



ALERTA

SITUACIÓN DE LA VACUNACIÓN A LOS MENORES DE 3 AÑOS

Las vacunas básicas para los niños y niñas menores de 3 años, desde el año 2007, no logran las coberturas necesarias establecidas por la OMS/OPS. No obstante esta situación y los esfuerzos desplegados para su incremento progresivo en el período 2007-2012, se ha producido un nuevo retroceso en el año 2013, pasándose de una cobertura de 73.9% a solo el 67.6%.

I. Las vacunas y la inmunización son una inversión esencial para el futuro de un país.

La inmunización es un componente esencial del derecho humano a la salud siendo responsabilidad de gobiernos, comunidades e individuos. Se estima que gracias a la vacunación se previenen unos 2,5 millones de fallecimientos cada año en todo el mundo. Los niños inmunizados y protegidos de la amenaza de enfermedades prevenibles mediante la vacunación tienen más oportunidad de desarrollarse, así como de aprovechar todo su potencial. Esas ventajas se ven además reforzadas por la vacunación de adolescentes y adultos.¹

Esta intervención hace una contribución especialmente importante al logro del objetivo de reducir la mortalidad de las niñas y niños menores de 5 años de edad (ODM 4) y contribuye al buen estado de Salud de la Infancia, con lo que se reduce el gasto en salud de los hogares, que en el caso de las familias pobres puede resultar demasiado elevado o sumirlas aún más en la pobreza; además sí la niñez está sana los progenitores y los restantes miembros de la familia podrán trabajar o realizar otras actividades productivas en lugar de atender a los enfermos².

¹ Plan de Acción Mundial sobre Vacunas 2011 - 2020. OMS, UNICEF, GAVI. Aprobado en mayo 2012 por la Asamblea Mundial de la Salud OMS.

² Informe Final "Comisión sectorial de naturaleza temporal, encargada de efectuar el análisis de los procesos críticos necesarios para el uso adecuado de vacunas, en el marco de la descentralización" Resolución Ministerial N° 507-2013/MINSA, Resolución Ministerial N° 658-2013/MINSA.

La Organización Mundial de la Salud señala que para que una población esté protegida de enfermedades inmunoprevenibles debe tener coberturas de vacunación mayor o igual a 95% en cada distrito por cada tipo de vacuna. Asimismo, las inmunizaciones están consideradas como parte de las intervenciones sanitarias más eficaces en relación con el costo³.

II. Situación actual de las inmunizaciones a los menores de 3 años en el Perú.

En el Perú, en las últimas décadas, hemos logrado eliminar enfermedades como la poliomielitis (1991), el sarampión (2001) y la rubéola (2007). No obstante, las bajas coberturas de vacunación que se están alcanzando en las vacunaciones a nivel nacional, colocan al Perú en riesgo de reintroducción de las enfermedades inmunoprevenibles que fueron eliminadas poniendo en riesgo la vida y la salud de nuestros niños menores de 5 años. Por otro lado, el Perú es considerado por la OMS como un país de endemicidad intermedia (2-8%) por hepatitis B, siendo necesario aplicar la vacuna correspondiente a los recién nacidos.

2.1. Logros alcanzados en la reciente etapa.

Además de la eliminación de diversas enfermedades prevenibles, siendo la más reciente, como se ha señalado, la de la rubeola (2007), se han ido mejorando los esquemas de vacunación, orientándose estos a prevenir una gama más amplia de enfermedades y con ello contribuir a la disminución de otros problemas como la desnutrición crónica infantil.

Dentro del esquema, se han introducido las vacunas contra el rotavirus y el neumococo que tienen una mayor eficacia y favorecen la prevención de las enfermedades diarreicas y respiratorias, las que tienen una alta incidencia en la prevalencia de la desnutrición crónica infantil. Estas vacunas son intervenciones priorizadas en el programa presupuestal (PAN) orientado a prevenir la desnutrición crónica. Asimismo se han introducido en el esquema vacunas como la de la hepatitis b, la influenza y otras. Para el año 2011 hemos pasado a tener 15 vacunas básicas con lo que nuestro país tiene uno de los Calendarios de Vacunación más completos de la región latinoamericana.

En esta última etapa, luego de darse en el año 2009 una disminución de la cobertura de las vacunas básicas completas para la edad, disminución que estuvo asociada, principalmente, a la introducción de las nuevas vacunas en el esquema de vacunación (la introducción de toda nueva vacuna conlleva un proceso progresivo de implementación y readecuación lo que se expresa en menores coberturas iniciales), se fueron desplegando esfuerzos para incrementar progresivamente la cobertura del conjunto de vacunas básicas.

Se han dado avances importantes en la implementación de la cadena de frío equipándose los almacenes regionales y establecimientos de salud. En el último año se fortaleció la Cadena de Frío, con la adquisición, distribución e instalación de 12,200 equipos eléctricos a Redes, Microredes y establecimientos de salud, fortaleciéndose la capacidad de almacenamiento en el primer nivel de atención y a nivel intermedio, así como de la

³ OMS/UNICEF/Banco Mundial. vacunas e inmunización: Situación mundial 3a edición. Ginebra, Organización Mundial de Salud, 2010

producción de paquetes de hielo. Asimismo, están en proceso de distribución 800 equipos solares, para fortalecer la cadena de frío en establecimientos de salud ubicados en áreas rurales.

También se han agilizado procedimientos para reducir significativamente el tiempo de desaduanaje de las vacunas y agilizar su distribución. Por otro lado se contó con el apoyo de USAID, a través del proyecto UMBRAL (2008-2010), para la compra de equipos de cómputo y capacitación.

Si bien la progresión de las vacunas completas para los menores de 36 meses fue lenta pero sostenida, pasando de 54.8% en el 2009 a 73.9% en el año 2012 (ver cuadro 1) en ningún año se alcanza coberturas adecuadas mayores o iguales a 95% como indica la OMS. Este problema ya había sido identificado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática, Ministerio de Economía y Finanzas⁴, el Programa Umbral de Inmunizaciones - Usaid, el Colegio Médico del Perú⁵, la Comisión de Salud del Congreso de la República, Foro Salud, la Asociación Ciudadana de Prevención de Enfermedades Transmisibles quienes durante los años 2010 y 2012 llamaron la atención del Ministerio de Salud por las bajas coberturas de vacunación alcanzadas.

2.2. La disminución de la cobertura en el año 2013.

En el año 2013, según las estadísticas de la ENDES, disminuye bruscamente la cobertura de vacunas básicas completas para los niños menores de 36 meses, pasando de 73.9% a sólo el 67.6% (ver cuadro 1)

CUADRO 1

Proporción de menores de 36 meses con vacunas básicas completas para su edad*, según característica seleccionada 2007 - 2013

2007	2009	2010	2011	2012	2013
64.3	54.8	61.8	72.7	73.9	67.6

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

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e informática: Indicadores de resultados de los Programas Estratégicos 2013.

Si precisamos la información, vacuna por vacuna, vemos que la Dirección General de Estadística del MINSA registra una importante disminución en el conjunto de vacunas que reciben los niños menores de 36 meses, como se puede apreciar en el cuadro N°2. Lamentablemente, sin un mayor análisis público de los mayores riesgos que se están

⁴ MEF: Tercer informe de Intervención Pública Evaluada: Servicio de Vacunación Ministerio de Salud, Junio 2011.

⁵ Pronunciamiento del Consejo Nacional del Colegio Médico del Perú publicado en agosto del 2012.

generando con esta baja cobertura, el Ministerio de Economía y Finanzas, recortó el presupuesto de la Estrategia Nacional de Inmunizaciones (ESNI) de 496 millones asignados para el año 2013 a 365 millones de soles para el año 2014, siendo necesaria una explicación pública al respecto.

Cuadro 2
COBERTURAS DE VACUNACIÓN SEGÚN TIPO DE VACUNA Y EDAD
PERU 2005-2013*

AÑOS	Menores de 01 Año (cobertura vacunación)							01 Año (cobertura)		18 Meses (Coberturas)	04 Años (Coberturas)		>60 Años (Coberturas)
	BCG	HvB	Antipolio	Penta3° / DPT3	Rotavirus	Neumo (2°)	Influenza	Neumoco co3	SPR	Ref. 1° DPT	Ref. 2° DPT	Ref. 1° SPR	Influenza
2013	95	82.27	70.82	88.16	86.3	92.8	40.2	85.1	84.7	61.3	55.6	63.7	54.57
2012	95.06	81.04	93.98	95.25	90.8	97.2	53.2	89.3	93.8	85.5	70.7	63.3	36.1
2011	91.03	76.0	91.3	91.2	83.8	91.0	36.7	81.9	95.9	68.6	56.6	71.3	17.3
2010	95.3	70.1	92.1	92.5	74.8	87.2	24.2	73.0	93.9	69.0	48.9	50.0	2.6
2009	97.0	70.7	92.2	92.5	41.0	37.9	31.6	8.7	91.1	68.0	17.2	21.1	
2008	100.1	73.5	90.5	91.5	2.6	0.0		0.0	86.6	38.2	6.5	16.7	
2007	96.6	33.2	80.3	80.2					90.6				
2006	100.4	95.4	94.8	94.4					101.6				
2005	93.9	78.4	85.7	90.1					80.6				

1) Información final Enero a Diciembre 2005 a 2012 2) Información final Enero a Diciembre 2013	Legenda: Cobertura de Vacunación Perú		Legenda: Cobertura de Vacunación Perú	
	Años: 2005 a 2012 (Enero a Diciembre)		Años: 2005 a 2012 (Enero a Diciembre)	
	00.00 % a 79.99 %	(Inadecuado)	95.00 % a más	(Adecuada)
	80.00 % a 94.99 %	(en proceso)	101 % a más	(Sobre meta)

Fuente: Dirección General de Estadística e Informática del MINSA.

Estos hechos colocan en situación de mayor vulnerabilidad a nuestros niños y niñas y en estado de alerta al sistema sanitario nacional porque hay riesgo de reintroducción de enfermedades que fueron eliminadas ya en el Perú como la poliomielitis, sarampión y rubéola, tener recién nacidos que puedan desarrollar hepatitis B o hacer más difícil la reducción de la desnutrición crónica infantil.

Problemas suscitados con la vacuna contra la polio.- Un factor importante que ha contribuido a esta bajada brusca de la cobertura de inmunizaciones, son los niveles de desconfianza generados en la población a partir de los 7 casos de polio asociados a la vacunación oral, que se dieron en el año 2013. Frente a esta situación el MINSA, cambió el esquema de vacunación oral en las dos primeras dosis por el inyectable⁶ y requirió en

⁶ La OPS precisa que para los primeros meses de vida la vacuna inyectable es más segura, no siendo necesaria ya esa fórmula para los refuerzos posteriores.

Agosto, de emergencia, lotes de este tipo de vacuna al fondo rotatorio gestionado por OPS, surgiendo entonces un nuevo impase por la escasez de este tipo de vacuna en el mercado mundial. La vacunación contra la polio se reduce de 93.98% en el 2012 a 70.82% en el 2013. Si bien los lotes de vacunas antipolio inyectables del primer pedido llegaron en Octubre del año pasado, la escasez mundial de este tipo de vacunas sigue existiendo y todavía no llegan, al quinto mes del año, los lotes solicitados en noviembre del año 2013, para el año 2014.

La situación creada, si bien señala la presencia de un factor específico en relación a la vacuna antipolio, también expresa la capacidad del sistema de vacunación para enfrentar este tipo de emergencias. Asimismo, no explica a cabalidad, el que haya disminuido, aunque en menor proporción, la cobertura de todas las otras vacunas básicas (salvo la BCG) o que el refuerzo de la DPT haya disminuido en 24 puntos porcentuales. Tampoco ciertamente, nos explica el que hasta ahora no logremos las coberturas adecuadas en ninguna de las vacunas. Con lo cual es necesario analizar con mayor profundidad los problemas y nudos críticos en el funcionamiento del sistema de vacunación en el país.

III. Problemas del Sistema de Vacunación y nudos críticos en la gestión.

Los problemas que señalamos a continuación, si bien existen de manera previa a la fuerte baja de cobertura en el año 2013, si pueden explicarnos la lentitud de los avances tenidos hasta el presente y la dificultades para lograr la cobertura adecuada para una efectiva inmunización de nuestra población infantil. Asimismo, visualizan debilidades en el sistema para enfrentar, con eficacia, cambios en los esquemas de vacunación⁷ o diverso tipo de contingencias como la reforma en el sistema de salud o coyunturas desfavorables en el mercado internacional de vacunas⁸.

3.1 El modelo de prestación del servicio se focaliza en la oferta con débil promoción de la demanda.

El modelo actual de prestación de la Estrategia Nacional de Inmunizaciones ha puesto el peso en la oferta del servicio de vacunación y le da poca importancia a la movilización de la población y promoción de la demanda, como se solía hacer en etapas anteriores. Se han cambiado los esquemas de vacunación y no hay una campaña de información masiva al respecto. Tampoco se impulsan campañas intensivas en las zonas o municipios donde la población está más desprotegida. La promoción de la demanda se basa en un modelo comunicacional apoyado en limitados productos para medios de comunicación social e interpersonal.

3.2 La falta de un apoyo político amplio a la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones (ESNI).

⁷ Teniendo en consideración que los cambios en los esquemas de vacunación, así como la introducción de nuevas vacunas son procesos de mediano plazo y con logros progresivos.

⁸ Los problemas y nudos críticos señalados tienen como referencia el Informe de la Comisión Sectorial de Naturaleza Temporal, encargada de efectuar el análisis de los procesos críticos en el uso de vacunas, en el marco de la Descentralización, complementados por los informes llevados por la ENSI y DARES al equipo de seguimiento concertado y su respectivo análisis.

La Estrategia de inmunizaciones ha venido reduciendo su importancia en las políticas de salud. Hay poca visibilización en la agenda pública respecto a las bajas y riesgosas coberturas alcanzadas y ya no cuenta con la prioridad política que tenía anteriormente. Se ha venido reduciendo en provisión de recursos humanos, calificación del personal y asignación de presupuesto para aspectos claves de la gestión. Una evidencia de esta baja atención es la carencia de un Plan Nacional de Inmunizaciones. Asimismo, la carencia de liderazgos estatales nacionales pero también la poca atención de los Gobiernos Regionales y la débil participación de otros actores como el Colegio Médico del Perú, las sociedades científicas, el Colegio de Enfermeras y otras organizaciones de la sociedad civil.

3.3 Dificultades orgánicas para la articulación de las acciones.

La ESNI tiene una capacidad de gestión y articulación limitada, no solo debido a los factores señalados, sino también a limitaciones en su propia organización actual. Por la Norma de Creación de las Estrategias Sanitarias del MINSA (RM 771-2004/MINSA, 2004), la coordinación de la ESNI tiene funciones de diseño, planificación, programación, monitoreo, supervisión y evaluación, debiendo favorecer la articulación intra e intersectorial. Actualmente esta articulación presenta dos tipos de problemas:

- 1) Se ha desactivado el Comité Consultivo que incluía a especialistas externos en epidemiología, así como a representantes de la sociedad civil, restándole a la Coordinación de la Estrategia una asesoría importante y mayor amplitud en su relación con la sociedad civil.
- 2) Por otro lado, no se han afinado mecanismos de articulación regular para la implementación operativa de la estrategia. Es débil la articulación con los sistemas logísticos (adquisiciones y abastecimiento) y con otras áreas como epidemiología o promoción y comunicaciones. Asimismo, en el marco de la descentralización, es débil la articulación con las unidades ejecutoras del Gobierno Regional, particularmente en los aspectos de programación, supervisión, seguimiento y evaluación.

3.4 La insuficiente asignación de recursos a la ESNI para una labor más integral.

Si bien se ha aumentado grandemente el presupuesto en vacunas (más vacunas y de mejor tecnología de producción) no se viene atendiendo con suficiencia aspectos decisivos de la gestión. Actualmente no se han asignado recursos para fortalecer componentes críticos como la vigilancia epidemiológica, la red de laboratorios, el sistema de información o la comunicación y movilización de la población.

Tampoco se han destinado recursos humanos y físicos para fortalecer la capacidad de gestión de la coordinación nacional y las regionales de la ESNI

3.5 Poca prioridad y débil gestión en gobiernos regionales para la vacunación infantil.

La poca atención y prioridad al tema en diversas regiones, se agrava con debilidades en la capacidad de gestión en aspectos como la programación, ejecución del gasto, seguimiento y evaluación. Una muestra de este poco interés es que existe una alta rotación de los responsables de inmunizaciones según niveles en las DIRESAS y

GERESAS, impactando en el trabajo y cumplimiento de las metas de vacunación. A su vez, tanto en los gobiernos regionales como en los hospitales de Lima, no se cumple a cabalidad el gasto destinado a inmunizaciones. Se revierten recursos de inmunizaciones para otras prioridades que observe la gestión.

A la vez, también es necesario señalar las dificultades de los gobiernos regionales para implementar estrategias para enfrentar los desafíos específicos de sus regiones como es el caso de las regiones de la selva, con las más bajas coberturas de vacunación. Así tenemos, según la ENDES 2013, las siguientes regiones con las más altas y las más bajas coberturas de manera sostenida en los últimos años:

LAS MAS ALTAS COBERTURAS		LAS MAS BAJAS COBERTURAS	
1. Huancavelica	(82.8%)	1) Loreto	(60.9%)
2. Huánuco	(82.5%)	2) Ucayali	(61.1%)
3. Tumbes	(80.7%)	3) Amazonas	(61.5%)
4. Cuzco	(77.1%)	4) Madre de Dios	(61.6%)
5. Apurímac	(74.7%)	5) Puno	(61.8%)

3.6 Nudos críticos en la gestión del suministro de vacunas.

- Un primer problema está en las **debilidades en la programación** en los Gobiernos Regionales. Hay inconsistencias entre la información proporcionada por el INEI en cuanto a la población menor de 3 años, existente en un territorio, y la población real así como tampoco se considera el factor migraciones y movilidad de la población para la programación. La construcción y actualización del padrón nominado de menores de 3 años avanza lentamente.
- **Dificultades en la compra de vacunas.** La Dirección de Abastecimientos de Recursos Estratégicos -DARES- del Ministerio de Salud en base a la programación enviada por la ESNI (la cual se basa en las programaciones regionales), adquiere anualmente las vacunas a través del Fondo Rotatorio de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), entidad que realiza licitaciones internacionales con vacunas precalificadas por la OMS que le permiten obtener el precio más bajo en el mercado y vacunas de calidad a los países miembros. Gracias al Fondo Rotatorio de la OPS, el Perú pudo tener vacunas disponibles en los años de crisis económica. En los últimos años se ha tenido dos tipos de problemas:
 - 1) De desabastecimiento para el tipo específico de vacunas solicitadas, como el caso de la antipolio inyectable.
 - 2) Problemas con el tipo de empaque que desarrollan los productores de vacunas en el mercado internacional para la polio inyectable y la vacuna contra la influenza. Antes eran de 10 dosis y ahora son de 20. El problema que trae este cambio es que una vez abierto el empaque hay que usar todas las vacunas y con frecuencia, sobre todo en las zonas aisladas, no se tienen a los 20 niños, ni mucho menos, en una sola oportunidad, lo que obliga a botar el resto.

- **Dificultades en la distribución interna.** La distribución de las vacunas se hace trimestralmente hacia un conjunto de almacenes (aproximadamente 50 en el territorio) y de allí se distribuyen a los 7,000 establecimientos de salud. Se han identificado dos tipos de dificultades:
 - 1) **La no instalación aún de los equipos de refrigeración solares.** Dificultando la recepción de vacunas en localidades rurales.
 - 2) **Inconsistencias entre lo que se solicita y lo que se envía, así como falta de oportunidad en la distribución a los EESS.** Hemos recibido diversos testimonios⁹ de desabastecimiento en redes y micro redes. El sistema de información y de coordinación oportuna para el proceso de distribución todavía tiene debilidades importantes vinculado con problemas de fluidez en la información (sólo el 50% de los almacenes tiene internet) y hay lentitud burocrática.

3.7 Fuerte debilidad en el seguimiento y la evaluación:

No se ha dado un desarrollo del sistema de seguimiento y evaluación, lo que repercute de manera significativa en la eficacia de la gestión. Identificamos los siguientes nudos críticos:

- **Diferentes procedimientos para el seguimiento** de vacunados y vacunas en los niveles operativos que generan diversos formatos y cierres de corte diferente.
- **Debilidad en la producción y calidad de la información.**
 - a) Inadecuada recopilación y registro de la información vinculada a vacunas (dosis utilizadas, pérdidas o vencidas), lo que ha generado dificultad para identificar el stock real en los establecimientos de salud. Por ejemplo, a nivel local no se documenta el factor de pérdida de las vacunas.
 - b) Información parcial para establecer la vacunación específica de población objetivo real con morbilidad asociada (población con enfermedades específicas).
 - c) Débil control en la calidad de la información y llenado oportuno (digitación, consolidación y remisión de la información realizada) en los niveles operativos y niveles intermedios.
- **Carencia de pautas estandarizadas para la entrega y el seguimiento de la vacunación en otros subsectores de salud.** (EsSalud, Fuerzas Armadas, Policía Nacional del Perú, clínicas y otros).
- **Déficit de personal** en la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones que permita realizar un mejor seguimiento y supervisión de la marcha del Sistema de Vacunación.

⁹ Durante el año 2013 e inicios del 2014 la Asociación Ciudadana de Prevención de Enfermedades Transmisibles - ACPET recibió llamadas y comunicaciones del interior del país Lambayeque, Cuzco, Apurímac, Puno y del Callao por desabastecimiento de vacunas pentavalente, difteria, tétanos y pertussis – DPT, Difteria y Tétanos adulto, rotavirus, polio oral y polio inyectable. Asimismo, en visita a los hospitales Cayetano Heredia, María Auxiliadora y Arzobispo Loayza y a centros de salud y hospitales en Villa El Salvador, en diciembre del 2013, la ACPET constató el desabastecimiento de vacunas orales e intramusculares contra la polio. Las enfermeras a cargo de inmunizaciones refirieron en todos los casos, que no sabían cuándo llegarían las vacunas porque les envían con retraso y en menor cantidad que la solicitada. Por su parte World Vision, constató la carencia de vacunas antipolio en un EESS tipo II, en Cuzco, desde hacía dos meses.

- **Carencia de estudios y evaluación del impacto de las inmunizaciones.**

No se ha actualizado un mapa de vulnerabilidad y no se cuenta con estudios periódicos de la evaluación del impacto de las inmunizaciones en la salud de la población. Por ejemplo, hay municipios con muy bajas coberturas desde hace tiempo, como el distrito de Independencia, en Huaraz (Ancash), el distrito Bolívar, en San Miguel (Cajamarca), el distrito de Mollepata en Anta (Cuzco) o el distrito de Tambo en La Mar (Ayacucho), los que no llegan al 50% de cobertura por tipo de vacunas.

IV. RECOMENDACIONES.

A) EN FORMA INMEDIATA:

1) **Establecer como prioridad nacional el logro de las adecuadas coberturas de vacunación a los menores de tres años.**

Dado el crecimiento actual del riesgo sanitario en este tramo de edad, la probabilidad de recrudescimiento de enfermedades ya superadas, así como sus efectos nocivos en la superación de la desnutrición infantil y el adecuado desarrollo de la primera infancia.

2) **Convocar a una movilización nacional para lograr la universalización de la vacunación infantil.**

Con el fin de superar las débiles coberturas que se mantienen desde más de una década. Ello implica una movilización conjunta del Gobierno Nacional, bajo el liderazgo del MINSA, la priorización de esta tarea en los Gobiernos Regionales y Gobiernos Locales, el compromiso activo de las instituciones de la sociedad civil involucradas y la movilización de la sociedad.

3) **Establecer medidas inmediatas para garantizar en el año 2014 la ejecución oportuna de la vacunación completa a los menores de un año en todo el territorio.**

Al Gobierno, al MINSA, al MEF y a la OPS:

- a. Evaluar la situación actual de provisión de vacunas, particularmente contra la polio, para los menores de 1 año y tomar medidas inmediatas, en coordinación con OPS, para enfrentar la situación de escases. De manera particular, fortalecer los mecanismos de planificación y programación por parte del MINSA.

Al MINSA:

- b. Distribuir con prioridad los equipos solares de cadena de frío que se encuentren almacenados en el Ministerio de salud o en las Direcciones Regionales, a los EESS, desarrollando el monitoreo de su instalación con los técnicos nacionales capacitados.

Al MINSA y a los Gobiernos Regionales:

- c. Ajustar los mecanismos de distribución nacional considerando las características epidemiológicas de cada territorio, particularmente en previsión del período de friaje en las zonas alto-andinas.

A la PCM, el MINSA y los Gobiernos Regionales:

- d. Llevar como agenda prioritaria este tema a la CIAS, a la Junta de Coordinación Intergubernamental en el nivel nacional y a la Comisión de Coordinación Intergubernamental en Salud, así como al Consejo Nacional y Consejos Regionales de Salud.

B) A CORTO Y MEDIANO PLAZO:

Al MINSA:

- 1) **Poner en funcionamiento el Comité Consultivo.** Con la participación de expertos externos y de la sociedad civil.

Al MINSA, a los Gobiernos Regionales y a los Gobiernos Locales:

- 2) **Elaborar el Plan Nacional de Inmunizaciones en coordinación con los Gobiernos Regionales y Locales.**

Considerando:

- Un enfoque de derechos y de equidad.
- El análisis de las diversas localidades y las situaciones de riesgo epidemiológico, más allá de las metas y promedios nacionales.
- La prioridad en la primera infancia.
- Metas para la universalización de las inmunizaciones a los menores de 5 años.

A la CIAS, el MINSA, el MED, el MIDIS, el MIMP, el MEF y a los Gobiernos Regionales:

- 3) **Fortalecer la articulación de la ESNI en el nivel intra e intersectorial, así como intergubernamental.**

- **Fortalecer las responsabilidades de la ESNI en el nivel nacional, regional y local** con recursos humanos estables y capacitados. Los coordinadores de la ESNI deben coordinar con las Oficinas de Estadística y evaluar regularmente la cobertura de las inmunizaciones.
- **Establecer compromisos intersectoriales** sobre vacunación infantil entre los ministerios de salud, educación, inclusión y desarrollo social, mujer y poblaciones vulnerables, incluyéndolos en los acuerdos más amplios de atención a la primera infancia.
- **Establecer compromisos de gestión entre los niveles intergubernamentales**, sobre vacunación infantil, según las respectivas funciones, incluyéndolos en los acuerdos más amplios de atención a la primera infancia, estableciendo estímulos en relación al cumplimiento de procesos de gestión y metas de cobertura en vacunación.

Al MINSA, al MED, al MIDIS, al MIMP, al MEF, a los Gobiernos Regionales y Locales, a Instituciones de la Sociedad civil y de la Cooperación:

4) **Fortalecer la demanda del servicio de vacunación:**

Reforzar la implementación del CRED (Servicio de atención y seguimiento al crecimiento y desarrollo del niño), con calidad. El protocolo de este servicio, incluye además de la evaluación del niño y la consejería a la madre, el suministro de servicios específicos como la vacunación. Es necesario, incluir en el CRED el tiempo y la articulación necesaria para que el niño reciba sus vacunas, lo que muchas veces no se hace.

- **Fortalecer el trabajo de promoción extramural**, priorizando este tema en la promoción de familias y municipios saludables, en la promoción al interior del programa JUNTOS y desarrollando el uso de medios masivos para la información y sensibilización de la población.
- **Restituir la fuerza de las campañas de vacunación**, movilizand o ampliamente a la población en el cumplimiento de metas locales y regionales.
- **Establecer compromisos con instituciones especializadas de la cooperación internacional y de la sociedad civil** que contribuyan a la mejora permanente de la promoción y vigilancia de las coberturas de vacunación en los niveles local, regional y nacional.

Al MINSA, a los Gobiernos Regionales y Gobiernos Locales:

5) **Fortalecer la oferta del servicio de vacunación.**

- **Incrementar el horario de atención en los servicios de vacunación**, debiendo ofertarse entre 8 a 12 horas para evitar las oportunidades perdidas.
- **Incrementar el número de recursos humanos expertos en inmunización** tanto nacional como regional.
- **Mejorar la programación regional** en la demanda de vacunas e insumos, avanzando con prioridad en la construcción del padrón nominado con la contribución activa de los gobiernos locales.
- **Establecer medidas para garantizar de manera estable y oportuna la provisión de las vacunas** y los otros insumos necesarios para su aplicación.
 - a. En coordinación con OPS, desarrollar una evaluación estratégica respecto a los problemas de escases de los productos necesarios para el país. Es necesario ajustar estrategias y desarrollar una demanda específica para atender las necesidades de atención a las poblaciones aisladas.
 - b. Continuar fortaleciendo la capacidad de almacenaje y de manejo de información en cada punto de distribución, reforzando la responsabilidad institucional de los Gobiernos regionales con cada uno de ellos.
- **Mejorar la calidad de la gestión presupuestal orientada a las inmunizaciones.**
 - a. Mejorar la gestión presupuestal bajo la lógica del ejercicio de derechos de los niños y el riesgo epidemiológico, superando el criterio estrecho de asignación en base a la ejecución presupuestal.

- b. Incrementar los presupuestos específicos para garantizar insumos necesarios para la vacunación segura y gastos operativos como promoción, sistemas de almacenamiento, producción y calidad de información, seguimiento, supervisión y evaluación.
- c. Fijar mecanismos de protección del presupuesto asignado a las vacunaciones infantiles, dada la prioridad nacional de las inmunizaciones y fortalecer el control del gasto efectivo en ellas.
- **Organizar un sistema adecuado de seguimiento y evaluación.**
 - a. Organizar el seguimiento universal de las vacunaciones, estandarizando procedimientos y formatos en el territorio e incluyendo a los diferentes subsectores de salud y la actividad privada.
 - b. Destinar recursos para la capacitación en el manejo de la información y seguimiento. Conformar equipos técnicos con experticia para la supervisión en forma mensual según zonas.
 - c. Hacer seguimiento a los indicadores de inmunizaciones, epidemiología, promoción y comunicación, por distrito y por vacuna, en forma trimestral inicialmente, y publicarlas en la página Web del MINSA y de los Gobiernos Regionales.
 - d. Desarrollar la investigación y evaluaciones específicas de las condiciones para el desarrollo de las inmunizaciones. Priorizar la evaluación y supervisión donde existen las más bajas coberturas.

A los organismos del Estado, a las instituciones de la sociedad civil y a la MCLCP:

6) Promover la participación de la sociedad civil.

Como sujeto de la vacunación, en la promoción, defensa, seguimiento y vigilancia de las inmunizaciones.

- **Fortalecer la vigilancia ciudadana**, sobre la cobertura y calidad de las vacunaciones
- **Extender el seguimiento concertado a las diversas regiones**, a los avances y dificultades en la universalización de vacunas a los menores de 3 años.
- **Incluir la urgencia de este tema en los compromisos de los Acuerdos de Gobernabilidad para el período 2015-2018.** Dando a conocer la situación actual de alto riesgo y precisando medidas adecuadas para cada región.

El equipo de seguimiento concertado está compuesto por representantes de las siguientes instituciones:

Sociedad civil: CARE, PRISMA, World Vision, PRODES, Futuras Generaciones, Instituto de Investigación Nutricional, Asociación Ciudadana de Prevención de Enfermedades Transmisibles, Acción contra el Hambre.

Cooperación: UNICEF, PMA, OPS.

Estado: MINSA (adicionalmente en esta Alerta colaboraron la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones (ESNI) y la DARES.

Facilitación: MCLCP