% población a monito-rizar	N° sectores a monito-rizar	N° personas a encuestar
	2 a 4 años	5 a 9 años	10 a 14 años	15 a 19 años	De 2 a 19 años			
Total general	105 676	179 094	180 761	185 395	650 926	100	285	28 500

Personas a encuestar por grupo de edad				N° de Recursos Humanos	N° de Supervisores
2 a 4 años (10%)	5 a 9 años (29%)	10 a 14 años (32%)	15 a 19 años (29%)		
2 850	8 265	9 120	8 265	810	162

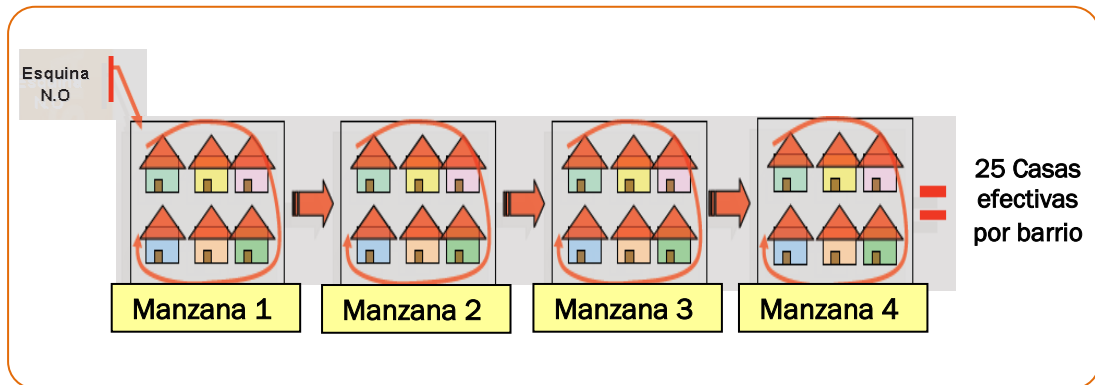
Organización

- Programar la encuesta en los horarios y días donde la población objetivo de vacunación se encuentren en sus casas, que pueden ser horarios de madrugada, domingos y feriados.
- Prever la asignación de personal de salud para trabajar en días y horas no hábiles.
- Informar a la población del área seleccionada sobre el día del MRC y pedir que tengan disponible el carné de vacunación.
- Prever la disponibilidad de brigadas locales con termo y biológico para vacunar los “no vacunados”.
- El personal de salud debe tener disponible los registros de vacunados con las vacunas para las que se realizará el monitoreo.

Ejecución del MRC

- El supervisor debe seleccionar mínimo 4 sectores para realizar el MRC, estos sectores deberán estar separados uno de otro y que a juicio del (la) responsable del monitoreo sean las de menor probabilidad de haber sido visitadas por los vacunadores.
- La población a ser encuestada por cada grupo de edad debe ser distribuida para cada uno de los 4 sectores seleccionados, por ejemplo para el MRC de vacunación contra Hepatitis B, si para el grupo de niños de 2 a 4 años se debe encuestar 80, entonces en cada sector se encuestará 20 niños ($80 \text{ niños} \div 4 \text{ sectores} = 20 \text{ niños}$ de 2 a 4 años por cada sector) y así sucesivamente para cada grupo de edad.
- Seleccionado el sector donde se hará el MRC, ubique la manzana y la vivienda por dónde empezar y continúe visitando todas las casas en el sentido de las manecillas del reloj hasta completar la cuota por cada grupo de edad.
- Si no se encuentra el total de personas que se requieren en la primera manzana, continuar con la siguiente manzana, siguiendo las manecillas del reloj, hasta completar la cuota.
- **Casa efectiva**, es aquella vivienda donde se encuentra a la (las) personas objeto de vacunación. Por ejemplo, para el MRC de la vacuna contra la SRP será un niño o niña de un año a un año 11 meses, 29 días (12 a 23 meses, 29 días) de edad acompañado de un informante adecuado. Si el adulto responsable de proporcionar información sobre la vacunación del niño está ausente, el hogar debe ser excluido de la encuesta y no debe registrarse.
- Cuando se encuentre una casa niñas/niños no vacunados debe entrevistarse cuidadosamente a la madre (o al adulto a cargo) para averiguar las causas de la no vacunación de esos niños(as).
- Siempre se debe investigar si hay más familias con niños(as) en las viviendas visitadas.

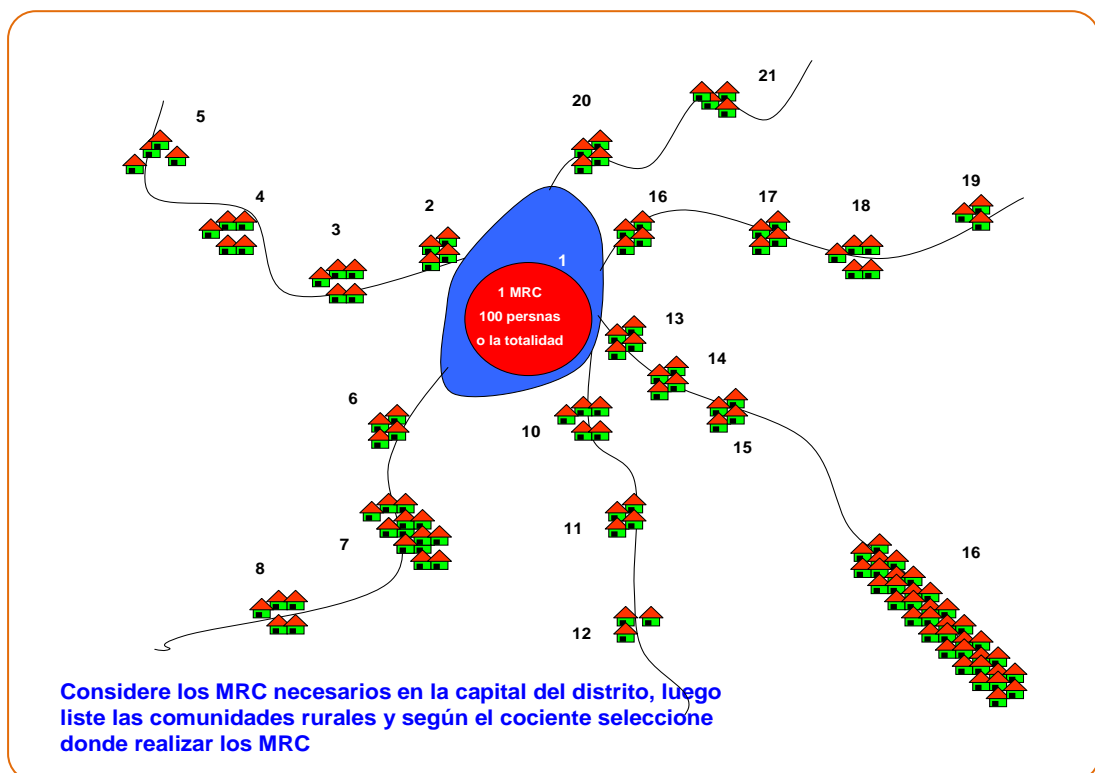
Figura 5.
Técnica de muestreo para el MRC a nivel de sectores o barrios en áreas urbanas.



En las zonas **rurales**, generalmente los sectores están constituidos por comunidades, las que están agrupadas según rutas de acceso por vías de comunicación. A lo largo de esa vía se les asignará un número al grupo de casas, se incluirá al centro poblado capital del distrito por donde se iniciará la encuesta, si no se completa la cuota se continuará con la comunidad siguiente.

En comunidades rurales donde el grupo seleccionado sea una localidad, caserío o anexo y se tenga menos de 100 personas, como meta se deberá monitorear la totalidad la población encontrada y ésta se considerará como un MRC.

Figura 6.
Técnica de muestreo para el MRC en áreas rurales.



LLlenado de los formularios de recolección de datos del MRC

Se debe llenar un formulario de recolección de datos por cada uno de los 4 niveles del MRC en la región: sector/barrio, establecimiento de salud, distrito y región. Los datos a consignar en los formularios del MRC son similares para los diferentes tipos de vacunas.

El punto de generación de los datos es el nivel de sector/barrio/comunidad/asentamiento humano u otro, para el MRC de la SPR se debe llenar el Formulario 1 *“Monitoreo Rápido de Cobertura de vacunación Trivírica SRP por sectores/comunidades”*, en el cual se registran datos de vacunación de los (las) niños (as) por cada una de las casas efectivas visitadas. Esta herramienta es aplicable a cualquier tipo de vacuna.

Ejemplo

En la casa efectiva 1, se encontró a un niño de 1 año y 5 meses, acompañado de su madre: Se registra en la columna B como 1. Al solicitar el carné de crecimiento y desarrollo (CRED) que incluye el esquema de vacunación, se constata que ha recibido la vacuna SPR, por lo que se registra en la columna (C) como 1.

En la casa efectiva 2, se encontró a dos niñas de 1 año, uno de ellas vacunada y la otra no. Se registra a la niña vacunada como 1 en la columna (C) y en la columna (D) el número de la razón por la que la otra niña no fue vacunada, en este caso correspondió al número 4; los padres rehusaron la vacuna por consejo de su médico.

En casa efectiva 3, se identificó un niño de 1un año y dos meses de edad. Se registra como 1 en la columna (B). Al verificar el carné de CRED se constata que no está vacunado, por lo tanto se registrara en la columna (D) el motivo de la no vacunación. En este caso fue la número (8), las vacunas se agotaron.

Formulario 1.

"MONITOREO RAPIDO DE COBERTURA DE VACUNACION TRIVIRICA SPR POR SECTORES/COMUNIDADES"

(A) Casa N°	(B) Número de niños/as de 12 a 23 meses y 29 días.	(C) Número de niños/as de 12 a 23 meses y 29 días, <u>que están vacunados(as) con SRP (*)</u>	(D) Motivo por el cual la madre/padre indica que no se vacunó a las/los niños:									
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	
1	1	1										
2	2	1										
3	1									X		
4			X									
5												
TOTAL	22	21	1							1		

Análisis de los datos

Al concluir el Monitoreo Rápido de Cobertura se debe calcular la cobertura del sector o zona monitoreada, para ello se suma el total de niños hallados en las 20 casa efectivas (columna B) y el total de niños que estuvieron vacunados.

La fórmula para el cálculo de la cobertura por MRC, sea para vacuna antisarampionosa u otra vacuna es la siguiente:

$$\frac{\text{Total de niños de 1 año a 1 año 11 meses, 29 días vacunados con SPR x 100}}{\text{Total de niños de 1 año a 1 año 11 meses, 29 días hallados en las casas efectivas}}$$

En el ejemplo anterior se tiene:

$$\frac{\text{Columna C x 100}}{\text{Columna B}} = \frac{21 \times 100}{22} = 95,5 \%$$

Si la cobertura del MRC es igual o superior al 95 % se considera el **resultado óptimo**, lo cual sugiere que se ha vacunado bien o hay una adecuada captación y seguimiento.

Si la cobertura del MRC fuera menor al 95%, se debe **iniciar nuevamente la vacunación**.

Una recomendación práctica, es que si en las primeras cinco casa efectivas se encuentra dos o más niños (as) sin vacuna se debe detener el MRC y **proceder a la vacunación de todo el área**.

El análisis de la información se realizará en todos los niveles de gestión por grupos de edad y distritos. Los resultados de este monitoreo, no son generalizables a otros sectores o al total del área de influencia del establecimiento.

Flujo y consolidación de la información

El flujo de la información partirá del establecimiento de salud hacia la Microrred o Red, luego a la DISA y de allí hasta el Nivel Nacional. En los establecimientos de salud se consolidará los datos según los sectores, áreas, barrios, calles, asentamientos humanos ó comunidades en los que se realizó el MRC, en la Microrred o Red la consolidación por distritos, y en la Dirección de Salud se consolidará los resultados regionales.

En el formulario 2, **CONSOLIDADO DEL MONITOREO RAPIDO DE COBERTURA (MRC) POR ESTABLECIMIENTO DE SALUD**, se registrará para cada uno de los sectores o zonas, el número total de niños (as) encontradas y cuántos de estos están vacunados, así como el número de cada una de las razones o motivos por la que los niños(as) no fueron vacunados.

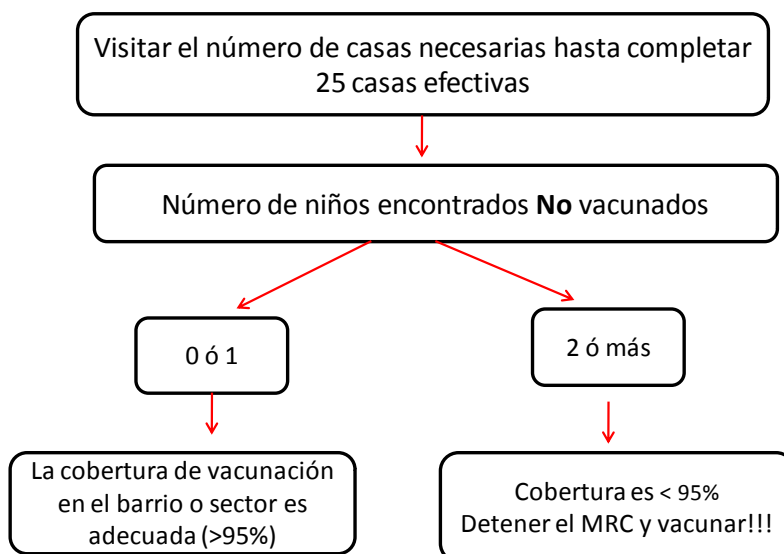
La responsabilidad de llenar este anexo es de los servicios de salud y como mínimo serán los resultados de cuatro áreas, sectores, barrios u otro tipo de zonificación.

En la última parte del formulario, se solicita la población de un año, los vacunados con SPR, la cobertura administrativa de la jurisdicción del establecimiento de salud y la suma de los parciales del monitoreo de los 4 sectores, y la cobertura del MRC.

En el formulario 3, **CONSOLIDADO DEL MRC POR DISTRITO**, se colocará los resultados de cada uno de los Establecimientos de Salud que comprende la jurisdicción del distrito. El llenado de este instrumento es de responsabilidad de las Microrredes y Redes.

En el formulario 4, **CONSOLIDADO DEL MRC POR REGION**, se colocará los resultados de cada uno de los distritos de la Dirección Regional de Salud. El llenado de este anexo es de responsabilidad de la DIRESA.

Figura 7.
Esquema para la interpretación del Monitoreo Rápido de Coberturas



■ **Monitoreo Rápido de Cobertura como encuestas por conglomerados en hogares realizada por agentes externos**

Por otro lado, existe un protocolo más riguroso para realizar encuestas por conglomerados para medir cobertura de inmunización, que la OMS lo ha difundido como un manual referencial para realizar este tipo de encuestas¹⁴. Aquí el rigor exigido en el diseño y ejecución de la encuesta es mayor y en principio se requiere que la encuesta sea levantada por personal diferente al que vacuna o externo a la institución.

El año 2010, el Programa Umbral de Inmunizaciones, encargó la realización de una encuesta por conglomerados en hogares para medir la cobertura de inmunización en 8 regiones del país en niños menores de 2 años, siguiendo las recomendaciones del manual de la OMS referido previamente. En el Anexo se adjunta el informe final de esta encuesta.

Ejercicio A

Del documento Análisis de dosis aplicadas y cobertura de inmunización, seleccione la región que más conoce y prepare un ensayo sobre la evolución y nivel producción de dosis aplicadas, la cobertura y la deserción, asociado a los factores intervinientes para los logros en la cobertura de vacunación (personal, disponibilidad de vacunas, condiciones de cadena de frío, calidad del registro del sistema de información, etc.). Proponga un plan de mejora siguiendo los pasos del documento referido a “Incrementar la cobertura de inmunizaciones en el nivel del establecimiento de Salud”.

¹⁴ Una descripción detallada de la metodología se encuentra en el documento “Immunization coverage cluster survey – Reference manual” OMS 2005.

Ejercicio B

La mejor manera de realizar el MRC es aplicándola en el servicio de salud. Organícese con sus compañeros de la institución donde labora y realice las siguientes actividades:

- Escriba un plan sencillo de MRC para una de las vacunas que rutinariamente provee el/los establecimiento de salud del ámbito donde labora. Siga las indicaciones presentadas en este módulo.
- Organice un equipo de trabajo y ejecuten el MRC a nivel de un sector/barrio/comunidad, considerando las pautas del presente documento.
- Realice el análisis con base a los datos que consignó en los formulario 1 y plantee las decisiones a seguir.
- Comente con el equipo del establecimiento de salud y luego con su grupo de estudio los alcances y dificultades que encontró en el desarrollo del MRC.

Análisis combinado de indicadores de cobertura y deserción para la identificación de distritos según niveles riesgo (escenarios de decisión).

El análisis combinado de los valores de indicadores de cobertura y deserción, tiene como objetivo identificar y clasificar a los distritos de un área geográfica determinada en estratos de mayor a menor riesgo, para centrar los mayores esfuerzos y estrategias apropiadas de mejora de coberturas en los distritos que integran el/los estratos de mayor riesgo.

Como ya se mencionó, la cobertura es un indicador de resultado y la tasa de deserción un indicador de seguimiento, ambos se miden en porcentajes, esto permite realizar un análisis cruzado entre sus valores, a partir de una tabla de doble entrada (contingencia).

En la tabla de doble entrada cada variable tiene solo dos categorías, en el caso de la cobertura de vacunación serán de:

Cobertura < 95% = mayor riesgo, porque está en niveles inferiores al estándar.

Cobertura > ó =95% = menor riesgo, está en niveles aceptables de acuerdo al estándar.

Las categorías finales de la tasa de deserción serán:

Deserción > 5% = mayor riesgo, porque está en niveles superiores al estándar.

Deserción < ó=5% = menor riesgo, está en niveles aceptables de acuerdo al estándar.

Con esas consideraciones, se obtiene una tabla de doble entrada, que configura cuatro estratos de riesgo:

		Cobertura (%)	
		<95	>95
Deserción (%)	>5	Estrato de muy alto riesgo	Estrato de mediano riesgo
	<5	Estrato de alto riesgo	Estrato de bajo riesgo

- **Estrato de muy alto riesgo**, que contiene a los distritos que presentan coberturas de vacunación menores al 95% y tasas de deserción mayores al 5%; que requiere de una mayor atención por parte de los servicios.
- **Estratos de alto riesgo**, que contiene a los distritos que presentan coberturas de vacunación <95% y niveles de deserción aceptables (>5%)
- **Estratos de mediano riesgo**, que contiene a los distritos que presentan coberturas de vacunación aceptables (>95%) y tasas de deserción superiores a 5%.
- **Estratos de bajo riesgo**, que contiene a los distritos que presentan niveles aceptables de cobertura (95%) y deserción (<5%).

Una vez que se ha clasificado los distritos en estratos de riesgo, se puede mejorar el análisis agregando el indicador **“Número de niños/niñas no vacunados/as”**.

Procedimiento

Realice para cada uno de los distritos de la región o provincia los cálculos de cobertura de vacunación, tasa de deserción y el número de niños no vacunados, para la vacuna de interés (BCG, Pentavalente, SPR). El análisis combinado se realiza por cada vacuna.

Tomando como referencia los valores de cobertura ordene a los distritos de menor a mayor cobertura.

Ejemplo

La Tabla 1 muestra los valores de los 3 indicadores solicitados para la vacuna Pentavalente en una de las provincias de la región Cusco. Obsérvese el registro de valores de cobertura superiores al 100%, y valores negativos en las tasas de deserción y el número de niños no vacunados; que es frecuente encontrar en la práctica diaria, probablemente debido a que la población asignada es mayor o el registro de las dosis aplicadas no es de calidad.

Tabla 1.
Cobertura de vacunación, tasa de deserción y número de niños de no vacunados con Pentavalente, según distritos, provincia de Chumbivilcas-región Cusco 2009.

Distrito	Cobertura de Pentavalente (%)	Tasa de deserción (%)	Número Niñas/niños No vacunados
Colquemarca	63.03	0.00	78
Llusco	75.72	6.43	42
Quiñota	93.81	9.90	6
Santo Tomás	91.05	-1.76	51
Capacmarca	96.23	8.11	4
Livitaca	98.87	6.76	3
Velille	100.52	6.76	-1
Chamaca	105.66	-22.63	-9
Total	90.19	-0.96	174

Fuente: Base de datos sistema de monitoreo inmunizaciones región Cusco. Programa UMBRAL de Inmunizaciones.

Con base a los cálculos realizados, compare en forma visual los valores de cobertura y tasa de deserción por distrito, luego seleccione y ubique los distritos según corresponda en los cuatro estratos de riesgo de la tabla de doble entrada, como en el ejemplo siguiente.

Tabla 2.

Estratificación de distritos según riesgo de acuerdo a niveles de cobertura y deserción para la vacuna Pentavalente. Provincia de Chumbivilcas, región Cusco 2009.

		Cobertura (%)	
		<95	>95
Deserción (%)	>5	Distritos de muy alto riesgo Llusco Quiñota	Distritos de mediano riesgo Capacmarca
	<5	Distritos de alto riesgo Santo Tomás Colquemarca	Distritos de bajo riesgo Chamaca Livitaca Valille

El análisis del indicador “Número de niñas/niños no vacunados” (NNNV), abona en una mejor caracterización de los distritos al interior de cada estrato de riesgo. Así, en el ejemplo, se puede observar como el distrito de Llusco catalogado como de muy alto riesgo, registra además un total de 42 niñas/ niños No vacunados con Pentavalente, cifra considerablemente mayor a la del distrito de Quiñota (NNNV= 6) y una de las cifras mayores en toda la provincia.

Por su parte los 2 distritos que corresponden al estrato de alto riesgo presentan las cifras más altas de NNNV No vacunados en toda la provincia, Colquemarca con un NNNV.de 78 y Santo Tomás de 51.

En cambio los distritos que corresponden a los estratos de mediano y bajo riesgo presentan cifras pequeñas o no registran niñas/niños no vacunados.

ACTIVIDAD 3

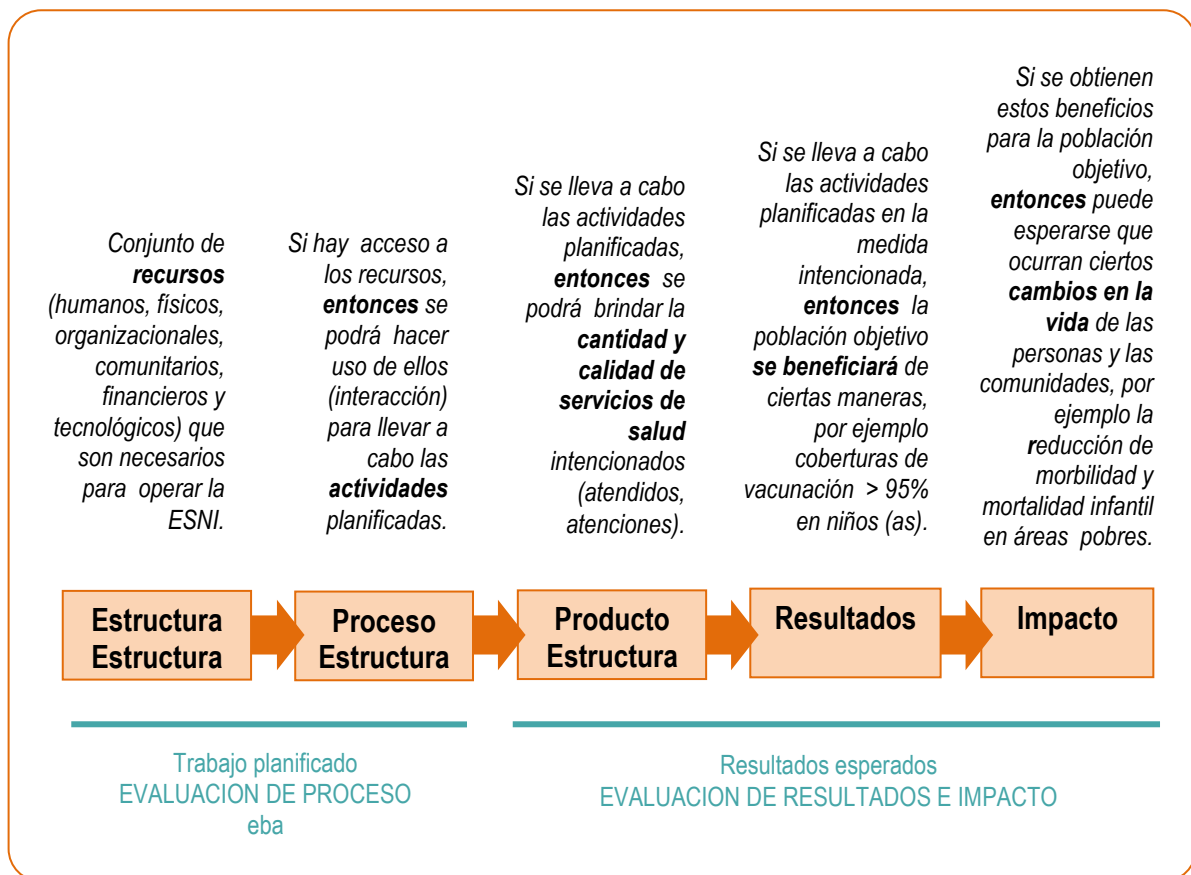
PREGUNTA 1

Intercambie con su grupo los conceptos y diferencias que usted considera existen entre supervisión, monitoreo y evaluación. Desarrollen un listado, y luego preséntenlo en la reunión plenaria.

2. MARCO CONCEPTUAL DE LA EVALUACIÓN

La Figura 1, muestra los componentes del modelo lógico básico de funcionamiento de los programas o intervenciones en salud. Al igual que en otros programas o estrategias, la planificación de las evaluaciones de la ESNI, descansa sobre la base de la claridad y comprensión de las relaciones entre los recursos que dispone para operar como estrategia, las actividades que planea realizar, y los cambios o resultados que espera obtener.

Figura 1.
Modelo Lógico para la evaluación



La definición de los objetivos de evaluación dependen del propósito de la evaluación, quién necesita saber qué y cuándo, y los recursos con que se cuenta para apoyar el proceso de evaluación

3. CARACTERÍSTICAS DE LOS PROCESOS EVALUATIVOS DE LA ESNI

- ➔ Involucra la participación de organismos de cooperación internacional y nacional, tales como OPS y UNICEF.
- ➔ Es multidisciplinario. Se realiza con participación de todos los integrantes del equipo de salud (profesionales, no profesionales y agentes comunitarios de salud) incluyendo los especialistas en epidemiología, nutrición, pediatría, administración, etc.
- ➔ Es multisectorial, se requiere la participación de otros sectores vinculados a salud, MINDES, Programa Juntos, Estrategia CRECER, Educación, INEI, etc.
- ➔ Desarrollo de procesos de auto-evaluación o evaluaciones internas¹⁵, en forma periódica y según niveles. Evaluación anual para el nivel nacional y semestral para las regiones y redes de servicios de salud.
- ➔ Uso complementario de métodos cuantitativos y cualitativos. Los primeros ofrecen herramientas para generalizar las conclusiones hacia poblaciones mayores y para medir productos y resultados. Los métodos cualitativos, por su parte, dado su acercamiento profundo, ayudan a explicar y documentar los procesos y a elaborar hipótesis acerca de por qué funcionan o no funcionan los programas. Las evaluaciones suelen ser más comprensivas y más útiles cuando se utiliza un enfoque complementario

4. TIPOS DE EVALUACIÓN DE LA ESNI

Existen diferentes tipos de evaluación. En la Estrategia de Inmunizaciones las más frecuentes son las evaluaciones de proceso, resultado y del impacto.

4.1. EVALUACIÓN DEL PROCESO

Está relacionada con la verificación de la gestión de la estrategia, o sea, de aspectos de planificación, organización y logística, ejecución y financiamiento.

¹⁵ Son los mismos ejecutores y responsables de los programas (y a veces hasta los mismos beneficiarios) los que llevan a cabo la evaluación.

4.2. EVALUACIÓN DEL RESULTADO

Es la verificación del alcance de los objetivos específicos y metas, a través de las diferentes acciones establecidas en cada uno de los componentes de la Estrategia de Inmunizaciones, que se supone que logran el impacto deseado. Si no es así, mediante la evaluación se deben encontrar las causas e introducir cambios. En el caso de la ESNI en concreto se debe evaluar las coberturas de vacunación.

4.3. EVALUACIÓN DEL IMPACTO

Se evalúa el impacto de la Estrategia de Inmunizaciones en la salud pública, en términos de los cambios obtenidos o los resultados esperados en la población, teniendo en cuenta las intervenciones implementadas por la estrategia.

Realizar una evaluación de impacto implica establecer evidencia de una relación causal entre el programa y los resultados de salud que se observan en la población. Los cambios esperados pueden ser cualitativos o cuantitativos pero siempre deben ser medibles.

Las evaluaciones de impacto deben incluir el análisis de todos los temas que se relacionan con el cumplimiento de metas y objetivos de la ESNI. Se debe intercambiar opiniones con las autoridades de gobierno, funcionarios de salud y otros actores sociales respecto a la influencia de las políticas en la ejecución de las acciones de la ESNI.

Además, se debe profundizar en el análisis del conjunto de determinantes que intervienen en forma directa o indirecta en el impacto de la estrategia:

- Las inequidades en la provisión de recursos financieros y de los servicios.
- La existencia de poblaciones pobres y excluidas.
- Los aspectos de la política de reforma del Estado.
- El proceso de descentralización.
- El aseguramiento en salud.
- Las políticas sectoriales y extrasectoriales que inciden en la ESNI.
- Otros aspectos sociales, económicos y culturales relacionados con el impacto de la estrategia.

PREGUNTA 2

¿Participó en alguna oportunidad de la evaluación de la ESNI a nivel nacional, regional o local? Si su respuesta es positiva, intercambie su experiencia con el resto del grupo. El grupo deberá desarrollar conclusiones y comentarios.

En el Anexo 4, se presenta un resumen del modelo de evaluación internacional e interdisciplinaria de la ESNI.

4.4. EVALUACIÓN DE COBERTURA

Existen tres métodos para evaluar las coberturas de la ESNI: (a) administrativo; (b) por monitoreo rápido de coberturas, (c) encuestas por muestreo.

■ Evaluación administrativa

Las coberturas administrativas o coberturas registradas de vacunación se evalúan utilizando datos provenientes de los servicios de salud. El principal problema de este tipo de evaluación es que los datos tanto del numerador como del denominador pueden no ser correctos debido a errores de registro, a censos muy antiguos o a la migración interna a diferentes niveles en el país.

Los indicadores de cobertura que utiliza la ESNI, su construcción e interpretación se presentan en la Unidad II, véase la “Matriz de Indicadores para el Monitoreo y Evaluación 2009”.

Ejercicio C

Teniendo en cuenta que la determinación del nivel de cobertura de vacunación (ejemplo 82%) no es una evaluación, sino solo una medición. Y que la evaluación se realiza cuando se compara ese resultado contra el estándar o el nivel planeado (ejemplo 95%), y se establece un juicio valorativo con base en esa comparación.

Responde las siguientes preguntas:

- ¿Cuál es la cobertura de vacunación BCG, antipoliomielítica y pentavalente que se ha alcanzado el año 2008 y 2009 en la DIRESA/DISA donde usted labora?
- ¿Las cifras de cobertura está acorde con los estándares establecidos por la ESNI?
- ¿Del total de distritos de la Región, cuántos están en riesgo?

■ Evaluación por Monitoreo Rápido de Coberturas

Es una opción que permite al supervisor (a) /evaluador(a) ir al terreno (particularmente en zonas consideradas de riesgo), entrevistar a los usuarios en su casa y averiguar sobre la vacunación de los niños (as) y adultos para estimar: (i) si todos los niños/adultos que debían haber sido vacunados fueron vacunados, y (ii) de haber niños (as) /adultos no vacunados, determinar cuáles fueron los problemas que impidieron que esos niños (as) /adultos no fuesen vacunados. La información así obtenida es crucial para evaluar si el trabajo fue hecho y si no, qué factores contribuyeron a la falla.

Según ya se explicó en la Unidad 1 del presente módulo, *el MRC no es una encuesta de coberturas y sus resultados no son generalizables al resto del distrito o localidad.*

■ Encuestas por muestreo

Las encuestas de coberturas por muestreo, se realizan cuando se tiene dudas importantes respecto a la confiabilidad de las coberturas administrativas de vacunación, y por lo tanto de obtener estimaciones reales con base a estudios en población.

Hay varios tipos de encuestas por muestreo, cada una con sus ventajas y sus desventajas. Un método de encuesta de cobertura de vacunación común es la encuesta por conglomerados (ENCOVA), que consiste en encuestar en cada unidad geográfica (distrito) 30 conglomerados y en cada uno de ellos a 7 niños de 12 a 23 meses. Este método no debe suplir la información administrativa ni ser aplicado regularmente porque distrae la atención de la actividad prioritaria que es vacunar. Además es un procedimiento caro que distrae recursos financieros, humanos y logísticos que se aprovecharían mejor en la vacunación misma. En consecuencia, la OPS no recomienda su uso rutinario. El personal responsable en el nivel local debe siempre discutir con el nivel regional y nacional antes de emprender un estudio por encuesta.

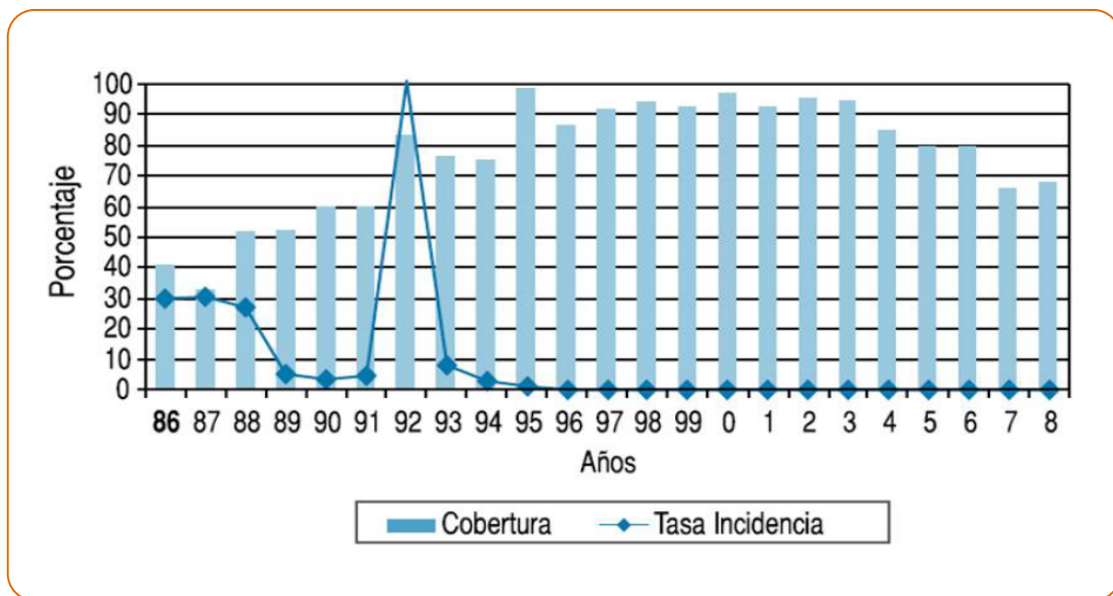
Fuentes de información disponibles para la evaluación de la ESNI

Fuente de información	Nivel de desagregación
Base de datos del HIS –Oficina General de Estadística e Informática del MINSA y de la DIRESA.	Nacional, Regional, Distrital, Establecimiento de Salud
Base de datos del Seguro Integral de Salud.	
Informe operacional ESNI del MINSA.	
Informe Analítico de Inmunizaciones a nivel distrital. OGEI-MINSA.	
Base de datos del NOTI-Vigilancia de Enfermedades Inmunoprevenibles - Dirección General de Epidemiología del MINSA.	Nacional, Regional, Distrital,
ENDES –Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI.	Nacional y Regional

4.5. RESOLUCIÓN ENTRE COBERTURA E IMPACTO

Para lograr un impacto importante en salud pública, se requiere obtener altas coberturas de vacunación para cada uno de los biológicos. Por ejemplo, para lograr la eliminación del sarampión, se requieren coberturas de vacunación anuales superiores al 95% y una distribución uniforme en todos los distritos. Así mismo, se precisa de campañas de seguimiento con intervalos máximos de 4 años, dirigidos a todos los niños (as) de 1 a 4 años.

Figura 2.
Tasa de incidencia de tétanos neonatal y cobertura de DT 2da Dosis - Perú
1986 - 2008



Fuente: Dirección General de Epidemiología-MINSA.

Ejercicio D

Con los datos de uno de los distritos de la DIRESA/DISA elabore un gráfico del número de casos confirmados de sarampión y la cobertura de vacunación ASA-SPR para los años 2000 a 2008. Interprete los resultados y emita un juicio de valor.

5. INVESTIGACIÓN OPERATIVA

5.1. OPORTUNIDADES PERDIDAS DE VACUNACIÓN

Las oportunidades perdidas son todas las circunstancias por las que un (a) niño (a) o adulto, encontrándose apto y teniendo necesidad de ser vacunado, no recibe la vacuna al acudir a un establecimiento de salud. Hay varias maneras rápidas de determinar si existen oportunidades perdidas. Por ejemplo, se puede revisar los registros de atención de un centro de salud, para averiguar cuántos de los niños (as) que recibieron atención médica durante un día o una semana, necesitaban recibir alguna vacuna, pero no la recibieron. Otra forma puede ser aplicar una encuesta rápida e informal a la salida del establecimiento de salud, a las madres con hijos menores de 5 años, interrogar acerca del motivo de consulta y si el estado vacunal de su hijo fue revisado por el personal de salud.

Estas actividades pueden realizarse como parte de las visitas de supervisión a los establecimientos. Las causas más comunes de pérdida de oportunidades de vacunación corresponden a tres grupos:

- Falsas contraindicaciones: fiebre, diarrea, vómito, resfrío o tos.
- Actitud inadecuada del personal: resistencia a abrir un frasco por un niño (a).
- Fallas en la logística y organización del servicio: desabastecimiento de vacunas, horarios de atención y días de vacunación inadecuados y personal ausente.

En el Módulo II: Vacunas de la ESNi hay una discusión sobre actividades que se pueden implementar para eliminar las oportunidades perdidas.

A través de las investigaciones operativas, se puede evaluar:

- La calidad de atención en salud
- La satisfacción de los usuarios de los servicios de salud
- La tasa de desperdicio de los biológicos e insumos
- Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP) sobre la vacunación.
- Las prácticas de vacunación segura.
- Las inequidades en vacunación.

PREGUNTA 3

En su lugar de trabajo, se tiene conocimiento de cuál es la magnitud de las oportunidades perdidas de vacunación?

Mediante lluvia de ideas, en grupo, elabore un listado de las causas más frecuentes de oportunidades perdidas de vacunación en su DIRESA/DISA.

PREGUNTA 4

Plantee soluciones factibles de realizar para disminuir las oportunidades perdidas de vacunación.

Tabla 3.
Comparación de la supervisión, monitoreo y evaluación

CARACTERISTICAS	SUPERVISION	MONITOREO	EVALUACION
MARCO CONCEPTUAL	Proceso de enseñanza - aprendizaje del recurso humano Capacidad en servicio	Controla el avance del programa Incluye procesos de planificación	Análisi que incluye un juicio de valor sobre la totalidad del programa
PERIORIZIDAD	Periodos cortos Continua Puntual	Permanente	Periódica
METODOLOGIA	En terreno Presencial Rendimiento del recurso humano	Directo o indirecto Análisis de infomación	Directa Requiere mayor cantidad de recursos humanos en el proceso Interna, externa o mixta
APLICACIÓN	Medidas correctivas en forma preactiva Solución de problemas Aumenta el rendimiento de las actividades	Proposición de soluciones a través del uso permanente de la información Vigilancia de los procesos	Evaluación de resultados y cumplimiento de metas y objetvivo.

Bibliografía

1. Organización Panamericana de Salud. Módulo 6, Supervisión, Monitoreo y Evaluación. Curso de gerencia para el manejo efectivo del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). Washington, D.C. 2006.
2. Ministerio de Salud. Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud. Supervisión, Monitoreo y Evaluación. Curso de Gestión en la redes de establecimientos de salud y servicios de salud. Lima, noviembre de 1998.
3. Resolución Ministerial N° 457-2009/MINSA, que aprueba el Esquema de Vacunación Nacional.
4. Organización Panamericana de la Salud. Herramientas para el monitoreo de niños vacunados e indicadores del PAI. Lima, Perú 2009.
<http://new.paho.org/per/images/stories/PER/inmunizacion/indicadores%20esni%202009.pdf>. Revisado el 28 marzo de 2010
5. Organización Panamericana de la Salud. Monitoreo Rápido de Coberturas. Lima, Perú 2008.
<http://new.paho.org/per/images/stories/PER/inmunizacion/monitoreo%20r%20pi%20coberturas.pdf>. Revisado el 22 de marzo de 2010.
6. Organización Panamericana de Salud. Metodología para la priorización de los distritos en riesgo en función del índice por acúmulo de susceptibles y tasa de deserción para Pentavalente. Lima- Perú, 2009.
7. Ministerio de Salud. Presupuesto Por Resultados. Definiciones operacionales y criterios de programación. Programas Estratégicos: Articulado Nutricional y Materno Neonatal. 2009.
8. Base de datos de monitoreo de vacunas de la Región Cusco. Programa UMBRAL de Inmunizaciones –MINSA.
9. Ministerio de Salud. Proyecto de Directiva Sanitaria para el Monitoreo de las Actividades de Inmunización. Marzo de 2010.
10. Ministerio de Salud. ESNI. Matriz de indicadores de monitoreo, seguimiento y evaluación 2009 de la ESNI. Documento de trabajo, no publicado. Lima 2009.
11. MINSA. Dirección General de Epidemiología. Vigilancia epidemiológica de las enfermedades inmunoprevenibles. Poster de las DIRESAs Tacna, Tumbes, Ica y Huancavelica. 2009.

- 12.** Directiva Administrativa N°158-MINSA/DGSP-V01 “Directiva Administrativa de Supervisión Integral a Direcciones de Salud y Direcciones Regionales de Salud”. Aprobada por Resolución Ministerial N°672-2009/MINSA.
<http://www.minsa.gob.pe/portada/transparencia/normas.asp> Revisado el 22 de marzo de 2010.
- 13.** Directiva Sanitaria N° 010-MINSA/DGSP-V.01. Directiva Sanitaria para la verificación de Coberturas de Vacunación para la Certificación Externa de la Campaña Nacional de Vacunación para la eliminación de la Rubéola y Síndrome de Rubéola Congénita-SRC-Perú 2006. Aprobada por Resolución Ministerial 1146-2006/MINSA.
<http://www.minsa.gob.pe/portada/transparencia/normas.asp> Revisado en abril de 2010.
- 14.** Ministerio de Salud. ESNI. Guía de Supervisión de la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones, nivel de DISA/DIRESA/GERESA. Documento de trabajo, no publicado. Lima, 2009.
- 15.** Ministerio de Salud. Plan de Supervisión para la campaña de vacunación para el control acelerado de la Hepatitis B- 2008.
- 16.** Dirección de Salud IV Lima Este. Plan de Monitoreo Rápido de Coberturas. Campaña de vacunación control acelerado contra la Hepatitis B. 2008.
- 17.** Dirección Regional de Salud Cusco. Estrategia Sanitaria Regional de Inmunizaciones. Evaluación Estratégica Regional de Inmunizaciones, octubre 2009
<http://www.diresacusco.gob.pe>
- 18.** Ministerio de Salud. Guía Técnica: Verificación de las coberturas de vacunación para la certificación del cumplimiento de metas de la campaña de vacunación para el control acelerado de la Hepatitis B en el Perú 2008”.
- 19.** Organización Panamericana de Salud. Metodología para la evaluación multidisciplinaria del Programa Ampliado de Inmunizaciones a nivel país. Washington, D.C. 2000
- 20.** Ministerio de Salud. Dirección General de Epidemiología. Documento Técnico: Procedimientos para el monitoreo y evaluación de las intervenciones sanitarias, aprobado por Resolución Ministerial 654-2008/MINSA.