

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**COBERTURAS DE VACUNACIÓN EN NIÑOS MENORES DE 5
AÑOS EN LA JURISDICCIÓN DE LA RED DE SERVICIOS DE
SALUD LA CONVENCION-DIRESA CUSCO 2006-2016**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN SALUD PÚBLICA Y
COMUNITARIA**

WALTER LLACTAHUAMANI SURQUISLLA

Callao, 2018
PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- DRA. ANA MARÍA YAMUNAQUÉ MORALES PRESIDENTA
- MG. CÉSAR ÁNGEL DURAND GONZALES SECRETARIO
- MG. INÉS LUISA ANZUALDO PADILLA VOCAL

ASESORA: MG. RUTH MARITZA PONCE LOYOLA

Nº de Libro: 05

Nº de Acta de Sustentación: 247

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 15/04/2018

Resolución Decanato N° 949-2018-D/FCS de fecha 12 de Abril del 2018 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

INDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1 Descripción de lLa Situación Problemática	4
1.2 Objetivo	8
1.3 Justificación	8
II. MARCO TEORICO	11
2.1 Antecedentes.....	11
2.2 Marco Conceptual	18
2.3 Definicion de Terminos	35
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	38
3.1 Recolección de Datos.....	38
3.2 Experiencia Profesional.....	38
3.3 Procesos realizados en el tema el informe.....	42
IV. RESULTADOS	46
V. CONCLUSIONES	57
VI. RECOMENDACIONES	58
VII. REFERENCIALES	59
ANEXOS	60

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades prevenibles por vacunas, es un problema de salud pública Mundial, Continental, Nacional, Regional y Local que produce muchas defunciones y/o discapacidades físicas (poliomielitis) y psicológicas, en consecuencia estas enfermedades infecciosas conllevan a una desnutrición y anemia por lo tanto el organismo no aporta cantidades suficientes de nutrientes para que realice sus funciones correctamente las células provocando fallos, afectaciones, disfunciones, infecciones, enfermedades y complicaciones de éstas, que pueden afectar a todo el cuerpo con gravísimas consecuencias.

Inmunizaciones es una de las actividades más importantes costo efectivas en salud pública, que se haya implementado a nivel Mundial y en los países como la nuestra con la finalidad de general inmunidad específica contra dichas enfermedades y de esta manera erradicar, eliminar o controlar la presencia de los patógenos que causan problemas de salud pública principalmente en niños menores de 5 años.

Las coberturas de vacunación es un indicador importantísimo para determinar el éxito de la actividad de vacunación contra diferentes enfermedades prevenibles por vacunas.

El presente trabajo académico consta de: **Capítulo I** Describe del planteamiento del problema; **Capítulo II** Marco Teórico; **Capítulo III** Experiencia Profesional; **Capítulo IV** Resultados; **Capítulo V**

Conclusiones; **Capítulo VI** Recomendaciones; **Capítulo VII**
Referenciales.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la Situación Problemática

Las enfermedades prevenibles por vacunas principalmente en menores de 5 años, es una de las causas de muchas muertes y discapacidades en el Mundo, en el País y en la Región.

El sarampión es una de las principales causas de muerte entre los niños pequeños, a pesar de que hay una vacuna segura y eficaz para prevenirlo.

En 2015 hubo 134,200 muertes por sarampión en todo el mundo, es decir, cerca de 367 por día o 15 por hora.

América es el continente más avanzado en la lucha contra el sarampión. En el año 2008 se reportaron, en todo el continente, 237 casos a raíz de la entrada de virus importados del extranjero.

Entre 2000 y 2007 la mortalidad por sarampión a escala mundial disminuyó un 74%, pasando de una cifra estimada en 733.000 defunciones en 2000, a 164.000 en 2008, 158.000 en 2011 y 114.900 en el año 2014, últimos datos disponibles. Según estimaciones, los mayores porcentajes de reducción de la mortalidad por sarampión durante ese periodo se registraron en la Región del Mediterráneo Oriental (90%) y en la Región de África (89%), que representan el 16% y el 63% respectivamente de la reducción mundial de defunciones por sarampión.

En el Perú último caso de Sarampión fue en el año 2002 y rubeola en el año 2006.

La Poliomielitis es otra enfermedad que afecta sobre todo a los menores de 5 años. Una de cada 200 infecciones produce una parálisis irreversible (generalmente de las piernas), y un 5% a 10% de estos casos fallecen por parálisis de los músculos respiratorios.

Los casos de poliomielitis han disminuido en más de un 99%, de los 350,000 estimados en 1988 a 37 notificados en 2016. Se han evitado más de 16 millones de casos de parálisis como resultado de los esfuerzos mundiales por erradicar la enfermedad.

Mientras haya un solo niño infectado, los niños de todos los países corren el riesgo de contraer la poliomielitis. Si no se erradica la poliomielitis en estos últimos reductos restantes, se podrían producir hasta 200,000 nuevos casos anuales en diez años en todo el mundo.

En las Américas último caso de poliomielitis fue en el Perú en el año 1991.

En la mayoría de los países los esfuerzos mundiales han ampliado la capacidad para hacer frente a otras enfermedades infecciosas gracias a la creación de sistemas eficaces de vigilancia e inmunización.

La Tos ferina o Pertussis o Coqueluche es otra enfermedad infectocontagiosa, se estima que en el mundo hay 16 millones de casos y que aproximadamente 195,000 niños mueren a causa de la tosferina al año. A pesar de que la cobertura de la vacuna infantil contra la tosferina es en general alta, la tosferina es una de las principales causas de muertes en el mundo, que se pueden prevenir con las vacunas. La

mayoría de las muertes ocurren en bebés pequeños que no han recibido la vacuna o que no han sido completamente vacunados.

OMS en el año 2010 registró 350,000 muertes por año, 95% corresponden a países en vías de desarrollo; en el año 2015 se reportaron a nivel mundial 142,512 casos de tos ferina y 98,000 muertes y cobertura de vacunación 86%.

En la región de las Américas en 2015, se reportaron 32,116 casos de Pertussis, cobertura de vacunación 91%.

En el Perú en el año 2016 se presentaron 146 casos de Pertussis con 3 fallecidos, en el departamento de cusco un caso, en la Provincia La Convención no se presentaron ningún caso.

La tuberculosis no solo afecta a los adultos sino también a los niños, es una de las 10 principales causas de mortalidad en el mundo.

En 2015, 10,4 millones de personas enfermaron de tuberculosis y 1,8 millones murieron por esta enfermedad (entre ellos, 0,4 millones de personas con VIH). Más del 95% de las muertes por tuberculosis se producen en países de ingresos bajos y medianos.

En América la incidencia estimada en el 2015 fue de 268.000 casos nuevos (27/100.000 habitantes), con una mortalidad de 1,9/100.000 habitantes, ligeramente mayor que el año previo. En menores de 15 años la incidencia estimada fue de 26.000 casos que corresponde casi al 10% de los diagnósticos de tuberculosis. Se estima que fallecieron 2.170 niños sin VIH y 200 niños con VIH menores de 15 años por tuberculosis en la

región de las Américas. La tasa de incidencia de tuberculosis en América Latina presenta una amplia disparidad entre los países.

En la región Cusco la Incidencia de Tuberculosis es 39.95 por 100 mil habitantes, mientras en la Provincia La Convención 103.98 por 100 mil habitantes (2015)

La Difteria en épocas anteriores, cuando era una enfermedad infantil frecuente, afectaba fundamentalmente a niños menores de 5 años, sin embargo, en la actualidad se observa una tendencia a afectar a niños de mayor edad, adolescentes y adultos jóvenes. Es una enfermedad endémica en regiones en desarrollo de África, Asia, Caribe y Sudamérica. En el último informe de la OMS se documentan 4,680 casos de difteria en el mundo en el año 2013. Los países con más casos comunicados en 2014 fueron India, (3,133), Pakistán, Indonesia, Irán y Nepal.

La Neumonía por neumococo es otra enfermedad que, según la OMS, mueren 1-2 millones de niños menores de 5 años por infecciones neumocócicas, sobre todo neumonías, en los países en vía de desarrollo. En los países desarrollados, las infecciones neumocócicas ocurren, sobre todo, en las edades extremas de la vida. La mortalidad de los niños en estos países es muy baja y casi siempre se debe a la meningitis. Sin embargo, en los adultos la mortalidad obedece, sobre todo, a las neumonías.

Diarrea por rotavirus de acuerdo a los estudios epidemiológicos permiten estimar que la infección por rotavirus se da prácticamente en todos los

niños durante los primeros 5 años de vida. En países en vías de desarrollo es una causa importante de mortalidad. En países industrializados se asocia a una gran morbilidad, aunque con una muy baja mortalidad e incidencia de secuelas.

En la Unión Europea se ha estimado una incidencia anual de infección sintomática por rotavirus de cualquier gravedad de 134 a 310 episodios por 1000 niños menores de 2 años. Los recientes estudios prospectivos de vigilancia realizados en distintos países europeos, incluido España, han confirmado la asociación de rotavirus a una forma de enfermedad más grave, con una mayor frecuencia de detección de rotavirus (> 40 %) en los casos de diarrea que precisan hospitalización que en los atendidos de forma ambulatoria.

La incidencia de diarrea en la Región Cusco es 149.08 por mil menores de 5 años, mientras en la Provincia La Convención 247.82 por mil menores de 5 años (2015)

1.2 Objetivo

Describir la experiencia profesional de intervención en las coberturas de vacunación en niños menores de 5 años en la jurisdicción en la Red de Servicios de Salud La Convención - Región Cusco 2006-2016.

1.3 Justificación

La OMS, define como "Estado individual saludable" o "Salud" como un estado de bienestar físico, mental y social completo y no solo la falta de afecciones o enfermedades. Las enfermedades Inmunoprevenibles son

problemas de salud pública que causa muertes, discapacidades, principalmente en niños menores de 5 años, estas enfermedades pueden prevenir mediante el uso de la vacuna como la Tos ferina, poliomielitis, sarampión, rubeola, difteria, tétanos, parotiditis, formas graves de tuberculosis, entre otras; de allí la importancia de realizar oportunamente la vacunación a los niños en las edades establecidas según la Norma Técnica Sanitaria 080-V.04 que establece el esquema Nacional de Vacunación en el Perú. Es comprobado que la utilización de la vacuna modifica la prevalencia y la incidencia a nivel mundial de estas enfermedades hasta lograr la erradicación como sucedió con la Viruela o como se pretende en la Región de las Américas la erradicación del Sarampión y la Rubéola.

Es indiscutible que no hay intervención sanitaria preventiva más costo efectivo que la inmunización. La comunidad internacional ha refrendado en varias ocasiones la utilidad de las vacunas y la inmunización para prevenir y controlar muchas enfermedades infecciosas y, cada vez más, varias enfermedades crónicas causadas por agentes infecciosos.

La ampliación del acceso a la inmunización es fundamental para lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible. La vacunación no solo evita los sufrimientos y muertes causados por enfermedades infecciosas como la neumonía, la diarrea, la tos ferina, el sarampión o la poliomielitis, sino que también posibilita la consecución de prioridades nacionales como la educación y el desarrollo económico.

El interés excepcional de las vacunas es el motor del «Decenio de las Vacunas», una iniciativa puesta en marcha en 2010 en el Foro Económico Mundial con el apoyo de numerosas partes interesadas. Su objetivo es que todas las personas disfruten de los beneficios de la vacunación de aquí a 2020. Los gobiernos de los países acogieron la iniciativa con satisfacción y, en 2012, los 194 Estados Miembros aprobaron en la 65.^a Asamblea Mundial de la Salud el Plan de Acción Mundial sobre Vacunas, un marco para prevenir millones de defunciones por enfermedades prevenibles mediante vacunación de aquí a 2020.

El plan tiene por objetivos reforzar la inmunización sistemática; acelerar el control de las enfermedades prevenibles mediante vacunación, estableciendo la erradicación de la poliomielitis como primera meta; introducir nuevas vacunas y estimular la investigación y el desarrollo de la próxima generación de vacunas y tecnologías.

En 2015, aproximadamente un 85% de la población infantil mundial recibió a través de los servicios de salud habituales una dosis de vacuna contra el sarampión antes de cumplir un año de vida.

La vacunación contra el sarampión ha reducido la mortalidad mundial por esta causa en un 79% entre 2000 y 2015.

II. MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes

VESGA y CORTES (2006) Desarrollo, impacto y eficacia de la vacuna conjugada contra *Streptococcus pneumoniae* en América Latina, El objetivo del presente artículo es revisar el comportamiento del neumococo, de la vacuna conjugada disponible en América Latina y su potencial importancia en la región, este estudio concluyó que, el *Streptococcus pneumoniae* es un microorganismo de frecuente aparición como colonizador normal de la nasofaringe y como causante de enfermedad invasora especialmente dentro del grupo de edad de niños menores de 5 años, generando a nivel mundial una mortalidad de hasta 700 000 casos por año en niños menores de 2 años. El estudio de la antigenicidad capsular del *S. pneumoniae* ha llevado a la producción de vacunas, desde la compuesta por polisacáridos, inefectiva en el grupo de edad de niños menores, a la conjugada que mostró alta eficacia (97,4%) en prevenir la forma invasora de la enfermedad neumocócica en quienes completaron las 4 dosis propuestas. En una proyección del cubrimiento en Latinoamérica con las tres formas conjugadas de la vacuna disponibles, 7 valente, 9 valente y 11 valente, se muestra que la 11 valente cubriría un alto porcentaje de serotipos causantes de enfermedad invasora neumocócica y respalda la necesidad de implementar las vacunas conjugadas como medida masiva de salud pública. (1)

ESPARZA Aguilar, Bautista Márquez, Gonzales Andrade, López Collado (2009), Mortalidad por enfermedad diarreica en menores, antes y después de la introducción de la vacuna contra el rotavirus. El objetivo fue Analizar la mortalidad por diarrea en menores de cinco años en México, antes y después de la vacunación contra el rotavirus. El método fue la compararon defunciones y mortalidad por diarrea mediante diferencias porcentuales anuales por grupo etario, antes (2000-2005) y después (2006-2007) de la vacunación. Los resultados obtenidos es la siguiente: Entre 2000 y 2007 la mortalidad por diarrea disminuyó 42%. En los estados con vacunación, la mortalidad se redujo 15.8 y 27.7% en menores de uno y de uno a cuatro años, respectivamente, en el periodo de 2006 a 2007. (2)

GALINDO, Arroyo y Concepción, (2011) Seguridad de las vacunas y su repercusión en la población.

La vacunación ha constituido uno de los logros más importantes en la historia de la salud pública y ha contribuido a la disminución de la morbilidad y mortalidad. A diferencia de los medicamentos, las vacunas se aplican generalmente a personas sanas para que continúen sanas, por tanto, no deben ocasionar más daños que lo que podría producir la misma enfermedad. Es necesario que la población y la familia conozcan los beneficios y posibles riesgos que pudieran presentarse en el acto de vacunación, lo que proporcionaría mayor conocimiento sobre la

importancia de las vacunas. Es tarea del médico enfatizar en este problema para garantizar mayor confiabilidad del programa de vacunación y seguridad en la población vacunada; debe, además, estar preparado para atender cualquier preocupación que surja en su área de salud o evento adverso que se produzca. El médico de familia, principal ejecutor de esta actividad debe cumplir tres funciones básicas fundamentales: la educativa, la preventiva y la de vigilancia. En el futuro inmediato, las vacunas continuaran teniendo un gran impacto social en la prevención de las enfermedades infecciosas. (3)

DICKINSON, Pérez, Galindo E Quintana (2001) Impacto de la vacunación contra *Haemophilus influenzae* tipo b en Cuba. Objetivo del estudio fue Determinar el impacto de la vacunación de menores de 2 años en Cuba contra *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib), principal agente causal de la meningitis bacteriana en ese país. Método La disponibilidad de vacunas conjugadas eficaces contra Hib motivó la vacunación nacional en 1999 de niños menores de 2 años, que alcanzó una cobertura de 97%. El impacto se evaluó mediante el Sistema Nacional de Vigilancia de Meningoencefalitis Bacterianas. Resultados. La eficacia global de la vacunación se estimó en 99% y la incidencia general de la meningoencefalitis por Hib disminuyó de 1,3 a 0,6 por 100 000 habitantes (46,1%), observándose la mayor reducción en niños menores de 5 años (56,1%). En los menores de 1 año se redujo 70,5% y en el resto de los

grupos de menores de 5 años disminuyó entre 25,9 y 49,6%. En el grupo diana para la vacunación, la incidencia se redujo 61,1%; entre los niños de este grupo que contrajeron la meningocéfalitis por Hib, solamente 8 (24,2%) estaban vacunados, 7 de ellos con una sola dosis, aplicada 1 mes antes de enfermar. **Conclusiones.** Se ha demostrado que la vacunación a gran escala de los niños menores de 2 años contra Hib en Cuba a través del SNVMEB ha logrado disminuir notablemente la incidencia de meningocéfalitis por Hib. (4)

SANTOS (2002) El Programa Nacional de Vacunación: orgullo de México

Conclusiones: De todas las posibles intervenciones en salud pública, la vacunación representa sin lugar a dudas una de las de más alta prioridad. Esto responde tanto a razones epidemiológicas, como económicas, de justicia social y de seguridad Nacional. El Programa de Vacunación Universal es el paradigma de los programas preventivos que inciden en forma inmediata y permanente en la salud de los grupos humanos. Los resultados obtenidos evidencian los niveles de bienestar y calidad de vida alcanzados en los niños y en sus familias. Las enfermedades inmunoprevenibles se han eliminado como causa de enfermedad y muerte de los cuadros estadísticos tanto de la población de lactantes como preescolar. El Programa de Vacunación Universal ha generado una nueva forma de entender los problemas y las necesidades sanitarias promoviendo la coordinación entre las diferentes instituciones del sector

salud, lo que ha permitido actuar en forma conjunta y organizada en el logro de la meta común. En países como el nuestro donde el logro de una mayor justicia social resulta impostergable, el PVU es un elemento primordial para disminuir las inequidades en materia de salud, propias del subdesarrollo. Habrán de continuar los esfuerzos para mantener por arriba del 95% las coberturas de vacunación con esquemas completos en los niños menores de cinco años. Sostener esta capacidad de respuesta y atención (dedicada a proteger al universo poblacional máspreciado de nuestro país) es y será un punto sustancial de la salud pública. Asimismo, la vigilancia epidemiológica deberá funcionar de la manera más eficiente en la detección de nuevos casos y la puesta en marcha de acciones que controlen la transmisión de estos padecimientos. Incorporar los avances tecnológicos y las nuevas vacunas es otro gran reto por vencer. Cada año nacen más de 2 millones de nuevos mexicanos a los que hay que vacunar hasta completarles su esquema. Los retos de cambiar un paradigma de vacunación para niños a un paradigma de vacunación para todos con enfoque de riesgo es interminable y será perenne. De ahí que el esfuerzo deba ser continuo, comprometido, paciente y sostenido. La salud de los niños, adolescentes y adultos es fundamental para el desarrollo de cualquier nación. (5)

SALLERAS, Albornoz, Prata, C, Garridoa (2015), Vacunación antídifterica Efectividad e impacto de la vacunación. Las observaciones

epidemiológicas de la epidemia de Halifax, que afectó casi al 1% de la población, mostraron que la incidencia mensual de difteria entre los vacunados se redujo a 24,5 casos por 100.000 habitantes, mientras que en los no inmunizados ésta fue de 168,3 por 100.000. El estudio de casos y controles del brote ocurrido en Yemen mostró una efectividad de la vacunación del 87%⁵⁷. En cambio, la efectividad estimada a partir del estudio efectuado entre los contactos familiares de la epidemia ocurrida en Texas en 1970 fue sólo del 54%. Esta aparente baja efectividad podría explicarse por problemas metodológicos del estudio, al no conocerse con precisión el número de personas expuestas. La introducción de la vacuna ha comportado no sólo un declive acentuado en la incidencia de la enfermedad, sino también una reducción muy importante de la circulación de cepas toxigénicas de *C. diphtheriae*. Una de las experiencias más ilustrativas acerca de la efectividad de los programas de vacunación frente a la difteria es la iniciada en Rumanía en 1958. De forma coordinada con un programa intensivo de vacunación se puso en marcha un sistema nacional de vigilancia que permitió conocer la prevalencia y las características de las cepas de *C. diphtheriae* de la población durante un período de 14 años. Entre 1958 y 1972 se administraron 30 millones de dosis de toxoide diftérico, lo que condujo a una caída de la cifra anual de casos desde 600 a menos de 1 por cada 100.000 habitantes. Al inicio del programa casi el 90% de las cepas de *C. diphtheriae* eran toxigénicas; en cambio, en 1972 el 95% de las cepas fueron no toxigénicas. El control del

brote ocurrido en los países del este de Europa es otro buen ejemplo de la efectividad de la vacunación antidiftérica. Durante dicho brote se efectuaron varios estudios de casos y controles en niños y adultos que demostraron buenos niveles de efectividad de la vacunación, del orden de 97,0 y 98,2 en niños que habían recibido 3 dosis, 62 y del 90% en los adultos en función del número de dosis recibidas previamente y del tiempo transcurrido desde su administración. Otro estudio de casos y controles efectuado en adultos de 40 a 49 años con muy pocas probabilidades de haber estado expuestos anteriormente a la infección natural o a la vacunación durante la infancia, demostró que para la protección frente a la difteria durante la edad adulta son necesarias tres dosis. En España, las campañas de vacunación masiva con DTP se iniciaron en 1964, no habiéndose comunicado ningún caso de difteria desde 1987. (6)

CHACHA, Patricia (2014), Factores socio culturales que influyen en la tasa de abandono de las vacunas antipolio, pentavalente y rotavirus en niños menores de 1 año de la parroquia pasa perteneciente al cantón ambato provincia de tungurahua durante el período enero – junio 2013.

El presente trabajo investigativo tuvo como objetivo identificar los factores socio culturales que influyen en la tasa de abandono de las vacunas antipolio, pentavalente y rotavirus en niños menores de 1 año de la Parroquia de Pasa. La investigación aplica una metodología científica

cuali-cuantitativa, de campo, documental, bibliográfica, experimental, descriptivo, correlacional mediante técnicas como encuesta, entrevista e instrumentos como cuestionario, entrevista estructurada permitiendo recopilar las evidencias precisas, reales y suficientes del problema. La población estuvo conformada por 64 madres de niños menores de 1 año registrados en el tarjetero de vacunación como abandonados y con esquemas incompletos de las cuales se tomó como muestra 22 mediante selección. La conclusión a la que se llegó fue que factores como ser madre adolescente sumado al bajo nivel de educación e idioma que utilizan en este caso el más frecuente es Kechwa luego del Español por tratarse de una población multiétnica y cultural, las creencias sobre las vacunas, la migración, influyen directamente en la tasa de abandono del esquema de vacunación de niños menores de un año. Para solucionar este problema se plantea un plan de visita domiciliaria y charla educativa a fin de motivar a los padres a cumplir con el esquema de vacunación de sus hijos conociendo y respetando su idiosincrasia. (7)

2.2 Marco Conceptual

2.2.1 Sarampión

El sarampión es una enfermedad muy contagiosa y grave causada por un virus de la familia de los paramixovirus y normalmente se suele

transmitir a través del contacto directo y del aire. El virus infecta el tracto respiratorio y se extiende al resto del organismo.

Manifestaciones clínicas

El primer signo del sarampión suele ser la fiebre alta, que comienza unos 10 a 12 días después de la exposición al virus y dura entre 4 y 7 días. En la fase inicial, el paciente puede presentar rinorrea, tos, ojos llorosos y rojos, y pequeñas manchas blancas en la cara interna de las mejillas.

Al cabo de varios días aparece un exantema, generalmente en el rostro y la parte superior del cuello, que se extiende en unos 3 días, acabando por afectar a las manos y pies. El exantema dura 5 a 6 días, y luego se desvanece. El intervalo entre la exposición al virus y la aparición del exantema oscila entre 7 y 18 días (media de 14 días).

La mayoría de las muertes se deben a complicaciones del sarampión, que son más frecuentes en menores de 5 años y adultos de más de 20 años. Las más graves son la ceguera, la encefalitis (infección acompañada de edema cerebral), la diarrea grave (que puede provocar deshidratación), las infecciones del oído y las infecciones respiratorias graves, como la neumonía. Los casos graves son especialmente frecuentes en niños pequeños malnutridos, y sobre todo en los que no reciben aportes suficientes de vitamina A o cuyo sistema inmunitario se encuentra debilitado por el VIH/SIDA u otras enfermedades.

En poblaciones con altos niveles de malnutrición y falta de atención sanitaria adecuada, el sarampión puede llegar a matar al 10% de los casos. La infección también puede provocar complicaciones graves en las mujeres embarazadas e incluso ser causa de aborto o parto prematuro. Quienes se recuperan del sarampión se vuelven inmunes de por vida.

Poblaciones en riesgo

Los niños pequeños no vacunados son quienes corren mayor riesgo de sufrir el sarampión y sus complicaciones, entre ellas la muerte. Las mujeres embarazadas sin vacunar también constituyen un importante grupo de riesgo.

Transmisión

El virus del sarampión es muy contagioso y se propaga por la tos y los estornudos, el contacto personal íntimo o el contacto directo con secreciones nasales o faríngeas infectadas.

El virus presente en el aire o sobre superficies infectadas sigue siendo activo y contagioso durante periodos de hasta 2 horas, y puede ser transmitido por un individuo infectado desde 4 días antes hasta 4 días después de la aparición del exantema.

El sarampión puede producir epidemias que causan muchas muertes, especialmente entre los niños pequeños malnutridos. En países donde el sarampión ha sido prácticamente eliminado, los casos importados de otros países siguen siendo una importante fuente de infección.

Tratamiento

No existe ningún tratamiento antiviral específico contra el virus del sarampión.

Prevención

La vacunación sistemática de los niños contra el sarampión, combinada con campañas de inmunización masiva en países con elevada incidencia y mortalidad son estrategias de salud pública fundamentales para reducir la mortalidad mundial por sarampión. La vacuna contra el sarampión, que se viene utilizando desde hace más de 50 años, es segura, eficaz y barata. Inmunizar a un niño contra el sarampión cuesta aproximadamente menos de US\$ 1.

La vacuna contra el sarampión suele juntarse con las vacunas contra la rubéola y/o la parotiditis en países donde estas enfermedades constituyen un problema. Su eficacia es similar tanto si se administra aisladamente como si se combina con estas vacunas. Añadir la vacuna contra la rubéola a la vacuna contra el sarampión no supone más que un pequeño incremento en el costo y permite compartir los gastos de vacunación y administración.

2.2.2 Poliomieltis

La poliomieltis es una enfermedad muy contagiosa que afecta principalmente a los niños. El virus se transmite de persona a persona principalmente por vía fecal-oral o, con menos frecuencia, a través de un

vehículo común, como el agua o los alimentos contaminados, y se multiplica en el intestino desde donde invade el sistema nervioso y puede causar parálisis.

Signos y síntomas

Los síntomas iniciales son fiebre, cansancio, cefalea, vómitos, rigidez del cuello y dolores en los miembros. Una de cada 200 infecciones produce una parálisis irreversible (generalmente de las piernas), y un 5% a 10% de estos casos fallecen por parálisis de los músculos respiratorios.

Grupos con mayor riesgo

La poliomielitis afecta sobre todo a los menores de cinco años.

Prevención

La poliomielitis no tiene cura, pero es prevenible. Cuando se administra varias veces, la vacuna antipoliomielítica puede conferir una protección de por vida.

2.2.3 Tos ferina o tos convulsiva o coqueluche o pertussis

La tos convulsa o coqueluche es una enfermedad respiratoria muy contagiosa que puede ser muy grave sobre todo en los bebés y los niños.

Manifestaciones Clínicas

La tos ferina es una enfermedad bacteriana aguda, que afecta la tráquea y el tracto respiratorio superior. Se caracteriza por:

- Una fase catarral, de comienzo insidioso, con tos irritante que gradualmente se vuelve paroxística. Esta fase dura de una a dos semanas y por lo general es difícil de distinguir de un resfrío común.
- Una fase paroxística, caracterizada por episodios paroxísticos de tos, de uno o dos meses de duración. Cada acceso o paroxismo consta de innumerables toses, tan seguidas, que la persona no puede inspirar, seguidos de un silbido inspiratorio característico, de tono alto (estridor laríngeo), que frecuentemente termina con la expulsión de mucosidades claras y pegajosas, seguida de vómitos. Los episodios de cianosis y apneas son frecuentes en los lactantes. La afección es más severa en los lactantes y niños pequeños y pueden presentar tos paroxística seguida de estridor inspiratorio. Sin embargo, los lactantes menores de 6 meses y los adolescentes y adultos, con frecuencia no presentan un cuadro típico de tos paroxística, lo que dificulta el diagnóstico clínico.
- Una fase de convalecencia, cuando la tos gradualmente disminuye. Sin embargo, esta tos no paroxística puede durar semanas

Complicaciones

Los casos severos pueden tener complicaciones tales como neumonía y encefalitis. En los Estados Unidos de América se estima una tasa de encefalitis de 0,8 x 1000 casos de tos ferina (pertussis). De estos,

aproximadamente un tercio fallece y un tercio, aunque se recupera queda con secuelas. El resto por lo general se recupera sin secuelas.

Las principales causas de muerte por tos ferina están asociadas a las neumonías y bronconeumonías.

La desnutrición asociada a la enfermedad es secundaria a los vómitos, la dificultad para mamar o ingerir alimentos y al incremento en el catabolismo debido a la tos y el llanto.

Los cuadros de desnutrición o deshidratación son más graves en niños previamente desnutridos.

Las complicaciones más frecuentes en los niños, más grandes son la otitis media y las neumonías.

Otras complicaciones son secundarias a la presión ejercida por la tos, tales como hemorragias, edema de cara y neumotórax.

Prevención

El objetivo principal de la vacunación contra la tos ferina es reducir el riesgo de pertussis grave en la infancia. Al menos el 90% de la cobertura de lactantes con 3 dosis de vacunas contra la tos ferina de alta calidad sigue siendo la prioridad del programa en todo el mundo, en particular cuando la tos ferina sigue planteando un serio problema de salud en lactantes y niños pequeños.

Aunque la vacunación puede prevenir la tos ferina en adolescentes y adultos, no hay pruebas suficientes para apoyar la adición de reforzadores de vacunas en estos grupos de edad para lograr el objetivo

primario de reducir la pertussis grave en los lactantes. Se alienta a los países con una transmisión nosocomial demostrable a vacunar a los trabajadores de la salud, en particular los de maternidad y pediátricos, si ello es factible desde el punto de vista económico y logístico.

Tratamiento

En cuanto a la elección del antibiótico, existe consenso universal en emplear macrólidos. La administración precoz (en fase catarral) de macrólidos puede reducir la intensidad y duración de la sintomatología, así como la contagiosidad. De todos modos, en el mejor de los casos, el efecto sobre la clínica es escaso, y es nulo si se inicia a partir del día 14-21 del inicio de la tos.

2.2.4 Difteria

La difteria es una enfermedad aguda, infectocontagiosa causada por la bacteria *Corynebacterium diphtheriae*. Este germen produce una toxina que puede dañar o destruir los tejidos y órganos del cuerpo humano. Un tipo de difteria afecta a la garganta ya veces las amígdalas. Otro tipo, más común en los trópicos, causa úlceras en la piel. La difteria afecta a personas de todas las edades, pero la mayoría de las veces ataca a niños no inmunizados.

Características Clínicas

La difteria se manifiesta por la formación de pseudomembranas en las amígdalas, faringe, laringe, mucosa nasal u otras mucosas, y en la piel.

Los pacientes con cuadro febril, generalmente no muy intenso, con evolución relativamente lenta de la enfermedad, pero con estado general comprometido, pueden presentar una o más de las siguientes manifestaciones:

- Amígdalas recubiertas parcial o totalmente por placas blancas grisáceas adherentes, difíciles de remover y con halo hiperémico; la tentativa de despegarlas provoca sangrado abundante.
- Placas que se extienden a los pilares del paladar, pudiendo llegar hasta la úvula.
- La difteria nasal se caracteriza por una descarga nasal mucopurulenta o sero-sanguinolenta.
- Amigdalitis con complicaciones de laringe y tráquea (tiraje, tos ronca).
- Amigdalitis que no cede al tratamiento con antibióticos habituales, y con gran compromiso del estado general del paciente.
- Gran aumento del volumen de los ganglios submaxilares y cervicales, pudiendo existir edema periganglionar (cuello de toro).
- La pseudomembrana diftérica, verificando su adherencia y sangrado abundante, es una prueba clínica que contribuye al diagnóstico.
- La difteria cutánea es una infección leve de la piel, pero puede ser fuente de transmisión.
- La infección inaparente y la colonización son mucho más frecuentes que las formas clínicas de la enfermedad.

Complicaciones

La mayoría de las complicaciones son debido a la toxina del bacilo. Sin embargo, hay complicaciones locales relacionadas con la extensión de la membrana.

Miocarditis: es la complicación más habitual y la principal causa de muerte.

Aparece ritmo cardíaco anormal, puede ocurrir al comienzo de la enfermedad o bien semanas más tarde y conduce a falla cardíaca. Si la miocarditis ocurre tempranamente la evolución es generalmente fatal.

Complicaciones neurológicas: la polineuritis diftérica afecta habitualmente los nervios motores y en general desaparece sin dejar secuelas. La parálisis del velo del paladar es más frecuente durante la tercera semana de la enfermedad, mientras que la parálisis de los músculos oculares, miembros o diafragma puede ocurrir después de la quinta semana. La parálisis del diafragma puede causar neumonía secundaria o falla respiratoria.

Prevención

Se tratará de conseguir una alta proporción de sujetos vacunados. La inmunización activa universal frente a la difteria es la medida más coste/efectiva para la prevención de esta enfermedad.

Los viajeros a zonas endémicas deben asegurarse de haber cumplimentado la serie de vacunación correspondiente a su edad, para completarla, si fuera necesario, por medio de un calendario acelerado.

Tratamiento

Antitoxina diftérica equina. Se administra en forma de una dosis única IM y es la medida terapéutica específica básica. Debe iniciarse lo antes posible, puesto que neutraliza la toxina circulante en sangre, pero no la fijada a tejidos.

Antibioterapia. Se requiere para eliminar el bacilo diftérico y detener la producción de toxina. Se realiza con Penicilina G, penicilina Procaína, o Eritromicina oral durante 14 días.

2.2.5 Haemophilus Influenzae Tipo B (HIB)

Haemophilus influenza tipo b (Hib) es una bacteria responsable de neumonía grave, meningitis y otras enfermedades invasivas casi exclusivamente en niños menores de 5 años. Se transmite a través del tracto respiratorio de individuos infectados a individuos susceptibles. Hib también causa infecciones inflamatorias potencialmente severas de la cara, la boca, la sangre, la epiglotis, las articulaciones, el corazón, los huesos, el peritoneo y la tráquea. Aunque este problema ocurre en todo el mundo, la carga de la enfermedad por Hib fue considerablemente mayor en los países con pocos recursos, antes de la introducción de la vacuna en sus programas nacionales de inmunización.

Las vacunas son la única herramienta de salud pública capaz de prevenir la mayoría de la enfermedad grave de Hib. Las vacunas Hib son seguras y eficaces incluso cuando se administran en la infancia temprana. En

vista de su seguridad y eficacia demostradas, la OMS recomienda que las vacunas conjugadas con Hib se incluyan en todos los programas de inmunización infantil de rutina. Este sitio web proporciona la información resumida más reciente disponible a la OMS sobre el progreso en la toma de decisiones y la implementación de la introducción de la vacuna Hib. También presenta estimaciones de la reducción de la carga de morbilidad e indicadores de la ejecución programática, incluido el desarrollo de redes de vigilancia para supervisar los avances a nivel de país y los tipos de productos utilizados.

2.2.6 Enfermedad Neumocócica

Streptococcus pneumoniae es una bacteria que es la causa de una serie de enfermedades comunes, que van desde enfermedades graves como la meningitis, la septicemia y la neumonía hasta las infecciones más leves pero comunes como la sinusitis y la otitis media. Las enfermedades neumocócicas son una causa común de morbilidad y mortalidad en todo el mundo, aunque las tasas de enfermedad y muerte son más altas en los países en desarrollo que en los países industrializados, la mayoría de las muertes ocurren en el África subsahariana y Asia. La enfermedad es más común en los extremos de la edad, es decir, en los niños pequeños y entre los ancianos. El organismo se transmite principalmente a través de gotitas respiratorias y coloniza la parte posterior de la nariz (nasofaringe). La infección de otras partes del cuerpo, que resulta en una

enfermedad, se produce por propagación directa o por invasión del torrente sanguíneo.

De los más de 90 serotipos, sólo una pequeña minoría causa la mayoría de las enfermedades. Existen 2 vacunas neumocócicas conjugadas disponibles (PCV) que se dirigen a 10 o 13 de los serotipos más prevalentes.

Los PCV disponibles actualmente son seguros y eficaces. La OMS recomienda la inclusión de PCV en los programas de inmunización infantil en todo el mundo. En particular, los países con alta mortalidad infantil (es decir, menores de 5 años de mortalidad > 50 muertes / 1000 nacimientos) deberían hacer de la introducción de estos PCV multicomponente una alta prioridad.

En muchos países, el uso rutinario de vacunas antineumocócicas conjugadas ha reducido drásticamente la incidencia de enfermedades graves debidas al organismo con virtual desaparición de la enfermedad debido a serotipos del organismo en las vacunas utilizadas.

2.2.7 Tuberculosis

La tuberculosis (TB) es una enfermedad causada por una bacteria, que resultó en 9 millones de nuevos casos en 2013 y 1,5 millones de muertes. Más del 90% de los casos de tuberculosis ocurren en países de ingresos bajos y medios que tienen infraestructuras de salud frágiles y

recursos limitados disponibles y, por lo tanto, luchan para hacer frente a una de las enfermedades transmisibles más mortíferas del mundo.

La bacteria responsable de la tuberculosis, llamada *Mycobacterium tuberculosis*, es transmitida por personas infectadas con tuberculosis pulmonar (pulmonar) que liberan Mtb al aire a través de la tos, el estornudo o el escupir. Aproximadamente 1/3 de la población mundial es portadora de la enfermedad, pero no presenta ningún síntoma (conocida como infección latente), sin embargo, aproximadamente el 10% de estas personas probablemente desarrollarán enfermedad activa durante su vida y serán capaces de transmitir la bacteria. La epidemia de tuberculosis continúa a pesar de una vacuna disponible, rentable y ampliamente implementada para lactantes - Bacilo Calmette-Guerin (BCG) - y el uso cuidadosamente administrado de fármacos para aquellos que se infectan a través de la terapia observada directamente (DOTs). Esto se debe a que la vacunación con BCG sólo es parcialmente efectiva: Proporciona cierta protección contra formas graves de tuberculosis no pulmonar pediátrica, como la meningitis tuberculosa, pero no es fiable frente a la tuberculosis pulmonar de adultos, que es responsable de la mayor parte de la carga de la enfermedad de TB (y transmisión) en todo el mundo. Además, la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) puede aumentar la probabilidad de la adquisición de la TB hasta en 25 veces, y la resistencia a los regímenes de fármacos antituberculosos previamente eficaces está aumentando.

La OMS sigue recomendando la vacunación de neonatos con BCG, debido a su efecto protector en lactantes y niños pequeños. Sin embargo, los niños infectados con el VIH a través de la transmisión vertical de su madre infectada por el VIH corren el riesgo de desarrollar una enfermedad grave relacionada con la vacuna. Por lo tanto, los niños que se sabe que están infectados por el VIH no deben vacunarse con BCG.

2.2.8 Rubéola

La rubéola es una infección vírica aguda y contagiosa. Aunque el virus de la rubéola suele causar una enfermedad exantemática y febril leve en los niños y los adultos, la infección durante el embarazo, sobre todo en el primer trimestre, puede ser causa de aborto espontáneo, muerte fetal, muerte prenatal o malformaciones congénitas, que constituyen el llamado síndrome de rubéola congénita.

El virus de la rubéola se transmite por gotículas en el aire, cuando las personas infectadas estornudan o tosen. Los humanos son el único huésped conocido.

Síntomas

En los niños, por lo general la enfermedad es leve, con síntomas que incluyen erupción cutánea, fiebre poco intensa (<39 °C), náuseas y conjuntivitis leve. El exantema, que se observa en el 50% al 80% de los casos, habitualmente comienza en la cara y el cuello antes de progresar hacia los pies, y permanece de 1 a 3 días. La inflamación de

los ganglios linfáticos en la parte posterior de las orejas y el cuello es la característica clínica más saliente. Los adultos infectados, con mayor frecuencia mujeres, pueden padecer artritis y dolores articulares, por lo general de 3 a 10 días.

Una vez que se contrae la infección, el virus se disemina por todo el organismo en aproximadamente 5 o 7 días. Habitualmente, los síntomas aparecen de dos a tres semanas después de la exposición. El periodo más contagioso por lo general es de 1 a 5 días después de la aparición del exantema.

Cuando el virus de la rubéola infecta a una mujer embarazada en las primeras etapas del embarazo, la probabilidad de que la mujer transmita el virus al feto es del 90%. Esto puede provocar aborto espontáneo, nacimiento muerto o defectos congénitos graves en la forma del síndrome de rubéola congénita. Los lactantes con el síndrome de rubéola congénita pueden excretar el virus durante un año o más.

Síndrome de rubéola congénita

Los niños con síndrome de rubéola congénita pueden padecer defectos de audición, defectos oculares y cardíacos y otros trastornos permanentes como autismo, diabetes mellitus y disfunción tiroidea, muchos de los cuales requieren tratamiento costoso, cirugía y otras modalidades de atención caras.

El mayor riesgo de síndrome de rubéola congénita se registra en los países en los que las mujeres en edad fértil no tienen inmunidad contra la infección (adquirida por vacunación o por haber contraído antes la enfermedad). Antes de la introducción de la vacuna, hasta cuatro niños de cada 1000 nacidos vivos nacían con síndrome de rubéola congénita.

Vacunación

La vacuna contra la rubéola contiene una cepa de virus vivo atenuado. Una sola dosis de vacuna confiere un nivel de inmunidad a largo plazo superior al 95%, que es similar al que genera la infección natural.

Las vacunas contra la rubéola están disponibles en preparaciones monovalentes (vacuna dirigida solo a un patógeno) o, más frecuentemente, en combinación con otras vacunas, como las vacunas combinadas contra el sarampión y la rubéola, contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola o contra la rubéola, el sarampión, la parotiditis y la varicela.

Las reacciones adversas a la vacuna por lo general son leves. Pueden consistir en dolor y enrojecimiento en el sitio de la inyección, fiebre leve, exantema y dolores musculares.

2.3 Definición de Términos

- **Población menor de 5 años**

Son habitantes de 1 día hasta 4 años, 11 meses con 29 días, que habita en un ámbito jurisdiccional, esta población es asignada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática.

- **Jurisdicción**

La Jurisdicción es una unidad técnico-administrativa desconcentrada por unidades ejecutoras o Redes de Salud, que cuenta con recursos y facultades para otorgar atención médica a la población asignada.

- **Inmunización**

Acción de conferir inmunidad mediante la administración de antígenos (inmunización activa) o mediante la administración de anticuerpos específicos (inmunización pasiva)

- **Vacuna**

Suspensión de microorganismos vivos atenuados o inactivados, o sus fracciones que son administrados al individuo sano susceptible con el objeto de inducir inmunidad protectora contra la enfermedad infecciosa correspondiente.

- **Vacunación**

Proceso de inducción y producción de inmunidad activa en un huésped susceptible. Se refiere también al acto físico de administración de la vacuna.

- **Indicador de acceso**

Mide el porcentaje (%) de los niños(as) que fueron captados por el servicio dentro y fuera del establecimiento e ingresados al calendario de vacunación con relación a la población total de ese grupo. Por lo general se usa las vacunas que son administradas en el recién nacido como son la BCG y la HvB.

- **Tasa de abandono o tasa de deserción (indicador de seguimiento)**

Permite calcular el número y porcentaje de niños (as) que no completan su esquema de vacunación, niños (as) que se pierden al seguimiento. Se puede utilizar la vacuna anti-polio, DPT/pentavalente, SPR, Neumococo, Rotavirus y otro.

- **Indicador de cobertura (indicador de resultado)**

Mide el porcentaje de los niños(as) programados que completaron sus esquemas de vacunación, por cada tipo de vacuna.

El numerador está conformado por los niños(as) que recibieron sus terceras dosis para el caso de vacunas que requieran tres dosis para conferir protección (OPV, Pentavalente, Neumococo) o dos dosis como es el caso de la vacuna de Rotavirus o una dosis como es el caso de BCG, HvB del RN, SPR, FA, 1er refuerzo de DPT, 2do refuerzo de DPT y 1er refuerzo de SPR.

El denominador lo constituye la población programada según el grupo de edad, el cual es específico para cada vacuna. La cobertura se calcula por cada vacuna.

En un programa regular de vacunación con un adecuado seguimiento de los niños captados, se espera perder hasta un 5% de niños que recibieron su primera dosis.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de Datos

Para presentar el informe de la experiencia profesional como Coordinador de la Estrategia Sanitaria de Inmunizaciones de la Red de Servicios de Salud La Convención, se recolectó y consolidó los datos, posteriormente construir los diferentes indicadores de vacunación, número de casos notificados, implementación de equipamiento de cadena de frío, recursos humanos y otros que contribuyeron en la ejecución de las diferentes actividades de vacunación en menores de 5 años.

Las fuentes de información que se utilizó fueron: Estadística e informática de la Red (HIS MINSA), oficinas de Epidemiología (VEA), Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), Sistema Integrado de Gestión Administrativa (SIGA), Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF), Plan Operativo Institucional (POI), Análisis de Situación de Salud (ASIS), Planes de Campaña de Vacunación en las Américas, Plan Táctico anual, Módulo de control de planilla de pagos.

3.2 Experiencia Profesional

El que suscribe Licenciado en Enfermería inicia a laborar en el año 1,995 (Mayo) a 1996 (mayo) en el Puesto de Salud de Condorama, en el Distrito del mismo nombre, Provincia Espinar, Departamento de Cusco en condición SERUMS equivalente de 6 horas y más 6 horas de labor por servicios no personales (Salud Básica), total 12 horas de labor diaria. El

mencionado establecimiento se encuentra a una altitud de 4,737 m.s.m. cumplí funciones de jefe de establecimiento de Salud y responsable de Área niño, área de daños, Programa Ampliado de Inmunizaciones, Programa de enfermedades diarreicas agudas, Programa de Infecciones respiratorias agudas que por cierto es el distrito de muy alto riesgo hasta la fecha en época de heladas y friaje.

En mayo del 1995 se desarrolló la campaña de vacunación contra el Sarampión, donde se vacunó 163 niños de 9 meses a 4 años, con 11 meses, con una densidad poblacional de 1.26 habitantes por Km² con solo de 4 trabajadores de salud en 15 días.

Dentro de las funciones como jefe del Establecimiento fue la planificación de las actividades del año, control de personal, gestión de la construcción de un ambiente para almacén de (papillas) alimentación complementaria, monitoreo de las actividades, evaluación semestral y anual de las actividades, reuniones de concertación con los representantes del municipio y comunidades.

En la actividad sanitaria, Atención de enfermería (morbilidad), actividades de promoción de la Salud, actividades preventivas (Inmunizaciones), capacitación a agentes comunitarios, prioritariamente extramural.

1,997 (febrero) a 2,000(agosto) laboró por servicios no personales de 12 horas de labor en el Centro de Salud Quellouno como responsable de área niño y del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), con una

población asignada por INEI de 1,115 niños menores de 5 años, con 38 comunidades muy dispersas, 10 trabajadores de salud (1 Médico, 2 Licenciadas en Enfermería, una Obstetra, 4 Técnicos en enfermería, un Biólogo y un Chofer), el centro de Salud Quellouno se encuentra a una distancia de 286.6 Km desde la ciudad del Cusco, a una altitud de 800 m.s.n.m, con densidad poblacional 22.6 habitantes por Km²; por entonces estaba a su cargo del equipo de salud a 06 Puestos de Salud, los años 97 a 99 hubo epidemia de malaria, presentándose más 2,500 casos durante el año 2017. Todo el distrito de Quellouno es endémica para enfermedades metaxénicas (Malaria, Fiebre Amarilla, Leishmaniasis y Bartonelosis), infectocontagiosas como Tuberculosis, Hepatitis B, y zoonótica como Liptospirosis, además otras enfermedades prevalentes (Enfermedades diarreicas agudas, Infecciones respiratorias agudas, Anemia, Desnutrición Crónica entre otras); en el año 1998 se produjo brote de cólera con más de 10 casos ninguno fallecido.

Función como Responsable de Inmunizaciones y área niño fue:

- Realizar la Programación de metas de las diferentes actividades del año, para los 06 establecimientos de salud.
- Capacitar al personal de Salud de los 06 establecimientos en temas relacionados a inmunizaciones, IRA, EDA, AIEPI, entre otras.
- Supervisar, monitorear y evaluar las actividades programadas del año en los 06 establecimientos de salud.

- Realizar la atención integral del niño en el establecimiento a mi cargo (Centro de Salud), intramural 30% y extramural 70% aproximadamente, en los tres primeros años trabajo en equipo y solidario, sin embargo, último año de mi labor en el centro de salud se desarticuló por diferentes razones.
- Tuve la oportunidad de realizar la atención, tratar al con cólera en número de 10 casos, lograr el saneamiento intradomiciliario adecuado en dos comunidades con casos de cólera, así mismo ver un caso de Fiebre Amarilla, casos de liptospirosis, malaria Vivax, Leishmaniasis cutánea y mucocutanea, Hepatitis B.
- Realicé actividades preventivas promocionales de las enfermedades antes mencionadas.
- Por primera vez en el año 1,997 se implementó la vacunación contra Hepatitis B a Recién Nacidos y al personal de salud, 1,998 vacunación contra Hepatitis A al personal de salud y a escolares.
- Se incrementó las coberturas al año 2,000 en las diferentes actividades preventivas.

2,000 (setiembre) a 2,004 (enero) laboré en una ONG de cooperación Internacional denominada "Fundación Intervida" cuyo objetivo fue Infancia Educación, salud, seguridad alimentaria, actividad realizada preventivo promocional y de atención integral en las Instituciones Educativas de las Provincias de Canchis, Canas, Quispicanchis del Departamento de cusco, en el proyecto mencionado además de aportar los conocimientos

académicos y prácticas en el manejo de casos de enfermedades prevalentes, guías, protocolos de atención, tuve la oportunidad de fortalecer mis conocimientos en la parte administrativa, realizando diplomados en los diferentes temas de salud pública.

2,004 (febrero) a setiembre labore en el Puesto de Salud Chapo Boyero jurisdicción del Centro de Salud Quellouno, realizando actividades inherentes de primer nivel de atención tanto como jefe del Establecimiento como asistencial en la ejecución de los diferentes programas de salud.

2,004, octubre fue invitado y rotado a la Red de servicios de Salud La Convención para cumplir la función de coordinador de la estrategia Sanitaria de Inmunizaciones y Programa Presupuestal Articulado Nutricional.

3.3 Procesos realizados en el tema el informe

La Red De Servicios de Salud La Convención es una unidad ejecutora del Gobierno Regional de Cusco 204 Km de la ciudad de Cusco, tiene a su cargo 76 establecimientos de salud: 42 categoría I-1, 19 categoría I-2, 08 categoría I-3, 06 categoría I-4 y 01 hospital referencial categoría II-1, en todos los niveles de atención se realiza la vacunación las doce horas del día, en la mayoría es atendido por Profesionales de enfermería y en pocos por técnicos de Enfermería capacitado.

Funciones del coordinador de la estrategia Sanitaria de Inmunizaciones:

1. Planificación y Programación de metas físicas y presupuestales para los 76 puntos de atención (EE. SS.), en los diferentes productos y sub productos, se programa en los meses de mayo y junio del año anterior todas las específicas de gastos de acuerdo al Kit aprobados por MINSA y MEF, los mismos son ingresados al SIGA PpR y SIGA logístico (cuadro de necesidades), en ello se programa de acuerdo a las necesidades de cada centro de atención como: insumos (Biológicos, jeringas, algodón, jabón bactericida, tarjetas de atención integral del niño, registro de HIS, FUA, combustibles etc.); Equipos de cadena de Frio y mantenimiento de los mismos; Personal de Salud (Enfermeras y Técnicos), Capacitaciones para el personal de salud (alquiler del local, refrigerios, Viáticos, etc.); Supervisiones (combustible, viáticos, etc.). Consolidado de las actividades de planificación se plasma en Plan Táctico con sus respectivos términos de referencia (TdR) y es insertado en el Plan Operativo Institucional (POI).
2. Ejecución de las actividades programadas para cada centro de costo, incluye requerimiento de equipos, insumos, materiales con las especificaciones técnicas de acuerdo a los estándares establecidos por MINSA, dicho requerimiento se realiza en el módulo logístico del SIGA y de acuerdo a las necesidades se distribuye trimestralmente.

3. Evaluación de las actividades programadas y ejecutadas con la participación de los micros redes y establecimientos de salud, dicha evaluación se realiza semestral y anualmente, la evaluación es un insumo para identificar nudos críticos y buscar alternativas de solución con los mismos actores de la parte operativa.
4. Capacitación al personal de salud descentralizada es decir en cada Micro Red, en vacunación segura, cadena de frio, vigilancia de enfermedades inmunoprevenibles, Eventos Supuestamente Atribuidos a la Vacuna, gestión de la estrategia de Inmunizaciones, construcción y monitoreo de los indicadores, esquema de vacunación vigente. La capacitación se realiza cada año antes de la semana de vacunación en las Américas.
5. Supervisión a los establecimientos de salud, con prioridad a las cabeceras de las Micro redes, con la finalidad de mejorar la gestión y ejecución de las metas físicas programadas, implementación de Normas Técnicas de esquema de vacunación, cadena de frio, atención integral de salud y fortalecer las competencias en servicio, frente a las dificultades buscar alternativas de solución con el equipo Local.
6. Monitoreo mensual de actividades y la retroalimentación a los puntos de atención, se presenta cada quincena del mes siguiente los avances de las metas físicas y financieras a la Dirección de atención integral de salud y a la Dirección ejecutiva de la RED.

7. Asistencia Técnica a los equipos locales con dificultades en la ejecución de las actividades con la finalidad de mejorar las competencias técnicas.
8. Se elaboran y se ejecutan actividades complementarias como las campañas de vacunación contra una determinada enfermedad como Barrido contra Sarampión y Rubéola congénita en los años 2005 y 2006 en la población de 2 a 39 años varones y mujeres, campaña de vacunación contra la Fiebre amarilla y cierre de brecha en los año 2007 a la población de 2 a 59 años, Campaña de vacunación contra Hepatitis B en el año 2008 a la población de 5 a 19 años, Campaña de vacunación contra la Poliomiелitis y Sarampión en el año 2011 a la población de 1 a 4 años, Campaña de vacunación contra el Sarampión en el año 2016 a la población de 2 a 5 años, Campañas de vacunación en las Américas en el mes de abril y mayo todos los años; actividades de vacunación (bloqueo o barrido) por algún brote a nivel Local, Regional o Nacional.

IV. RESULTADOS

Cuadro N° 4.1:

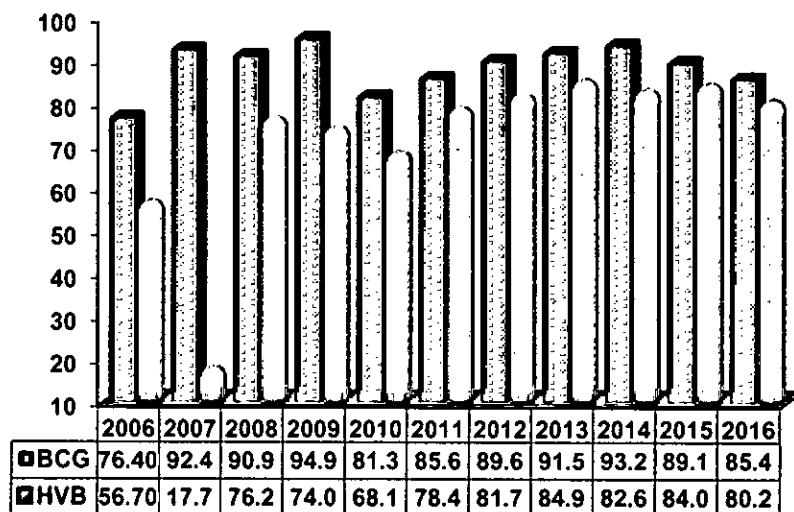
Coberturas de vacunas por grupo de edad 2006 – 2016

AÑOS	Grupo etareo	Recien Nacido		Niños menor de 1 año			Niño de 1 año				Niño de 4 años
	VACUNAS	Vacuna BCG	Vacuna HMB	Vacuna Pentavalente	Vacuna Antipolio	Vacuna Rotavirus	Vacuna SPR	Vacuna Antiamarillica	Vacuna Antinaumocócica	Vacuna DPT 1er Refuerzo	Vacuna DPT 2do Refuerzo
2006	Meta	3644	3644	3644	3644		3713	3713			3903
	N°	2784	2086	2862	2863		1714	3179			63
	Cobt	76.4	56.7	78.5	78.3		46.2	85.6			1.6
2007	Meta	2992	2992	2992	2992		3020	3020			3082
	N°	2764	530	2275	2308		2898	2984			2014
	Cobt	92.4	17.7	76.0	77.1		96.0	98.8			65.3
2008	Meta	2911	2911	2911	2911	2911	2938	2938		2938	3008
	N°	2646	2217	2660	2646	363	2561	2611		1454	541
	Cobt	90.9	76.2	91.4	90.9	12.5	87.2	88.9		49.5	18.0
2009	Meta	2817	2817	2817	2817	2817	2848	2848	2848	2848	2881
	N°	2672	2084	2598	2597	1090	2614	2147	142	2604	2585
	Cobt	94.9	74.0	92.2	92.2	38.7	91.8	75.4	5.0	91.4	89.7
2010	Meta	2986	2986	2986	2986	2986	2970	2970	2970	2970	2988
	N°	2427	2038	2560	2533	2101	2722	2409	2024	2390	2227
	Cobt	81.3	68.3	86.4	84.8	70.4	91.6	81.1	68.1	80.5	75.0
2011	Meta	2777	2777	2777	2777	2777	2786	2786	2786	2786	2772
	N°	2376	2176	2638	2637	2488	2704	2617	2807	2591	2527
	Cobt	85.6	78.4	95.0	95.0	89.6	97.1	93.9	93.6	93.0	91.2
2012	Meta	2747	2747	2747	2747	2747	2763	2763	2763	2763	2766
	N°	2480	2243	2256	2304	2261	2406	2146	2184	2259	1955
	Cobt	89.6	81.7	82.1	83.9	82.3	87.1	77.7	79.0	81.8	70.7
2013	Meta	2644	2644	2644	2644	2644	2690	2690	2690	2690	2744
	N°	2419	2244	2596	2133	2545	2780	2314	2525	2164	2236
	Cobt	91.5	84.9	98.2	80.7	96.3	103.3	86.0	93.9	80.4	81.5
2014	Meta	2551	2551	2551	2551	2551	2613	2613	2613	2613	2691
	N°	2377	2108	2582	2524	2544	2795	2445	2625	2422	2162
	Cobt	93.2	82.6	101.2	98.9	99.7	107.0	93.6	100.5	92.7	80.3
2015	Meta	2482	2482	2482	2482	2482	2557	2557	2557	2557	2654
	N°	2212	2086	2533	2469	2530	2769	2582	2642	2584	2480
	Cobt	89.1	84.0	102.1	100.7	101.9	108.3	101.0	103.3	101.1	93.8
2016	Meta	2378	2378	2378	2378	2378	2441	2441	2441	2441	2559
	N°	2032	1908	2310	2304	2250	2429	2340	2389	2277	2068
	Cobt	85.4	80.2	97.1	96.9	94.6	98.5	95.9	97.9	93.3	80.8

Fuente: Oficina de estadística e informática RSSLC

Gráfico N° 4.1:

Cobertura de Vacunación de Recién Nacido 2006 – 2016

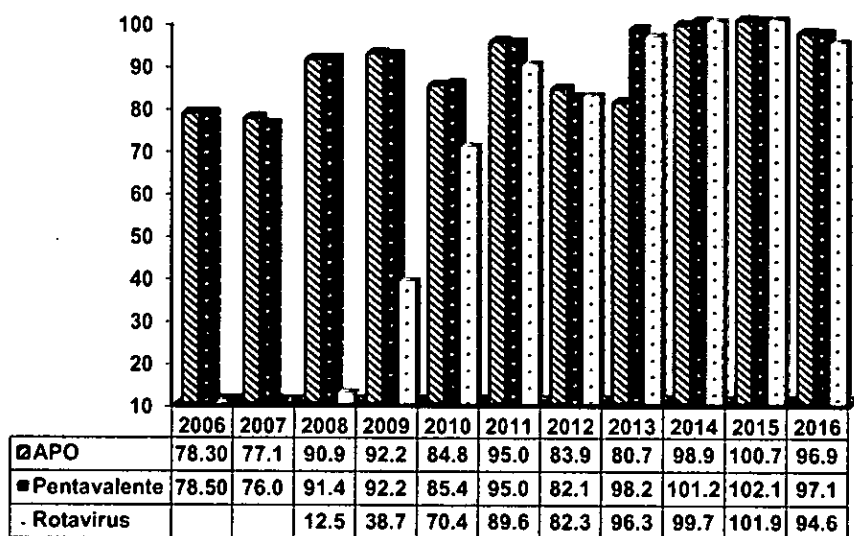


Fuente: Oficina de estadística e informática RSSLC

Análisis: La cobertura de vacunación en Recién Nacidos con la vacuna BCG es sostenible pero no adecuado en algunos años, sin embargo, la vacunación contra Hepatitis B, se mantiene por debajo de la cobertura de la vacuna BCG, esta brecha se debe a los partos domiciliarios que es aproximadamente 5% en forma global, incluso el parto domiciliario es 50% en comunidades nativas.

Gráfico N° 4.2:

Cobertura de Vacunación de menores de 1 año 2006 – 2016.



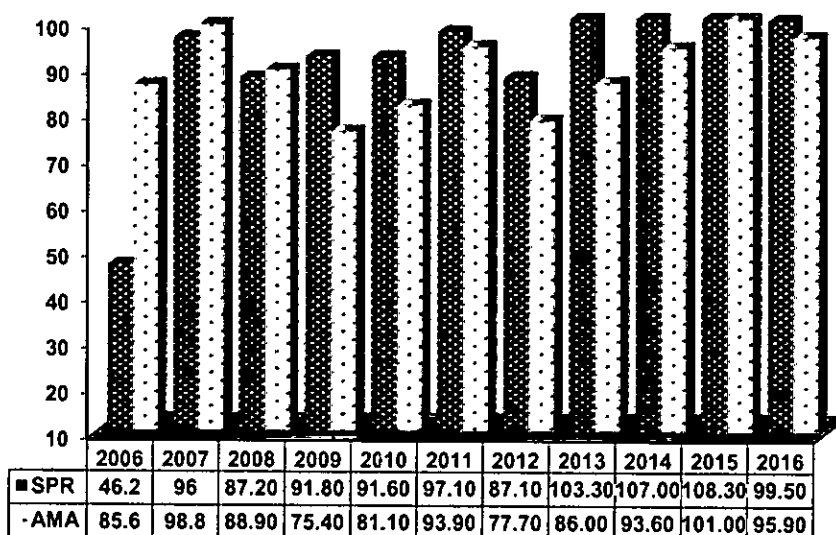
Fuente: Oficina de estadística e informática RSSLC

Análisis: La cobertura de vacunación en menores de un año antipolio oral, pentavalente y rotavirus son similares por encima de 95%, lo cual es aceptable para asegurar la protección de la población infantil, sin embargo, la cobertura contra la poliomielitis en los años 2012 y 2013 es baja por el desabastecido del nivel nacional por cambio del calendario de vacunación.

La vacuna Rotavirus ingresa al calendario de vacunación el año 2008. A partir de allí las coberturas han mejorado adecuadamente y sostenidamente, garantizando la protección contra el Rotavirus en la población objetivo.

Gráfico N° 4.3:

Cobertura de Vacunación a niños de 1 año 2006 – 2016.

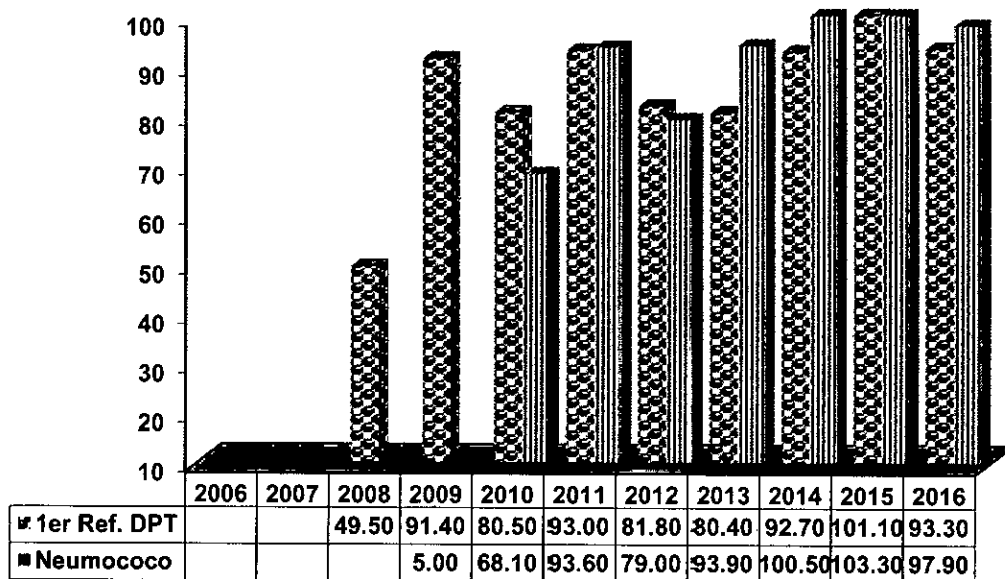


Fuente: Oficina de estadística e informática RSSLC

Análisis: La cobertura contra Sarampión, Rubéola y Papera (SPR) principalmente los últimos años es aceptable por encima de 95%, sin embargo, la cobertura contra la fiebre amarilla es menor en todos los años, si bien es cierto se incrementa en los últimos años sostenidamente, todavía deja susceptibles para los años posteriores, considerando que la Provincia la Convención es zona endémica para la Fiebre Amarilla. Uno de los factores es la presentación de la vacuna de 10 dosis, el personal para no perder trata de agrupar a los niños y muchos de ellos no acuden, llegando proteger en forma inoportuna después de 2 años.

Gráfico N° 4.4:

Cobertura de Vacunación a niños de 1 año 2006 – 2016.

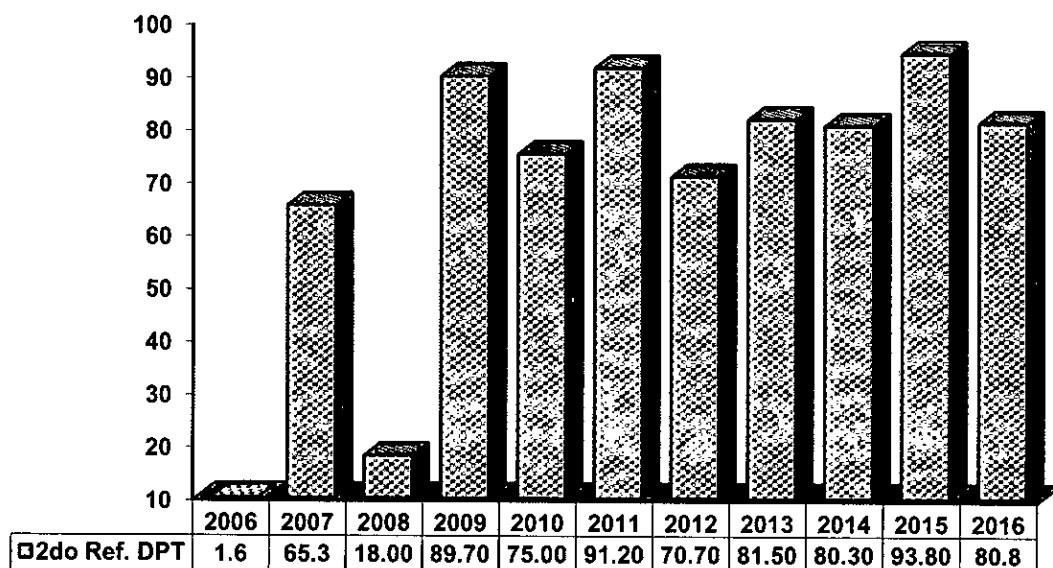


Fuente: Oficina de estadística e informática RSSLC

Análisis: La cobertura de vacunación DPT 1er refuerzo del año que la misma se implementó en el calendario de vacunación el año 2008 ha mejorado por encima del 90%, a pesar de tener reacciones adversas incómodas para el niño. La vacuna contra el Neumococo se implemente en el Perú, en consecuencia, en la Convención a partir 2008 contra 7, 10 y 13 serotipos, se evidencia incremento sostenido en los últimos años por encima de 95% de cobertura, garantizando la protección a la población objetivo menor de 2 años. Estas vacunas son cruciales para evitar las complicaciones como neumonías, meningitis, otitis, sepsis, entre otras patologías y muerte en menores de 2 años principalmente.

Gráfico N° 4.5:

Cobertura de Vacunación a niños de 4 años 2006 – 2016.

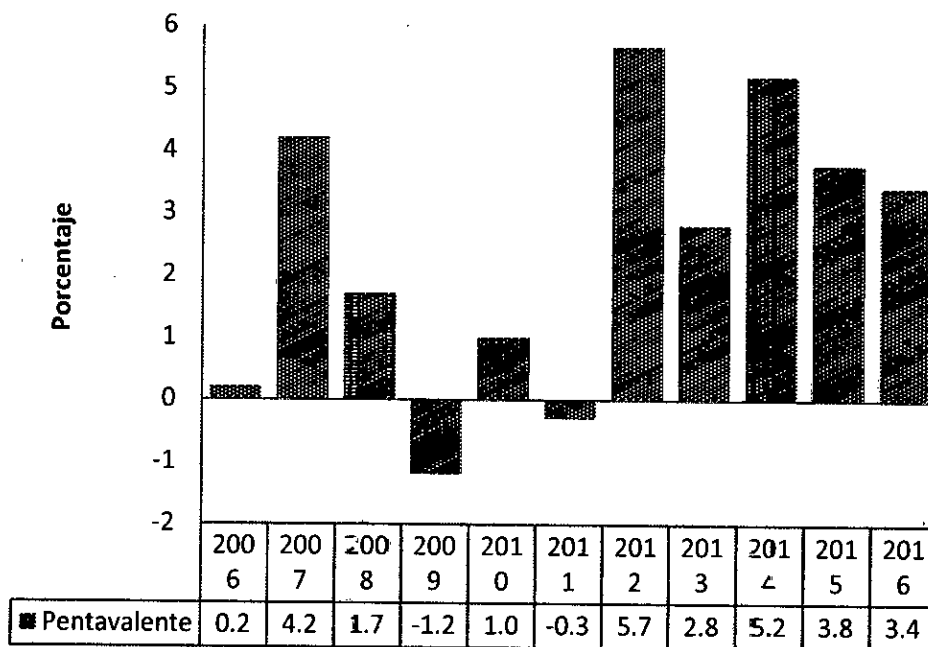


Fuente: Oficina de estadística e informática RSSLC

Análisis: El refuerzo de la vacuna DPT se ha implementado en la norma técnica desde el año 2008, a partir de allí las coberturas no son las más aceptables, pero mucho mejor las coberturas del nivel Regional y Nacional. Teniendo en cuenta que la vacuna DPT tiene reacciones adversas propias, frente a ello las madres se rehúsan a vacunar a sus menores hijos.

Gráfico N° 4.6:

Deserción de la vacuna pentavalente 2006 – 2016.



Fuente: Oficina de estadística e informática RSSLC

Análisis: La tasa de deserción en la mayoría de los años ha sido dentro de los parámetros aceptables (0 a 5%), lo cual implica pocos bolsones susceptibles para pertussis principalmente.

Cuadro N° 4.2:

Coberturas de Campaña de Vacunación 2005 – 2016

ACTIVIDADES IMPORTANTES	AÑO	META	VACUNADOS	COBERTURA ADMINISTRATIVA	COBERTURA DE MONITOREO RÁPIDO	OBJETIVOS
Campaña de vacunación sarampión y rubéola de 2 a 16 años	2,005	55,396	44,876	81.01%	98.10%	Eliminación del Sarampión y Rubéola Congénita
Campaña de vacunación sarampión y rubéola de 2 a 39 años	2,006	62,633	60,104	95.96%	97.90%	Eliminación del Sarampión y Rubéola Congénita
Campaña de vacunación contra la fiebre Amarilla de 2 a 59 años	2,007	133,124	135,492	101.77%	98.80%	Control de la Fiebre Amarilla Selvática
Campaña de vacunación contra Hepatitis B de 2 a 19 años	2,008	45,543	44,723	98.19%	97.60%	Control del Hepatitis B
Campaña de vacunación de 1 a 4 años contra el Polio y Sarampión	2,011	11,915	10,900	91.48%	98.75%	Erradicación del Polio y Eliminación de Sarampión
Campaña de vacunación contra Sarampión y rubéola de 2 a 5 años	2,016	10,064	9,406	93.46%		Eliminación del Sarampión

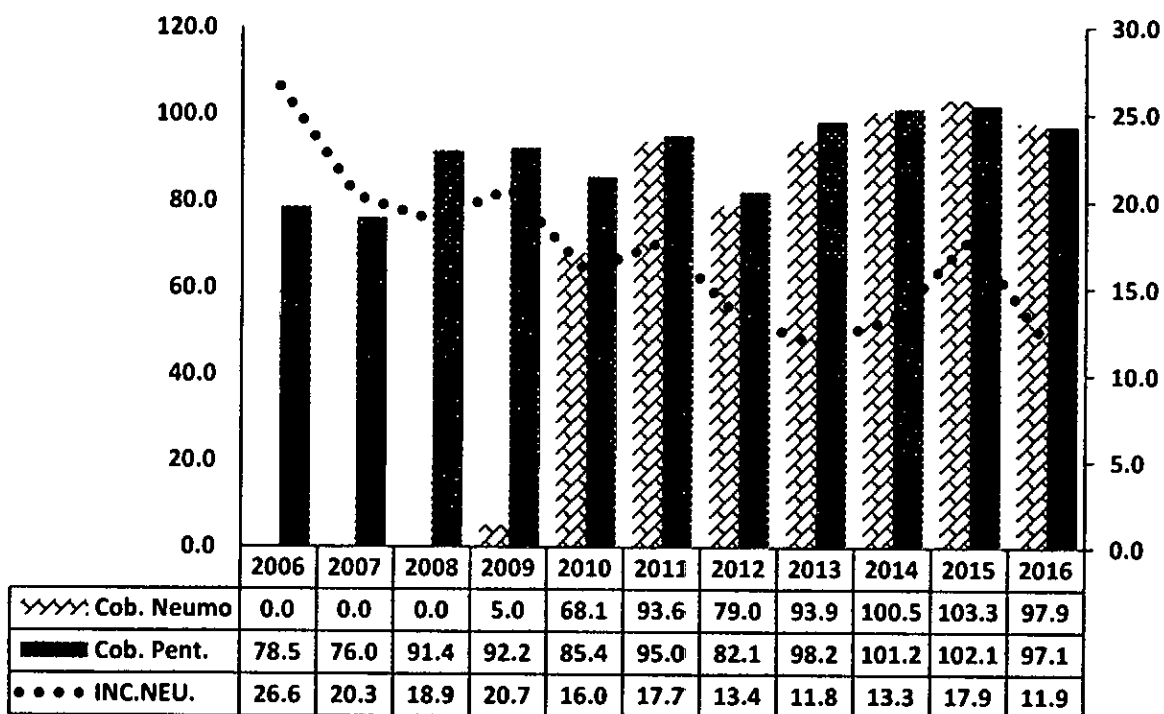
Fuente: Oficina de estadística e informática RSSLC

Análisis: Las grandes campañas de vacunación que se han desarrollado a nivel Nacional la Red de Salud siempre ha liderado en alcanzar las coberturas, tanto administrativas como en monitoreo rápido por encima de 95%, todos estos resultados son producto de una adecuada planificación, capacitación, ejecución, monitoreo y evaluación de los diferentes procesos.

La participación multisectorial y multidisciplinario ha vital para el éxito de las campañas de vacunación, muchas veces apoyan con personal, difusión en medio de comunicación masiva, refrigerios, combustibles, etc.

Gráfico N° 4.7:

Incidencia de neumonías menores de 5 años y las coberturas de vacunación antineumocócica y pentavalente 2006 – 2016.

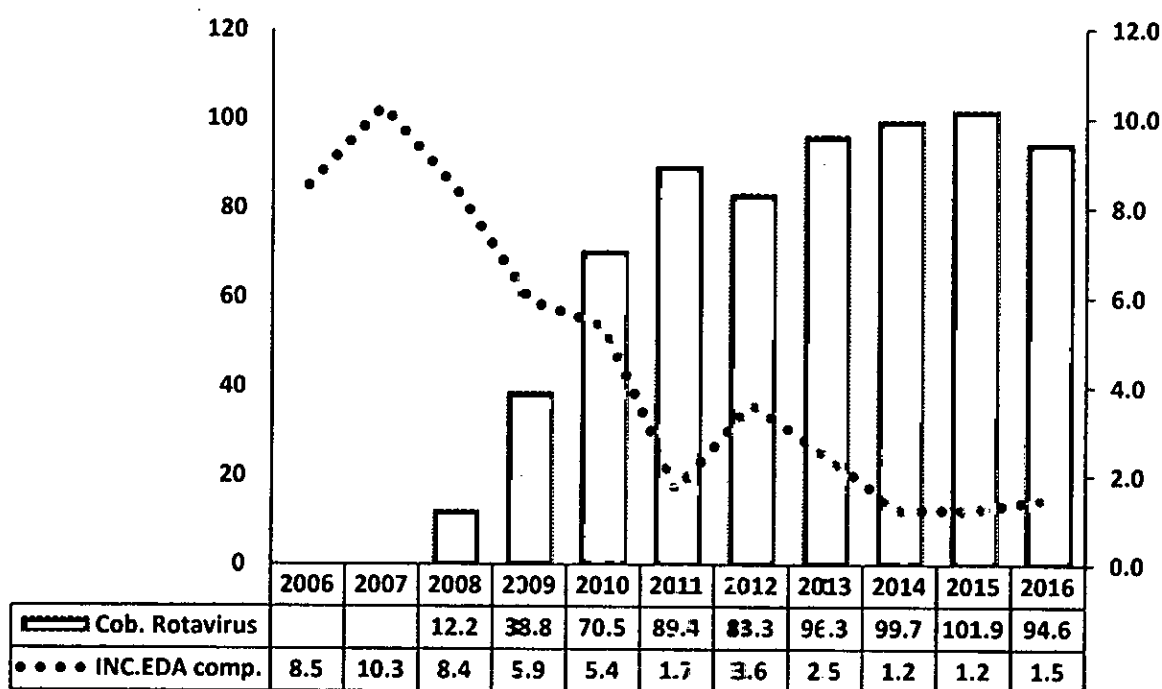


Fuente: Oficina de estadística e informática RSSLC

Análisis: Las coberturas de vacunación se evidencia más de 95% en los últimos años para las vacunas antineumocócica y pentavalente (*Haemophilus Influenzae* tipo b), se evidencia la disminución de la incidencia de neumonías en menores de 5 años, así mismo se puede aseverar desde el año 2005 no se ha diagnosticado la Tos Convulsiva o Pertussis o Coqueluche o Tosferina en la jurisdicción de la red de Servicios de Salud La Convención.

La Incidencia de Neumonías ha disminuido de 26.6 x mil (2006) a 11.9 x mil niños menores de 5 años (2016).

Gráfico N° 4.8: Incidencia de enfermedades diarreicas agudas complicadas en menores de 5 años y las coberturas de vacunación contra Rotavirus 2006 – 2016.



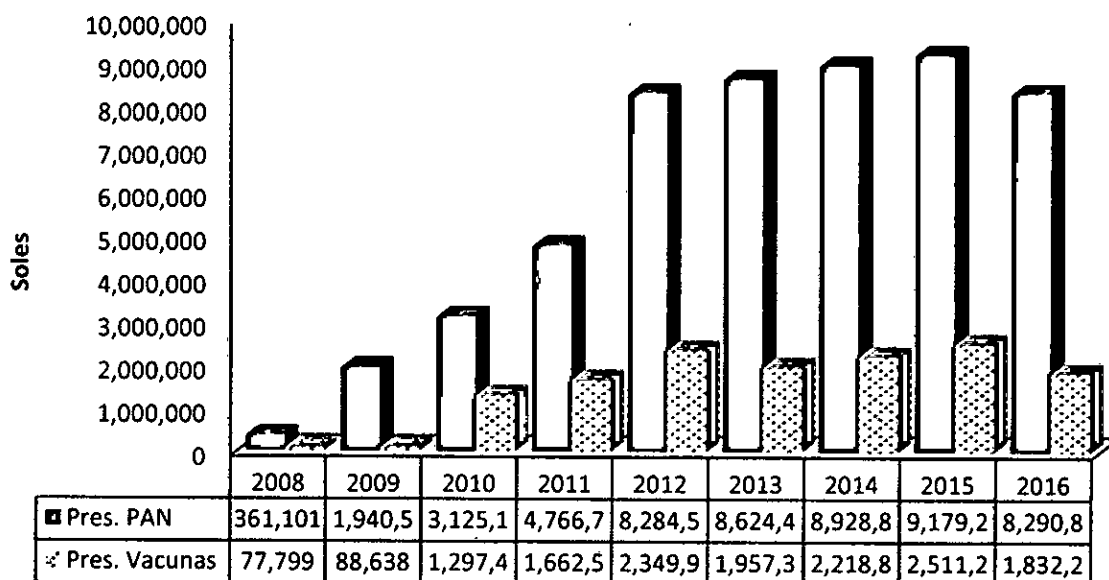
Fuente: Oficina de estadística e informática RSSLC

Análisis: En el año 2008 se introduce la vacuna contra rotavirus, a partir de allí las coberturas se incrementan sostenidamente, como producto de ello la incidencia de enfermedades diarreicas agudas complicadas ha disminuido de 8.5 x mil (2006) a 1.5 x mil (2016) en los últimos años.

Las vacunas adecuadamente administradas y en las edades correspondientes tienen resultados en la incidencia o prevalencia de las enfermedades inmunoprevenibles, como se evidencia en los diferentes cuadros y gráficos.

Gráfico N° 4.9:

Presupuesto del al PAN y niño con Vacuna completa 2008 – 2016.



Fuente: Oficina de estadística e informática RSSLC

Análisis: El Presupuesto del Programa Presupuestal Articulado Nutricional hasta el año 2015 ha tenido un incremento sostenido, con respecto al presupuesto Producto de niño con vacuna completa también se ha mantenido en incremento, esto ha permitido desarrollar todas las actividades inherentes a inmunizaciones, es más la ejecución presupuestal todos los años siempre ha sido 100%.

V. CONCLUSIONES

- a) La Red de Salud La Convención mantiene una cobertura de vacunación mayor al 95% en los últimos años y en todas las vacunas, garantizando la eficacia y la protección de la población objetiva y susceptible.
- b) Una buena planificación, programación, ejecución, monitoreo y evaluación, tiene un adecuado resultado esperado en el cumplimiento de las metas y objetivos de la Institución, que trasciende a todos los establecimientos de salud de la jurisdicción.
- c) Ausencia de casos inmunoprevenibles en la población menor de 5 años está relacionado directamente a las coberturas de vacunación que, cada establecimiento de salud ejecuta las actividades y la vigilancia epidemiológica permanente.
- d) La Organización y Planificación es un aspecto crucial para el éxito de las campañas de vacunación e inmunización regular.

VI. RECOMENDACIONES

- a) Continuar sostenidamente con el monitoreo y evaluación de los indicadores de cobertura, acceso, seguimiento y deserción, con la finalidad de mantener las coberturas por encima del 95% en todas las vacunas en la jurisdicción de la Red de Servicios de Salud La Convención.
- b) Continuar con la Planificación, Programación, monitoreo y evaluación oportuna y continua con la participación de los responsables del Programa Presupuestal Articulado Nutricional, con la finalidad de proveer insumos, materiales, recursos humanos, equipos necesarios para los establecimientos de salud y que contribuyan en cumplimiento de las actividades programadas.
- c) Continuar con la vigilancia epidemiológica activa de las enfermedades inmunoprevenibles, para la intervención oportuna fortaleciendo las capacidades en definición de casos del recurso humano.
- d) Las actividades de planificación y programadas deben tener una participación activa de los responsables del Programa Presupuestal Articulado Nutricional de cada punto de atención, teniendo como insumo el ASIS de la Provincia y con el sustento técnico de las brechas de recursos humanos, presupuesto, equipamiento, insumos y materiales.

VII. REFERENCIALES

1. Rev. chil. pediatr. v.77 n.4 Santiago ago. 2006
2. Salud pública Méx vol.51 no.4 Cuernavaca jul./ago. 2009
3. Rev Cubana Salud Pública v.37 n.1 Ciudad de La Habana ene.-mar. 2011
4. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 10(3), 2001
5. Rev Fac Med UNAM, 2002
6. Rev Cubana Salud Pública v.37 n.1 Ciudad de La Habana ene.-mar. 2011
7. <http://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/7967>
8. <https://www.axahealthkeeper.com/blog/la-definicion-de-salud-segun-la-oms-infografia/>
9. <https://www.cdc.gov/pertussis/countries/index-sp.html>
10. <http://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-21>
11. <http://www.diresacusco.gob.pe/estaditica/monitoreo/Boletin%20estadistico2015.pdf>
12. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662011000100013&script=sci_arttext&lng=en
13. <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/8634/6562.pdf?sequence=1>
14. <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2002/un023g.pdf>
15. <http://www.who.int/immunization/en/>

A N E X O S

ACCIONES DE CAPACITACION



CAPACITANDO AL PERSONAL EN LA SEDE RED



CAPACITANDO AL PERSONAL EN UNA MICRO RED

SUPERVISIONES A LOS ESTABLEMIENTOS DE SALUD



VIAJE DE SUPERVISIÓN EN EQUIPO A UNA MICRO RED EN UN BOTE



VIAJE DE SUPERVISIÓN A UN IPRESS A PIE



VIAJE DE SUPERVISIÓN A UN IPRESS EN ACEMILA



SUPERVISIÓN RECIBIDA DEL NIVEL CENTRAL

CONFERENCIA DE PRENSA EN LAS CAMPAÑAS DE VACUNACION



CONFERENCIA DE PRENSA LOCAL CAMPAÑA DE VACUNACIÓN HVB



CONFERENCIA DE PRENSA LOCAL CAMPAÑA DE CIERRE DE BRECHA

PARTICIPANDO EN LAS CAMPAÑAS DE VACUNACION



VACUNANDO CONTRA LA FIEBR AMARILLA EN UN BROTE



ORGANIZANDO LAS BRIGADAS DE VACUNACION

MATERIALES DE DEFUSION ELABORADOS



BANNER ELABORADO POR EL EQUIPO DE INMUNIZACIONES



MATERIALES ELABORADOS POR AUTORIDADES LOCALES

VACUNACION EN LA POBLACION EXCLUIDA



POBLACION SEMICONTACTADA VACUNADOS



VACUNACION AL RECIEN NACIDO EN COMUNIDAD NATIVA

LANZAMIENTO DE LAS CAMPAÑAS DE VACUNACION



MATRIZ N° 1 - PROGRAMAS PRESUPUESTALES

FORMULACIÓN DE OBJETIVOS, PRODUCTOS, ACTIVIDADES Y SUB PRODUCTOS - 2016

DENOMINACIÓN: DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD - CUSCO

ORGANO DESCONCENTRADO:

CENTRO DE COSTO/ PUNTO DE ATENCIÓN:

PROGRAMA PRESUPUESTAL: ARTICULADO NUTRICIONAL

CD.OE.	OBJETIVO ESPECÍFICO	COD.PROD	PRODUCTO	COD.ACTIVIDAD	ACTIVIDAD	COD.SUB PRODUCTO	SUB PRODUCTO SUB FINALIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	META FISICA ANUAL	CRONOGRAMA DE ACTIVIDAD Y SUB PRODUCTOS				PRESUPUESTO REQUERIDO BIENES Y SERVICIOS Y ACTIVOS NO FINANCIEROS												
										I	II	III	IV	DEMANDA GLOBAL	RO	RDR	D y T (SIS)	OTROS	BRECHA = A- (B+C+D+E)							
																				SIGA (A)	PIA 2015 (B)	PIA 2015 (C)	REPERENCIA A CONV ENTO	Copert rees. Muid p atidade		
OBJETIVO GENERAL DEL PLAN OPERATIVO 1.: CONDUCCION DE LA GESTION DE LA ESTRATEGIA NUTRICIONAL																										
CE11	MEJORAR LA GESTION DE LA ESTRATEGIA	3000001	ACCIONES COMUNES	5004428	MONITOREO, SUPERVISION, EVALUACION Y CONTROL DEL PROGRAMA			INFORME	26	7	6	7	6	214225.5	36854	0	0	0	178371.5							
										4427002	MONITOREO DEL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL	12	3	3	3	3	214225.5	36854	0	0	0	178371.5				
										4427003	EVALUACION Y CONTROL DEL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL	2	1		1					0	0	0	0			
										4427004	SUPERVISION DEL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL	12	3	3	3	3				0	0	0	0			
OBJETIVO GENERAL DEL PLAN OPERATIVO 2.: MEJORAR LA ALIMENTACION Y NUTRICION DEL MENOR DE 36 MESES																										
OBJETIVO GENERAL DEL PLAN OPERATIVO 3.: REDUCCION DE LA MORBILIDAD EN IRA, EDA Y OTRAS ENFERMEDADES PREVALENTES																										
CE31	FORTALECER LOS HOGARES QUE ADOPTAN PRÁCTICAS SALUDABLES PARA EL CUIDADO INFANTIL Y ADECUADA ALIMENTACION PARA EL MENOR DE 36 MESES	3003254	NIÑOS CON VACUNA	5000017	APLICACION DE NIÑOS CON VACUNA COMPLETA			NIÑO PROTEGIDO	6930	1731	1734	1732	1733	3625445	1115520	0	0	0	2506925							
									3326401	VACUNACION NIÑO < 1 AÑO	2182	545	545	545	545	3025445.32	1115520				2506925					
									3326402	VACUNACION NIÑO = 1 AÑO	2235	550	550	550	550						0					
									3326403	VACUNACION NIÑO = 4 AÑOS	2313	570	570	570	570						0					
									3326404	VACUNACION NIÑO RED EN NACIDO	1021	255	255	255	255						0					
									3326405	VACUNACION NIÑO = 2 AÑOS	101	25	25	25	25						0					
									3326406	VACUNACION NIÑO = 3 AÑOS	98	24	25	24	25						0					
									3326407	VACUNACION NIÑO DE MADRE VIH	0	0	0	0	0						0					
									3326408	ATENCION DE LAS REACCIONES ADVERSA A LAS VACUNAS	7	1	2	2	2						0					
									3003255	NIÑOS CON CRED COMPLETO SEGUN EDAD	5000018	ATENCION A NIÑOS CON CRECIMIENTO Y DESARROLLO - CRED COMPLETO PARA SU EDAD			NIÑO CONTROLADO	6323	1580	1581	1581	1581	3084411	1176986	0	0	0	1907425
									3326501	NIÑOS CRED < 1 AÑO						2109	527	528	527	527	3084411.04	109998				1907425
									3326502	NIÑO 1 AÑO CON CRED COMPLETO						2100	525	525	525	525						0
									3326503	NIÑOS CRED 2 AÑOS						2114	528	528	528	528						0
									3326504	VISTA DON QUIJARIJA DE SEGUIMIENTO CRED						6323	1580	1581	1581	1581						0
3326505	DOSALEDE HEMOGLOBINA						6323	1580	1581	1581	1581						0									
3326506	TEST DE GRAHAM						4214	1053	1054	1053	1054						0									
3326507	EXAMEN SERIADO DE HECEZ						4214	1053	1054	1053	1054						0									
3003259	NIÑOS CON SUPLEMENTO DE HIERRO Y	5000019	ADMINISTRAR SUPLEMENTO DE HIERRO Y VITAMINA A			NIÑO SUPLEMENTADO	4209	1052	1052	1052	1053	793209	2460	0	0	0	790748.6									

CONSOLIDADO DE CUADRO DE NECESIDADES POR PRODUCTO / META / FTE, FTO. / CLASIFICADOR DE GASTOS DE METAS PPR DEL AÑO 2016

FASE - REQUERIDO

UNIDAD EJECUTORA : CGA RED DE SERVICIOS DE SALUD LA CONVENCIÓN - OUSO

MOD. DEMONSTRACIÓN : 00170

Programa	Producto / Meta / Fte. Fto. / Clasificador	Descripción Clasificador	Valor \$/.
----------	--	--------------------------	------------

0001 PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL

3003254 NIÑOS CON VACUNA COMPLETA

0085 NIÑOS CON VACUNA COMPLETA

1-00 RECURSOS ORDINARIOS

2.3.1.2.1.1	VESTUARIO, ACCESORIOS Y PRENDAS DIVERSAS	7,892.50
2.3.1.3.1.1	COMBUSTIBLES Y CARBURANTES	113,376.00
2.3.1.3.1.3	LIBRACANTES, GRASAS Y AFINES	1,956.00
2.3.1.3.1.2	PAPELERIA EN GENERAL, ÚTILES Y MATERIALES DE OFICINA	13,224.78
2.3.1.5.3.1	ASEO, LIMPIEZA Y TOCADOR	18,415.13
2.3.1.5.4.1	ELECTRICIDAD, ILUMINACION Y ELECTRONICA	29,939.00
2.3.1.8.1.1	VACUNAS	1,121,775.29
2.3.1.8.1.2	MEDICAMENTOS	2,587.23
2.3.1.8.1.99	OTROS PRODUCTOS SIMILARES	61.43
2.3.1.8.2.1	MATERIAL, INSUMOS, INSTRUMENTAL Y ACCESORIOS MEDICOS, QUIRURGICOS,	23,182.18
2.3.2.1.2.2	VIAJES Y ASIGNACIONES POR COMISION DE SERVICIO	54,948.00
2.3.2.1.2.99	OTROS GASTOS	4,550.00
2.3.2.4.1.5	DE MAQUINARIAS Y EQUIPOS	390,780.00
2.3.2.7.1.1.99	SERVICIOS DIVERSOS	1,135.80
2.3.2.8.1.1	CONTRATO ADMINISTRATIVO DE SERVICIOS	1,787,343.90
2.3.3.1.1.3	PARA TRANSPORTE ACUATICO	16,580.00
2.3.3.2.1.2	MOBILIARIO	19,500.00
2.3.3.2.3.1	EQUIPOS COMPUTACIONALES Y PERIFERICOS	211,273.34
2.3.3.2.4.2	EQUIPOS	21,579.00
2.3.3.2.9.1	ALRE ACORDICIONADO Y REPERSECCION	2,800.00
2.3.3.2.9.4	ELECTRICIDAD Y ELECTRONICA	71,580.00
2.3.3.2.9.5	EQUIPOS E INSTRUMENTOS DE MEDICINA	14,553.00
2.3.3.2.9.8	EQUIPOS PARA VEHICULOS	3,580.00
2.3.1.1.1.1	ALIMENTOS Y BEBIDAS PARA CONSUMO HUMANO	3,023.16

Total Rubros: 3,577,614.59

Total Meta: 3,577,614.59

Total Producto: 3,577,614.59

Total Programa: 3,577,614.59

Total General: 3,577,614.59