



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DE HONDURAS



SECRETARÍA DE SALUD

LN42:2021

Lineamientos técnicos de la VII Campaña de Vacunación de Seguimiento contra el Sarampión, la Rubéola (CVSSR) y Poliomieltis, Honduras, 04 de julio al 31 de agosto, 2022

Tegucigalpa, M.D.C., Honduras C.A.

2022



Gobierno de la
República de Honduras



SECRETARÍA DE SALUD

LN 42: 2021

Lineamientos técnicos de la VII Campaña de Vacunación de Seguimiento contra el Sarampión, la Rubéola (CVSSR) y Poliomiélitis, Honduras, 04 de julio al 31 de agosto, 2022

Número de referencia

LN42: 2021



Autoridades

Licda. Alba Consuelo Flores
Secretaria de Estado en el Despacho de Salud

Dr. Roberto Enrique Cosenza
Subsecretario de Redes Integradas de Servicios de Salud

Dr. Nery Conrado Cerrato
Subsecretario de Proyectos e Inversiones de Salud

Dra. Elvia María Ardón
Directora General de Normalización

Dr. Roney Alcides Martínez
Director General de Redes Integradas de Servicios de Salud

Dra. Silvia Yolanda Nazar
Directora General de Vigilancia del Marco Normativo

Dra. Mireya Gertrudis Fuentes
Directora General de Desarrollo de Recursos Humanos

APROBACIÓN

Elvia María Ardón, Directora General de Normalización, mediante **RESOLUCIÓN No.02-DGN -2022 del 07 de enero del 2022**, me permito aprobar los LN42: **2021 “Lineamientos técnicos de la VII Campaña de Vacunación de Seguimiento contra el Sarampión, la Rubéola (CVSSR) y Poliomiелitis, Honduras, 04 de julio al 31 de agosto, 2022”**.



Gobierno de la
República de Honduras



SECRETARÍA DE SALUD

LN 42: 2021

Lineamientos técnicos de la VII Campaña de Vacunación de Seguimiento contra el Sarampión, la Rubéola (CVSSR) y Poliomiélitis, Honduras, 04 de julio al 31 de agosto, 2022

Tegucigalpa, M.D.C., Honduras C.A.

2022

Contenido

1. Introducción.....	7
2. Justificación de la VII campaña de vacunación de seguimiento	9
3. Objeto	10
4. Campo de aplicación	11
5. Marco de referencia.....	11
6. Términos y definiciones	12
7. Acrónimos.	13
8. Generalidades de las enfermedades prevenibles por vacunación, en eliminación:	14
9. Criterios que garantizan una CVS de alta calidad en Honduras.....	16
10. Fases de la CVS, por componentes y actividades claves, según periodos de ejecución.....	17
11. Componentes de la CVS de alta calidad:.....	18
11.1 Planificación y programación.....	18
11.2 Organización y gestión local.....	44
11.3 Capacitación.....	46
11.4 Ejecución.....	47
12. Indicadores según criterios de alta calidad.....	60
12.1 Eficacia.....	60
12.2 Homogeneidad.....	61
12.3 Oportunidad.....	62
12.4 Eficiencia.....	63
13. Presupuesto	66
14. Bibliografía	71
15. Anexos.....	72

1. Introducción

La Secretaría de Salud (SESAL) en el marco del Plan Nacional de Salud 2018 - 2022, para avanzar en el cumplimiento de los objetivos y metas nacionales de la Visión de País (2010-2038) y los lineamientos e indicadores del Plan de Nación (2010-2022), del sector de Bienestar y Desarrollo en el componente estratégico de Provisión de Servicios, una de sus prioridades son las acciones de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, que incluye la inmunización.

Desde la creación del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), la estrategia principal es la vacunación del programa sostenido o de rutina, ofertada en todos los Establecimientos de Salud (ES) públicos (SESAL e Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS)) y no públicos, para la población objetivo del PAI. Históricamente, se ha alcanzado una cobertura anual mayor al 95%, lo que ha fortalecido una cultura de vacunación, permitiendo mantenerla como una prioridad y compromiso político, favoreciendo la participación proactiva de la población demandante de los servicios. De esta forma se han alcanzado hitos históricos en la Salud Pública del país, tales como la eliminación de la Poliomiélitis, Sarampión, Rubéola y Síndrome de Rubéola Congénita (SRC) y el control del resto de Enfermedades Prevenibles por Vacunación (EPV), como la Difteria, Tos ferina, Hepatitis B, entre otras, contribuyendo así al bienestar de la población y fortaleciendo la institucionalidad de la SESAL y por ende la credibilidad en las acciones de vacunación del PAI.

Aunque la cobertura-nacional para la Vacuna Oral de la Poliomiélitis (VOP), ha sido mayor al 95%, no ha sido homogénea por regiones sanitarias y municipios, con una tendencia descendente a partir del año 2017 con un 90%, 88% en el 2019, hasta un 80% en el 2020 por el impacto de la pandemia COVID-19.

Con relación a la vacunación contra el Sarampión, Rubéola y Parotiditis (SRP), en el 2020 se alcanzó una cobertura de 82% con primera dosis y 79% con segunda dosis. Esto indica que cada día hay niños que no se vacunan y forman las nuevas cohortes de población susceptible (población no vacunada y vacunada que no dio respuesta a la vacuna), con el alto riesgo para la importación de casos de Sarampión de otras regiones del mundo, donde el Sarampión aún es endémico, y de países de América, como Venezuela y Brasil, donde se ha reinstalado la circulación endémica del virus del Sarampión.

En la región de las Américas, el último caso de Sarampión se presentó en 2002 y de Rubéola y SRC en 2009, siendo certificada como la primera región del mundo libre de la circulación endémica del virus de la Rubéola en 2015 y de Sarampión en 2016.

Cumpliendo con los compromisos internacionales adquiridos de sostenibilidad de la eliminación del Sarampión, la Rubéola, el SRC y el mantenimiento de la eliminación de la Poliomiélitis. En nuestro país, en los últimos 25 años, se han realizado seis Campañas de Vacunación de Seguimiento (CVS), iniciando en 1996 y posteriormente cada cuatro años (2000, 2004, 2008, 2012 y 2016).

La SESAL, a través del PAI, tenía programada realizar su VII CVS de alta calidad en el año 2020; la cual fue reprogramada inicialmente para el 2021, debido al alto contagio y letalidad de la pandemia de la COVID-19, desde marzo del 2020 a la fecha; por lo que el país, a través de decretos presidenciales, realizó medidas de contención del virus y bioseguridad (distanciamiento social, lavado de manos y uso de la mascarilla).

En marzo del 2021 la SESAL inició jornadas masivas de vacunación contra la COVID-19 para la población de alto riesgo, lo que obligó a reprogramar nuevamente la CVS para el 2022.

Es importante mencionar que las CVS han contribuido, de manera significativa, al logro de la meta de interrupción del virus endémico del Sarampión y la Rubéola, permitiendo fortalecer el programa sostenido de vacunación y la integración de otras intervenciones de promoción y prevención en salud.

El país, desarrollará la Campaña de Vacunación de Seguimiento (CVS) de alta calidad contra el Sarampión, la Rubéola y la Poliomiélitis, con el objetivo de vacunar a la población infantil de 6 meses a 4 años, 11 meses y 29 días con una dosis adicional de la Vacuna Polio Oral (bVOP) y con una dosis de Sarampión, Rubéola y Parotiditis (SRP), a la población de un 1 año de edad, hasta 6 años, 11 meses y 29 días. Disminuyendo con esto a cero o a menos del 5%, la población susceptible de enfermar, complicarse o morir por estas enfermedades, por lo que todos los sectores se sumarán al proceso de organización, planificación, ejecución y evaluación de la VII CVS de alta calidad.

El presente documento establece los lineamientos técnicos nacionales de la VII CVS de alta calidad, a fin de que el personal de salud de los diferentes niveles de atención, de acuerdo a sus competencias, se asegure de conocer, aplicar, supervisar y evaluar el cumplimiento de los lineamientos técnicos establecidos.

2. Justificación de la VII campaña de vacunación de seguimiento

- En septiembre de 2017 durante la “29ª Conferencia Sanitaria Panamericana de los Señores Ministros de Salud de los países de la Región de las Américas”, las campañas de vacunación de seguimiento se adhirieron al plan de acción para la sostenibilidad de la eliminación del Sarampión, la Rubéola y el Síndrome de Rubéola Congénita en las Américas (2018-2023), para mantener la condición de región libre de Sarampión y Rubéola.¹
- El objetivo del plan es mantener un alto grado de inmunidad de la población contra Sarampión y Rubéola, a través del logro de coberturas homogéneas mayor o igual al 95%, fortaleciendo el sistema de vigilancia epidemiológica de alta calidad, para evitar el restablecimiento de la transmisión endémica de estos virus en nuestra región.
- La última CVS en el país fue en 2016, dirigida a población de 1 a 5 años, alcanzando una cobertura mayor al 95%, no homogéneas a nivel nacional, en el período 2017 a 2021, se observan coberturas en el programa permanente menores de 95%, por lo que se realizan acciones de intensificación en la búsqueda de población susceptible²
- Entre 2016 y 2021, en el país se obtuvieron coberturas con SRP1 en el programa de rutina inferiores al 90% a excepción de 2016 y 2017 que fue mayor al 95%, en la población de 12 a 23 meses. En 2018, el país incorpora al programa de rutina la segunda dosis de SRP2 a los 18 meses, observando cobertura inferior al 95%, generando a la fecha una cohorte de población susceptible, similar a una cohorte de nacidos vivos de 199,449 niños entre 1 y 4 años de edad³ (Cuadro 1 y anexo 1).
- La cobertura de vacunación en el menor de un año para la vacuna bVOP, en el período 2016-2020 reporta variaciones en la cobertura, siendo superior al 100% en el año 2016 e inferior al 95% en el período 2017 a 2020, observándose descenso significativo de un 8% (88% a 80%) con relación al año 2019, asociado a la crisis política post elecciones, inseguridad ciudadana y social, disminución de vacunación extramuros por déficit de recursos vacunadores y logística de transporte, pandemia por la COVID-19 entre las principales causas.
- Al analizar la situación de la cobertura de vacunación con la vacuna bVOP en menores de un año por RS para el año 2020, ninguna región sanitaria logro cobertura igual o superior al 95%, siendo las regiones de mayor riesgo por cobertura inferior del 95% en orden descendente: Cortés (59%), Atlántida y MDC (71%), Francisco Morazán (74%), Islas de la Bahía (76%), MSPS (79%), Ocotepeque (81%), Gracias a Dios y Santa Bárbara (84%),

¹ OPS/OMS, CE160.R2-Plan de acción para la sostenibilidad de la eliminación del Sarampión, Rubéola y SRC en las Américas 2018-2023

² OPS/OMS.XXIV Reunión del GTA sobre ejecución y evaluación de las campañas de seguimiento, 2019

³ Evaluación de la VI Campaña de Alta calidad PAI, Honduras 2,016

Comayagua (86%), Copán e Intibucá (87%), Colón, Lempira Valle y Yoro (88%) y El Paraíso (89%).

Cuadro.1. Cálculo de población susceptible para Sarampión y Rubéola, CVS alta calidad, Honduras 2016-2021*

Variables	Población de 1 a 5 años						Total
	2016 (5 Años)	2017 (4 Años)	2018 (3 Años)	2019 (2 Años)	2020 (1 Años)	2021 (1 Años)	
Población de 12 a 23 meses	191,530	192,392	194,037	195,399	196,447	196,447	1,166,251
Número de niños vacunados con SRP1 de 12 a 23 meses	195,802	188,545	176,632	173,085	161,411	161,411	1,056,886
% de Cobertura	102%	98%	91%	89%	82%	82%	91%
Número de niños vacunados con SRP de 2 a 4 años (Esquema tardío)	0	1,635	5,894	3,386	3,212	3,212	17,339
Total de niños vacunados	195,802	190,180	182,526	176,471	164,623	164,623	1,074,225
Número de niños no vacunados con SRP	0	2,212	11,511	18,928	31,824	31,824	92,026
Vacunados y no inmunizados (10% de los vacunados)	19,580	19,018	18,253	17,647	16,462	16,462	107,423
Total de susceptibles	19,580	21,230	29,763	36,575	48,286	48,286	199,449
% de susceptibles por cohorte anual	10%	11%	15%	19%	25%	25%	17%

* Proyectada de agosto a diciembre

RIESGO	% DE SUSCEPTIBLES
ALTO	90-100%
MEDIO	50-89%
BAJO	50%

- En este contexto y de acuerdo a las recomendaciones del Grupo Técnico Asesor de las Américas (GTA) que indica que cuando la cohorte de población susceptible de 1 a 4 años es igual a la cohorte de nacimientos del año actual, se debe realizar las campañas de seguimiento a fin de asegurar la segunda dosis en forma masiva a los niños menores de 7 años. El país realizará la CVS de alta calidad con la aplicación de una dosis de SRP a la población de 1 a 6 años 11 meses 29 días y simultáneamente se vacunará con bVOP a la población de seis meses a 4 años 11 meses 29 días. Ofertando vacunación intramural y extramural en todo el país y teniendo en consideración que el escenario de la pandemia de la COVID-19 incrementará los costos asociados a las medidas de bioseguridad establecidas para garantizar la vacunación segura.⁴

3. Objeto

Establecer los lineamientos técnicos operativos de la VII CVS de alta calidad para mantener la eliminación del Sarampión, la Rubéola, SRC y la Poliomiélitis (CVSR/bVOP), en Honduras. Por medio de la vacunación de la población de 1 a 6 años 11 meses 29 días con SRP y a la población de 6 meses a 4 años 11 meses 29 días con bVOP, para disminuir el acúmulo de población susceptible y riesgo de brotes epidémicos.

La campaña de vacunación de alta calidad tiene como objetivos específicos:

⁴ Evaluación del PAI, Honduras 2,020

- Intensificar las acciones de información, educación y comunicación, a través de la implementación del Plan Estratégico de Comunicación y Movilización Social de la CVS de alta calidad.
- Fortalecer la participación de la sociedad civil a nivel nacional, incorporando todos los sectores en el proceso de planificación, organización, capacitación, microplanificación, ejecución y evaluación de la CVS de alta calidad.
- Iniciar y completar el esquema de vacunación con SRP en la población objeto de la CVS de alta calidad según corresponda, a través de la búsqueda activa de población no vacunada.
- Aplicar una dosis adicional de SRP y de bVOP a población objetivo, independientemente de su antecedente de vacunación previa (indiscriminada).
- Evaluar el cumplimiento de los criterios e indicadores de una CVS de alta calidad propuestos.

4 Campo de aplicación

Los lineamientos técnicos operativos de la VII CVS de alta calidad serán utilizados por los proveedores de servicios de vacunación en todos los ES públicos (SESAL e IHSS) y no públicos, que ofertan servicios de vacunación a la población hondureña.

5 Marco de referencia

Legal:

- Convención sobre los derechos del niño de 1989, artículo 24.
- Constitución de la República, Capítulo V de los Derechos del Niño, artículo 123.
- Cumbre Mundial a favor de la infancia, New York, USA 30 de septiembre de 1990.
- Código de la Niñez y la Adolescencia 1996, Título II, Capítulo II, sección segunda, artículo 16, inciso "b" y artículo 19, inciso "a".
- Código de Salud, Decreto No. 65-91, La Gaceta, Tegucigalpa, M.D.C, 1991, artículo 3.
- Ley de Vacunas de la República de Honduras, Decreto No. 288-2013, La Gaceta, Tegucigalpa, M.D.C, 26 de marzo de 2014.

6 Términos y definiciones

Para el propósito de este documento los siguientes términos y definiciones aplican:

6.1. Control: Disminución de casos y muertes a niveles que no constituyen un problema de salud.

6.2 Caso importado: En epidemiología de una enfermedad infecciosa, un caso que ha ingresado a una región por tierra, mar o transporte aéreo a diferencia de uno adquirido localmente.

6.3. Caso secundario: Es un caso confirmado que según las pruebas epidemiológicas estuvo expuesto a una enfermedad y forma parte de una cadena de transmisión inicial por un caso importado.

6.4. Eliminación: Es la interrupción de la transmisión endémica de una enfermedad en un área geográfica definida, país, subregión y región.

6.5. Erradicación: Interrupción de la transmisión de una enfermedad de persona a persona, eliminación del reservorio y la interrupción de las medidas preventivas.

6.6. Establecimientos públicos de salud: Se refiere a los Establecimientos de Salud públicos de la SESAL e IHSS que ofertan servicios de salud a la población hondureña, incluyendo la vacunación.

6.7. Establecimiento de Salud: Entendido como, todo local (ámbito físico) destinado a la provisión de servicios y asistencia a la salud, en régimen de internación y/o no internación, cualquiera sea su complejidad y su titularidad pública o privada

6.8. Esquema de vacunación: Es la normativa establecida por el país basada en evidencia, que permite la aplicación de vacunas por grupos de edad, para evitar enfermedades transmisibles prevenibles por vacunación de acuerdo al calendario establecido por el país.

6.9. Evaluación: Proceso que tiene como finalidad determinar el grado de eficacia y eficiencia, con que han sido empleados los recursos destinados a alcanzar los objetivos previstos, posibilitando la determinación de las desviaciones y la adopción de medidas correctivas que garanticen el cumplimiento adecuado de las metas presupuestadas.

6.10. Monitoreo: Es una herramienta de gestión y supervisión, es una serie de actividades diseñadas para controlar el avance de proyectos, programas o planes en ejecución en la CVS. Es el seguimiento de la ejecución de los lineamientos técnicos operativos de la

jornada, orientado a observar la ejecución de las actividades y metas programadas identificando las situaciones críticas para su análisis y corrección.

6.11. Supervisión: Es un proceso de asesoría técnica del quehacer gerencial (técnico y administrativo) que asegura que las actividades se realizan en cumplimiento de la normativa establecida en el país, teniendo en cuenta los requisitos de calidad y equidad. En este contexto la supervisión se convierte en una actividad de educación continua, donde el supervisor promueve la participación activa del supervisado, a través de la transmisión de nuevos conceptos, conocimientos y la identificación de problemas en la prestación de servicios y de la alternativa de solución.

7 Acrónimos.

AGI:	Área Geográfica de Influencia
AMHON:	Asociación de Municipios de Honduras
ARN:	Autoridad Regulatoria Nacional
APS:	Atención Primaria en Salud
bVOP:	Vacuna Oral Polio bivalente
CCNI:	Consejo Consultivo Nacional de Inmunizaciones
CVS:	Campaña de Vacunación de Seguimiento
CVSSRP/bVOP:	Campaña de Vacunación de Seguimiento Sarampión Rubéola y bivalente de Vacuna Oral de Polio
CIOMS:	Consejo Internacional de la Organización Mundial de la Salud
ECOR:	Equipo Coordinador de Red
EPV:	Enfermedades Prevenibles por Vacunación
ES:	Establecimiento de Salud
ESAVI:	Eventos Supuestamente Atribuidos a la Vacunación e Inmunización
FODA:	Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas
GTA:	Grupo Técnico Asesor de las Américas
IHSS:	Instituto Hondureño de Seguridad Social
INE:	Instituto Nacional de Estadística
LINVI:	Listado de niños y niñas para vigilancia integral
MRV:	Monitoreo Rápido de Vacunación
OMS:	Organización Mundial de la Salud
ONGs:	Organismos No Gubernamentales
OPS:	Organización Panamericana de la Salud
PAI:	Programa Ampliado de Inmunizaciones
PFA:	Parálisis Flácida Aguda
RS:	Región Sanitaria

RRHH:	Recursos Humanos
SESAL:	Secretaría de Salud
SNS:	Sistema Nacional de Salud
SRC:	Síndrome de Rubéola Congénito
SIVAC:	Sistema de Información de Vacunación
SR:	Sarampión Rubéola
SRP:	Sarampión, Rubéola y Parotiditis
TSA/ASA:	Técnico en Salud Ambiental/Auxiliar de Salud Ambiental
UNICEF:	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

8. Generalidades de las enfermedades prevenibles por vacunación, en eliminación:

8.1 Sarampión

Es una enfermedad vírica aguda sumamente contagiosa con síntomas prodrómicos, fiebre, conjuntivitis, coriza y manchas de Koplik, entre el tercero y séptimo día aparece exantema característico con manchas rojas y parduzcas de inicio en la cara y después se generaliza a todo el cuerpo. Se transmite fácilmente de persona a persona por gotitas de saliva que se expulsan al toser o estornudar o mediante secreciones infectadas.

La enfermedad es más grave en los lactantes y adultos que en los niños, presentando complicaciones como otitis media, neumonía, laringotraqueobronquitis, diarrea y encefalitis que pueden ser muy graves en países en donde la desnutrición es alta, provocando complicaciones e incluso la muerte. No existe tratamiento específico para el Sarampión y la medida más eficaz es la vacunación con dos dosis de SRP.⁵

Han transcurrido 24 años desde que Honduras reportó el último caso endémico de Sarampión, en el año 1997, siendo uno de los países de la región de las Américas que no ha presentado casos importados de Sarampión, manteniendo una vigilancia epidemiológica de alta calidad y una cobertura de vacunación superior al 95% en los últimos cinco años. Sin embargo, se ha observado un descenso en los últimos tres años, poniendo al país en riesgo de presentar casos secundarios (brote) ante la importación por el acúmulo de susceptibles.

⁵ David L. HEYMANN, Publicación científica y técnica N.635 El control de la Enfermedades Transmisibles, OPS/OMS,2018

8.1.2 Rubéola y Síndrome de Rubéola Congénita (SRC)

Es una enfermedad vírica, febril benigna que se caracteriza por un exantema maculopapuloso, puntiforme y difuso. Los niños suelen presentar pocos o ningún síntoma en general, pero los adultos presentan pródromos de uno a cinco días con fiebre, cefalea, malestar general, coriza, conjuntivitis leve, linfadenopatía retroauricular occipital y cervical y artralgias principalmente en las mujeres. Cerca del 50% de los casos de Rubéola no presentan síntomas.

La Rubéola es importante porque puede causar anomalías en el feto en las primeras 10 semanas de gestación de una mujer embarazada, conocido como Síndrome de Rubéola Congénita (SRC), que afecta hasta 90% de los hijos de mujeres que contrajeron la infección en las primeras 10 semanas de embarazo. Es raro que haya defectos cuando la madre se infecta después de la vigésima semana de gestación.⁶

En 2007, Honduras se integró a la vigilancia del Sarampión y la Rubéola, presentándose el último caso en el 2004 y del Síndrome de Rubéola Congénita en el 2001.

8.1.3 La Poliomiелitis (Polio)

Es una enfermedad vírica, que se conoce por la aparición aguda de Parálisis Flácida (PFA). Se acompaña de fiebre, malestar general, cefalea, náusea y vómito. Más del 90% de las infecciones son asintomáticas, apareciendo PFA en menos del 1% de las infecciones. La parálisis suele ser asimétrica, siendo los miembros inferiores los más afectados. Puede ser mortal si la parálisis progresa a los músculos respiratorios. Durante la convalecencia puede haber cierta mejoría de la parálisis, pero la misma puede persistir por más de 60 días y probablemente sea permanente.⁷

En Honduras el último caso de Poliomiелitis se presentó en 1989. En el año 1994 se certificó la eliminación de la Poliomiелitis en América y por ende en el país. No obstante, considerando que aún existe población susceptible no vacunada o no inmunizada, existe el riesgo de importación del virus de otros países donde esta enfermedad sigue siendo endémica.

⁶ David L. HEYMANN, Publicación científica y técnica N.635 El control de la Enfermedades Transmisibles, OPS/OMS,2018

⁷ David L. HEYMANN, Publicación científica y técnica N.635 El control de la Enfermedades Transmisibles, OPS/OMS,2018

9. Criterios que garantizan una CVS de alta calidad en Honduras⁸.

La campaña de vacunación de seguimiento de alta calidad a realizarse en Honduras en el año 2022 y en el marco epidemiológico de la pandemia de la COVID-19, se fundamenta en los criterios definidos por la OPS/OMS de acuerdo a la metodología de gestión productiva de los servicios de salud definidos como:

- **Eficacia:** es un criterio institucional que nos indica la capacidad administrativa para alcanzar las metas o resultados propuestos. Una CVS de alta calidad será eficaz cuando se logra un cumplimiento $\geq 95\%$ de cobertura a nivel municipal, y nacional en el período establecido.
- **Homogeneidad:** Se alcanzan coberturas $\geq 95\%$ uniformes en los diferentes municipios y por edades simples en la población objetivo. Se optimizó la productividad de los recursos para alcanzar mayores niveles de cobertura con más equidad.
- **Oportunidad:** Se mide en función del tiempo establecido para cumplir actividades críticas específicas por cada etapa del plan de acción, en todos los componentes de la CVS de alta calidad.
- **Eficiencia:** es un criterio económico que revela la capacidad administrativa para producir el máximo de los resultados con los recursos disponibles en cada nivel y en función del cumplimiento de metas en los tiempos planificados. Se debe contar con presupuesto operativo y movilización de recursos involucrando a las autoridades del nivel local, aliados estratégicos y la comunidad en general para cubrir las brechas identificadas (Figura 1).

Figura 1. Criterios de CVS de alta calidad, Honduras, 2022



⁸ Metodología de Gestión Productiva de los Servicios de Salud (MGPSS) de la OPS/OMS

10. Fases de la CVS, por componentes y actividades claves, según periodos de ejecución.

La CVS de alta calidad está fundamentada en la formulación de un plan de acción, donde se determinan las actividades según componentes, recursos planificados requeridos y periodo de tiempo definido. Incluye 5 fases básicas, que se implementan en un periodo de tiempo ideal de 12 meses en el escenario epidemiológico de la pandemia:⁹

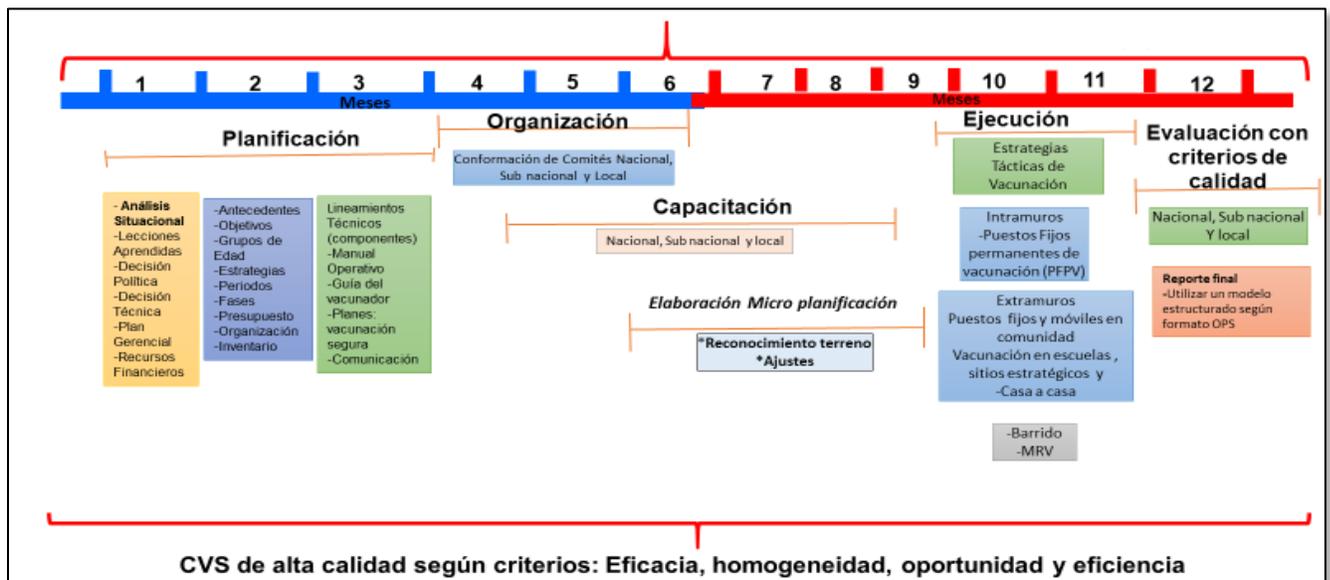
- **Planificación**, se desarrolla en un periodo de 3 a 6 meses, incluye como actividades claves el análisis de la situación de salud, lecciones aprendidas, decisión política y técnica, plan gerencial, recursos financieros, objetivos, grupos de edad, estrategias, formulación de lineamientos técnicos estratégicos, guías y manuales.
 - **Microplanificación**, se implementa en un periodo de 3 a 5 meses y se constituye en el elemento clave ya que su formulación surge desde el nivel local (abajo hacia arriba), donde el municipio consolida la información de los establecimientos de salud para la red y esta para la región y de la región a nivel nacional.
- **Organización**, incluye la conformación de comités políticos, técnicos y mesas sectoriales según niveles, definición y asignación de funciones. Idealmente se organizará entre 4 a 6 meses previo a la ejecución de la CVS de alta calidad.
- **Capacitación**, se desarrolla en un periodo de 6 meses previos a la ejecución, utilizando la metodología de capacitación presencial por cascada. En el escenario de la pandemia de la COVID-19, para el 2022 debe considerarse la capacitación del recurso humano de acuerdo responsabilidades en forma presencial, semipresencial y virtual.
- **Ejecución**, es el período de oferta y demanda de la vacunación a la población objetivo para SRP y bVOP según las estrategias de vacunación intra y extra murales y sus respectivas tácticas de vacunación; adecuadas según el desarrollo de la pandemia y las medidas de distanciamiento físico de bioseguridad para el vacunador, el vacunado y la comunidad. El tiempo ideal establecido varía: periodo mínimo de 8 semanas y máximo de 16 semanas. El país ha determinado que la CVS de alta calidad se realizará en 8 semanas

⁹ Guía de Planificación de Campañas de Seguimiento de alta calidad de Sarampión y Rubéola, OPS/OMS,2021

del 4 de julio al 31 de agosto del 2022 el cual podrá ser ampliado de acuerdo al cumplimiento de la meta hasta no más de 16 semanas.

- **Evaluación**, etapa final de la CVS de alta calidad a nivel nacional, regional y municipal, incluye el MRV y la evaluación de los indicadores según criterios de calidad, así como la formulación de los informes. Se realiza en un periodo de 4 a 6 semanas, de la siguiente manera: 2 semanas para el MRV, 2 semanas para cierre de municipios que no alcanzaron resultados del 95% con el MRV (barrido documentado) y 2 semanas para la ejecución de evaluación por regiones sanitarias y preparación de informes nacionales e internacionales (Figura 2).

Figura 2. Fases de la CVS, por componentes y actividades claves, según periodo de ejecución por meses, Honduras, 2022.



Fuente: OPS

11. Componentes de la CVS de alta calidad:

Para garantizar la cobertura de vacunación homogénea $\geq 95\%$ en corto tiempo y la implementación de estrategias y tácticas de vacunación en el escenario epidemiológico de la pandemia de la COVID-19, los lineamientos técnicos operativos y los planes de acción de la CVS de alta calidad de las regiones sanitarias deberán incorporar los componentes y actividades prioritarias tales como:

Planificación (macro y microplanificación), Organización y gestión local (Compromiso y prioridad política), Capacitación, Ejecución (Comunicación y movilización social, Sistema de información, Vacunación Segura, Supervisión, Logística y cadena de frío, Monitoreo), Evaluación y Presupuesto. (Figura3).

Figura 3. CVS de alta calidad según criterios y componentes claves Honduras, 2022



11.1 Planificación y programación (macro y micro planificación)

11.1.1 Macro planificación

La macro planificación es el proceso que desarrolla la formulación de los lineamientos técnicos operativos a nivel nacional. Describe las actividades y el presupuesto para la implementación de la CVS de alta calidad en todas las fases. Determina metas y cálculo de vacunas, materiales y suministros, estableciendo las líneas específicas del proceso de micro planificación a nivel local, municipal y regional e incorporación de otras intervenciones de APS y acciones específicas para el fortalecimiento del PAI. Lo anterior se realiza en base al análisis de la situación del país, considerando la situación epidemiológica de la pandemia de la COVID-19, lecciones aprendidas, e incorporación de otras acciones. Este proceso el país lo realizará en un período mínimo de 4 a 6 meses.

En la formulación del plan de acción se incluyen los siguientes aspectos:

- Estimación de recursos y requerimientos (vacunas, insumos y equipos de bioseguridad).
- Formulación de presupuesto según componentes, concepto y objeto del gasto.
- Acciones de abogacía, prioridad y compromiso político.
- Establecimiento de la estructura de organización y coordinación de CVS de alta calidad.

11.1.2 Microplanificación

Es el elemento clave y el método de trabajo diseñado para desarrollar de manera ordenada y sistemática, la programación, organización, coordinación, ejecución y evaluación de las actividades según componentes de la CVS de alta calidad a nivel local.

Información requerida para la preparación de la microplanificación por el nivel local.

El proceso de micro planificación desarrollado por el nivel local deberá disponer de información completa del Área Geográfica de Influencia (AGI) que incluye:

- Estimación de la población objetivo por localidades que conforman las AGI de fuentes oficiales actualizadas (Proyección del censo nacional o nacidos vivos) u otras fuentes locales, de los ES.
- Identificación de grupos desatendidos de difícil acceso y de alto riesgo.
- Determinación de la población en zona rural y urbana.
- Mapas o croquis de cada una de las localidades y barrios del ES, indicando los límites, características geográficas, vías de comunicación, puntos de concentración, de referencia (guarderías, escuelas, mercados, iglesias entre otros).
- Tipo de transporte disponible y cálculo de necesidades de vehículos.
- Recurso humano disponible, requeridos y brechas para la CVS de alta calidad por ES.
- Determinación de las tácticas de vacunación según estrategias intra y extramuros y tipo de localidad.
- Listado de lugares con alta circulación y movilización de personas (plazas, mercados, terminales de transporte, etc.).
- Listado de líderes de la comunidad según tipo.
- Inventario del equipo de la cadena de frío, capacidad instalada, estado de funcionamiento y brechas.
- Instalaciones y materiales requeridos y disponibles para la eliminación de desechos.

11.1.2.1 Etapas, pasos y productos del proceso de la microplanificación

El proceso de Microplanificación a nivel local, municipal y regional se desarrollará en cuatro etapas:

11.1.2.1.1. Etapa 1. Análisis de la situación:

La etapa de análisis de la situación, se basa en la recopilación y organización de la información, para realizar el análisis de los indicadores, identificando las brechas en el acceso y calidad del servicio de vacunación en general del programa de rutina y en particular en la CVS de alta calidad.

Paso 1. Recopilación y organización de datos.

En este paso se deberá recopilar y organizar la información en los ES, municipios, redes y regiones sanitarias, verificando la disponibilidad de los mismos tales como: lineamientos técnicos de la CVS de alta calidad, características geográficas, socio-económicas y demográficas de las localidades, denominadores de población objetivo, coberturas y dosis administradas de vacunas, tasa de deserción, indicadores de vigilancia epidemiológicas de las EPV con prioridad en Sarampión Rubeola (SR), inventario de capacidad instalada: cadena de frío, recursos humanos, equipo, logística, resultados del monitoreo, supervisión y evaluación del programa entre otros (Anexo 2 y 3).

Paso 2. Análisis de la información

Una vez recopilada y organizada la información se determina el que hacer, asignando tareas desde el ES hasta el municipio, en este paso se verifica si la información es completa y actualizada en relación a:

- Denominadores de población y vacunas administradas de años anteriores.
- Indicadores de cobertura de vacunación, tasas de deserción, oportunidad y simultaneidad.
- Indicadores de vigilancia epidemiológica integrada de SR.
- Mapas y croquis actualizados.

Se analizarán los Indicadores de coberturas de vacunación según los criterios de eficacia, homogeneidad, oportunidad y eficiencia. Así mismo deberá realizar el análisis de las Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas (FODA), lo que le permitirá identificar las brechas, los problemas e intervenciones priorizando las áreas de alto riesgo.

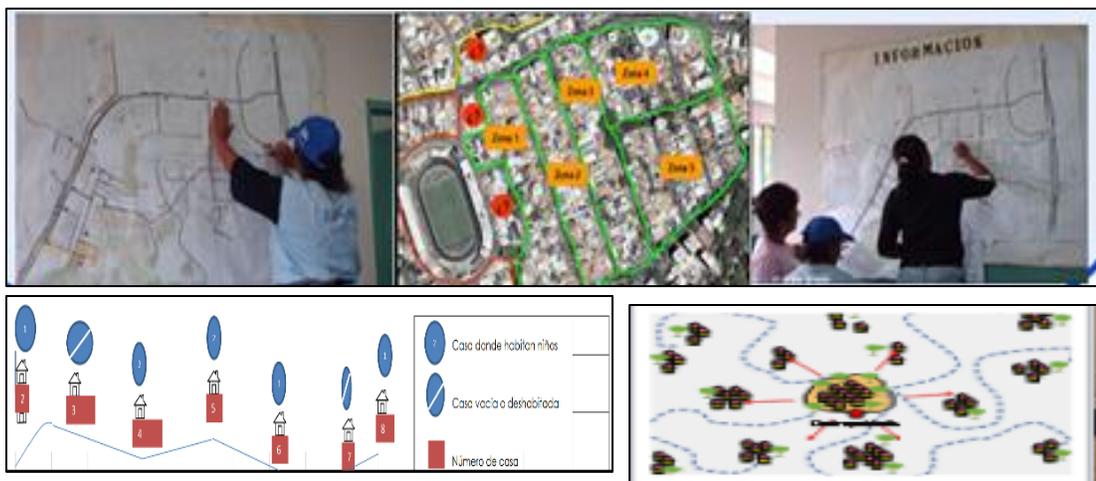
Paso 3. Mapeo y sectorización

Cada ES debe disponer del mapa o croquis en donde se visualiza con claridad el total de localidades que conforma su AGI, determinando los límites, sectores y puntos de referencia de las localidades.

Si no dispone de los mapas y croquis deberá proceder a elaborar y actualizar considerando los siguientes aspectos:

- Reconocimiento del área geográfica asignada con su respectiva población.
- Recolección de la información referente al total de población y viviendas.
- Determinación de la ubicación de las localidades según límite geográfico (norte, sur este y oeste).
- Identificación de los lugares de referencias, ríos, caminos, entradas y salidas principales, vías y formas de acceso y la distancia para acceder a los ES (Figura 4).
- Para completar el proceso de elaboración y actualización de croquis, revisar la Guía práctica de micro planificación, páginas 9 y 10.

Figura 4. Elaboración de croquis de localidades del área de influencia



Recordar: Que los mapas y croquis se utilizarán para evaluar la jornada de trabajo del día a día, verificando el cumplimiento de la micro planificación, mapeando las zonas intervenidas y alcanzada la meta.

11.1.2.1.1.1 Productos de la etapa I, análisis de la situación

1. Clasificación de localidades de riesgo para la importación de los virus de Sarampión - Rubéola (SR) y Poliomieltis

Para clasificar las localidades y municipios de riesgo deberá utilizar la matriz que incluye:

- **Datos generales:** Departamento, RS, municipios, red ES, localidad, población general, población urbana y rural.
- **Criterios según características de grupos vulnerables geográficos, demográficos, sociales y económicos:** Frontera de alta circulación, alta concentración poblacional, alta afluencia de turistas nacionales e internacionales, difícil acceso geográfico (no cuentan con carreteras, calles y largas distancias desde el lugar de residencia hacia el ES); acceso cultural (religión e ideología, etnias y grupos opositores a la vacuna), acceso por problemas de inseguridad ciudadana (grupos al margen de la ley maras y pandillas, violencia y delincuencia común, narcomenudeo), industrias (maquilas, grandes empresas, negocios), población migrante (desplazamientos masivos internos entre departamentos, municipios y externos entre países El Salvador, Guatemala, México y EEUU), presencia de desastres naturales o calamidades (huracanes, inundaciones y sequias) centros de transporte de alta circulación: Tegucigalpa, SPS y La Ceiba (terrestres y fluviales), presencia de áreas de eventos masivos (deportivos, políticos, musicales, religiosos).
- **Criterios de inmunidad de la población y desempeño del PAI:** cobertura de vacunación (inferior al 95% para SRP1 , SRP2 y bVOP3) tasa de deserción mayor al 5% (PENTA 1, SRP1 y SRP2), cumplimiento de indicadores de vigilancia epidemiológica (notificación, investigación y laboratorio), presencia de casos sospechosos o confirmados de Sarampión y Rubéola, presencia de Equipos de Respuesta Rápida (ERRA) entrenados, hospitales preparados (triaje, aislamiento), silencio epidemiológico últimas 26 a 52 semanas.

El riesgo se clasifica otorgando un punto para cada uno de los criterios identificados por localidad según riesgo y cero cuando no está presente el riesgo.

Para completar el proceso de elaboración de la matriz de riesgo revisar la Guía práctica y cuadernillo de micro planificación (Formulario 1 y anexo 4).

3. Priorización de localidades según población objetivo por edades simples de mayor a menor concentración, según municipios, localidades, ES - CVS de alta calidad.

De acuerdo a la priorización de las localidades del AGI del ES, proceda a la priorización por edades simples-a nivel del ES Cuadernillo de micro planificación (ver Formulario 3 y anexo 5).

Formulario 3. Priorización de localidades según población objetivo por edades simple CVS de alta calidad.

Región	Municipio	ES	Localidades	Población meta priorizada de mayor a menor concentración poblacional (Ubicar las localidades de los ES de mayor a menor concentración poblacional)						
				1 año	2 años	3 años	4 años	5 años	6 años	Total de población de 1 a 6 años
TOTAL										

4. Levantamiento de listado de los recursos humanos disponibles según función

El levantamiento del listado de recursos humanos según función, permitirá determinar la disponibilidad y las brechas identificadas para ejecución de la CVS de alta calidad (vacunador, anotador, buscador, TSA/ASA, voceros, supervisor, otros) indicando si corresponde al nivel institucional, comunitario o voluntario y su ubicación según teléfono o correo electrónico (Cuadernillo de micro planificación, formulario 4).

Formulario. 4. Levantamiento de listado de los recursos humanos disponibles según función.

N°	Nombres Apellidos	Función							Dependencia		Ubicación	
		Vacunador	Anotador	Buscador	TSA/ASA	Voceros	Supervisores de Equipo de Vacunación	Otros	Institucional	Otros (ONG/Comunidad)	Teléfonos	Correo electrónico / otro
	TOTAL											

5. Levantamiento del listado de los líderes comunitarios disponibles según tipo de liderazgo.

Permite identificar los líderes según tipo liderazgo que ejercen en la comunidad o localidad, a nivel de ES o municipio en apoyo a la ejecución de la CVS de alta calidad, movilizando recursos o aportando recurso humano como guía, rastreador, buscador, voceros en la promoción, indicando el tipo de organización o liderazgo al que corresponde y registrando el número de teléfono o correo electrónico (Cuadernillo de micro planificación, formulario 5).

Formulario. 5. Lista de líderes comunitarios por localidad, según funciones CVS, de alta calidad.

N°	Localidad	Nombre y apellidos de Lideres	Tipo de liderazgo * (colocar 1 por cada tipo de líder identificado)					Número de Teléfono
			Comunitario en salud (Comité de salud)	Lideres comunitarios	Lideres (Alcalde municipal, Regidores)	Religiosos (Sacerdote /pastores)	Otros (Maestros, etc)	
1								
2								
3								
4								
Total			0	0	0	0	0	

presidente de colonia , jefes de manzana

6. Estimación de la meta semanal y diaria.

Una vez establecida la meta total de la CVS de alta calidad de acuerdo a la cohorte de la población susceptible, se determina las metas semanal y diaria, lo que le permitirá el monitoreo del avance de la CVS de alta calidad, y la reorientación de estrategias y tácticas de vacunación.

El país determinó que la duración de la CVS de alta calidad, será de 8 semanas (2 meses), en las primeras 4 semanas se alcanzará el 70% de la meta y el 30% restante en las siguientes 4 semanas. La meta diaria se establece con base en el número de días de la semana, el número de vacunadores disponibles y el rendimiento del vacunador por día /semana para lo cual dispone de la calculadora de meta semanal/diaria y rendimiento del vacunador (Cuadro 5 y anexo 6).

Teniendo en cuenta que la población objetivo se encuentra en su mayoría cautiva en centros de educación preescolar y escolar, de persistir el escenario epidemiológico de la COVID-19, se deberán determinar estrategias y tácticas de vacunación, en coordinación con el sector educativo, para lograr el cumplimiento de la meta semanal.

Cuadro.2. Distribución porcentual de la meta semanal y diaria, CVS alta calidad, Honduras 2022.

NO.	SEMANA	META SEMANAL %	META DIARIA %
1	Primera	20	3.33
2	Segunda	20	3.33
3	Tercera	15	2.5
4	Cuarta	15	2.5
5	Quinta	10	1.66
6	Sexta	10	1.66
7	Séptima	5	0.83
8	Octava	5	0.83
	Total	100	

11. 1 .2.1.2 Etapa 2. Programación:

En esta etapa se definirán las estrategias y tácticas de vacunación, según características de la población y localidades a intervenir, el cálculo de necesidades, el cálculo de vacunas, jeringas, materiales e insumos y kits de bioseguridad personal en el escenario de la COVID-19.

Pasos:

1. Definición de estrategias y tácticas de vacunación para captar al 95% y más de la población objetivo, total y por edades simples.

El país ha determinado utilizar las estrategias de vacunación intramuros (puestos fijos, ampliación de horarios de vacunación que incluyan días no hábiles como sábados, domingos y días festivos) y estrategias extramuros (puestos fijos y móviles en la comunidad, vacunación en centros educativos), en sitios estratégicos y vacunación casa a casa.

Se deberá verificar los reportes de productividad y rendimiento del vacunador, identificar los ES y municipios con coberturas inferiores al 95% en los 2 o 3 últimos años, determinado las características de la población objetivo a vacunar.

2. Identificación de localidades de población concentrada cautiva.

La identificación de la población cautiva facilitará el seguimiento y monitoreo de las acciones, por lo que se deberá:

- Establecer mecanismos de comunicación y coordinación con el sector educativo, que permitan la identificación y programación de la vacunación a la población cautiva y la

utilización de las instalaciones educativas para la vacunación por llamado de acuerdo a matrícula escolar y cumpliendo con la normativa de bioseguridad y distanciamiento social, tanto del equipo vacunador como del vacunado.

- Indicar el contacto con quién se coordinó la actividad con su respectivo número de teléfono, la fecha y hora establecida para la vacunación y ejecución de la actividad.
- Determinar la población estimada por edad simple a vacunar por cada institución educativa, ya sea presencial o por llamado, por salón de clase programado y edad simple en las instalaciones del centro educativo (cuadernillo de micro planificación, formulario 6).

La vacunación en grupos cautivos en instituciones educativas públicas y privadas, instituciones gubernamentales, guarderías, estancias infantiles, entre otros, permitirá una mayor captación de la población objetivo de acuerdo a las tácticas de vacunación extramuros determinadas; de persistir el escenario epidemiológico de la COVID-19, se deberá analizar otras tácticas de vacunación para captar a la población objetivo.

Formulario 6. Identificación de los lugares de población concentrada (cautiva) según localidades del AGI.

N°	Localidades	Lugares (Escuelas, centros de educación pre escolar, guarderías, maternales, estancias infantiles, Otros)	Nombre del Contacto (Director de escuela, maestros, líderes, otros)	Número de Teléfono	Fecha (DD/MM/AA)	Hora	Población a vacunar 1 a 6 años 11 meses 29 días
Totales							0

3. Programación de la vacunación a población concentrada (cautiva) según localidades de AGI del ES.

En la microplanificación de la vacunación de los centros educativos, se deberá priorizar la población meta según ES y localidades, ordenándolos de mayor a menor, de manera que se inicie la misma en los centros educativos de mayor concentración, indicando tipo de jornada matutina o vespertina y evaluando el cumplimiento y la reprogramación en caso necesario (cuadernillo de micro planificación, formulario 7).

Formulario 10. Continuación

Red/municipio	ES	Lista de recursos materiales disponibles por ES												
		Red de frío									Transporte			
		Número total de cámaras frías	Número de cámaras frías en funcionamiento	Número de refrigeradores funcionales	Número de termos funcionales completos	Número paquetes fríos de 0.06 litros (8 por termo)	Número de congeladores	Termómetros de varilla de vidrio, alcohol y pistola laser	Termómetros para refrigerado FRIDGE-TAG 2 o 2E	Cajas frías precalificadas por OMS	Número de vehículos institucionales	Número de vehículos refrigerados		
Total														

7. Estimación de vacunadores y rendimiento según tipo de estrategias y tácticas de vacunación.

Se debe estimar el rendimiento del recurso vacunador según estrategia y táctica de vacunación, por jornada de trabajo de 6 horas y por hora. Se requiere del personal de apoyo en la organización de los equipos de vacunación (Cuadernillo de micro planificación, formulario 11).

Formulario 11. Estimación de vacunadores y rendimiento según tipo de estrategias y tácticas de vacunación

No	Municipio	Establecimiento de Salud (ES)	Total de población objetivo CVS	Estrategia intramuros		Estrategia Extramuros / Tácticas de vacunación						
				Total de población CVS estrategia intramuros (40% de la población por demanda espontánea)	Puesto fijo área urbana (No de dosis a aplicar de 40 a 60 niños, jornada de 6 horas)	Total de población CVS Estrategia Extramuros (80% de la población)	Puesto temporal en sitios estratégicos urbanos o rurales concentrados (30 a 40 niños por vacunador/día en área rural concentrada).	Puestos móviles en centros educativos,		Casa a casa (últimas 2 a 3 semanas de la CVS (entre 5% y 10% de la población no captada con las otras tácticas de vacunación)		
								Área Urbana (60 niños por vacunador / día a un promedio de 10 niños por hora 4 a 6 minutos)	Área rural (30 a 50 niños por vacunador/día a un promedio de 3 a 5 niños por hora, 6 a 10 minutos por niño vacunado.)	Urbana concentrada (30 a 50 niños por vacunador/día, un promedio de 5 a 8 niños vacunados por hora)	Rural concentrada (20 a 40 niños por vacunador/día, un promedio de 3 a 6 niños vacunados por hora)	Rural dispersa (10 a 20 niños por vacunador/día, un promedio de 2 a 4 niños vacunados por hora)
				0	0	0	0					
				0	0	0	0					
				0	0	0	0					

8. Inventario de instituciones formadoras de recursos humanos en salud.

Identificar las instituciones formadoras de recursos humanos en salud o en otra área que participarán aportando recurso humano adicional. Se identificará la institución, contacto responsable, el cargo, teléfono y el número de recursos que aportará (vacunador, anotador, otros) según tipo y el tiempo (Cuadernillo de Micro planificación formulario 12).

Formulario 12. Inventario de instituciones formadoras de recursos humanos en salud.

N°	Instituciones	Nombres del contacto responsable	Cargo	Número de Teléfono	Recursos Humanos Disponibles				Total	Tiempo de disponibilidad
					Vacunador	Anotador	Buscador	Otros		
Totales										

9. Operacionalización (ejecución).

En este paso deberá elaborar el plan de trabajo y el plan de acción de la CVS:

a) Plan de trabajo o cronograma diario semanal.

El ES debe formular el plan de trabajo y cronograma de actividades, asignando los responsables, los recursos y la logística necesaria para brindar un servicio de vacunación oportuno, con calidad y calidez. Determinar fechas, localidades o instituciones educativas, tácticas de vacunación, población meta, vacunador, anotador, supervisor, tipo de transporte y teléfono del contacto de la brigada (Cuadernillo de micro planificación formulario 13).

Formulario 13. Plan de trabajo diario/semanal.

Fecha	Localidades /Centros educativos a vacunar	Tácticas de Vacunación	Población Estimada a vacunar	Vacunador	Anotador	TSA/ASA	Coordinador/Supervisor	Transporte	Teléfono de contacto de la brigada

b) Elaboración del Plan de Acción de la CVS de alta calidad.

El proceso de micro planificación, tiene como resultado final la elaboración del plan de acción a nivel municipal y regional el cual orienta la etapa de la ejecución y facilita la medición de costos de la CVS de alta calidad según niveles. Se consideran todos los componentes del PAI, actividades prioritarias, financiamiento (requerido, disponible y la brecha), fuentes de financiamiento por gobierno local (alcaldías), región (fondos nacionales, organismos internacionales (OPS, UNICEF y otros), periodo de ejecución y responsable (Cuadernillo de micro planificación formulario 14).

Formulario. 14. Plan de Acción de la CVS de alta calidad.

Componentes	Actividades	Financiamiento			Fuentes de financiamiento				Período	Responsable
		Requerido	Disponible	Adicional (brecha)	Gobierno Local	Región	Organismos Internacionales (OPS/OMS)	Otros		
Prioridad y compromiso político										
Organización y gestión local										
Planificación y micro planificación										
jeringas, materiales, papelería e insumos										
Cadena de frío y logística										
Recursos humanos										
Capacitación										
Movilización y comunicación social										
Sistema de información										
Supervisión										
Ejecución										
Vacunación segura										
Logística y presupuesto										
MRV										
Monitoreo y evaluación de la CVS										
Otros										
Total										

10 Consolidado de la micro planificación, es un resumen y cuantificación de cada uno de los pasos, de la micro planificación, según componentes (Cuadernillo de micro planificación formulario 15).

Formulario 15. Consolidado de la micro planificación.

Pasos	Componentes	Especificaciones	Totales
1	Priorización de población	Población de 1 año	
		Población de 2 años	
		Población de 3 años	
		Población de 4 años	
		Población de 5 años	
		Población de 6 años	
		Total	
2	Lista de Recursos humanos disponibles y funciones	Número de Vacunadores	
		Número de Anotadores	
		Número de Auxiliar/Promotor	
		Supervisores de Equipo de Vacunación	
		Número de Otros recursos humanos	
		Total de RH Institucional	
		Total de RH Voluntarios	
4	Lista de líderes Comunitarios	Total General de Recursos Humanos	
		Comunitario en salud (Comité de salud)	
		Líderes comunitarios	
		Líderes políticos (Presidente municipal, Regidores)	
		Religiosos (Sacerdote/pastores)	
		Otros (Maestros, etc)	
		Total de líderes	
5	Mapas y croquis de Localidades de AGI	Total de localidades del sector	
		Número de Localidades que tiene croquis disponible	
		Número de localidades que no tienen croquis	
6	Localidades del AGI de los lugares de población concentrada (cautiva)	Total de centros educativos donde la población se concentra	
		Total de Población estimada para vacunar	
7	Localidades del AGI de los lugares de alta concentración y movilización de población	Total de lugares donde se ubicaran las brigadas móviles	
		Total de población estimada para vacunar	
8	Lista de localidades en donde se utilizará la táctica de mini-concentraciones	Total de lugares donde se usa táctica de mini-concentraciones	
		Total de población estimada para vacunar	
9	Estimación de requerimientos	Numero de frasco de SPR de 10cc	
		Numero de frasco de SPR de 5cc	
		Numero de jeringas para dilución	
		Numero de jeringas para administración	
		Cajas de Seguridad	
		Carne de vacunación	
		Formularios de registro SRP1	
		Formularios de registro SRP2	
		Bolsas desechos peligrosos (rojas)	
		Bolsas desechos comunes (blanco verde)	
10	Cadena de Frío	Bolsas separación de vacunas 4 x 8	
		Número de cámaras frías en funcionamiento	
		Número de refrigeradores funcionales	
		Número de termos funcionales completos	
		Número paquetes fríos (8 por termo)	
		Número de congeladores	
11	Transporte	Termómetros de varilla de vidrio, alcohol y pistola laser	
		Termómetros para refrigeradora Fridge-TAG 2 y 2E	
12	Plan de trabajo diario	Número de vehículos institucionales	
		Número de vehículos con carrocería refrigerante	
		Vacunador	
		Anotador	
13	Inventario de instituciones formadoras y recursos disponibles	TSA/ASA	
		Coordinador/Supervisor	
		Transporte	
		Número de Vacunadores	
		Número de Anotadores	
14	Plan de Acción	Buscador	
		Otros (especificar)	
		Total	
		Financiamiento Requerido Disponible	
		Adicional (brecha)	
		Financiamiento de Gobierno Local	
15	Verificación de Microplanificación	Financiamiento Región	
		Organismos Internacionales (OPS/OMS)	
		Otros	
		Población de 1 a 6 años en Microplanificación según fuente oficial	
		Población de 1 a 6 años en otra fuente (censo local, vacunados, otra)	
		Porcentaje de diferencia	

11. Verificación de microplanificación.

Los municipios y las direcciones regionales deben verificar y luego consolidar la micro planificación de cada uno de sus servicios de salud, de la siguiente manera:

- Validación de la población de la micro planificación sobre la población asignada de 1 a 6 años 11 meses 29 días, por servicios de salud.
- Verificación a nivel de localidad/ES de la población de acuerdo a:
 - Comparación de la población de la microplanificación estimada para cada localidad/ES con los censos locales actualizados durante los últimos 12 meses.
 - Confrontación de la población de cada localidad/ES con los líderes comunitarios, autoridades locales, verificando la inclusión de todas las localidades de su AGI.
 - Confirmación de la población de 1 a 6 años 11 meses 29 días que vive en cada localidad, a través de las visitas domiciliarias y utilizando el croquis.
- Verificación de viviendas según manzanas y de la población de 1 a 6 años 11 meses 29 días que habitan en las mismas.
- Determinación de la concordancia de la población programada a través de la micro planificación con el dato poblacional registrado en otras fuentes, ejemplos:
 - Nacidos vivos (proyecciones) según INE.
 - Registro nominal de niños y niñas en el Listado de Niños para Vigilancia Integral (LINVI) y el Sistema Nominal de Vacunación (SINOVA, periodo 2016 hasta dic 2021) niños de un año de edad.
 - Número de primeras dosis de vacuna pentavalente administradas desde 2016 hasta diciembre 2021. De existir diferencias mayores al 5 %, se debe analizar la conducta a seguir (Cuadernillo de micro planificación formulario. 16).

Formulario 16. Verificación del proceso de micro planificación, CVS de alta calidad.

Localidad	Población de 1 a 6 años 11 meses 29 días			% de diferencia	Conducta a seguir	
	Micro planificación	Otra fuente	tipo de fuente	Micro planificación		
Total						

12. Población meta.

- La meta es vacunar para el 2022, en la CVS 1,166, 999 niños de 1 a 6 años con 11 meses y 29 días con una dosis adicional de SRP y 886,625 niños de 6 meses a 4 años 11 meses y 29 días con bVOP, independientemente al estado vacunal. Alcanzar cobertura de vacunación homogénea del 95% en los 298 municipios del país, garantizando mantener la interrupción de la circulación del virus del Sarampión, la Rubéola y Poliomielitis.
- El país concentra el 75% de la población meta en 11 de las regiones sanitarias. (Cuadro 3 y ver anexo 5).

Cuadro.3. Población objetivo de CVS de alta calidad por regiones sanitarias Honduras 2022, según aporte de población de 1 a 6 años en el Periodo 2016-2021.

Región Sanitaria	Población objetivo de la CVS de alta calidad (Rango de población que corresponde)	Porcentaje de aporte poblacional	Prioridad de Intervención
Metropolitana DC	142,665	12	1 (76%)
Cortés	120,997	10	
Metropolitana SPS	92,503	8	
Yoro	81,664	7	
Olancho	77,942	7	
Comayagua	73,730	6	
El Paraíso	61,434	5	
Atlantida	60,557	5	
Santa Bárbara	59,606	5	
Choluteca	58,184	5	
Copan	54,214	5	
Lempira	50,493	4	2 (18%)
Francisco Morazan	50,287	4	
Colón	46,605	4	
Intibucá	36,896	3	
La Paz	29,855	3	
Valle	23,599	2	3 (6%)
Ocatepeque	20,638	2	
Gracias a dios	15,022	1	
Islas de la Bahía	10,108	1	
TOTAL	1,166,999		
Prioridad	Rango de población		
I	De 142,665 a 54,214		
II	De 50,287 a 29,885		
III	De 23,599 a 10,108		

Cuadro 3.1. Población objetivo de la CVS de alta calidad según edades simples por regiones sanitarias, Honduras, 4 de julio al 31 de agosto 2022

Región Sanitaria	Edades Simples						Total 1 a 6 años
	1 año	2 años	3 años	4 años	5 años	6 años	
Atlántida	10,264	10,213	10,148	10,066	9,970	9,896	60,557
Colón	7,766	7,779	7,784	7,773	7,746	7,757	46,605
Comayagua	12,650	12,525	12,379	12,215	12,038	11,923	73,730
Copán	9,001	9,033	9,047	9,043	9,029	9,061	54,214
Cortés	21,043	20,728	20,383	20,013	19,615	19,215	120,997
Choluteca	9,752	9,749	9,728	9,693	9,644	9,618	58,184
El Paraíso	10,332	10,310	10,273	10,223	10,160	10,136	61,434
Francisco Morazán	8,902	8,688	8,472	8,247	8,020	7,958	50,287
Gracias a Dios	2,541	2,532	2,519	2,497	2,473	2,460	15,022
Intibucá	6,175	6,177	6,170	6,144	6,115	6,115	36,896
Islas de la Bahía	1,734	1,717	1,697	1,678	1,650	1,632	10,108
La Paz	4,982	4,987	4,988	4,974	4,957	4,967	29,855
Lempira	8,355	8,394	8,414	8,426	8,423	8,481	50,493
Ocotepeque	3,539	3,503	3,467	3,422	3,374	3,333	20,638
Olancho	12,824	12,912	12,979	13,027	13,052	13,148	77,942
Santa Bárbara	9,869	9,910	9,935	9,947	9,945	10,000	59,606
Valle	3,984	3,971	3,951	3,927	3,894	3,872	23,599
Yoro	13,529	13,583	13,615	13,630	13,626	13,681	81,664
Metropolitana DC	24,267	24,118	23,931	23,702	23,431	23,216	142,665
Metropolitana SPS	15,685	15,618	15,519	15,390	15,230	15,061	92,503
Total	197,194	196,447	195,399	194,037	192,392	191,530	1,166,999

Cuadro 4. Características de la Vacunas SRP y bVOP a ser utilizadas en la CVS de alta calidad.

Características	Indicaciones SRP	Indicaciones bVOP
Presentación	Frasco de 5 dosis	Frasco multidosis (10 dosis), con gotero.
Composición de la vacuna	Cepas vivas atenuadas del virus de sarampión <i>Edmonston-Zagreb</i> y del virus de rubéola <i>Wistar RA27/3</i> y virus vivos atenuados de parotiditis cepa <i>L-Zagreb</i> .	Es una preparación estabilizada, que contiene la suspensión de los tipos 1 y 3 virus vivos atenuados cepas Sabin (VOP).
Diluyente	Se debe usar solamente el diluyente que recibió junto con el liofilizado que recomienda el fabricante del producto.	N/A

	Los diluyentes se deben mantener en frío, pero no congelar. *Asegurar diluir la vacuna solamente con 2.5 ml del diluyente para 5 dosis de 0.5ml.	
Vía de administración	Vía subcutánea en la región deltoides del brazo derecho, en ángulo de 45°.	2 gotitas, vía oral
Porcentaje de pérdida	10%	10%
Jeringa a utilizar	Para diluir: Jeringa desechable de 5cc con aguja número 21 o 22G x 1 1/2. Para aplicar: Jeringa autodesactivables de 0.5 cc con aguja número: 25G X 5/8.	Gotero
Conservación de la vacuna	Entre +2° y +8°C, evitar la exposición solar, la vacuna una vez reconstituida utilizarla durante las 6 horas siguientes.	Entre +2° y +8°C, evitar la exposición solar, la vacuna una vez reconstituida puede ser utilizada durante 4 semanas, según política de frascos abiertos.
Aplicación simultánea con otras vacunas	Puede aplicarse de manera simultánea con todas las otras vacunas del esquema nacional de vacunación.	
Reacciones adversas esperadas	<p>Reacciones locales: En las primeras 24 horas puede aparecer dolor leve, induración y enrojecimiento en el sitio de la inyección.</p> <p>Reacciones sistémicas: fiebre de al menos 39.4 °C durante 1 o 2 días en 5% de los vacunados. Entre 7 y 12 días después de la vacunación, linfadenopatía, mialgia y parestesia. En 2% aparece un exantema pasajero; la púrpura trombocitopénica ocurre más o menos en 1 de cada 30,000 personas vacunadas. Las reacciones anafilácticas a la vacuna RA27/3 son raras.</p> <p>Asociado al componente de vacuna Parotiditis, se ha observado raramente orquitis, sordera neurosensorial, parotiditis y meningitis aséptica, con frecuencias muy variables (1 caso/400 vacunados y 1 caso/1.500.000 vacunados). La meningitis aséptica suele aparecer dos o tres semanas después de la vacunación.</p>	Tras la vacunación se han descrito, signos inespecíficos y síntomas como fiebre, malestar, cefalea, vómitos y diarrea. En vacunados y en contactos inmediatos susceptibles, se ha observado una asociación temporal entre la inmunización con Polio Sabin (oral) y el desarrollo de signos y síntomas de poliomielitis parálítica, la frecuencia de esta asociación es extremadamente baja (menos de un caso por millón de dosis administradas).

<p>Situaciones en que se recomienda posponer la vacunación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuando se ha recibido inmunoglobulinas, sangre total o plasma en los tres meses previos, o en los 15 días posteriores después de haber recibido un tratamiento con inmunodepresores (corticoterapia, quimioterapia, radioterapia, entre otras.); se recomienda esperar hasta tres meses después de la suspensión de su uso. • Durante una enfermedad aguda febril grave. • Embarazadas no deben recibir la vacuna contra SRP. 	<p>Personas con contraindicaciones absolutas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inmunodeficiencia congénita o adquirida, excepto las personas HIV positivas asintomáticas. • Inmunodeficiencia por neoplasia maligna, en tratamiento con inmunodepresores como corticoterapia, quimioterapia antineoplásica, radioterapia, etc. • Historia de reacción anafiláctica severa a la proteína de huevo. • Antecedentes de alergia a alguno de los componentes de la vacuna. <p>FALSAS CONTRAINDICACIONES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alergia e intolerancia, que no sea de naturaleza anafiláctica, a la proteína de huevo. • Contacto directo con pacientes inmunodeprimidos. • Vacunación reciente con inmunobiológicos no replicativos (vacunas inactivadas). • Exposición reciente a la rubéola.
--	--

Cuadro 5. Población objetivo y acciones de vacunación

Situaciones según población objetivo	Acciones
Niños de 6 meses a 4 años 11 meses y 29 días.	Administrar una dosis adicional de vacuna bVOP, independiente su estado de vacunación previa.
Niños de 1 a 6 años 11 meses y 29 días.	Aplicar una dosis de SRP, independiente su estado de vacunación previa, respetando el intervalo de cuatro semanas de la dosis anterior recibida.
De 12 a 23 meses y de 2 a 6 años	
Sin antecedentes de vacunación de primera o segunda dosis de SRP del programa de rutina.	Aplicar la primera o segunda dosis de SRP del esquema según corresponda.

Situaciones según población objetivo	Acciones
	Citar al niño a las 4 semanas para aplicar la dosis adicional de SRP de la CVS de alta calidad, registrar en el carnet la cita e informe que debe asistir al punto de vacunación del ES.
Dosis adicional de SRP (aplicada entre 12-23 meses o de 2 a 6 años).	Verificar que hayan pasado como mínimo cuatro semanas de la aplicación de la primera o segunda dosis de SRP del esquema y aplicar la dosis adicional de SRP de la CVS de alta calidad.
Madre, padre, tutor o responsable asegura haberlo vacunado, pero no presenta carnet.	<p>En ES, verificar en el LINVI o SINOVA el antecedente vacunal.</p> <p>*Si el proveedor de salud no se encuentra en un ES, Indicar a la madre que debe acudir al ES, donde recibió la última vacuna, entregándole una nota que refiera los datos del niño que fue vacunado.</p> <p>Si se verifica que se encuentra vacunado, se deberá reponer el carnet; sino está vacunado, se aplicará la primera o segunda dosis de SRP del esquema.</p> <p>Citar a la madre del niño a las 4 semanas para aplicar la dosis adicional de SRP de la CVS de alta calidad.</p>
Niño con antecedentes de vacunación con otras vacunas vivas del esquema nacional o vacunado en consultorio privado	Recordar que un niño con antecedente de haber recibido vacunas virales recientemente, se debe esperar como mínimo cuatro semanas para aplicar SRP según corresponda.

Cuadro 6. Escenarios de aplicación de bVOP, CVS de alta calidad, Honduras, 2022

EDAD	SITUACIONES ENCONTRADAS	INDICACIONES
6 a 12 MESES DE EDAD	Niños con esquema y antecedente de vacunación VPI completo.	Deberán recibir una dosis adicional de bVOP (desde 6 meses hasta la edad de 4 años 11 meses y 29 días), se registrará según corresponda.
	Niños sin antecedentes de vacunación de primera o segunda dosis de (VPI) del programa sostenido.	Iniciar esquema de vacunación, aplicar la primera o segunda dosis de (VPI) según corresponda, registrando en el carnet e informe al responsable del niño que debe asistir al ES para la aplicación de la siguiente dosis.

6 meses a 4 años 11 meses 29 días.	Niños de 6 meses a 4 años 11 meses 29 días con carnet y esquema de vacunación completo.	Aplicar la vacuna bVOP como dosis adicional de CVS de alta calidad.
	Niños de 6 meses a 4 años 11 meses 29 días, que tienen el esquema incompleto para tercera dosis (bVOP)	Completar esquema y citarlo al mes para suministrar dosis adicional.
	Madre, padre, tutor, o responsable asegura haberlo vacunado, pero no presenta carnet	Si el proveedor de salud se encuentra en un ES, debe verificar el antecedente vacunal en el LINVI o SINOVA y proceder a vacunarlo según corresponda. *Si se encuentra vacunado, se debe reponer el carnet. Si no está vacunado, aplicar la dosis que corresponda y reponer el carnet.

13. Vacunas e insumos

- El PAI, de acuerdo a la población objetivo programada, distribuirá a cada región sanitaria las vacunas, jeringas, cajas de bioseguridad y equipo de protección personal para la ejecución de la CVS/SRP y bVOP 2022, según cronograma establecido.
- En la programación y cálculo de vacunas, jeringas e insumos, el PAI consideró 10% de pérdida para las vacunas SRP/bVOP y 5% para las jeringas.
- Las regiones sanitarias y municipios, con base a la programación nacional, realizarán la distribución y transporte de las vacunas, jeringas e insumos a la red de servicios de salud, considerando la capacidad instalada de la cadena de frío en el actual escenario de la pandemia (utilizando el formulario 10 del cuadernillo de micro planificación) (Cuadro 7).

Cuadro 7. Estimación de necesidad de vacunas e insumos por región sanitaria CVSR/Polio, Honduras, 4 de julio al 31 de agosto 2022

N°	REGION SANITARIA	Población de 6 meses a 4 años	Población de 1 a 5 años	Vacuna SRP		Vacuna VOP		JERINGAS			Cajas de seguridad *****	Algodón (Libra) *****	Papelería	
				Población + 10% de pérdida	Frascos *	Población+ 10% de pérdida	frascos **	Administración ***	Dilución ****	Total de jeringas a utilizar			SRP1	SRP2
1	Atlántida	45,529	50293	55,322	11,064	50,082	5,008	52808	11,064	63,872	852	101	1,478	268
2	Colón	34,965	38839	42,723	8,545	38,462	3,846	40781	8,545	49,326	658	78	1,221	245
3	Comayagua	55,482	61080	67,188	13,438	61,030	6,103	64134	13,438	77,572	1034	122	1,926	385
4	Copán	40,652	45213	49,734	9,947	44,717	4,472	47474	9,947	57,421	766	90	1,421	273
5	Cortés	91,260	99954	109,949	21,990	100,386	10,039	104952	21,990	126,942	1693	200	3,028	413
6	Choluteca	43,690	48432	53,275	10,655	48,059	4,806	50854	10,655	61,509	820	97	1,523	456
7	El Paraíso	46,132	51102	56,212	11,242	50,745	5,075	53657	11,242	64,900	865	102	1,608	311
8	Francisco Morazán	37,878	41385	45,524	9,105	41,666	4,167	43454	9,105	52,559	701	83	1,309	309
9	Gracias a Dios	11,291	12481	13,729	2,746	12,420	1,242	13105	2,746	15,851	211	25	393	153
10	Intibuca	27,693	30721	33,793	6,759	30,462	3,046	32257	6,759	39,016	520	61	966	189
11	Islas de la Bahía	7,609	8374	9,211	1,842	8,370	836.99	8793	1,842	10,635	142	17	264	75
12	La Paz	22,397	24873	27,360	5,472	24,637	2,464	26117	5,472	31,589	421	50	782	222
13	Lempira	37,835	42138	46,352	9,270	41,619	4,162	44245	9,270	53,515	714	84	1,324	342
14	Ocotepeque	15,536	17099	18,809	3,762	17,090	1,709	17954	3,762	21,716	290	34	539	147
15	Olancho	58,382	65118	71,630	14,326	64,220	6,422	68374	14,326	82,700	1103	130	2,044	549
16	Santa Bárbara	44,671	49737	54,711	10,942	49,138	4,914	52224	10,942	63,166	842	99	1,562	267
17	Valle	17,735	19615	21,577	4,315	19,509	1,951	20596	4,315	24,911	332	39	617	234
18	Yoro	61,219	68135	74,949	14,990	67,341	6,734	71542	14,990	86,531	1154	136	2,140	291
19	MDC	107,315	118398	130,238	26,048	118,047	11,805	124318	26,048	150,365	2005	237	3,729	416
20	SPS	69,600	76818	84,500	16,900	76,560	7,656	80659	16,900	97,559	1301	154	2,519	255
Total		876,871	969,805	1,066,786	213,357	964,558	96,456	1018295	213,357	1,231,652	16422	1940	30,392	5,800
* Población objetivo +10% de pérdida /5 dosis por frasco														
** Población objetivo +10% de pérdida /10 dosis por frasco														
*** Población objetivo X 1 jeringa + 5% de pérdida														
**** Una jeringa por cada frasco a diluir														
*****Jeringas para administración + Dilución/75 jeringas X caja														
*****Una libra para 500 vacunados														

11.1.2.1.3 Etapa 3. Supervisión y Monitoreo

- La supervisión y el monitoreo serán las herramientas gerenciales para la verificación de la implementación de las actividades básicas, según componente, en la etapa de organización y ejecución de las CVS, aplicando los criterios de alta calidad (eficacia, homogeneidad, oportunidad y eficiencia) en todos los niveles. Identificando las debilidades y estableciendo las intervenciones oportunas.
- Aplicar las guías de supervisión/lista de chequeo, en la etapa de organización, micro planificación, comunicación y movilización social, vacunación segura, sistema de información, cadena de frío, monitoreo y evaluación, verificando aspectos claves en la etapa de ejecución antes de salir al campo y durante la vacunación, lo que permitirá observar las actividades específicas y el rendimiento del personal (Anexo 16 y 17).

11.1.2.1.3.1 Monitoreo de avances del logro de la meta

En esta etapa de la CVS de alta calidad, todos los esfuerzos se orientan a medir el progreso de las metas de vacunación establecida según semana: calculando el cumplimiento de los indicadores

según los criterios de calidad (eficacia, homogeneidad, oportunidad y eficiencia) y comparando los indicadores logrados con los parámetros esperados.

11.1.2.1.3.2 Sala de situación de la CVS de alta calidad

Las regiones sanitarias, redes y municipio deberán establecer un espacio para organizar la sala situacional, física o virtual, en un lugar visible y accesible. Actualizar y monitorear el cumplimiento diario/semanal de las metas establecidas identificando población de riesgo, según productividad para reorientación de estrategias y tácticas de vacunación; de acuerdo a la disponibilidad de la información e incorporarla en la página web de la SESAL.

Tipos de información que debe contener una sala situacional

Tipo de información	Información que se debe incluir
Estructural	<ul style="list-style-type: none"> • Resolución ministerial de prioridad política de la CVS de alta calidad y de conformación de los Comités. • Objetivos generales y específicos, eslogan o lema nacional. • Meta en número absoluto y porcentaje por grupo de edad, fases, metas por semanas, meta diaria. • Priorización de municipios, ES y localidades según aporte poblacional.
Dinámica	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis diario y semanal de la información sobre avances de coberturas, conferencias de prensa y series fotográficas de las acciones de lanzamiento, relanzamiento, plan de comunicación y movilización social (según etapas, tendencia epidemiológica y cumplimiento de indicadores de vigilancia del Sarampión, Rubéola, SRC y Poliomielitis).
Estática	<ul style="list-style-type: none"> • Demostración gráfica de la justificación, organización, zonificación, avances de la CVS de alta calidad, datos técnicos de la campaña: objetivos, mapa zonificado (señalando ubicación de las instituciones censadas), cronograma de vacunación por tipo de población, afiches de la campaña y material comunicacional, fotos de la CVS de alta calidad en curso: foto del día, monitoreo diario semanal de la meta y vacunómetro

11.1.2.1.4 Etapa 4. Evaluación

La evaluación de los resultados de la CVS permite verificar el cumplimiento de los objetivos, aplicando los indicadores de los criterios de calidad e identificando las lecciones aprendidas y buenas prácticas. Se debe realizar en tres etapas:

- **Previa a la vacunación**, a través de lista de chequeo, la cual permitirá tener el avance y asegurará la preparación para la CVS de alta calidad.
- **Durante**, es la verificación del cumplimiento de la meta establecida por día y por semana y de rendimiento de los equipos vacunadores para reorientar las estrategias. Esta fase incluye el MRV para aquellas zonas que ya han sido intervenidas a cargo del supervisor de brigada durante las acciones de vacunación de CVS de alta calidad. El análisis diario y semanal de la vacunación, se realizará utilizando el vacunómetro físico y digital, debe mapearse el avance de la vacunación en el croquis indicando zonas finalizadas con cobertura de vacunación del 95% en verde, amarillo en proceso y rojo no intervenida o no lograda la cobertura.
- **Posterior**, se evaluará la CVS de alta calidad de acuerdo a los indicadores establecidos según criterio de calidad y por MRV para determinar la población vacunada y no vacunada e identificar los bolsones de susceptibles, para su intervención en un plan de contingencia, inmediatamente posterior a los resultados de MRV con un mínimo de 2 semanas y un máximo de 4 semanas después.

Compromiso y prioridad política

En el escenario epidemiológico actual de la COVID-19, la SESAL consideró como parte del respaldo y prioridad política al PAI, la reprogramación de la CVS de alta calidad para julio de 2022. El PAI bajo la dependencia técnica de la Dirección General de Normalización, será el responsable de la coordinación y ejecución de la CVS de alta calidad, garantizando el apoyo técnico y financiero necesario, el compromiso y participación de las RS y municipios en un trabajo sistemático y ordenado para el cumplimiento de las metas de la CVS de alta calidad.

Con el fin de dar cumplimiento a los compromisos que el país ha asumido para mantener la eliminación del Sarampión, Rubéola y la Poliomiélitis, el PAI conjuntamente con el Consejo Consultivo Nacional de Inmunizaciones (CCNI), el Comité de Cooperación Interagencial en Salud (CCIS), la Comisión Nacional para la Eliminación del Sarampión (CNES) y la Comisión Nacional para la Erradicación de la Polio (CONEPO) gestionarán mantener el apoyo y prioridad política brindada por el Gobierno actual, a través de:

- Emisión de resolución de prioridad y compromiso político de la CVS de alta calidad del más alto nivel.
- Resolución ministerial de oficialización y prioridad de la ejecución de la CVS de alta calidad por la SESAL.
- Integración de Comités técnico-gerenciales según lineamientos responsables de coordinar en cada nivel de gestión (nacional, regional, municipal y local).
- Declaratoria de prioridad por autoridades departamentales (gobernadores) y gobiernos municipales (alcaldes y regidores).
- Formulación del plan de acción nacional de la campaña que incluye cronograma, responsables y financiamiento por componente.
- Elaboración de lineamientos técnico operativos y la documentación requerida para la planificación, organización, capacitación, ejecución y evaluación de la campaña.
- Formulación y difusión del plan nacional de comunicación y movilización social.

11.2 Organización y gestión local

La SESAL, como ente Rector del Sistema Nacional de Salud (SNS), lidera, organiza, moviliza, canaliza y optimiza los recursos necesarios para la ejecución de la CVS de alta calidad a nivel nacional y de organismos de cooperación internacional.

Organiza la conformación de los comités y mesas sectoriales integrados por los sectores del SNS, Gabinete de Gobierno, Empresa Privada y la Sociedad Civil, para el cumplimiento de la meta establecida, garantizando la vacunación segura en el escenario de la pandemia de la COVID-19 y estableciendo responsabilidades y funciones según los actores y aliados estratégicos presentes a nivel nacional, RS, municipios y mancomunidades de municipios.

En estos niveles se organiza el Comité Directivo y el Comité Técnico Operativo con delegación de funciones e intervenciones priorizadas y la reactivación de las mesas sectoriales incorporando en su agenda de trabajo la CVS de alta calidad para generar una gran participación y movilización social en la CVS de alta calidad.

11.2.1 Comité Directivo Nacional

Presidido por el Secretario de Estado en el Despacho de Salud, o quien él designe, realizará abogacía a nivel del Gabinete de Gobierno, Mesas Sectoriales, Asociación de Municipios de Honduras (AMHON), instituciones centralizadas y descentralizadas, Organizaciones No Gubernamentales (ONGs), Sociedades

Científicas, Cooperación Externa (OPS, UNICEF entre otras), Universidades, para que apoyen el proceso de organización, programación, ejecución y evaluación de la CVS de alta calidad, siendo las principales funciones:

- Liderar y respaldar políticamente la CVS de alta calidad y garantizar su ejecución a través de la designación de coordinadores nacionales responsables de dirigir y organizar la campaña al interior de sus instituciones.
- Incorporar sociedades científicas del área de la salud en el análisis de la situación de la eliminación del Sarampión, Rubéola, SRC y Poliomieltis y el acúmulo de población susceptible, para establecer alianzas, compromisos, y responsabilidades en las actividades de vacunación (registro, reporte, cadena de frío, vigilancia epidemiológica, entre otros).

11.2.2 Comité Técnico-Operativo Nacional

Coordinado por la jefatura del PAI y equipo técnico, con la participación de las Direcciones Generales de Salud, con la asistencia técnica de la OPS, siendo su principal función:

- Planificación, organización, programación, ejecución, monitoreo y evaluación de la CVS de alta calidad en todos los componentes a nivel nacional.

11.2.3 Comité Técnico Operativo Regional

Precedida por el jefe de la Región Sanitaria quien será el responsable de la conducción de la CVS de alta calidad, para lo cual deberá asignar responsabilidades al equipo técnico regional asegurando la incorporación de las autoridades del nivel político departamental (gobernador), ONGs, mesas intersectoriales, organizaciones de la sociedad civil, IHSS y líderes comunitarios a nivel de red/municipio y local.

11.2.4 Comité a Nivel Equipo Coordinador de Red (ECOR) /Municipal. Se implementará la misma organización, presidida por la autoridad local (alcalde), Equipo Coordinador de Red (ECOR), el equipo municipal y mesas intersectoriales, tanto en municipios centralizados y descentralizados.

11.2.5 Coordinación sectorial e intersectorial

La gestión y coordinación con aliados estratégicos del sector público y privado representados en las mesas intersectoriales permitirá establecer alianzas para la gestión, y movilización de fondos para cubrir las brechas en los componentes y actividades prioritarias, como:

- Coordinación Inter programática regional, para asegurar el cumplimiento de lineamientos conformando un equipo de integración para la CVS de alta calidad con la participación de todas las unidades, departamentos, áreas y secciones, asignando responsabilidades y tareas de acuerdo a sus funciones.
- Coordinación a través de las mesas intersectoriales, socializando los objetivos de la CVS de alta calidad a nivel regional, municipal y local, incorporando las diferentes instituciones y organizaciones del municipio y localidades para la movilización de recursos con énfasis en municipios de riesgo.
- Aliados estratégicos como: sociedades científicas (pediatría, inmunología e infectología, entre otras), universidades del sector público, gremios profesionales, organismos internacionales, ONG, y otras organizaciones de participación comunitaria.

11.3 Capacitación

La capacitación del personal de salud y de apoyo participando en la CVS de alta calidad deberá conocer y aplicar la normativa de acuerdo a los lineamientos técnicos operativos establecidos. Para organizar e implementar el proceso de capacitación de los equipos de salud, se desarrollará el plan nacional, regional y local, el cual incluye: calendario, objetivos, contenido, metodología, logística y presupuesto, según los siguientes aspectos:

- Socialización de los lineamientos técnico operativos según nivel de gestión, los equipos regionales organizarán la capacitación presencial o virtual según sea la situación de la pandemia.
- El contenido de la capacitación debe incluir los siguientes aspectos:
 - Objetivos: población objetivo y meta de la campaña.
 - Esquema de vacunación, registro, lectura e interpretación del carnet de vacunación.
 - Características de la vacuna a utilizar: dosis, vía y técnica de administración, indicaciones, contraindicaciones, eventos adversos esperados y su manejo.
 - Estrategias de vacunación en cada ES: horarios extendidos, seguimiento a cohortes de nacidos vivos, búsqueda de población objetivo, actividades extramurales.

- Mantenimiento, almacenamiento y transporte de las vacunas de acuerdo a la normativa de la cadena de frío.
- Sistema de información.
- Comunicación y participación social.
- Vacunación segura.
- Vigilancia de eventos supuestamente atribuidos a vacunación o inmunización.
- Vigilancia epidemiológica (Anexo15).

11.4 Ejecución

11.4.1. Comunicación y movilización social

El plan de comunicación y movilización social se constituye en el elemento clave para una amplia convocatoria y participación de los medios de comunicación masivos, sectores sociales y aliados estratégicos presentes a nivel nacional, regional y municipal, para el logro de la meta establecida.

Con la reactivación del Comité Nacional de Comunicación y Movilización Social y la formulación e implementación de la estrategia de la CVSSR (con base al Plan Nacional de Promoción de la Salud en PAI las Regiones Sanitarias), se adecuará el plan para su implementación a nivel municipal, conformando comités desde el nivel nacional, regional y municipal.

El plan nacional realizará actividades orientadas a:

- Difusión de información sobre la importancia de la vacunación contra el Sarampión, la Rubéola y la Poliomielitis y el riesgo de importación de casos en el país.
- Formulación de pronunciamientos públicos en adhesión a la campaña por parte de Sociedades Científicas (Pediatría, Infectología y otros), grupos gremiales (Colegio de Enfermeras, Médico, Microbiólogos, Colegios Profesionales del Sector Educativo (PRIHMA, COPEM, COLPROSUMAH) Sindicatos y Asociaciones (ANEEAH, ANDEPH), líderes y grupos de opinión y otros organismos.
- La comunicación se realizará a través de:
 - Difusión por medios masivos hablados, escritos, televisivos, alternativos y perifoneo local, con mensajes en las dos semanas previas al inicio de la CVS de alta calidad.
 - Implementación de actividades para motivar la participación del personal de la SESAL y mantener un mensaje uniforme.
- Disponibilidad de material informativo escrito (afiches, volantes, entre otros), en sitios conocidos por la comunidad y de gran afluencia de las personas.
- Ejecución de estrategias innovadoras de educación y comunicación para la salud local con un enfoque intercultural y étnico, tales como (juegos, desfiles, presentaciones teatrales), en lanzamiento, relanzamiento y última oportunidad de la CVS de alta calidad, para

estimular a los padres o cuidadores a acudir a los sitios destinados para la vacunación de sus hijos.

- Levantamiento de inventario de actores claves del sector público y privado, según actividades y tipo de apoyo requerido, incorporándolos en el proceso de planificación, ejecución y evaluación de la CVS de alta calidad.
- Establecimiento de alianzas estratégicas con dueños, directores de medios, periodistas y locutores para presentar los objetivos de la CVS de alta calidad y apoyo en la difusión masiva de los mensajes, reportajes, entrevistas, foros, entre otros.
- Formulación del plan de perifoneo local para promoción y movilización social de la CVS de alta calidad.
- Realización de conferencias de prensa a nivel nacional, regional, municipal previa y al finalizar la CVS de alta calidad.

Para lograr una eficaz comunicación y movilización social también es necesario:

1. Acciones de abogacía:

La abogacía se realizará a través de visitas a representantes claves de la sociedad del sector público y privado para lograr apoyo a la CVS de alta calidad. Los resultados esperados de la abogacía incluyen:

- Pronunciamiento público en apoyo a la campaña por parte de líderes o grupos de opinión tales como: Comisión de salud del Congreso de la República, Periodistas, Sociedades científicas, Cooperación internacional, etc. (Anexo 8).
- Gestión de espacios gratuitos para pautas de mensajes, entrevistas a voceros de la SESAL, el PAI y de la sociedad civil (Comité Técnico Asesor de Inmunizaciones) en los diferentes medios de comunicación masivos y alternativos.
- Identificación de espacios estratégicos para difusión por medios alternativos como el perifoneo, altoparlantes en mercados, salas situacionales, colocación de afiches, entrega de volantes y otros.
- Negociar el establecimiento de red de mensajes de texto para personal de salud, periodistas y líderes comunitarios y la utilización de las redes sociales (Facebook, Twitter, WhatsApp).
- Gestionar la incorporación de un espacio en la página web de la SESAL, PAI, Secretaría de Educación para informar sobre los avances de la campaña (vacunómetro).

2. Mensajes claves

Para promocionar la demanda espontánea de los padres o cuidadores a los servicios de vacunación de la CVS de alta calidad, el plan de comunicación nacional determinó los mensajes claves:

- “El Sarampión, Rubéola y la Poliomielitis ocasionan daños serios a la salud de los niños”.
- “Recuerda, la vacunación es gratuita y segura”.
- “Los niños de 1 a 6 años deben vacunarse contra el Sarampión, Rubéola y los niños de 6 meses a 4 años contra la Poliomielitis”.
- “La CVS de alta calidad se desarrollará del 4 de julio al 31 de agosto de 2022”.

3. Tipo de piezas de comunicación

Diseño, validación, impresión y distribución de material audiovisual para promoción de la CVS de alta calidad, dotando al nivel municipal y local de las piezas de comunicación para medios, personal de salud, actores sociales y población objetivo, enviando las respectivas artes finales para adaptación a nivel local y desarrollo de iniciativas locales de comunicación y movilización social (Cuadro 8 y anexo 9).

Cuadro 8. Tipo de piezas de comunicación y ubicación

Tipo	Ubicación
Afiche:	Promoción en lugares estratégicos: escuelas, guarderías, bancos, ONG, ES, municipios, iglesias, junta de vecinos, centros comerciales de gran concurrencia, hospitales, autobuses, supermercados.
Manta cruza calles:	De fondo en actos de inauguración de CVS nacional, municipal y local, en avenidas principales de mayor circulación, en entradas de los municipios y sedes regionales, durante vacunación, acciones de última oportunidad, etc.
Carpeta del vocero y preguntas y respuestas	Se entregará a líderes políticos, científicos, religiosos, comunitarios, medios de comunicación, etc. Directores departamentales, Presidente del Colegio Médico, Representantes de la Sociedad Pediátrica e Infectología, Directores de Hospitales, Encargados PAI e todos los niveles, Representantes de Organismos y medios de comunicación.
Boletines informativos	Autoridades del nivel político de la Secretaría de Salud, educación y otras, medios de comunicación, autoridades departamentales de salud, autoridades locales (Alcaldes), miembros de CCNI y CCIS
Guía operativa del vacunador	Para brigadas de vacunación.
Trifolios	Principales preguntas sobre sarampión, rubéola y la vacunación.
Calcomanías o sticker	Para identificar viviendas visitadas y población vacunada. Para promoción de la CVS 2022.

11.4.1.2 Fases operativas de la ejecución de la CVS de alta calidad, según actividades de comunicación y movilización social

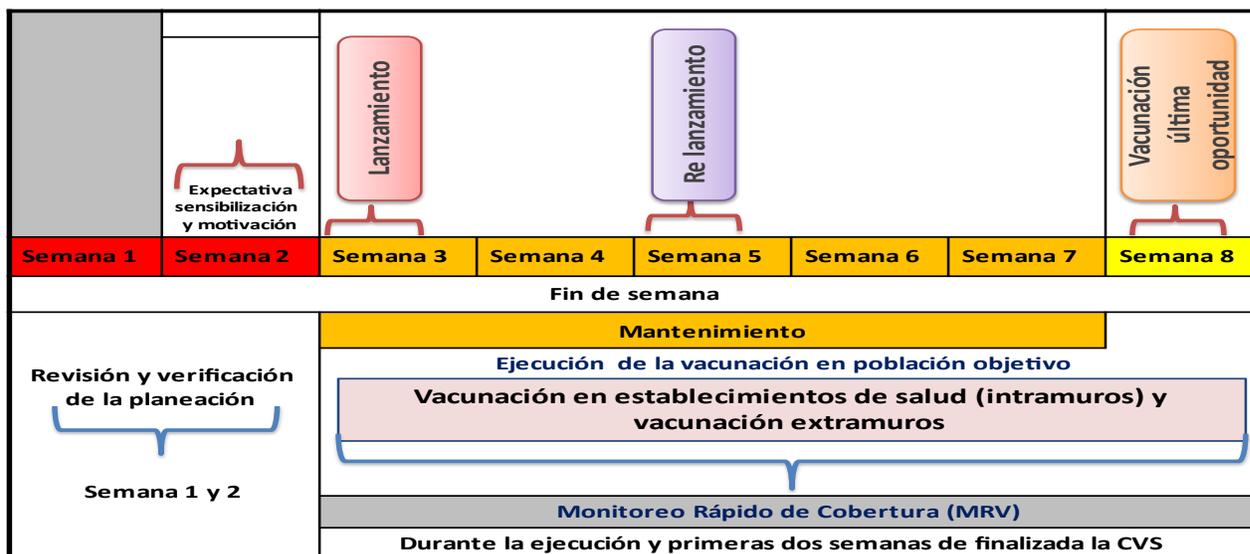
La ejecución de la CVS de alta calidad de Sarampión, Rubéola y bVOP, tendrá una duración de diez semanas de la primera a la octava semana para la búsqueda activa de la población objeto de vacunación de la campaña y la novena y décima semana para el MRV.

La ejecución de la CVS de alta calidad será acompañada por el plan de comunicación que contempla las siguientes fases y movilización, lanzamiento, mantenimiento, relanzamiento, última oportunidad/vacunación y cierre (Cuadro 9 y figura 5).

Cuadro 9. Fases operativas de la CVS de alta calidad, Honduras, 2022

Fase	Descripción
Expectativa y movilización	Preparación y Expectativa, basada en el proceso de información, y comunicación.
Día de lanzamiento	Realizar el lanzamiento de la CVS de alta calidad el sábado previo al inicio de la primera semana, asegurando generar una expectativa y promoción de la vacunación en todos los niveles de gestión.
Mantenimiento	<p>Desarrollar la vacunación y tácticas establecidas, desde la primera semana hasta la octava semana, en todo el territorio nacional y en forma continua y sostenida.</p> <p>Analizar y verificar la información de dosis aplicadas, con el fin de evaluar y replantear según resultados las tácticas de vacunación.</p> <p>Enviar reportes semanales al nivel superior, según los tiempos definidos por la SESAL.</p>
Relanzamiento	Sí, a la sexta semana no se ha alcanzado el 80% de la meta semanal propuesta, realizar una amplia difusión, por medios de comunicación locales, durante los últimos dos días de la séptima semana (viernes y sábado), así como la oferta de vacunación en los ES durante el sábado y la ubicación de puestos móviles en puntos estratégicos.
Última oportunidad	Establecida para la última semana de la vacunación en la búsqueda de la población, que, a pesar de todas las tácticas de vacunación implementadas, aún no demanda la vacunación. Ese rezago del 5 al 15% de la población deberá realizarse con acciones masivas de vacunación, por ejemplo, un vacunación en las zonas de alta concentración de población y con bajas coberturas.
Cierre	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar el MRV de acuerdo a la metodología establecida en los lineamientos de SESAL (Ver manual de MRV) • Verificar y garantizar el 100% de la información digitada. • Finalizar la documentación de la CVS de alta calidad. • Realizar difusión sobre los logros a los diferentes niveles de gestión y aliados estratégicos. • Realizar reconocimientos al personal de salud por el logro de la meta. • Enviar el acta final de jornada en la última semana.

Figura 5. Fases de la etapa de ejecución de la CVS de alta calidad, según actividades de comunicación y movilización social, Honduras, 2022



Importante: En caso de no cumplir el 100% de la meta en el tiempo establecido, las regiones y municipios deben replantear las estrategias y formular plan de contingencia para la búsqueda de bolsones de la población susceptible en las dos semanas posteriores a la finalización de la CVS de alta calidad, hasta que se logre cobertura del 95% o más.

11.4.1.3 Participación de centros educativos en la movilización social

Para lograr la vacunación de la población de centros educativos (preescolares y escolares), el nivel nacional, regional y municipal deberán coordinar con la Secretaría de Educación para establecer acuerdos y micro planificación para la intervención de los centros educativos según las siguientes indicaciones:

- **Los responsables de los ES**, junto con los supervisores de educación departamentales y municipales, coordinan reuniones presenciales o virtuales con los directores de centros educativos, para informarles de la CVS de alta calidad, el apoyo requerido, la formulación conjunta de micro planificación y el cronograma de vacunación. Así como presentar a los maestros y a la sociedad de padres de familia, los objetivos de la prevención del Sarampión, la Rubéola, el SRC y la Poliomiélitis.
- **En las escuelas**, los maestros se incorporan como agentes informativos y coordinadores de la vacunación en espacios abiertos y por turnos. Los niños en caso de clases presenciales o virtuales participarán en las actividades de promoción de la CVS de alta calidad, informando a los padres de familia, y distribuyendo las hojas volantes sobre la CVS de alta calidad (objetivo, tipo de vacuna a aplicar, edad, día, horario), o nota firmada

por el maestro donde solicita a los padres el carnet de vacunación y autorización para la vacunación (consentimiento informado).

11.4.1.4 Lanzamiento de la ceremonia de inauguración de la CVS de alta calidad

Se realizará ceremonia de lanzamiento de la inauguración de la CVS de alta calidad, presencial o virtual, a nivel nacional y simultáneo en el nivel regional y municipal, para visibilizar políticamente la prioridad de la vacunación y de la CVS de alta calidad, con una amplia participación de los medios de comunicación nacionales y locales.

En la organización del acto de lanzamiento se consideran los siguientes aspectos:

- Presidido por el más alto nivel político del país (presidente o su representante, Secretario de Estado en los Despachos de Salud, Gabinete de Gobierno, Representantes de la Cooperación Internacional, entre otros).
- Presencia de figuras claves reconocidas, tanto del ámbito científico, académico, cultural, artístico y deportivo, llamando a la vacunación.
- Amplia convocatoria de los medios de comunicación nacional y local.
- Realizarlo en zonas de alta concentración poblacional, a fin de sensibilizar a la población sobre las actividades de vacunación de la CVS de alta calidad.

11.4.1.5 Vacunación

Es una estrategia intensiva que se ha utilizado para acelerar el proceso de vacunación. Se debe contar con el apoyo de aliados estratégicos del sector público, privado y organismo internacionales de cooperación, para promover la movilización social y de recursos para una campaña de comunicación intensiva y contundente. El objetivo es alcanzar entre 5% y 15% de la población objetivo que por diferentes razones no acudió a los servicios de vacunación durante la ejecución de la CVS de alta calidad a nivel nacional, o en regiones y municipios seleccionados (para la organización y ejecución del Vacunación (Anexo 10).

11.4.1.6 Comunicación y ESAVIS graves, Plan de crisis

A pesar de que los ESAVI graves secundarios a las vacunas SRP y la bVOP son pocos frecuentes, la coincidencia de un suceso serio y la cobertura por los medios de comunicación sensacionalistas puede afectar considerablemente las actividades de vacunación. Por otra parte, también pueden surgir reacciones derivadas de la administración incorrecta de las vacunas, lo que resulta perjudicial, si no se aborda de inmediato y con suma eficacia.

El objetivo principal de la comunicación es llevar a cabo actividades para mantener la confianza en las vacunas y en las autoridades. Por lo que los esfuerzos de la comunicación continua, necesitan ser implementados para concientizar y entregar conocimientos de los riesgos de las enfermedades y los beneficios de la vacuna. La población bien informada sobre la vacunación,

tienen menor probabilidad de verse afectadas por miedos y rumores relacionados con las vacunas.

11.4.1.7 Mensajes claves de información durante ESAVIS graves

El proceso de preparar mensajes constituye una parte fundamental. En este paso de la respuesta a la crisis, se deben adaptar los mensajes preparados al contexto específico del problema.

11.4.1.8 Plan de comunicación en crisis

El público evalúa el riesgo y responde basado en las emociones, la brecha, la percepción de riesgos y la información disponible para establecer un diálogo.

La preparación con anticipación de un plan de comunicación, en el que se determinen las personas responsables de la comunicación durante la crisis relacionada con la vacunación, es fundamental.

Los elementos básicos del plan de comunicación en crisis, incluye:

- Organización de comité de crisis sobre los ESAVI conformado por personas responsables de manejar los ESAVI en cada nivel, que puedan reunirse de inmediato para definir el plan de acción.
- Nombre de los portavoces calificados en todos los niveles.
- Determinación de los mensajes claves que se deben comunicar.

11.4.2. Sistema de información

El sistema de información es un componente esencial de las actividades de vacunación. Permite monitorear el avance de las metas y programar actividades complementarias de acuerdo a las debilidades identificadas. Su objetivo es recolectar información confiable y oportuna para el análisis y toma de decisiones en todos los niveles, garantizando calidad del dato.

11.4.2.1 Consideraciones generales

El consolidado de vacunados se debe realizar diariamente. Los vacunados del programa regular y las dosis de campaña, se deberán sumar para obtener el total de vacunados según edades simples y por ES para la vacuna SRP y bVOP (Cuadro 10).

Cuadro 10. Instrumentos de información la CVS de alta calidad

Tipo de formulario	Especificaciones
<ul style="list-style-type: none"> • SINOVA 1 (Sistema nominal de vacunación): registro diario de vacunación del Programa Regular para primera y segunda dosis, de 12 a 23 meses y de 2 a 6 años 11 meses 29 días para SRP, y para bVOP de 6 meses hasta 4 años 11 meses 29 días. 	<ul style="list-style-type: none"> • Registrar la población objetivo vacunada según código de identificación, nombres y apellidos, fecha de nacimiento, sexo, nombre de la madre o responsable, tipo y dosis de vacuna aplicada según edad (SRP1, SRP2), (bVOP3).
<ul style="list-style-type: none"> • Formulario SRP1: registro diario de dosis adicionales de SRP y bVOP (Anexo 11). • Formulario SRP2: consolidado dosis adicionales de vacunación SRP y bVOP (de 6 meses a 6 años 11 meses 29 días) (Anexo 11). 	<ul style="list-style-type: none"> • En el formulario SRP1 registrar por localidades, ES, las dosis adicionales de SRP y bVOP administradas según edades, totalizando al final de cada columna. • En el formulario SRP2 registrar el consolidado por localidades y ES de las dosis adicionales registradas en el formulario SRP1 según edades totalizando al final de cada columna. • Realizar control de calidad del dato del consolidado SRP2 partiendo de los registros del formulario SRP1 para identificar errores en el registro de la información.
Carnet de vacunación	<ul style="list-style-type: none"> • Colocar la fecha de la dosis de aplicación de la vacuna SRP y bVOP en el carnet de vacunación.
LINVI	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizarlo solamente para registrar las dosis que corresponden al esquema del programa regular (SRP 1, SRP2 y bVOP3).
Software (SIVAC) PAI	<ul style="list-style-type: none"> • Software diseñado y utilizado para el reporte desde los ES de los datos de vacunación del Programa Regular en forma mensual.

11.4.2.2 Flujograma de la información

- El ES captura y consolida los registros diarios de los vacunados por localidad y por ES en forma diaria y lo envía al nivel inmediato superior el viernes de cada semana antes de las 12 pm.
- El municipio consolida la información por ES y lo envía al nivel regional el día lunes antes del mediodía.
- Las jefaturas regionales consolidar la información de los municipios por ES y lo envían a nivel nacional el día lunes antes de las 4 pm.
- El nivel nacional elabora el boletín informativo de avances y retroalimenta al nivel político y regiones sanitarias.

11.4.2.3 Vacunómetro

Herramienta digital o manual, establecida como una base de datos estadísticos, que permite monitorear la vacunación diariamente por ES, municipio, red y región. Además, permite estimar el alcance de la meta por edades simples o grupos de edad, indica el rezago de población no vacunada, el rendimiento de los equipos de vacunación por día, lo que la reorientación de las tácticas de vacunación para la búsqueda de la población pendiente. (Anexo 12 y 13).

11.4.3 Vacunación segura

La vacunación segura, incluye diferentes elementos, que van desde la producción, control de la calidad, eficacia, seguridad, transporte de las vacunas, seguridad del receptor, del trabajador de salud y del ambiente.

En la vacunación segura debe considerar los siguientes aspectos:

- a) **Seguridad del receptor:** Orientada a la seguridad de la población que recibe la vacuna e incluye:
 - Vacunas e insumos de calidad.
 - Cumplimiento de normas de la cadena de frío en relación al almacenamiento y conservación de vacunas en refrigeradoras y termos.
 - Fecha de vencimiento y aspecto de la vacuna.
 - Utilización de diluyente según normativa establecida por el país.
 - Preparación de la vacuna en el momento de su utilización y administración inmediata.
 - Prevención de errores programáticos u operacionales asociado al uso de diluyentes o vacunas vencidas, contaminadas, administración de la vacuna por vía y sitio anatómico incorrecto, etc.
 - Utilización de jeringas autodesactivables.
 - Aplicación de normas de manejo de frascos abiertos.

- b) **Seguridad del trabajador.** Se orienta a evitar accidentes de trabajo por prácticas erróneas que afecten al trabajador como:
 - Retapar agujas previo a desecharlas en las cajas de seguridad.
 - No realizar la notificación del accidente laboral para acceder a tratamiento y seguimiento.
 - Manejar inadecuadamente las cajas de seguridad (llenado más de 3/4 partes de acuerdo a la normativa nacional).

c) Seguridad del ambiente:

- Observar las normas universales de bioseguridad.
- Las jeringas autodesactivables como residuos corto punzantes se disponen en cajas de seguridad conforme a la normativa vigente.
- Los frascos usados o abiertos serán descartados en las cajas de seguridad.
- El empaque de la jeringa y tapón de la aguja no contaminada de sangre o fluidos y el algodón con sangre, se desecharán en las bolsas de plástico de acuerdo a la normativa vigente.

En la vacunación segura también se deben considerar los siguientes componentes:

1.-Vacunas e insumos de calidad: Las vacunas e insumos, jeringas y cajas de bioseguridad para la CVS de alta calidad, han sido adquiridas a través del Fondo Rotatorio de la OPS / OMS, cumpliendo con los criterios de calidad de acuerdo con normas internacionales definidas en el sistema de precalificación de la OMS, siendo certificadas por la Agencia de Regulación Sanitaria (ARSA).

2.-Prácticas de inyección segura

Está orientado al cumplimiento de las normas de inyección en todo el proceso:

Antes: conservación y manejo de vacunas, asepsia, antisepsia de equipos, asegurar el abastecimiento y transporte seguro de vacunas, materiales e insumos.

Durante: asegurar el manejo, conservación y transporte de vacunas, técnicas de aplicación, dosis, vías de administración, manejo de frascos abiertos, normas de manejo y descarte de jeringas y agujas en cajas de bioseguridad y registro.

Después: asegurar el transporte, manejo y disposición final de desechos, según normativa y regulación nacional (Anexo 14).

3.-Aspectos técnicos y clínicos de los ESAVI

3.1 Eventos Adversos Supuestamente Atribuible a la Vacunación e Inmunización (ESAVI)

Se define como cualquier situación de salud (signo, hallazgo anormal de laboratorio, síntoma o enfermedad) desfavorable, no intencionada, que ocurra posterior a la vacunación/inmunización y que no necesariamente tiene una relación causal con el proceso de vacunación o con la vacuna.

En el 2014, el CIOMS y la OMS publicaron una clasificación modificada que es pertinente a la caracterización de las causas específicas de los ESAVI (Cuadro 11).

Cuadro 11. Tipo de ESAVI, según causa específica y definición en CVS

Tipo de ESAVI por causa específica	Definición
Evento relacionado con la vacuna o cualquiera de sus componentes	ESAVI que es causado por una o más propiedades inherentes del producto biológico, ya sea el principio activo o cualquier otro de los componentes de la vacuna (i.e. adyuvantes, preservantes o estabilizantes)
Evento relacionado con un defecto de calidad del producto	ESAVI que es causado por uno o más defectos de calidad de fabricación del producto, incluyendo el dispositivo de administración cuando éste es suministrado por el fabricante.
Evento relacionado con error programático	ESAVI causado por una desviación en los procedimientos estandarizados, recomendados en cualquier fase del ciclo de la vacuna desde su distribución por el fabricante hasta su uso e incluyendo el desecho de residuos
Evento por estrés que tuvo lugar inmediatamente antes, durante o inmediatamente después del proceso de vacunación.	ESAVI, generado por la ansiedad relacionada con el proceso de vacunación y los factores socioculturales que la rodean.
Evento coincidente.	ESAVI que NO es causado por la vacuna, ni por un error programático, ni por una respuesta al estrés por la vacunación, pero que tiene una relación temporal con la administración de la vacuna.
Evento no clasificable	Este tipo de eventos se definen operativamente cuando dada la falta de información el evento no se puede clasificar en ninguna otra categoría.

Cuadro 12. Reacción relacionada con un error del proceso y eventos generados

Error en la manipulación o uso		Reacción relacionada
Error en la manipulación de la vacuna	Exposición al exceso de calor o frío como resultado de transporte inapropiado, almacenamiento o manipulación de la vacuna (y sus diluyentes cuando es aplicable).	Reacciones sistémicas o locales debidas a cambios en la naturaleza física de la vacuna, tales como aglutinación de excipientes basados en aluminio en vacunas sensibles a la congelación.
	Uso del producto después de la fecha de expiración.	Falla en la protección inmunológica como resultado de la pérdida de potencia o no viabilidad del producto atenuado.

Error en prescripción de la vacuna o no adherencia a las recomendaciones de uso.	Falla en la adherencia a una indicación o prescripción (dosis o esquema).	Reacciones locales y/o sistémicas, neurológicas, musculares, vasculares o daño óseo debido a técnica de inyección incorrecta, equipo incorrecto o sitio de inyección incorrecto.
Errores en la administración	Uso del diluyente incorrecto o inyección de un producto distinto a la vacuna esperada.	Falla en la vacunación debido al diluyente incorrecto, reacción debida a las propiedades inherentes de la sustancia que se haya administrado en lugar del diluyente o la vacuna.
	Técnica estéril incorrecta o procedimiento inapropiado con una vial multidosis.	Infección local en el sitio de aplicación o infección sistémica también derivada de la aplicación de vacuna contaminada.

3.2 Manejo e investigación de los ESAVI

- Todo ESAVI debe ser manejado en el nivel que corresponda.
- La SESAL a través del PAI apoyará a las RS en la investigación y clasificación final de todo evento notificado, por lo cual, se requiere que el personal de los ES y municipios y la región reporten oportunamente toda la información del evento.
- Cada jefatura regional, deberá reactivar o conformar el equipo o comisión para el monitoreo de los ESAVI.
- Todo ESAVI grave, debe ser investigado para responder a las siguientes preguntas: 1. ¿Es un evento coincidente? 2. ¿Es un evento relacionado con la vacuna? 3. ¿Es un evento causado por un error programático?
- Los ESAVI deben ser notificados inmediatamente por medio del llenado completo y correcto de la Ficha de Reporte de Eventos Adversos.
- En caso de producirse ESAVI grave, el comité de crisis para el monitoreo de los ESAVI de las regiones sanitarias deberá realizar la investigación respectiva en las primeras 24 horas de ocurrido el evento, realizando la clasificación final del caso y enviará toda la documentación de la investigación al PAI difundiendo los resultados con los demás entes involucrados.

3.3 Comunicación en crisis.

Es el conjunto de técnicas de comunicación que debemos desarrollar cuando la ocurrencia de un ESAVI ha trascendido a los medios de comunicación (prensa, radio, televisión, redes sociales). Con el objetivo de revertir la desconfianza de la población y asegurar el mantenimiento de las actividades de vacunación al más breve plazo posible, con el fin de asegurar la continuidad de las actividades, resguardando la confianza de la población en el Programa Ampliado de Inmunizaciones.

Si el ESAVI no se atiende inmediata y apropiadamente la población se alarma y demanda explicación. Descuidar la comunicación en momentos de crisis sería un error. Es necesario gestionar adecuadamente las comunicaciones con el entorno: población, medios, actores claves. Hay que administrar los mensajes tanto internos como externos, ya que el silencio total puede ser tan negativo como una indiscriminada emisión de información.

Para manejar en forma oportuna y efectiva las situaciones de crisis derivadas de la presentación de un Evento Adverso Supuestamente Atribuido a la Vacunación e Inmunización grave, se debe:

- Fortalecer a los equipos regionales que conforman el comité de crisis para responder adecuadamente ante los posibles eventos adversos graves que se puedan presentar con la aplicación de las vacunas SRP y bVOP.
- Facilitar la realización rápida de la investigación del ESAVI comunicando de manera honesta y eficiente los resultados de esta.
- Establecer la comunicación oportuna con la familia donde se ha presentado el ESAVI y mantenerla informada de los avances sobre la investigación.
- Proporcionar una respuesta rápida a la preocupación de la población relacionada con la aparición del ESAVI.
- Atender la demanda de los medios de comunicación con respecto al ESAVI.

11.4.4 Logística y cadena de frío

11.4.4.1. Logística

El PAI dotará a las RS la vacuna SRP (5 dosis), bVOP (10 dosis) y otros insumos con base a la micro planificación de población objetivo. Se enviará con un mes de anticipación, de acuerdo a la programación establecida, conjuntamente con la vacuna del tercer trimestre, jeringas y cajas de seguridad. El algodón deberá ser adquirido por cada RS.

Documentos para la capacitación: Lineamientos, manual del vacunador y cuaderno de micro planificación; formularios de registro SRP-1, SRP2, formulario de MRV, guía de supervisión y material promocional. Serán enviados por PAI.

Cada nivel: RS, Red/municipio deberá elaborar calendario de distribución de vacuna e insumos con base a programación, a fin de asegurar disponibilidad oportuna a nivel local.

11.4.4.2 Cadena de frío

- Previo a la CVS de alta calidad a nivel RS, Red/municipio y ES, todos los niveles deben realizar análisis de la capacidad instalada, el estado de funcionamiento de la cadena de frío, y del equipo a nivel de almacenes de la Red/municipios y ES. Para que, en caso de identificarse un problema, se priorice su solución.
- Realizar inventario de cajas frías, termos y paquetes fríos a fin de asegurar disponibilidad de acuerdo al requerimiento (cuadernillo de micro planificación) y tomar decisiones para dotación, reubicación, etc.

12. Indicadores según criterios de alta calidad de la CVS

12.1 Eficacia

Los indicadores se orientan a cuantificar y verificar la capacidad administrativa del nivel nacional, regional, y local para alcanzar el 95% o más de cobertura en la población de 1 a 6 años 11 meses 29 días con SPR y de 6 meses a 4 años 11 meses 29 días para bVOP (Cuadro 13).

Cuadro 13. Indicadores de eficacia de CVS de alta calidad.

Indicadores de Eficacia	Construcción del indicador	Estándar de cumplimiento	Nivel de aplicación
% de cobertura de vacunación con dosis adicional de SRP en niños de 1 a 6 años 11 meses 29 días a nivel nacional, regional y municipal.	Número de dosis de SRP aplicadas en niños de 1 a 6 años 11 meses 29 días / Total de niños de 1 a 6 años 11 meses 29 días X100	≥95%	Nacional, RS Redes y municipios.
% de cobertura de vacunación de población de 12 a 23 meses con primera dosis de SRP a nivel nacional, regional y municipal.	Número de primeras dosis de SRP aplicadas en población de 12 a 23 meses / Total, de población meta de 12 a 23 meses X 100	Depende de la duración de la CVS de alta calidad en meses (1 mes 8.33%, cobertura del mes)	Nacional, RS Redes y municipios.
% de cobertura de vacunación con segunda dosis de SRP en la población de 18 a 23 meses.	Número de segundas dosis de SRP aplicadas en la población de 18 a 23 meses / Total, de población meta de 18 a 23 meses X 100	≥95%	Nacional, RS Redes y municipios. Nacional,
Porcentaje de puestos de vacunación fijos permanentes (establecimientos de salud)	N° de puestos fijos permanentes (establecimientos de salud) de vacunación supervisados	100%	Nacional, RS Redes y municipios.

Indicadores de Eficacia	Construcción del indicador	Estándar de cumplimiento	Nivel de aplicación
cumpliendo normas de cadena de frío (temperaturas entre de +2°C a +8 °C)	cumpliendo con normas de cadena de frío (temperaturas entre de 2 - 8 °C) / Total, de puestos de vacunación fijos permanentes (establecimientos de salud) supervisados X 100		

12.2 Homogeneidad

La CVS de alta calidad, será homogénea si se logra una cobertura mayor o igual al 95%, en el 80% de las RS, 80% de municipios por RS, debido a que los servicios de vacunación de la CVS de alta calidad se ofertan en un periodo de tiempo en forma continua a toda la población objetivo (Cuadro 14).

Cuadro 14. Indicadores de Homogeneidad de la CVS de alta calidad.

Indicadores de Homogeneidad	Construcción del indicador	Estándar de cumplimiento	Nivel de aplicación
Porcentaje de cobertura homogénea $\geq 95\%$, con una dosis de SRP por edades simples a nivel nacional, regional y municipal en la población de 1 a 6 años 11 meses 29 días en la CVS de alta calidad.	Número de dosis de SRP adicional y de esquema aplicadas por edades simples en la población de 1 a 6 años 11 meses 29 días / Total, de población de 1 a 6 años por edades simples (6 indicadores) X 100	80%	Nacional, RS Redes y municipios.
80% de RS alcanzaron cobertura homogénea del $\geq 95\%$ en la CVS de alta calidad.	Número de RS con cobertura $\geq 95\%$ en la CVS de alta calidad / Total de RS X 100	80%	Nacional, RS
80% de municipios, alcanzaron coberturas $\geq 95\%$ en la CVS de alta calidad por RS.	Número de municipios que alcanzaron coberturas $\geq 95\%$ por RS / Total, de municipios por RS X 100	80%	Nacional, RS, Redes y municipios.

12.3 Oportunidad:

El criterio de oportunidad se evaluará, en cada etapa del plan de acción (planificación, ejecución y evaluación según componentes). Los indicadores se orientan a cuantificar y verificar los componentes de logística (abastecimiento de vacunas e insumos), ejecución de la vacunación en el tiempo programado, micro planificación, sistema de información, monitoreo y evaluación (Cuadro 15).

Cuadro 15. Indicadores de oportunidad de CVS de alta calidad.

Indicador	Construcción del indicador	Estándar de cumplimiento	Nivel de aplicación
Porcentaje de regiones sanitarias que alcanzaron la cobertura de vacunación $\geq 95\%$ en un periodo de 8 semanas con una dosis adicional de SRP en la población de 1 a 6 años 11 meses 29 días en la CVS de alta calidad.	Número de regiones sanitarias que alcanzaron la cobertura de vacunación $\geq 95\%$ en un periodo de 8 semanas / Total de RS X 100	100%	Nacional y RS
Porcentaje de RS y municipios que cumplieron con la entrega semanal de información durante las 8 semanas de la CVS de alta calidad.	Total de RS y municipios con entrega semanal de información durante las 8 semanas de la CVS de alta calidad / Total de RS y municipios X 100	100%	Nacional, RS, Redes y municipios.
Porcentaje de RS, municipios que formularon micro planificación local al menos 6 semanas previas al inicio de la CVS de alta calidad.	Total de RS, municipios que formularon proceso de micro planificación 6 semanas antes de la CVS de alta calidad / Total de RS X100	100%	Nacional, RS, Redes y municipios.

12.4 Eficiencia

El criterio de eficiencia aplicada a la CVS de alta calidad, revelará la capacidad administrativa para producir el máximo de los resultados en la CVS de alta calidad, con el mínimo de los recursos, energía y tiempo, a nivel nacional, regional y municipal (Cuadro 16).

Cuadro 16. Indicadores de eficiencia de CVS de alta calidad

Indicadores de eficiencia	Construcción del indicador	Estándar de cumplimiento	Nivel de aplicación
Porcentaje de municipios con disponibilidad de fondos a nivel operativo para CVS de alta calidad	No de municipios con fondos disponibles desde el nivel regional para CVS de alta calidad / Total de municipios X 100	100%	Nacional, RS, Redes y municipios.
Gobiernos locales apoyando con recursos financieros, humanos y logísticos la CVS de alta calidad	No de gobiernos locales incorporadas a la CVS de alta calidad por RS / Total de gobiernos locales de la RS X100	100%	Nacional, RS, Redes y municipios.

Como parte de la evaluación, se considera parte del análisis de los indicadores de MRV post CVS, la respuesta a las siguientes interrogantes:

- ¿Se lograron resultados de al menos 95% en promedio de todos los MRV en cada municipio?
- ¿Cuál fue la proporción de municipios que no lograron resultados del 95% en promedio de todos sus MRV?
- ¿Se logró al menos 95% de ejecución de los MRV programado en el municipio?
- ¿Existen diferencias de vacunados por edades simples en los MRV? ¿Cuáles podrían ser las explicaciones de las diferencias, si existen?
- ¿Cuál fue la proporción de niños que recibieron por primera vez una dosis de SRP1 en la CVS de acuerdo a los MRV?
- ¿Cuántos niños entrevistados en los MRV ya tenían una dosis de SRP antes de la CVS de alta calidad?
- ¿Cuántos niños entrevistados en los MRV ya tenían dos dosis de SRP antes de la CVS de alta calidad?
- ¿Cuáles son las razones que declaran los padres para no vacunar a la población objetivo durante la CVS de alta calidad?
- ¿Cuál es la decisión a partir del porcentaje de los vacunados encontrados? (Cuadro 17 y

anexo 18).

Cuadro 17. Resumen de indicadores del MRV, según tipo y construcción.

Indicador	Construcción
Proporción de MRV con resultado $\geq 95\%$ en cada municipio.	Número de MRV con resultados $\geq 95\%$ / Total, MRV asignados al municipio x100
Proporción de MRV ejecutados por el municipio.	Número de MRV ejecutados por municipio / Total, de MRV asignados al municipio X100
Proporción de no vacunados según motivos: Relacionados a los padres o cuidadores, a la salud del niño y a logística y estrategias de vacunación.	Total, de motivos de no vacunación (padres o cuidadores, salud del niño, logística y estrategias de vacunación) / Total, de motivos de no vacunación x100
Proporción de población según edades simples de la población objetivo de CVS de alta calidad vacunados con SRP (SRP1 y SRP2) en CVS de alta calidad.	Población según edades simples de la CVS de alta calidad (1,2, 3, 4, 5 Y 6 años) vacunada con SRP / Total, de población de (1) (2) (3) (4) (5) y (6) años entrevistada en MRV X100
Proporción de población de 12 a 23 meses vacunados con SRP1 y SRP2 durante la CVS de alta calidad, del programa de rutina).	Población de 12 a 23 meses vacunada SRP1 y SRP2 en CVS de alta calidad del programa de rutina / Total, de población de 12 a 23 meses entrevistada en MRV X100
Porcentaje de niños no vacunados detectados durante MRV en CVS de alta calidad por ES y municipio	No de población objetivo de la CVS de alta calidad encontrada no vacunada en MRV de CVS de alta calidad por ES, municipio / Total, de población objetivo de la CVS de alta calidad encontrada durante CVS de alta calidad en MRV x100

Durante el proceso de análisis e interpretación de los resultados de los MRV de la CVS de alta calidad, es necesario documentar las limitaciones del mismo, identificando las fuentes potenciales de error y sesgos. Interpretando los resultados, se recomienda que el equipo analice las siguientes preguntas:

- ¿Se realizó la evaluación de riesgo previamente para priorizar las localidades?
- ¿En la selección de los sectores a visitar para el MRV, se excluyó algunos de ellos por ser de difícil acceso (geográfico, cultural o socioeconómico), zonas peligrosas u otros?
- Si la respuesta a la anterior pregunta es afirmativa, ¿Cuál ha sido el comportamiento histórico de las coberturas de vacunación de esas localidades en CVS anteriores y de coberturas de vacunación administrativas?
- ¿Hay coherencia entre las coberturas administrativas y los resultados de los MRV en localidades de alto riesgo? Si no hay coherencia, ¿Cuáles son las posibles explicaciones ?
- ¿Cuál fue el porcentaje de niños sin carnet de vacunación que se encontró? ¿Logró identificar el dato de vacunación de los niños sin carnet, en los registros nominales del ES

o sistema de información automatizado?

- ¿Cuál fue el número y la proporción de casas visitadas efectivas cerradas o renuentes para brindar información?
- ¿Logró obtener el nombre de los niños que residen en las casas no efectivas, de manera que fue posible buscar y obtener el dato de vacunación en el ES?

13 Presupuesto

A continuación, se presenta el presupuesto de actividades por componente, según fuente de financiamiento.

Presupuesto requerido y disponible por fuente para la Campaña de vacunación de seguimiento contra Sarampión, Rubéola y Poliomielitis, Honduras 2022					
Componente	Monto requerido en Lempiras	Financiamiento en lempiras		Total disponible	Sin financiamiento
		Nacional	Externo		
Prioridad política y bases legales	50,000	50,000	-	50,000	-
Planificación y coordinación	458,143	397,820	23,882	421,702	618
Biológicos e insumos	72,686,139	72,686,139	-	72,686,139	-
Cadena de frío	-	-	-	-	-
Capacitación	2,879,479	689,192	1,630,810	2,320,002	559,477
Comunicación y movilización social	2,788,050	2,093,736	694,314	2,788,050	-
Gastos Operativos	20,238,925	7,870,103	1,172,981	9,043,084	11,076,431
Supervisión y monitoreo	1,305,155	354,785	1,101,913	1,456,698	-115,720
Vigilancia de ESAVI	80,000	80,000	-	80,000	-
Sistema de Información	122,709	122,709	83,587	206,296	-83,587
Evaluación	548,741	30,000	518,741	548,741	-
Total en lempiras	101,157,340	84,374,483	5,226,228	89,600,711	11,437,219
Total en US\$	4,215,943	3,516,483	217,814	3,734,297	476,670

TASA DE CAMBIO AL 27 DE OCTUBRE 2021 OPS, L23.994 POR US\$

PROGRAMACION DE FINANCIAMIENTO PARA CVSSR/POLIO, HONDURAS 2022

TASA DE CAMBIO AI 27 DE OCTUBRE 2021, L23.994 POR US\$

Componente	Actividad	Descripción del gasto	Monto total requerido		Financiamiento nacional disponible			Total Lempiras	%	Financiamiento externo disponible						Total disponible(conversion L a \$)		Brecha	
			Lempiras	USD*	Gobierno	IHSS	Otros**			OPS/OMS	UNICEF	USUD	Otros	Total Lempiras	%	Lempiras	USD	Lempiras	USD
01 Prioridad política y bases legales	1.1 Elaboración y emisión de acuerdo ministerial de prioridad nacional de la CVSSR.	No requiere financiamiento	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	#/DIV/0!	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	#/DIV/0!	0.00	0.00	0.00	0.00
	1.2 Presentación de lineamientos de la CVSSR y Polio a autoridades políticas, CCNI con acompañamiento de la	No requiere financiamiento	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	#/DIV/0!	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	#/DIV/0!	0.00	0.00	0.00	0.00
	2.3 Oficialización de comités político-técnicos-gerenciales a nivel central, RS y Red/municipios.	No requiere financiamiento	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	#/DIV/0!	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	#/DIV/0!	0.00	0.00	0.00	0.00
	2.4 Promoción de declaratorias de apoyo de aliados estratégicos a nivel nacional: APHAMHON, etc.	Publicaciones e impresiones = L 50,000	50,000.00	2,083.85	0.00	0.00	50,000.00	50,000.00	100.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	50,000.00	2,083.85	0.00	0.00
Subtotal			50,000.00	2,083.85	0.00	0.00	50,000.00	50,000.00	100.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	50,000.00	2,083.85	0.00	0.00
02. Planificación y coordinación	2.1 Formulación de plan de actividades de la CVSSR y Polio e incorporación al Plan de Acción del PAI 2021	No requiere financiamiento	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	#/DIV/0!	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	#/DIV/0!	0.00	0.00	0.00	0.00
	2.2 Formulación de plan de actividades de CVSSR y Polio regional, red/municipio y por cada ES	Impresión de planes regionales, red/municipios y locales = L 20,000	20,000.00	833.54	20,000.00	0.00	0.00	20,000.00	100.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	20,000.00	833.54	0.00	0.00
	2.4 Conformación y funcionamiento de equipo de integración nacional.	Refrigerios, almuerzos X L 150.00x 15 miembrosx 10 reuniones = L 22,500.00 Materiales y fotocopias = L 2,000.00	26,500.00	1,104.44	2,000.00	0.00	0.00	2,000.00	7.55	23,882.000	0.00	0.00	0.00	23,882.000	90.12	25,882.00	1,078.69	618.00	25.76
	2.5 Conformación y funcionamiento de equipo de integración a nivel RS y Red/municipios.	Refrigerios X L 75.00 X 10 recursosX 6 reunionesx 20 regiones = L 90,000.00 Fotocopias= L 20,000	110,000.00	4,584.48	110,000.00	0.00	0.00	110,000.00	100.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	110,000.00	4,584.48	0.00	0.00
	2.6 Reuniones de apoyo técnico y movilización de recursos: CCIS, CCNI y Comité de Monitoreo y Reverificación de la Eliminación del Sarampión, a nivel central	Refrigerios, almuerzos y materiales = L 30,000	30,000.00	1,250.31	30,000.00	0.00	0.00	30,000.00	100.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	30,000.00	1,250.31	0.00	0.00
	2.7 Reuniones de mesas intersectoriales a nivel departamental y municipal, para la movilización de recursos para la CVSSR y Polio	Refrigerios, materiales de oficina y fotocopias 298 municipios x 1 reunión X 10 recursos X L 75.00= L 223,500 y FotocopiasL12,320	235,820.00	9,828.29	12,320.00	0.00	223,500.00	235,820.00	100.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	235,820.00	9,828.29	0.00	0.00
	Coordinación técnica, financiera y seguimiento a la ejecución del proyecto	Contratación de profesional para la coordinación del proyecto por producto	35,823.00	1,493.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	35,823.00	0.00	0.00	0.00	0.00	35,823.00	35,823.00	1,493.00	0.00	0.00
Subtotal			458,143.00	19,094.07	174,320.00	0.00	223,500.00	397,820.00	86.83	59,705.00	0.00	0.00	0.00	23,882.00	5.21	421,702.00	17,575.31	618.00	25.76
03. Biológicos e insumos	3.1 Adquisición de vacuna SRP	Adquisición: 1,166,999X1dosis+10% de pérdida= 1,283,699 dosis SRP- 5 dosis Costo X dosis \$1.45 + flete, seguro = \$1.87	57,329,150.00	2,389,311.91	57,329,150.00	0.00	0.00	57,329,150.00	100.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	57,329,150.00	2,389,311.91	0.00	0.00
	3.2 Adquisición de vacuna Polio	Adquisición: 886,625 X1 dosis + 10% de pérdida = 975,288 dosis Costo X dosis \$0.1450 + flete, seguro = \$0.566	13,015,099.0	542,431.40	13,015,099	0.00	0.00	13,015,099	100.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	13,015,099	542,431.40	0.00	0.00
	3.2 Adquisición de Jeringas de administración	Adquisición: 1,166,999 X 1 jeringa + 5% pérdida= 1,225,349 jeringas AD 0cc 25x5/8 Costo X jeringa \$ 0.039+flete, seguro=\$0.054	1,580,244.38	65,859.98	1,580,244.38	0.00	0.00	1,580,244.38	100.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1,580,244.38	65,859.98	0.00	0.00
	3.3 Adquisición de Jeringas para dilución	Adquisición: 256,738 jeringas para dilución desechables de 5ml Costo X jeringa \$0.035+flete, seguro=\$0.048	294,308.01	12,265.90	294,308.01	0.00	0.00	294,308.01	100.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	294,308.01	12,265.90	0.00	0.00
	3.4 Adquisición de cajas de seguridad	Adquisición: 19,761 cajas de seguridad incluye flete y seguro X L 13.61 (50.57)= L268,947.21 2,334 libras de algodón XL 85= L 198,390	467,337.21	19,477.25	467,337.21	0.00	0.00	467,337.21	100.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	467,337.21	19,477.25	0.00	0.00
Subtotal			72,686,138.60	3,029,346.44	72,686,138.60	0.00	0.00	72,686,138.60	100.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	72,686,138.60	3,029,346.44	0.00	0.00

04. Cadena de frío	4.5 Actualización de inventario equipo y elementos de cadena de frío requeridos para la campaña.	No requiere financiamiento	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	#(DIV/0)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	#(DIV/0)	0.00	0.00	0.00	0.00
	Subtotal		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	#(DIV/0)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	#(DIV/0)	0.00	0.00	0.00	0.00
05 Capacitación	5.1 Formulación de plan de capacitación nacional, regional y Red/municipal.	Salario personal : Nivel central: 10 recursos X L2,300 salario díaX 1 día= L. 23,000 Nivel regional= 5 recursos X L1,150 salario díaX 1 día X 20 Regiones L 115,000 Nivel red/municipio= 1 recursoX L954X 1 día x 298 red/municipios= L284,292	422,292.00	17,599.90	422,292.00	0.00	0.00	422,292.00	100.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	422,292.00	17,599.90	0.00	0.00
	5.2 Elaboración y producción nacional de documentos: Lineamientos técnicos de la CVSSR y Polio, cuaderno de micro planificación, manual del vacunador y guía de MRV.	Diagramación e impresión de: - 2500 lineamientos técnicos X L = L. 31,52= 78,840 - 1,800 Manual del vacunador X L 20.00 = L. 36,000 - 2000 Cuaderno de micro planificación X L 15.00 = L 59,700.00 - 1800 manuales de MRV a dos colores x L 20.00= L 35,823, -2500 guías de microplanificación L59,705	210,161.00	8,758.90	0.00	0.00	0.00	0.00	269,866.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	269,866.00	128.41	269,866.00	11,247.23	-59,705.00	-2,488.33
	5.3 Reunión nacional de capacitación en lineamientos técnicos de la campaña a equipo facilitador regional.	Gastos de viaje, transporte, pasajes, refrigerio X 2.25 días (1.25 días de reunión) de 2 recursos regionales, materiales= L 350,000 IHSS= L 9,400 Combustible= L33,000	592,630.00	24,699.09	225,000.00	9,400.00	0.00	234,400.00	39.55	358,230.00	0.00	0.00	0.00	358,230.00	60.45	592,630.00	24,699.09	0.00	0.00	
	5.4 Reunión de capacitación del comité de integración del nivel central nacional.	Refrigerios, almuerzos y materiales X 2 reuniones (lineamientos y MRV)= L. 14,000	14,000.00	583.48	1,000.00	0.00	0.00	1,000.00	7.14	13,000.00	0.00	0.00	0.00	13,000.00	92.86	14,000.00	583.48	0.00	0.00	
	5.5 Reunión nacional de capacitación en plan nacional estratégico de comunicación a educadores regionales.	Gastos de viaje, transporte, pasajes, refrigerio X 2.25 días (1.25 día de reunión) de 1 recurso regional, materiales= L 130,000	130,000.00	5,418.02	3,000.00	0.00	0.00	3,000.00	2.31	127,000.00	0.00	0.00	0.00	127,000.00	97.69	130,000.00	5,418.02	0.00	0.00	
	5.6 Talleres de socialización de los lineamientos técnicos de la Campaña a los equipos de integración RS/Red-municipio y personal local.	Gastos de viaje, transporte, pasajes 1,530 X0.25 días de 1 recurso por nivel (1030 recursos) X L 812.50= L 310,781.25 500X (812.50X 1.25= L 507,812.50 refrigerios 2,030X L 90.00= L 182,700	1,001,293.75	41,731.01	0.00	0.00	0.00	0.00	382,112.00	0.00	0.00	0.00	382,112.00	38.16	382,112.00	15,925.31	619,181.75	25,805.69	0.00	
	5.7 Talleres regionales de microplanificación con el nivel municipal	Gastos de viaje, transporte, pasajes 636 recursos X 0.25 X L 1,790= L 278,250 636 refrigerios= L 90,000= L 57,240	335,490.00	13,982.25	0.00	0.00	0.00	0.00	335,490.00	0.00	0.00	0.00	335,490.00	100.00	335,490.00	13,982.25	0.00	0.00	0.00	
	5.8 Taller nacional de socialización de lineamientos de los MRV	Gastos de viaje, transporte, pasajes, refrigerio X 1.25 días (1 día de reunión) de 2 recursos regionales, materiales= L 145,112 Combustible= L 28,500	173,612.00	7,235.64	28,500.00	0.00	0.00	28,500.00	16.42	145,112.00	0.00	0.00	145,112.00	83.58	173,612.00	7,235.64	0.00	0.00	0.00	
	Subtotal		2,879,478.75	120,008.28	679,792.00	9,400.00	0.00	689,192.00	23.93	1,630,810.00	0.00	0.00	0.00	1,630,810.00	56.64	2,320,002.00	96,690.92	559,476.75	23,317.36	
06. Comunicación y movilización social	6.1 Reuniones del Comité Nacional de Promoción, Comunicación y Movilización Social del PAI en apoyo a la campaña.	15 almuerzos x 6 reuniones CVS-SR y polio x 57.00= 5 630.00= L 15,521 y materiales = L. 3,000	18,521.00	771.90	0.00	0.00	0.00	0.00	18,521.00	0.00	0.00	0.00	18,521.00	100.00	18,521.00	771.90	0.00	0.00	0.00	
	6.2 Formulación e implementación del Plan Nacional estratégico de Comunicación de la CVSSR y Polio.	Salario personal equipo integración central 5 recursos X 2 días X 1910 salario día = L 9,100 y 2 recursos regionales X L 910 = 20 RS= L 36,400 1 recursos red/municipio X 1910 x 1 día x 298 municipios= L 271,180	316,680.00	13,198.30	316,680.00	0.00	0.00	316,680.00	100.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	316,680.00	13,198.30	0.00	0.00	0.00	
	6.3 Diseño, validación y producción de piezas de comunicación: spot de radio, spot de TV, mensajes de perifoneo, afiche, mantas cruz calle, carpetas informativas, etc.	Producción: - 20000 afiches x L 4.00= L 80,000 - 500,000 volantes L 0.25= L 125,000 - 40 mantas cruz calle X L 3,000= L 120,000 - 1 spot de radio L 5,000 - 1 spot de TV L 200,000 - Adquisición 200 CD y DVD = L 2000 - Fotocopias = L 5,000.00 - Materiales = L 5,000.00	687,793.00	28,665.21	147,000.00	0.00	147,000.00	21.37	238,342.00	205,000.00	97,451.00	0.00	540,793.00	78.63	687,793.00	28,665.21	0.00	0.00	0.00	
	6.4 Difusión de spot de radio y TV a nivel nacional en radioemisora de cobertura nacional y gestión gratuita de medios de radio y TV locales= L 1,500,000.	Contratación de 3 radioemisora de cobertura nacional y gestión gratuita de medios de radio y TV locales= L 1,500,000.	1,535,000.00	63,974.33	350,000.00	0.00	1,080,000.00	1,430,000.00	93.16	0.00	0.00	105,000.00	0.00	105,000.00	6.84	1,535,000.00	63,974.33	0.00	0.00	
	6.5 Evento de inauguración nacional de la campaña a nivel nacional, RS y municipal.	Mobiliario, sonido, refrigerios, flete, materiales y otros = L 230,000	230,056.00	9,588.06	50,056.00	0.00	150,000.00	200,056.00	86.96	30,000.00	0.00	0.00	30,000.00	13.04	230,056.00	9,588.06	0.00	0.00	0.00	
	Subtotal		2,788,050.00	116,197.80	863,736.00	0.00	1,230,000.00	2,093,736.00	75.10	286,863.00	205,000.00	202,451.00	0.00	694,314.00	24.90	2,788,050.00	116,197.80	0.00	0.00	

07. Gastos Operativos	7.1 Distribución de material de capacitación, sistema de información y promocional a nivel nacional.	Contrato de servicios de encomienda = L 20,000	47,764.00	1,990.66	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	47,764.00	0.00	0.00	0.00	0.00	47,764.00	100.00	47,764.00	1,990.66	0.00	0.00
	7.2 Distribución de vacunas, jeringas y cajas del nivel central a la RS.	Gastos de viaje y transporte y combustible	90,890.65	3,788.06	90,890.65	0.00	0.00	0.00	90,890.65	100.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	90,890.65	3,788.06	0.00	0.00
	7.3 Distribución de vacunas e insumos del nivel RS a redes-municipios y local.	Envío aéreo y combustible = L 160,000	160,000.00	6,668.33	160,000.00	0.00	0.00	0.00	160,000.00	100.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	160,000.00	6,668.33	0.00	0.00
	7.4 Dotación de combustible para actividades de supervisión y ejecución de la campaña.	Adquisición de combustible = L 1,213,850	1,213,850.00	50,589.73	1,213,850.00	0.00	0.00	0.00	1,213,850.00	100.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1,213,850.00	50,589.73	0.00	0.00
	7.5 Dotación de mascarillas N95	Adquisición de mascarillas N95 = L 5,159,700	3,881,955.00	161,788.57	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	330,000.00	0.00	0.00	0.00	330,000.00	8.50	330,000.00	13,753.44	3,551,955.00	148,035.13
	7.6 Dotación de alcohol en gel	Adquisición de alcohol en gel = L 740,700	740,700.00	30,870.22	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	68,000.00	0.00	0.00	0.00	68,000.00	9.18	68,000.00	2,834.04	672,700.00	28,036.18
	7.7 Dotación de batas medicas antifiltraciones impermeables 45GMRS	Adquisición de 7396= L776580	773,430.00	32,234.31	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	291,900.00	0.00	0.00	0.00	291,900.00	37.74	291,900.00	12,165.54	481,530.00	20,068.77
	7.7 Movilización del personal de salud del nivel local para la vacunación de la población objetivo de la campaña.	Gastos de viaje y transporte = L 12,740,492	12,740,492.00	530,986.58	6,370,246.00	0.00	0.00	0.00	6,370,246.00	50.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	6,370,246.00	265,493.29	6,370,246.00	265,493.29
	7.8 Renta de vehículos para MRV	5 vehículos con motorista y combustible. 235.00 diarios X 7 días = \$ 8,225.00 Combustible para 15 RS = \$ 1,428.00	237,376.92	9,893.18	35,115.95	0.00	0.00	0.00	35,115.95	14.79	202,260.97	0.00	0.00	0.00	202,260.97	85.21	237,376.92	9,893.18	0.00	0.00
	7.9 Apoyo de consultores internacionales en la etapas de preparación, implementación, evaluación y verificación (MRV)	2 Consultores internacionales X \$ 7000 X 3 meses	42,000.00	1,750.44	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	42,000.00	0.00	0.00	0.00	42,000.00	100.00	42,000.00	1,750.44	0.00	0.00
7.10 Contratación de consultores nacionales en la etapas de preparación, implementación, evaluación y verificación (MRV)	Salario y gastos de viaje a las regiones sanitarias prioritizadas	191,056.00	7,962.66	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	191,056.00	0.00	0.00	0.00	191,056.00	100.00	191,056.00	7,962.66	0.00	0.00	
	Contratación de profesional para coordinar el proceso de planificación de la CVSSR, con el equipo de PAI y consultores contratados.	Pago de salario por 2 y medio meses	119,410.00	4,976.66	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	119,410.00	0.00	0.00	0.00	119,410.00	100.00	119,410.00	4,976.66	0.00	0.00	
	Subtotal		20,238,924.57	843,499.40	7,870,102.60	0.00	0.00	7,870,102.60	38.89	1,292,390.97	0.00	0.00	0.00	1,172,980.97	5.80	9,043,083.57	376,889.37	11,076,431.00	461,633.37	
08. Supervisión y monitoreo	8.1 Organización de equipos de supervisión por niveles para la supervisión de la CVSSR y Polio	Ninguno	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	#DIV/0!	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	#DIV/0!	0.00	0.00	0.00	0.00	
	8.2 Supervisión de la etapa de programación y ejecución de la CVSSR y Polio en todos los niveles.	Gastos de viaje, transporte, boletos aéreos y combustible	524,785.07	21,871.51	324,785.07	0.00	0.00	0.00	324,785.07	61.89	315,720.00	0.00	0.00	0.00	315,720.00	60.16	640,505.07	26,694.38	-115,720.00	-4,822.87
	8.3 Monitoreo diario de los resultados de la CVSSR y Polio en todos los niveles.	Ninguno	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	#DIV/0!	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	#DIV/0!	0.00	0.00	0.00	0.00
	8.4 Ejecución de MRV nacional de la CVSSR y Polio	Gastos de viaje Nivel central= L 217,750 Nivel Regional= L 275,625 Nivel municipal= L 181,113 Combustible GD= L 30,000 Transporte aéreo nivel central 1 recurso a GD e IB= L17,000 Transporte aéreo Regional interno= L35,000 Total L 756,488	756,488.00	31,528.22	30,000.00	0.00	0.00	0.00	30,000.00	3.97	726,488.00	0.00	0.00	0.00	726,488.00	96.03	756,488.00	31,528.22	0.00	0.00
		Impresión de formularios de recolección y consolidación de MRV	23,882.00	995.33	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	23,882.00	0.00	0.00	0.00	59,705.00	100.00	59,705.00	2,488.33		
	Subtotal		1,305,155.07	54,395.06	354,785.07	0.00	0.00	354,785.07	27.18	1,066,090.00	0.00	0.00	0.00	1,101,913.00	84.43	1,456,698.07	60,710.93	-115,720.00	-4,822.87	

}	9.1 Actualizar comités nacionales y regionales de manejo de crisis de ESAVI graves.	Materiales = L. 250000	25,000.00	1,041.99	25,000.00	0.00	0.00	25,000.00	100.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	25,000.00	1,041.99	88.00	0.00
	9.2 Actualizar plan de crisis nacional y regional.	Salario personal UVS - RS = L. 55000	55,000.00	2,292.24	55,000.00	0.00	0.00	55,000.00	100.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	55,000.00	2,292.24	0.00	0.00
Subtotal			80,000.00	3,334.17	80,000.00	0.00	0.00	80,000.00	100.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	80,000.00	3,334.17	0.00	0.00	
10. Sistema de Información	10.1 Revisión y producción de formularios de registro diario y consolidado de la campaña, MRV y guía de supervisión.	Impresión de: -31,120 formularios SRP-polio1-2020X 0.45= L. 14,004 -6668 formulario SRP- Polio2-2020X 0.45=L.3,010 -1500 guías de supervisión (4 páginas)X0.68=L.4,080	59,195.00	2,467.08	59,195.00	0.00	0.00	59,195.00	100.00	35,823.00	0.00	0.00	0.00	35,823.00	60.52	95,018.00	3,960.07	-35,823.00	-1,493.00
	10.2 Actualización en SIVAC de formularios campaña.	Ninguno	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	#DIV/0!	0.00	0.00	0.00	0.00	#DIV/0!	0.00	0.00	0.00	0.00	
	10.3 Diseño de base excel para monitoreo de coberturas de la CVSSR y Polio.	Ninguno	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	#DIV/0!	0.00	0.00	0.00	0.00	#DIV/0!	0.00	0.00	0.00	0.00	
	10.4 Diseño y producción de afiche de monitoreo de resultados de la campaña (vacunómetro).	21000 afiches de vacunómetroX L7.50 = L. 15,750.00, contrato de experto en informática	63,514.00	2,647.08	63,514.00	0.00	0.00	63,514.00	100.00	47,764.00	0.00	0.00	0.00	47,764.00	75.20	111,278.00	4,637.74	-47,764.00	-1,990.66
Subtotal			122,709.00	5,114.15	122,709.00	0.00	0.00	122,709.00	100.00	83,587.00	0.00	0.00	83,587.00	68.12	206,296.00	8,597.82	-83,587.00	-3,483.66	
12. Evaluación	12.1 Elaboración e informes de la CVSSR y Polio de los MRV	No requiere financiamiento	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	#DIV/0!	0.00	0.00	0.00	0.00	#DIV/0!	0.00	0.00	0.00	0.00	
	12.2 Reunión de evaluación nacional de la CVSSR y Polio en todos los niveles.	Gastos de viaje, transporte, pasajes, refrigerio, materiales y combustible.	548,741.00	22,869.99	30,000.00	0.00	0.00	30,000.00	5.47	518,741.00	0.00	0.00	0.00	518,741.00	94.53	548,741.00	22,869.99	0.00	0.00
				0.00												0.00			
Subtotal			548,741.00	22,869.99	30,000.00	0.00	0.00	30,000.00	5.47	518,741.00	0.00	0.00	518,741.00	94.53	0.00	22,869.99	0.00	0.00	
Total			101,157,339.99	4,215,943.15	82,861,583.27	9,400.00	1,503,500.00	84,374,483.27	83.41	4,938,186.97	205,000.00	202,451.00	0.00	5,226,228	5.17	89,600,711	3,734,297	11,437,219	476,670
										US\$	206,774.43	8,583.87	8,477.14	-	218,835.44				

*TASA DE CAMBIOAL 27 DE OCTUBRE 2021 OPS L. 23.994 POR US\$

** Alcaldías municipales, Empresa privada, ONGs y sociedad civil

14 Bibliografía

- Secretaría de Salud/OPS/OMS. Lineamientos técnicos de la VI Campaña de Vacunación de Seguimiento contra el Sarampión, la Rubéola (CVSSR) y Poliomiélitis, Honduras, julio, 2016.
- OPS/OMS. Capacitación virtual sobre planificación e implementación de Campañas de Vacunación de Seguimiento de alta calidad (CVS) y proceso de micro planificación en la era post- eliminación del Sarampión y la Rubéola. Módulo III. Etapas y pasos del proceso de micro planificación. Primera parte. Septiembre, diciembre, 2020.
- OPS/OMS. Propuesta de capacitación virtual sobre campañas de vacunación de alta calidad y el proceso de micro planificación en el en el contexto de pandemia por COVID-19. 2020.

15 Anexos

Anexo 1. Cálculo de población susceptible para Sarampión y Rubéola, CVS alta calidad, Honduras 2016-2021*

Anexo 2. Guía práctica de Micro planificación

Anexo 3. Cuadernillo de Micro planificación

Anexo 4. Matriz para evaluación del riesgo de sarampión, rubeola, CVS alta calidad

Anexo 5. Priorización de la población según aporte poblacional por regiones y municipios

Anexo 6. Cálculo de Metas de aplicación por semana, día y recursos

Anexo 7. Cálculo de necesidades de vacuna, jeringas, insumos y cadena de frío.

Anexo 8. Carpeta de abogacía

Anexo 9. Preguntas y respuestas más frecuentes en CVS de alta calidad, Sarampión y Polio.

Anexo 10. Lineamientos generales del Vacunación

Anexo 11. Formulario de registro diario de vacunación, campaña Sarampión, Rubéola y Poliomiélitis

Anexo 12. Vacunómetro digital por regiones y municipios, SRP y bVOP

Anexo 13. Vacunómetro digital según indicadores, nacional y por RS

Anexo 14. Manual Operativo del Vacunador

Anexo 15. Plan de capacitación de la CVS de alta calidad

Anexo 16 y 17. Guía de supervisión/lista de chequeo

Anexo 18. Manual Operativo de Monitoreo Rápido de Vacunación



**SECRETARÍA DE SALUD
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES
FICHA DE REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS**



Evento Adverso: Es un suceso desfavorable, asociado temporalmente a la vacunación que puede o no ser causado por el inmunobiológico.

I. Datos Generales

Región _____ Municipio _____ ES _____
 Nombre del caso _____
 Nombre de la madre _____
 Nombre del padre _____
 Dirección Exacta _____
 Sexo: H _____ M _____
 Fecha de Nacimiento ____/____/____ Edad Actual _____

II. Vacuna Administrada en ES

Por _____ Fecha ____/____/____
 Fecha inicio signos y síntomas de evento ____/____/____ Hora _____

Describe el evento adverso presentado:

Signos y síntomas	Tiempo transcurrido	Tratamiento aplicado
_____	_____	_____
_____	_____	_____

III. Antecedentes Vacunales

Anote los datos de vacunas aplicadas

Fecha	Tipo de vacuna	Fabricante	No. de lote	Sitio de aplicación	No. de dosis
A) ____/____/____	_____	_____	_____	_____	_____
B) ____/____/____	_____	_____	_____	_____	_____
C) ____/____/____	_____	_____	_____	_____	_____
D) ____/____/____	_____	_____	_____	_____	_____

Anote cualquier otra vacuna aplicada dentro de las 4 semanas previas a las listadas

Fecha	Tipo de vacuna	Fabricante	No. de lote	Sitio de aplicación	No. de dosis
A) ____/____/____	_____	_____	_____	_____	_____
B) ____/____/____	_____	_____	_____	_____	_____
C) ____/____/____	_____	_____	_____	_____	_____

IV. Datos Epidemiológicos

Se realizaron pruebas de diagnóstico laboratorial (especifique tipo y fecha)

Presentó el paciente antecedente o enfermedad actual al momento de la vacunación:

Si _____ No _____ Especifique _____

El paciente tiene antecedentes de alergias, defectos congénitos diagnosticados por médico:

Si _____ No _____ Especifique _____

Notificó este evento previamente: Si _____ No _____

A quien lo reportó: Médico privado ES Municipio Región _____

PAI Otro Especifique _____

V. Condición

Marque la condición del paciente según corresponda:

- Paciente fallecido: Fecha ____/____/____
- Enfermedad puso en peligro la vida
- Requirió maniobras de emergencia hospitalaria
- Requirió hospitalización (No. de días _____) Número de expediente _____
- Hospitalización prolongada
- Secuela permanente
- Ninguna de las anteriores

VI Clasificación final:

El evento esta relacionado con la vacunación. Si No Fecha ____/____/____

Especifique _____ Si No Fecha ____/____/____

El evento está relacionado con el programa. Si No Fecha ____/____/____

Especifique _____ Si No Fecha ____/____/____

Evento coincidente Si No Fecha ____/____/____

Evento no concluyente Si No Fecha ____/____/____

Evento debido a la ansiedad por el acto de la vacunación Si No Fecha ____/____/____

VII. Persona que llena la ficha

Nombre _____ Cargo _____ Fecha ____/____/____

Comentarios: _____

Instructivo para llenado de ficha de reporte de Eventos Adversos

I. Datos Generales

Región, Área, ES: Auto explicativo

Nombre del caso, Nombre de la madre, nombre del padre: Anotar los nombres completos y apellidos

Dirección exacta: Anotar la dirección exacta del caso incluyendo número de teléfono del caso y de un familiar.

Sexo, Fecha de nacimiento: Auto explicativo

Edad actual: Colocar años y meses cumplidos

II. Vacuna administrada en: Anotar la ES donde se aplico la vacuna

Fecha de signos y síntomas del evento y hora del comienzo: Anote la fecha en que el caso comenzó a presentar los signos y síntomas y la hora en que comenzaron los síntomas.

Describe el evento adverso presentado (signos, síntomas) y tratamiento si fue necesario

III. Antecedentes Vacunales

- Verificar en el carnet de vacunación del niño (a) y anotar las fechas de aplicación en el recuadro, si no porta carne verificar en listado. Anotar las vacunas previo a la aparición de los signos y síntomas.
- Anotar el laboratorio de fabricación de la vacuna, el número de lote la cual aparece en el prospecto cuando se le envía la vacuna, la fecha de fabricación y caducidad.
- Anotar el lugar donde se aplicó la vacuna, (Glúteo, pierna o muslo derecho o izquierdo y región deltoidea de brazo derecho o izquierdo del paciente)
- No. de dosis aplicadas al paciente.

Anote cualquier otra vacuna aplicada dentro de las cuatro semanas previas a las listadas en el listado anterior.

- Verificar en el carnet de vacunación del niño (a) y anotar las fechas de aplicación en el recuadro, si no porta carne verificar en listado. Anotar las vacunas previo a la aparición de los signos y síntomas.
- Anotar el laboratorio de fabricación de la vacuna, el número de lote la cual aparece en el prospecto cuando se le envía la vacuna.
- Anotar el lugar donde se aplicó la vacuna, (Glúteo, pierna o muslo derecho o izquierdo y región deltoidea de brazo (derecho o izquierdo del paciente) .
- No. de dosis aplicadas al paciente

IV. Datos Epidemiológicos

Anotar los exámenes realizados, pruebas de diagnóstico laboratorial (especificar)

Resto: Auto explicativo

V. Condición

Marque con una "X" la condición del paciente según corresponda

VI. Clasificación Final

Evento relacionado con el programa.

Causados por errores programáticos, por administración incorrecta de las vacunas.

Evento relacionado con las propiedades intrínsecas de las vacunas, que pueden ser causado por reacciones al antígeno inmunizante, o, a otros componentes de las vacunas.

Evento coincidente, relacionado con la propensión de los niños menores de dos años de contraer enfermedades.

Evento no concluyente, cuando no es posible determinar la relación de casualidad

Evento debido a la ansiedad por el acto de la vacunación, debido al acto de la vacunación.

VII. Nombre de la persona que llena la ficha

Nombre de la persona que llena la ficha: Escribir nombre completo de la persona que llenó la ficha.

Cargo: escribir el cargo dentro de la institución.

Fecha: Escribir la fecha en que se lleno la ficha.



**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**

Américas

OFICINA REGIONAL PARA LAS