Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

Caja de herramientas para el monitoreo de coberturas de intervenciones integradas en salud pública

Vacunación y desparasitación para las geohelmintiasis

MÓDULO 3

Monitoreo rápido de coberturas en campo

DRAFT

15 de julio de 2014

Indice

Introducción

Unidad 1. Monitoreo rápido de coberturas casa a casa

Paso 1: Planificación
- 1.1. Objetivos: ¿qué, a quién y cuándo?
- 1.2. Delimitación de las áreas
- 1.3. Adaptación de instrumentos
- 1.4. Conformación de equipos
- 1.5. Programación de actividades
- 1.6. Recursos y logística
- 1.7. Coordinación e información
- 1.8. Capacitación de equipos
- 1.9. Prueba piloto

Paso 2: Recolección de datos
- 1.1. Inicio del trabajo de campo
- 1.2. Selección de las áreas y casas
- 1.3. Criterios para definir una casa efectiva
- 1.4. Registro de datos
- 1.5. Control de calidad de datos

Paso 3: Análisis de datos
- 3.1. Tabulación y crítica de datos
- 3.2. Producción de reportes
- 3.3. Interpretación de resultados

Paso 4: Divulgación de resultados
- 4.1. Elaboración del informe
- 4.2. Discusión de hallazgos

Paso 5: Toma de decisión
- 5.1. Definición de estrategias
- 5.2. Plan de acción

DRAFT

Unidad 2. Monitoreo de coberturas en escuelas

Paso 1: Planificación

1.1. Objetivos: ¿qué, a quién y cuándo?
1.2. Selección de las escuelas
    1.2.1. Selección de escuelas a conveniencia
    1.2.2. Selección de escuelas integradas a la vigilancia centinela de las geohelmintiasis
1.3. Adaptación de instrumentos
1.4. Conformación de los equipos
1.5. Programación de actividades
1.6. Definición de recursos
1.7. Coordinación e información
1.8. Capacitación de los equipos
1.9. Prueba piloto

Paso 2: Recolección de datos

2.1. Inicio del trabajo de campo
2.2. Entrevistas en las escuelas
2.3. Registro de datos
2.4. Control de calidad de datos

Paso 3: Análisis de datos

3.1. Tabulación y crítica de datos
3.2. Producción de reportes
3.3. Interpretación de resultados

Paso 4: Divulgación de resultados

4.1. Elaboración del informe
4.2. Discusión de hallazgos

Paso 5: Toma de decisión

5.1. Definición de estrategias
5.2. Plan de acción

Referencias

Anexos

Anexo 1. Definiciones operativas

DRAFT

Anexo 2. Lista de chequeo para el trabajo de campo

Anexo 3. Formulario para recolectar los datos del monitoreo rápido de coberturas de vacunación y desparasitación (casa a casa)

Anexo 4. Informe de resultados del monitoreo rápido de coberturas de vacunación y desparasitación (casa a casa)

Anexo 5. Razones de no vacunación

Anexo 6. Formulario para recolectar los datos del monitoreo rápido de coberturas de vacunación y desparasitación (escuelas)

Anexo 7. Informe de resultados del monitoreo rápido de coberturas de vacunación y desparasitación (escuelas)

DRAFT

Lista de cuadros y figuras

Introducción

Cuadro 1. Preguntas clave y acciones sugeridas para cada uno de los pasos para la implementación del monitoreo rápido de coberturas

Figura 1. Algoritmo para el análisis de coberturas de intervenciones integradas en salud pública mediante monitoreo rápido casa a casa y en escuelas

Unidad 1. Monitoreo rápido de coberturas casa a casa

Cuadro 1. Definición de las poblaciones meta y las intervenciones que se incorporarán en el monitoreo rápido de coberturas casa a casa

Cuadro 2. Criterios de de verificación verbal para determinar el estado vacunal

Cuadro 3. Estructura del formulario de MRC

Cuadro 4. Ejemplo de tabulación de las coberturas y frecuencia de los motivos por los cuales los pre-escolares no tienen el esquema de vacunación completo o no han recibido antiparasitarios u otras intervenciones

Cuadro 5. Ejemplo del informe de resultados del MRC de vacunación y desparasitación en pre-escolares

Figura 1. Selección de las manzanas para realizar el MRC

Figura 2. Selección de del sitio de arranque y recolección de datos del MRC

Figura 3. Ubicación de las casas en comunidades rurales

Figura 4. Algoritmo para interpretar los resultados del MRC y criterios para la toma de decisión

Unidad 2. Monitoreo de coberturas en escuelas

Cuadro 1. Definición de las poblaciones meta y las intervenciones que se incorporarán en el monitoreo de coberturas en escuelas

Cuadro 2. Registro de los datos del monitoreo de coberturas en escolares

Cuadro 3. Consolidación de los datos del monitoreo de coberturas escolares por escuela y decisiones tomadas con base en los hallazgos

Figura 1. Algoritmo para interpretar los resultados del monitoreo de coberturas en escuelas y criterios para la toma de decisión

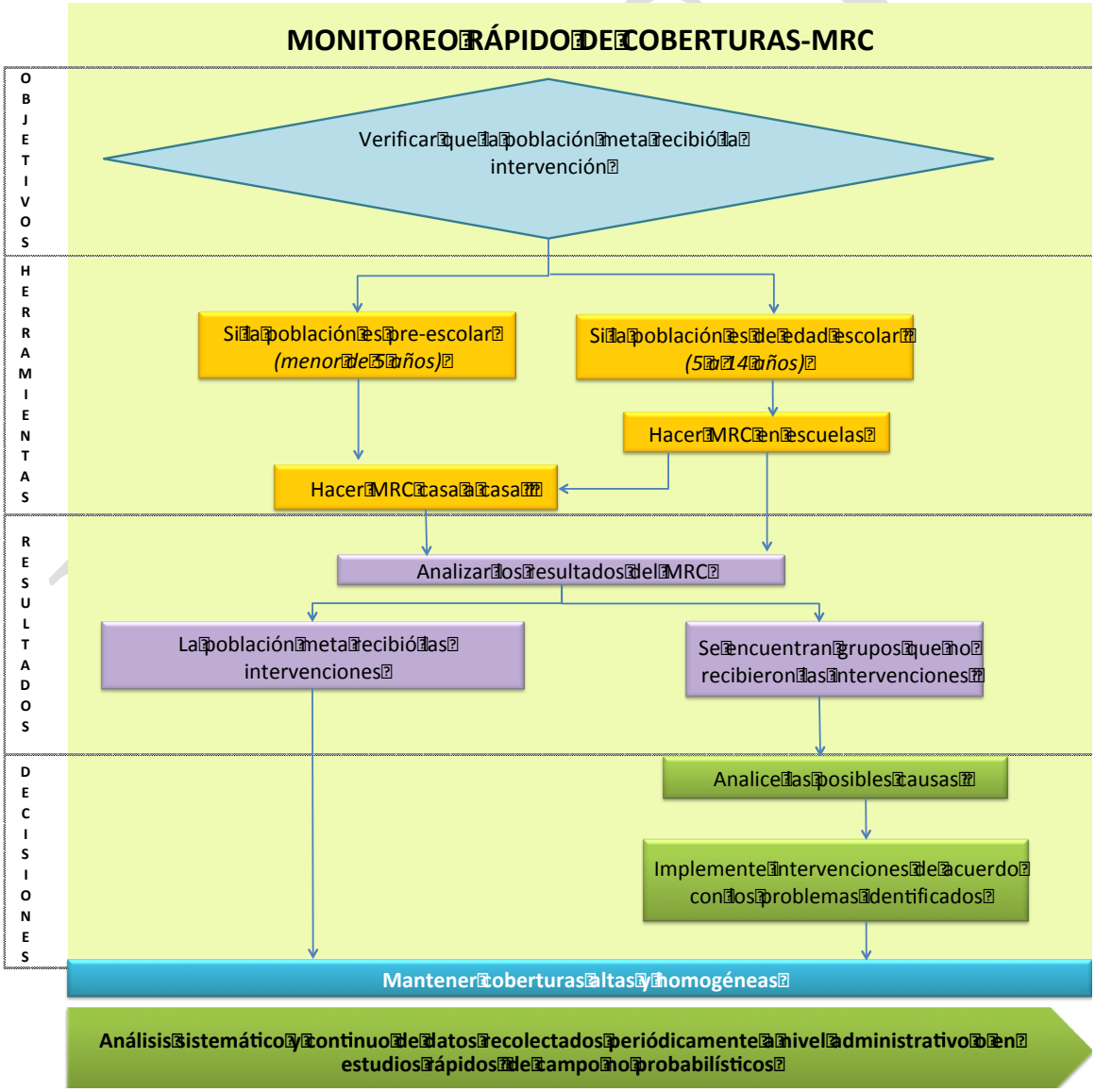
DRAFT

Monitoreo rápido de coberturas en campo

Introducción

El monitoreo rápido de coberturas (MRC), realizado mediante visitas a casa a casa o en las escuelas, es una herramienta útil para verificar si la intervención llegó a la población meta. Su puesta en práctica por parte de los equipos locales de salud facilita que las coberturas meta se alcancen y mantengan en el tiempo. La figura 1 esquematiza el proceso de decisión.

Figura 1. Algoritmo para el monitoreo de coberturas de intervenciones integradas en salud pública mediante monitoreo rápido casa a casa y en escuelas



El MRC se realiza en aquellas áreas geográficas en donde se han implementado las intervenciones con el fin de verificar, con base en criterios de decisión, se llegó a la población meta que se había programado o se requiere de acciones adicionales para alcanzarlas. Las áreas clasificadas de riesgo por sus bajas coberturas son de mayor prioridad pues los datos ya indican que se encuentra en una situación de mayor vulnerabilidad. A partir de esa información es necesario determinar si el problema es en la calidad de los datos administrativos con base en los cuales se está calculando la cobertura, o si realmente tienen poblaciones que no han sido captadas por los programas de salud del preescolar y escolar.

Es importante tener presente que las poblaciones con mayor riesgo de enfermedades se ubican especialmente en zonas urbanas marginales o en zonas rurales de difícil acceso, por lo cual, esta intervención es de especial relevancia para reducir las brechas en el acceso a servicios de salud.

Si se identifican áreas con bajas coberturas de vacunación o con condiciones de riesgo para la transmisión de geohelmintiasis que no han sido objeto de intervención y se define implementar un plan de acción, se debe aprovechar la oportunidad para realizar un trabajo integrado, considerando la realidad y necesidades de intervención de las diversas comunidades.

RECUERDE: Si se decide que se requiere hacer un monitoreo rápido de coberturas, que es un estudio de campo no probabilístico, debe tener en cuenta que esta metodología no permite estimar coberturas, ya que no es un estudio con un diseño muestral probabilístico. Es una metodología sencilla que le brinda una información de utilidad programática para ver si el desempeño del programa rutinario o si el desempeño durante la campaña fue adecuado.

Antes de realizar el MRC se deben tener presente las siguientes consideraciones:

- Seleccionar el o los indicadores que se van a monitorear, especialmente si el monitoreo rápido va a realizarse después de una campaña. En este caso debe seleccionarse adecuadamente el indicador que corresponda a la intervención ejecutada durante la campaña (cuál vacuna, qué otra intervención se incluyó y se quiere monitorear; por ejemplo la desparasitación para las geohelmintiasis.

- La población objetivo debe estar definida en forma explícita y detallada, específicando qué grupos de edad van a incluirse en el monitoreo rápido de coberturas y qué es lo que se va a determinar a través del monitoreo.

- Teniendo en cuenta que el monitoreo rápido de coberturas es una metodología no probabilística, se requiere disponer de información que permita ubicar la totalidad de las casas de las áreas a monitorear o las escuelas de una determinada comunidad. Los niños que residen en las casas o asisten a la escuela son las unidades de observación.

- Los instrumentos de medición deben estar previamente validados y adaptados al monitoreo para dar respuesta a sus objetivos. Teniendo en cuenta que la

metodología de monitoreos rápidos de coberturas ha sido ampliamente usada por los programas de inmunización, muy seguramente ya hay formularios definidos; en este caso solo se necesita hacer el ajuste que permita incluir la información de los indicadores que quieren monitorearse. Las preguntas deben ser claras y comprensibles por los entrevistados, minimizando la posibilidad de error y la no respuesta. La mayoría de los programas de inmunización han realizado MRC en menores de 5 años, pero recuerde que si va a hacer el MRC en escolares, muy seguramente debe desarrollar y validar los formularios para tal fin.

- Se debe disponer de todos los insumos para el monitoreo rápido de coberturas (formularios de registro, carné de vacunación, tablas de apoyo, lapices, además de los insumos requeridos para vacunar y medicamentos antiparasitarios para captar a los niños que no lo han recibido).

- La selección apropiada y capacitación del equipo campo es esencial, especificando cuáles son las responsabilidades de cada miembro y garantizando que sean asumidas por todos. Las personas que recolectarán los datos, deben estar capacitadas en la aplicación de los instrumentos, procedimientos y definiciones operativas (Anexo1).

- Es necesario realizar una prueba piloto para probar en el campo el cuestionario y otros instrumentos de medición, capacitar y evaluar el trabajo de los entrevistadores, e incorporar cambios o ajustes antes de iniciar el monitoreo. Esto es más relevante cuando se hacen cambios o ajustes importantes en los indicadores y formularios que se usan para el monitoreo rápido de coberturas.

- La adecuada organización y supervisión del trabajo de campo es indispensable para que los resultados del monitoreo rápido de coberturas sean de calidad.

- El control de calidad de los datos se debe garantizar en todas las etapas del monitoreo. Se requiere de un plan para el manejo de los datos y tener definida la estrategia de análisis que debe estar claramente explícita, desde que se inicia la recolección de datos en el campo, hasta realizar el análisis y generar los reportes de resultados.

- El uso de los datos debe estar definido con anterioridad. Se debe asegurar que los resultados aporten la información requerida para responder a los objetivos del monitoreo.

- La estructura y contenidos del informe final debe estar predefinida desde la planificacion del monitoreo, al igual que la estrategia de divulgación de los hallazgos para el análisis conjunto de resultados y la toma de decisiones.

El Anexo 2, incluye una lista de chequeo que se recomienda utilizar para verificar que se han contemplado todos los requerimientos inherentes a la ejecución de los monitoreos rápidos de cobertura (conformación de equipos, materiales e insumos requeridos, necesidades de logística, etc.).

El cuadro 1 que se presenta a continuación describe los responsables y actividades para cada uno de los pasos del MRC.

DRAFT

Cuadro 1. Preguntas clave y acciones sugeridas para cada uno de los pasos para la implementación del monitoreo rápido de coberturas

Preguntas	*Paso 1* Planificación	*Paso 2* Recolección de datos	*Paso 3* Análisis de datos	*Paso 4* Divulgación de resultados	*Paso 5* Toma de decisiones
¿Quién está a cargo?	▪ Responsable(s) del programa(s) ▪ Coordinador del monitoreo	▪ Coordinador del monitoreo ▪ Supervisores de campo ▪ Equipos de campo	▪ Coordinador del monitoreo ▪ Responsable de manejo de datos	▪ Responsable(s) del programa(s) ▪ Coordinador del monitoreo	▪ Responsable(s) del programa(s) ▪ Gerentes y autoridades de salud
¿Cuáles son las actividades a realizar?	1. Definir los objetivos e indicadores a monitorear 2. Identificar los integrantes del equipo 3. Identificar el área en la cual se hará el monitoreo rápido: barrio, vereda, número de niños a monitorear 4. Establecer e identificar los recursos financieros requeridos 5. Adaptar los procedimientos e instrumentos de recolección de datos a las necesidades y realidad local 6. Hacer la coordinación previa con las autoridades locales, puestos de salud, escuelas y obtener las autorizaciones necesarias	1. Capacitar a los equipos de campo 2. Validar los cuestionarios, herramientas de captura de datos y generación de reportes mediante la prueba piloto 3. Preparar el detalle de la logística y organizar el trabajo de campo 4. Ejecutar el trabajo de campo 5. Aplicar un sistema de control de calidad de los datos	1. Digitar los datos 2. Realizar la crítica y tabulación de los datos 3. Elaborar los indicadores y tablas de salida de información 4. Preparar el informe preliminar 5. Compartir el informe con los responsables de los programas y personas ¨clave¨	1. Preparar y aprobar el informe final 2. Organizar la divulgación de los resultados a las instancias responsables, autoridades de salud y tomadores de decisión	1. Organizar al equipo interdisciplinario responsable de plantear las estrategias e intervenciones para mejorar las coberturas o resolver las dificultades encontradas en el monitoreo 2. Discutir hallazgos y definir acciones 3. Incorporar las estrategias acordadas en los planes de acción de los programas 4. Establecer e identificar los recursos necesarios para ejecutar las intervenciones 5. Planificar la estrategia de evaluación y seguimiento en un plazo predeterminado

DRAFT

Unidad 1. Monitoreo rápido de coberturas casa a casa

El Monitoreo Rápido de Coberturas (MRC) es un método ampliamente utilizado por los programa de inmunización. Se aplica en diferentes momentos y con diversos propósitos: durante las visitas de supervisión para confrontar los datos de las coberturas administrativas con los resultados del MRC; al concluir los días nacionales de salud o las campañas de vacunación para monitorear si se alcanzó la cobertura esperada; como táctica para identificar grupos no vacunados y conocer las causas de ese rezago.

La metodología de monitoreo rápido de coberturas (MRC), aplicada en forma rutinaria en el programa de inmunización, constituye una herramienta de supervisión muy útil y de bajo costo. Ha sido recomendada por el Grupo Técnico Asesor sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación como un método de chequeo rápido de la validez de las coberturas reportadas con base en datos administrativos y ayuda a direccionar las actividades de vacunación en los niveles locales. [1]

El MRC, a partir de la concepción original que se estableció en los manuales de vacunación de la OPS/OMS, con el transcurrir del tiempo se ha ido adecuando a diferentes contextos y poblaciones meta.

En la metodología que se describe en esta unidad se incorporan algunos elementos que surgieron de las lecciones aprendidas, como la verificación verbal del estado vacunal, la adecuación de los formularios para verificar la cobertura en personas adolescentes o adultas, la consolidación y análisis de datos por niveles de gestión y estratos geográficos, entre otros.[2, 3,4]

El monitoreo rápido de cobertura contribuye al incremento de coberturas pues durante su ejecución se realizan actividades de vacunación. Si se inserta como una actividad rutinaria de los servicios, su puesta en práctica permitirá elevar las coberturas de los programas de salud del preescolar y el escolar.

En comunidades que requieren de la desparasitación periódica y de la suplementación con vitamina A como medida de protección a poblaciones de riesgo, el MRC de vacunación puede aprovecharse como herramienta de análisis de sus coberturas y para direccionar acciones que mejoren el acceso a este tipo de intervenciones.

En esta unidad se describe la metodología del MRC realizada casa a casa.

DRAFT

Pasos para la implementación del monitoreo rápido de coberturas casa a casa

Paso 1: Planificación
- ☑ Objetivos: ¿qué, a quién y cuándo?
- ☑ Delimitación de las áreas
- ☑ Adaptación de instrumentos
- ☑ Conformación de los equipos
- ☑ Programación de actividades
- ☑ Recursos y logística
- ☑ Coordinación e información
- ☑ Capacitación de los equipos
- ☑ Prueba piloto

Paso 1: Recolección y organización de datos
- ☑ Inicio del trabajo de campo
- ☑ Selección de las áreas y casas
- ☑ Criterios para definir una casa efectiva
- ☑ Registro de datos
- ☑ Control de calidad de datos

Paso 2: Análisis de datos
- ☑ Tabulación y crítica de datos
- ☑ Generación de reportes
- ☑ Interpretación de resultados

Paso 3: Divulgación de resultados
- ☑ Elaboración de informes
- ☑ Discusión de hallazgos

Paso 4: Toma de decisión
- ☑ Definición de estrategias
- ☑ Plan de acción

Paso 1: Planificación

Paso 1: Planificación

- ☑ Objetivos: ¿qué, a quién y cuándo?
- ☑ Delimitación de las áreas
- ☑ Adaptación de instrumentos
- ☑ Conformación de los equipos
- ☑ Programación de actividades
- ☑ Recursos y logística
- ☑ Coordinación e información
- ☑ Capacitación de los equipos
- ☑ Prueba piloto

1.1. Objetivos: ¿qué, a quién y cuándo?

El primer paso para implementar el MRC es definir cuál es el objetivo del monitoreo, para lo cual se debe determinar qué población y cuáles intervenciones se requieren analizar para, con base a ello, determinar los datos que se deben recolectar. El MRC se recomienda realizar en diversos momentos: durante las actividades de supervisión, como una práctica sistemática de la rutina del servicio de vacunación para la búsqueda de no vacunados o al concluir las campañas de vacunación para verificar que se alcanzó la meta.

Algunas preguntas que orientan la definición de los objetivos son:

- ¿Cuáles son las coberturas administrativas de vacunación y desparasitación según grupos de edad y estratos geográficos?.

- ¿Cuáles son los formatos en los cuales se hará la verificación de los esquemas o coberturas de las intervenciones seleccionadas? ¿Los niños o grupos de población que se entrevistarán tienen un formato individual en el cual se registra la intervención que se quiere monitorear?.

    - Esta pregunta es importante porque el MRC asume que hay una forma de verificar en el monitoreo casa a casa la intervención que se está revisando. Si es una intervención para la cual no existe un registro estandarizado, el MRC no producirá resultados adecuados.
    - Por ejemplo, para la vacunación existe el carné de vacunación que es individual, y por lo tanto es el registro sobre el cual se verifica si el niño tiene la vacuna que se está monitoreando, o si tiene el esquema de vacunación completo. Por otra parte, si se quiere monitorear la desparasitación para las geohelmintiasis, debe analizarse primero si el programa de control de geohelmintiasis tienen un registro individual que se le entrega a cada niño con el registro de la dosis de antiparasitario dada en la campaña que se quiere monitorear. Si no existe el registro individual, no es adecuado incluir el monitoreo de esta intervención en el MRC.

- ¿Cuáles son las áreas geográficas donde se identificó la necesidad de verificar las coberturas?.

- ¿Cuáles grupos de edad se incluirán en el monitoreo (preescolares, escolares o ambos)?.

- ¿Cuáles vacunas o intervenciones son las que se deben verificar durante el monitoreo?.

- ¿Se requiere analizar las vacunas del esquema básico o específicamente la vacuna aplicada o intervención realizada durante una estrategia masiva de campaña?.

- ¿Cuáles son las áreas geográficas que se identificaron como críticas y requieren de verificación de las coberturas en terreno?.

- ¿En esas áreas donde se realizará el monitoreo rápido de coberturas, durante los últimos 6 meses se realizaron rondas de desparasitación, u otras intervenciones de salud? Con base en la respuesta:

DRAFT

- Si la respuesta es afirmativa, ¿cuáles fueron las coberturas reportadas en las rondas?.
- Si la respuesta es negativa, la población que reside en las áreas a monitorear requieren de acciones de desparasitación u otras intervenciones que mejoren sus condiciones de salud?.

Con base en la discusión conjunta de las anteriores preguntas, se define cuál será la población y cuáles serán las intervenciones que se analizarán mediante el MRC (cuadro 1).

Cuadro 1. Definición de las poblaciones meta y las intervenciones que se incorporarán en el monitoreo rápido de coberturas

¿Qué se va a monitorear?	**¿Quién se va a monitorear?**		
	Menor de 1 año	**Preescolares** ***(1 a 4 años)***	**Escolares** ***(5 a 14 años)***
Vacunación (definir el tipo de biológico)			
Desparasitación para las geohelmintiasis			
Otra intervención *(Indicar cuál)*			

1.2. Delimitación de las áreas

Se deben revisar los mapas y datos de sectorización que utilizan los equipos locales y generalmente están disponibles en las salas de situación de los establecimientos de salud. Es importante verificar que no existan ¨zonas de nadie¨, o sea, poblaciones que no están adscritas o no son atendidas por ningún establecimiento de salud. Es recomendable definir el número de MRC considerando el tamaño de la población meta de la localidad donde se realizará el monitoreo.

Dado que este tipo de monitoreo tiene el propósito de servir de instrumento práctico para identificar si la intervencion esta llegando a la población a la que debemos llegar y no busca estimar coberturas, de manera arbitraria y por aspectos logísticos y de recursos disponibles, se sugiere hacer al menos el 3% de la población de menores de dos años.

Para seleccionar el área donde se realizará el MRC, se identifican áreas que, a juicio del responsable del monitoreo, son las de mayor riesgo o requieren de verificación según criterios como:

- Zonas periurbanas ubicadas cerca de los cinturones de pobreza.
- Áreas limítrofes con otros establecimientos de salud o entre países.
- Poblaciones con barreras de acceso geográficas y sociales, como asentamientos humanos no reconocidos como legales, comunidades de

DRAFT

reciente creación que son invasiones, comunidades receptoras de migrantes, entre otras.

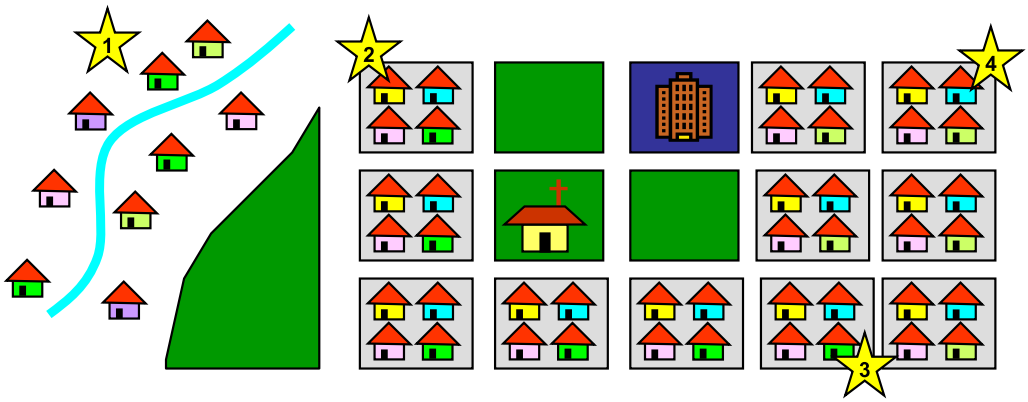
- Zonas con alta circulación de poblaciones transeúntes o utilizadas como poblaciones dormitorio o sea que sus habitantes permanecen fuera de las localidades durante el día y regresan en la noche. En estos casos, los niños podrían asistir a centros educativos ubicados fuera del municipio y el dato de vacunación se registra en un lugar diferente al de residencia.
- Poblaciones que se han identificado como “mal atendidas” por los servicios de salud, que planteen una duda razonable sobre la calidad y cobertura de las acciones de vacunación, desparasitación u otras.
- Areas que sistemáticamente registran coberturas bajas o superiores al 100%, así como altas tasas de deserción de esquemas de vacunación o desparasitación.
- Otros criterios de selección de las áreas es el reporte de alertas ante la aparición de casos sospechosos o confirmados de enfermedades inmunoprevenibles. En respuesta a este tipo de situaciones, se seleccionan manzanas aledañas a la residencia y lugares frecuentados por el o los casos en investigación para hacer el MRC.

1.2.1 Selección de las manzanas y las casas

Una vez identificadas en el mapa las áreas donde se llevará a cabo el monitoreo, se deben seleccionar las manzanas. La sugerencia es seleccionar aquellas manzanas con menor probabilidad de haber sido visitas por los vacunadores en el área, (por ejemplo aquellas que quedan en lo alto de una colina o alejadas de las calles principales), asegurándose de abarcar toda el área, según los recursos disponibles.

Figura 1. Selección de las manzanas para realizar el MRC

- Una vez seleccionada el área o localidad donde se realizará el monitoreo, se escogen las manzanas donde, a juicio del responsable de monitoreo sean las de menos probabilidad de haber sido visitadas por los vacunadores (difícil acceso, alejadas de las calles principales, entre otras).



A partir de la selección de la manzana de arranque se deben visitar, siguiendo la dirección de las manecillas del reloj, todas las casas consecutivas, requeridas para completar un total de 20 niños de cada uno de los grupos de edad que se ha seleccionado para el MRC (menores de 1 año, preescolares-1 a 4 años-, escolares-5 a 14 años-), donde haya una persona adulta que pueda mostrar el registro de vacunación o administración de antiparasitarios, o responder a los criterios de verificación verbal. Eso significa que si el monitoreo se va a hacer en preescolares y en escolares, entonces se seleccionarán las casas necesarias para completar un total de 20 preescolares y 20 escolares.

En comunidades rurales es probable que las casas no se organicen en manzanas pues están dispersas, por lo cual la ruta se toma ubicando las casas a lo largo de las veredas. Otra alternativa es, con un lápiz dividir y enumerar el sector en cuadrantes de igual tamaño, asumiendo cada cuadrante como una manzana.

Dado que el MRC no es una metodología basada en criterios probabilísticos, si el área de adscripción es muy grande, como ocurre en las capitales o municipios de alta densidad poblacional, lo que se recomienda es hacer un mayor número de manzanas) para abarcar una mayor área de monitoreo. Para ello, se debe tener una visión comprensiva de toda la zona e identificar localidades críticas para iniciar el monitoreo. Dado que ese criterio es cualitativo, no se deben excluir zonas que se supone deberían tener altas coberturas, como aquellas casas ubicadas alrededor de la unidad de salud, o sea, todas las áreas deben ser sujeto de análisis.

1.3. Adaptación de instrumentos

Teniendo en cuenta que los MRC han sido implementados ampliamente por los programas de inmunización, existen formatos y rutinas de ejecución y análisis ya establecidas en los países, por lo cual solo será necesario incluir los ajustes si es que los indicadores de intervenciones a monitorear son ajustados. Esto ocurre por ejemplo cuando se hacen MRC para campañas que incluyen intervenciones diferentes a la vacunación o a aquellas que de forma regular se hacen en las camapañas, ante lo cual los objetivos del MRC, y por lo tanto los instrumentos a usar, requieren ajustes.

El instrumento de recolección de datos está compuesto por varias partes como se muestra en el cuadro 2:

1. El encabezado que incluye la información sobre el lugar en el cual se realizará el MRC de acuerdo con la estructura político-administrativa-geográfica del país.

2. Las variables definidas para la recolección de datos, donde se debe incluir el número de casa, número de niños del grupo de edad para quienes se verificará su estado vacunal o antecedente de desparasitación contra geohelmintos, entre otras intervenciones que se establezcan prioritarias para el análisis, motivos por los cuales los niños no recibieron la intervención.

3. El cuerpo del formulario donde se registran los datos que serán recolectados durante el MRC.

4. El espacio para tabular manualmente los datos recolectados del MRC

DRAFT

5. Los datos de identificación del responsable de realizar el MRC

Recuerde que todo formulario debe acompañarse de un instructivo para que los equipos de monitoreo tengan las instrucciones precisas para realizar el trabajo de campo.

Cuadro 2. Estructura del formulario de MRC

1

ENCABEZADO DEL FORMULARIO: Información de identificación: incluya la información que requiere para tener información de la identificación del lugar en el cual se hace el MRC de acuerdo con la estructura político-administrativa-geográfica del país

Nombre del primer nivel subnacional (departamento, estado, provincia)
Nombre del segundo nivel subnacional (distrito o municipio)
Nombre de la localidad (localidad o comunidad o parroquia y manzana)

2

VARIABLES A INCLUIR EN EL FORMULARIO DE MRC: incluya todas aquellas que requiera de acuerdo con los objetivos e indicadores que ha decidido incluir en el MRC

(A) Nº de casa	(B) Nº de niños del grupo de edad que quiere incluir en el MRC	(C) Biológico y número de niños vacunados por cada uno (seleccione el biológico o biológicos que quiere incluir en el MRC)								(D) Nº de niños despara-sitados en la campaña	(E) Otra inter-vención que quiera incluir en el MRC	(f) Motivos por el cual no tienen el esquema completo, o no están desparasitados o no recibieron otras intervenciones (incluya todas las que usted ha definido)									
		Biológico 1	Biológico 2	Biológico 3	Biológico 4	Biológico 5	Biológico 6	Biológico 7	Esquema completo para la edad			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ESPACIO PARA REGISTRAR LOS DATOS POR CADA NIÑO INCLUIDO EN EL MRC: RECUERDE QUE SE INCLUYEN 20 NIÑOS POR CADA MRC CASA A CASA																					
	1																				
	2																				
	3																				
	4																				
	5																				
	6																				
	7																				
	8																				
	9																				
	10																				
	11																				
	12																				
	13																				
	14																				
	15																				
	16																				
	17																				
	18																				
	19																				
	20																				
TOTAL																					

3

4

ESPACIO PARA TABULAR LOS DATOS

Coberturas:	Biológico 1	Biológico 2	Biológico 3	Biológico 4	Biológico 5	Biológico 6	Biológico 7	ESQUEMA COMPLETO			
% de niños vacunados por biológico (C/B*100)											
% de niños desparasitados (D/B*100)											
% de niños que recibieron otra intervención (E/B*100)											
Motivos (F) por los cuales:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total no vacunados/no desparasitados/otra intervención
No tiene esquema de vacunación completo											
No fue desparasitado											
No recibió otra intervención											

5

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE QUIEN HIZO EL MRC
Nombre del responsable
Firma
Fecha
Otros

* **RECUERDE INCLUIR EL INSTRUCTIVO EN LA PARTE POSTERIOR DE ESTE FORMULARIO**

Los formularios de registro y consolidación de datos deben ajustarse según el grupo(s) de edad que se va a monitorear y las variables que se analizarán. Los anexos 3 y 4 presentan ejemplos de formularios estándar para el registro, tabulación y elaboración de informes del MRC casa a casa

1.4. Conformación de los equipos

Cada equipo debe estar integrado por una persona que conozca el área a evaluar, una persona responsable del registro de la información y entrega de comprobantes a los niños o poblaciones que son monitoreadas, así como un responsable de llevar las vacunas, los antiparasitarios u otras intervenciones en caso de que se identifiquen niños o poblaciones que las requieren. Igualmente debe programarse un supervisor por cada 3 o 5 equipos encuestadores. La función del supervisor es brindar asesoría al trabajo de los encuestadores, asegurar que los encuestadores cuenten con los materiales necesarios para la aplicación de las encuestas, aclarar dudas de los encuestadores y validar el llenado de las encuestas antes de salir del área.

1.5. Programación de actividades

Las visitas para la recolección de datos deben calendarizarse durante los horarios en que la población meta se encuentre en sus casas. Se debe recordar que la población de preescolares y escolares asiste a centros de cuidado o educativos y sus familiares trabajan, por lo cual, no se estan en las viviendas durante los horarios laborales. Por ello, deben asignarse recursos para trabajar en días y horas no hábiles (noches y fines de semana), considerando las prácticas de la población que habita cada comunidad. Si esto no se hace, existe un riesgo mayor de que las personas que no se encuentran en sus casas sean las mismas que tengan dificultades para acceder a los servicios de salud pero que no sean incluidas en el MRC por problemas de planeación de la actividad.

1.6. Recursos y logística

Para realizar las visitas casa por casa se deben programar los insumos (termo, biológico, jeringas, cajas de seguridad, formularios y carnés para el registro de vacunación o desparasitación si se implementan ambas estrategias, formultarios para el registro de dato de MRC) y la logística requerida para la movilización de los equipos, los mapas o croquis del municipio y del sector asignado, así como datos de contacto del supervisor en caso de que surja alguna duda o pregunta que requiera ser resuelta. Un elemento esencial es el transporte apropiado y seguro, así como garantizar la hidratación y alimentación para los equipos de campo.

1.7. Coordinación e información

Para facilitar la obtención de los comprobantes de vacunación o de la intervención que se va a monitorear al realizar las visitas a las casas es importante informar previamente a la comunidad para que tengan disponibles los carnés de vacunación o los carnés o documentos que tienen la información de las otras intervenciones que se quieren monitorear. Se recomienda incorporar en la planificación y realización del monitoreo a líderes comunales, representantes de la comunidad, docentes, entre otros, tanto en la fase de planeación como en la ejecución y análisis de los resultados.

1.8. Capacitación de los equipos

Todos los participantes del MRC deben estar capacitados en la metodología y tener claramente definidos los roles que deben desempeñar, tanto los responsables de la recolección y procesamiento de datos, como los encargados de la supervisión. Es esencial que el personal maneje apropiadamente las definiciones operativas (Anexo 2).

La capacitación se debe visualizar como una oportunidad para mejorar el desempeño de los trabajadores de la salud del nivel local en el análisis de sus datos y el empleo de metodologías de evaluación de la situación de vacunación u otra intervención. La sesión de capacitación sobre MRC puede programarse para ser ejecutada en una jornada de una mañana.

DRAFT

1.9. Prueba piloto

Cuando se van a aplicar instrumentos de MRC que incorporan cambios en las poblaciones meta o en las intervenciones que se van a monitorear, es necesario realizar una prueba piloto en un área seleccionada a conveniencia para, con base en esa experiencia, incorporar los ajustes necesarios. La prueba piloto debe incluir también la validación de los instrumentos de consolidación de datos y generación de reportes. Un aspecto muy importante es contabilizar el tiempo que se requiere para cada visita, pues es información de mucha utilidad para programar los tiempos y recursos que se requieren para el trabajo de campo.

Paso 2. Recolección de datos

Paso 2: Recolección de datos

- ☑ Inicio del trabajo de campo
- ☑ Selección de las áreas y casas
- ☑ Criterios para definir una casa efectiva
- ☑ Registro de datos
- ☑ Control de calidad de datos

2.1. Inicio del trabajo de campo

Antes de salir al terreno, los equipos deben llegar al establecimiento de salud para, con el supervisor asignado, repasar las áreas y manzanas que se van a visitar, chequear que todos los insumos y materiales estén listos para llevar al campo y repasar los roles y tareas que deberán realizar ese día.

Los figuras 2 y 3 describen la técnica de selección de la manzana de arranque, así como la ruta que deben seguir los equipos para visitar las casas necesarias para completar un total de 20 niños de la población meta.

DRAFT

Figura 2. Selección de del sitio de arranque y recolección de datos del MRC

- Iniciar la visita casa a casa en una esquina de la manzana seleccionada para el arranque.
- Visitar el número necesario de casas hasta completar un total de 20 niños/as del rango de edad definido.
- Seguir la ruta de acuerdo con la dirección de la manecillas del reloj.
- Si no se encuentra el número de personas requerido continuar con la manzana más próxima hasta completar el número de 20 niños

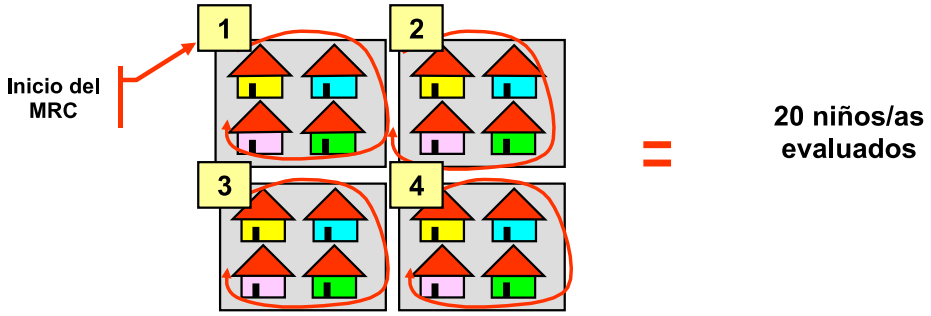
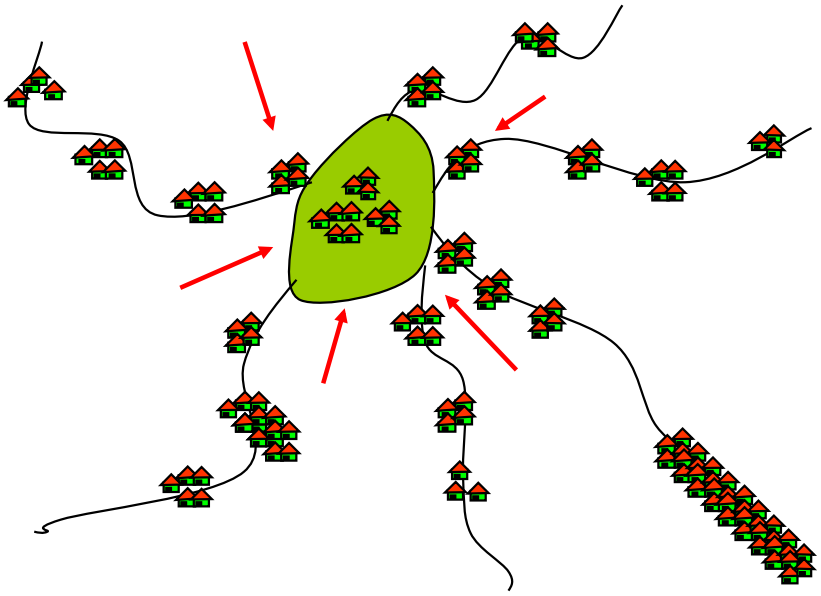


Figura 3. Ubicación de las casas en comunidades rurales



2.3. Criterios para definir una casa efectiva

Al realizar el MRC es necesario realizar todos los esfuerzos para que las casas visitas sean efectivas, o sea, aquellas en que se puede obtener información sobre el antecedente de vacunación o desparasitación de los niños del grupo de edad de interés, por lo que se define que una casa efectiva es la que cumple con los siguientes criterios.

- La casa está habitada
- Al menos un informante está presente en el momento de la visita
- El informante puede proveer la información requerida
- En la vivienda residen personas del grupo de edad que se quiere monitorear

Algunas preguntas que pueden surgir durante la recolección de datos son las siguientes:

¿Cómo procedo si no encuentro los 20 niños del grupo de edad requerido en esa comunidad? Se debe continuar con la manzana o vereda contigua, siempre que pertenezca a la misma área de adscripción del establecimiento de salud, hasta completar el número de niños.

- *¿Cómo procedo si al continuar se encuentra con un área ya monitoreada?* Se debe continuar con la manzana o vereda contigua, siempre que pertenezca a la misma área de adscripción del establecimiento de salud, hasta completar el número de niños

- *¿Si en una casa reside una gran cantidad de niños, a quiénes selecciono?* Para el MRC, se seleccionan todos los niños del grupo de edad que se está monitoreando, pues interesa revisar el estado vacunal o de desparasitación en todos los niños que se encuentren. Esta es una diferencia importante con los diseños muestrales probabilísticos.

- *¿Si hay un jardín de niños o una escuela, incluyo a esos niños?* El MRC se realiza casa a casa, por lo cual, este tipo de establecimiento no se incluye en el monitoreo, pues esos niños no necesariamente residen en la manzana seleccionada. En centros educativos se aplica la metodología de monitoreo en escuelas que se presenta en la próxima unidad de éste módulo.

- *¿Si hay un edificio de apartamentos, cómo procedo?* En ese tipo de edificio residen familias con niños, por lo cual, es necesario incluirlo en el monitoreo. Se considera que cada apartamento corresponde a una casa, en la cual pueden residir niños de la edad requerida para el monitoreo.

- *¿Incluyo también a los niños que no residen en el área que identifico en las casas porque están de visita?* No, solo se incluyen los niños que residan en el área.

- *¿Si la casa está cerrada, debo regresar?* Para efectos del MRC esta casa no se incluye. Sin embargo, para los propósitos de los programas se deben identificar esas casas para que los responsables de la zona, regresen posteriormente y verifiquen que esas familias tengan sus esquemas completos.

DRAFT

- *¿Si en una casa no hay un adulto que pueda responder?* Para efectos del MRC esta casa no se incluye. Sin embargo, para los propósitos de los programas se deben identificar esas casas para que los responsables de la zona, regresen posteriormente y verifiquen que esas familias tengan sus esquemas completos.

- *¿Si en una casa vive más de una familia con niños, a quién/es entrevisto?* Se entrevista a todas las familias que residen en esa casa. El monitoreo es casa a casa, pero en realidad corresponde a un monitoreo de hogares.

2.4. Registro de los datos

Es necesario recordar que todo funcionario debe identificarse al llegar a la vivienda y comunicar los objetivos de la visita. Si en una casa no se localiza una persona que pueda presentar el carné de vacunación o de registro de las intervenciones que han recibido los niños, se debe investigar si en ella residen niños del grupo meta y con base en esa información, procurar buscar los datos en el establecimiento de salud. No se deben incluir los niños que no residen en esa área y están de visita.

Cada país debe adaptar sus propios registros de datos del MRC, de acuerdo con los objetivos planteados y los indicadores que se quieren monitorear. En el anexo 3 se presenta un ejemplo de un formulario que pueden usarse para el registro de datos del MRC.

Una variable esencial de formulario empleado para el MRC es determinar las razones por las cuales no recibieron antiparasitario o vitamina A. Debe tenerse en cuenta que para el registro de estas causas debe entrevistarse cuidadosamente a la madre (o al adulto a cargo) para averiguar cuáles son los motivos del rezago:

1. No sabía que es necesario vacunar o desparasitar al niño
2. No sabe adonde acudir para que el niño sea vacunado o desparasitado
3. Sí lo sabe, pero no ha tenido tiempo para ir al establecimiento de salud
4. Rehúsa ser vacunado o desparasitado por diversas razones
5. El niño estaba enfermo cuando le correspondía ser vacunado o desparasitado
6. El niño tiene alguna contraindicación para vacunarse o recibir antiparasitarios.
7. El personal de salud se rehusó a vacunarlo o desparasitarlo
8. Fue al centro de salud y estaba cerrado
9. Fue al centro de salud y no tenían vacunas o antiparasitarios
10. Otro motivo, para lo cual es necesario especificarlo.

Cada país o nivel subnacional puede identificar el listado de causas de no vacunación o de rezago en las intervenciones que quiere monitorear. Es importante que estos listados sean revisados y ajustados en consenso con los grupos que participan en el monitoreo, para registrar aquellas causas que son las más frecuentes. De igual forma es importante que las causas se analicen por cada uno

DRAFT

de los diferentes grupos de población que hay en las áreas en las cuales se ejecuta la intervención; esto es importante en áreas en donde hay, por ejemplo, pueblos indígenas, afrodescendientes u otros para los cuales será necesario ajustar el listado de causas para identificar aquellas que son las más relevantes para el grupo de población específico En el anexo 5 se encuentra una lista mas exhaustiva de causas de no vacunación.

Verificación verbal: Dado que es probable que las personas entrevistadas hayan perdido o no tengan a mano el comprobante de vacunación o de las otras intervenciones que se quiren monitorear (desparasitación para las geohelmintiasis, vitamina A, etc.), también se puede aceptar como "persona vacunada" o que ha recibido antiparasitarios, aquella que cumpla con criterios de verificación verbal. Para ello se emplean preguntas como las que se describen a continuación, a las cuales, el informante deberá responder correctamente.

La verificación verbal podrá usarse en aquellos países que consideren qe esta metodología es adecuada y útil para sus propósitos en el MRC, por lo tanto es opcional. Es más útil si se usa para monitorear acciones hechas a través de campañas ya que las intervenciones son más específicas y muy seguramente será más fácil que la población recuerde la intervención específica por la cual se le pregunta.

Cuadro 3. Criterios de de verificación verbal para determinar el estado vacunal

Pregunta	Criterio de verificación
1. ¿Contra cuál enfermedad protege la vacuna que le aplicaron?	Responde correctamente el nombre de la vacuna o la enfermedad que previene. Ej: sarampión, rubéola, tétanos, tuberculosis, etc.
2. ¿Cuál fue la vía de administración de la vacuna?	**BCG:** Es solo una dosis que se inyecta en el brazo y deja una cicatriz. **SR/SRP:** Le aplicaron la vacuna en el brazo empleando una jeringa. **Polio**: Le dieron al niño unas gotas en la boca. **DPT:** La aplicaron inyectada en el muslo del niño **Pentavalente:** La inyectaron al niño la vacuna en el muslo
3. ¿Cuándo lo vacunaron?	**BCG:** Se aplicó al nacer o en los primeros meses de vida. Es solo una dosis. **SR/SRP:** La aplicaron al año de edad o durante campañas de vacunación para controlar brotes de sarampión o rubéola o en campañas de eliminación del sarampión o la rubéola. **Polio:** Son gotitas que se dan tres veces (2, 4 y 6 meses) durante el primer año de vida o durante jornadas de vacunación. **Pentavalente**: Es la vacuna inyectada que se aplica tres veces (en el muslo) durante el primer año de vida cuando le administran las gotitas contra la poliomielitis. **DPT:** Es la vacuna que inyectada que se aplica en el muslo del niño tres veces durante el primer año de vida.

DRAFT

4. ¿Dónde y quién lo vacunó?	En caso de campañas de vacunación se emplean tácticas específicas para captar a la población. En estos casos, la persona deberá contestar si fue vacunado en el colegio, escuela, establecimiento de salud u otro sitio según las tácticas de vacunación empleadas en el municipio.
5. En el caso de las campañas de vacunación, ¿cómo era el comprobante de vacunación que le entregaron?	Describe el tamaño y color correcto del carné que el municipio entrega a los niños vacunados.
6. En el caso de campañas que incluyen la desparasitación, puede preguntarse: • ¿Durante los últimos seis meses o en la última campaña (o doce meses si el período a evaluar es anual), el niño ha recibido pastillas para el tratamiento de los parásitos intestinales (lombrices)? • ¿dónde y quién lo desparasitó?, • ¿cómo era la pastilla o tableta que le dieron?, • ¿cómo era el comprobante de desparasitación que le entregaron?	La desparasitación para las geohelmintiasis se hace en campañas masivas en determinadas áreas geográficas y grupos de población, por lo que el MRC se hace después de la campaña; por lo tanto es necesario conocer la fecha en que se hizo la campaña que se quiere monitorear, y preguntarle a los entrevistados por esa fecha, y dónde y quién lo desparasitó. Estas preguntas son importantes, ya que la desparasitación pudo haberse realizado en un puesto de vacunación, puesto de salud, lugares públicos, entre otros. En la desparasitación masiva se usan tabletas de albendazol (400 mg) o de mebendazol (500 mg), usualmente en dosis única y presentaciones de una pastilla. Sin embargo, es posible que usen mebendazol en presentación de tabletas de 100 mg, por lo que una persona pudo haber recibido 5 tabletas. Es importante que antes de hacer el MRC se conozca cuál fue el medicamento distribuido, la presentación, etc. En algunas ocasiones es útil llevar muestras de las pastillas para mostrárselas a los entrevistados y facilitar así la respuesta a las preguntas en el MRC.

Es necesario incluir una columna en el formulario de registro del MRC donde se indique si el dato recopilado se obtuvo mediante la revisión del carné o si fue mediante la aplicación de criterios de verificación verbal.

2.5. Control de calidad de datos

Para garantizar que los datos recolectados sean de calidad, y que permitan estimar los indicadores de forma veraz para sustentar la toma de decisiones, es indispensable evitar los siguientes errores al recolectar los datos (en el entrenamiento a los trabajadores de la salud vinculados a la tarea de recolección de datos, es necesario enfatizar en la importancia de no cometer estos errores):

- Incluir niños que están fuera del rango de edad que se está analizando.
- Incluir niños que NO están vacunados o desparasitados en la categoría errada, o sea, indicando que sí lo están.
- Incluir niños que SÍ están vacunados o desparasitados en la categoría errada, o sea, indicando que no lo están.
- Registrar a las personas que se encuentran en la casa pero no residen en ella.

DRAFT

- Incluir como “vacunadas” o desparasitadas a las personas que se vacunan o se desparasitan durante el monitoreo.
- El personal debe tener claro que las dosis que se apliquen durante el monitoreo rápido de coberturas solo se registran como vacunados o desparasitados, pero estas dosis **NO** cuentan para los resultados del MRC.
- No especificar las razones por las cuales las personas entrevistadas informaron que no habían sido vacunadas o que no han recibido tratamiento antiparasitario.
- Incluir en la categoría de “otras razones”, motivos para no vacunarse o no haber recibido tratamiento antiparasitario que SÍ pueden ser categorizados de acuerdo con la lista de causas específicas del formulario de registro del MRC.

  Realizar el trabajo de campo en horarios que no son los apropiados para entrevistar a la población, lo cual llevaría a dificultades para realizar el MRC debido a que es posible que no se encuentre a las familias o los padres que trabajan o población que estudia en las horas laborales del día.

  Para estandarizar la recolección de datos se han establecido las definiciones operativas y las variables que se deben incluir en la entrevista y registro de datos del MRC, de manera que la información sea consistente y de calidad (Anexo 1).

Paso 3. Análisis de datos

Paso 3: Análisis de datos

- ☑ Tabulación y crítica de datos
- ☑ Producción de reportes
- ☑ Interpretación de resultados

3.1. Tabulación y revisión crítica de los datos

La tabulación es la suma de los datos recolectados de cada monitoreo, teniendo siempre presente que ese dato no estima la cobertura, pues la selección de la población no es probabilística. Sin embargo, la información que se genera es de mucha utilidad para identificar si existen niños no vacunados o desparasitados en un área específica en una cifra mayor a la esperada.

Continuando con el ejemplo del formato de registro del MRC que usó un municipio y que se mostró en el apartado anterior de registro de datos, a continuación se

DRAFT

muestra como ejemplo la tabla que ése mismo municipio usó para hacer la tabulación de los datos recolectados, así como la tabulación de los motivos que adujeron las personas que no tenían esquemas completos o no fueron desparasitadas.

Cuadro 4. Ejemplo de tabulación de las coberturas y frecuencia de los motivos por los cuales los pre-escolares no tienen el esquema de vacunación completo o no han recibido antiparasitarios u otras intervenciones

% niños con vacuna trazadora o vacuna de campaña o con esquema completo =	80										
% niños desparasitados =	70										
% niños que recibieron otra intervención=	55										
Motivos (E) por los cuales:	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**Total de NO vacunados/ NO desparasitados/ NO recibió otra intervención**
No tiene esquema de vacunación completo	-	-	1	-	-	-	-	1	2	-	4
No fue desparasitado durante el último año o en la última campaña	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6
No recibió otra intervención	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9

En el momento de la tabulación es importante revisar críticamente la calidad de los datos registrados en los fomularios del MRC. Esto permitirá que cuando se haga el análisis de los resultados haya certeza en que éstos está sustentados en datos que fueron registrados con calidad, y que por lo tanto reflejan las coberturas de las intervenciones monitoreadas y las causas de no vacunación, desparasitación, o de cualquier otra de las intervenciones monitoreadas.

3.2. Generación de reportes

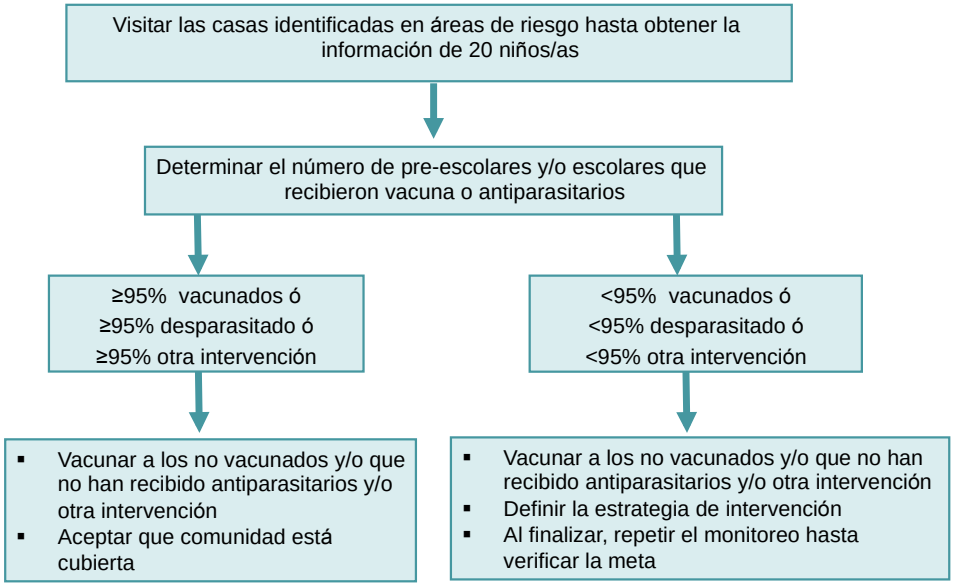
Al terminar de tabular los datos se debe registrar, para cada uno de los MRC, cuántos alcanzaron la cobertura meta establecida para cada una de las intervenciones. Es importante recordar que el MRC no provee datos de estimaciones probabilíticas. Por lo tanto, el reporte del total de monitoreos realizados solamente podrá indicar cuántos monitoreos se realizaron, cuántos alcanzaron la meta de cobertura y cuántos no la alcanzaron, así como las decisiones que se tomaron con base en los resultados.

La caracterización de los motivos por los cuales un niño no tiene su esquema de vacunación actualizado o no ha sido desparasitado es un insumo de gran valor para definir la estrategia de intervención. Por ello, es importante calcular la frecuencia relativa de los diversos motivos del rezago en la vacunación o la desparasitación.

3.3. Interpretación de resultados

El algoritmo de la figura 5 esquematiza el proceso de interpretación de los resultados del MRC.

Figura 5. Algoritmo para interpretar los resultados del MRC y criterios para la toma de decisión



Nota: Es una herramienta de supervisión que a nivel operativo apoya la toma de decisiones, los datos de cobertura no son generalizables, por lo cual, no permiten estimar la cobertura del área

Algunos motivos están relacionados con la falta de información o la renuencia de los padres o encargados para cumplir con los esquemas de vacunación o tratamiento, pero otros pueden identificar barreras de acceso en los establecimientos, que deben ser resueltas por parte de los servicios de salud.

- ¿Cuáles monitoreos mostraron que ≥95% de los niños estaban vacunados, o habían recibido antiparasitarios? Recuerde esta no es la cobertura de vacunacion o de desparasitación del área geográfica.
- ¿Cuáles son los grupos de edad y niños que se identifican con mayor rezago?
- ¿Cuáles son las posibles explicaciones del hallazgo de niños no vacunados o desparasitados?
- ¿Cuáles son las razones para no vacunarse o desparasitarse que aducen esas poblaciones?

Un indicador que es importante analizar es el porcentaje de niños con carné o comprobante de vacunación o de desparasitación. La custodia del carné de vacunación o desparasitación del niño es esencial para determinar si tiene el esquema al día o, de lo contrario, requiere de la administración de algún biológico,

medicamento antiparasitario o vitamina A. Este documento es también de gran utilidad para verificar el estado vacunal durante la realización de estudios de campo; de igual forma, en algunos países se solicita el carnécomo requisito para el ingreso a la escuela. Este indicador permite analizar aspectos relativos al servicio, como la disponibilidad y la entrega del carné de cada niño, así como la información que se brinda a sus familias para mantener este documento en buenas condiciones y disponible.

Paso 4. Divulgación de resultados

Paso 4: Divulgación de resultados

- ☑ Elaboración de informe
- ☑ Discusión de resultados

4.1. Elaboración del informe

La consolidación de los resultados del MRC y las acciones realizadas con base en los hallazgos son un insumo importante para dar seguimiento al desempeño de los programas e intervenciones. Por ello, por cada monitoreo se debe generar un informe, que indique en cuántos monitoreos se encontró que la comunidad estaba adecuadamente cubierta, cuáles fueron los motivos principales que las personas argumentaron en aquellos niños no vacunados o no desparasitados, así como las decisiones que se tomaron. A manera de ejemplo, el siguiente cuadro permite, de una manera sencilla, visualizar y presentar el trabajo que se realiza en cada uno de los niveles locales.

DRAFT

Cuadro 5. Ejemplo del informe de resultados del MRC de vacunación y desparasitación en pre-escolares

Distrito	Nº MRC realizados en niños de 1 a 4 años	Nº de monitoreos con ≥95% niños vacunados con esquema completo para edad	Nº de monitoreos con ≥95% de niños desparasitados	Motivos más frecuentes para:		Decisiones tomadas	
				No tener esquema completo	No haber sido desparasitado	Vacunación	Des-parasitación
La Fuente	10	8/10	7/10	Fue al centro de salud y estaba cerrado; Fue al centro de salud y no tenían vacuna	No sabía que es necesario	Analizar horarios y disponibilidad de vacunas para evitar oportunidades perdidas	Implementar plan de educación a la población que requiere desparasitación periódica
La Esperanza	15	14/15	14/15	No tuvo tiempo	El niño estaba enfermo cuando lo vacunaron	Información y comunicación a la población	Implementar plan de educación a la población que requiere desparasitación periódica
Total	**25**	**22/25**	**21/25**				

4.2. Discusión de los hallazgos

Es necesario que los resultados se compartan con el equipo local de trabajo, con el fin de comprender y explicar los hallazgos, así como identificar las alternativas para reducir el número de niños que no han accedido a los programas de salud, y determinar mecanismos para mejorar la calidad de los registros administrativos. Los supervisores del nivel nacional o subnacional deben estar informados de los resultados y dar seguimiento a las recomendaciones que surjan de los hallazgos.

Paso 5. Toma de decisión

Paso 5: Toma de decisión

- ☑ Definición de estrategias
- ☑ Plan de acción

DRAFT

5.1. Definición de las estrategias

A partir de los resultados del MRC, las decisiones pueden ser conjuntas, si los resultados indican que, por ejemplo, los tres programas muestran que existen niños no captados en las áreas donde se realizó el monitoreo, o pueden ser específicas para uno de ellos o sea, que la comunidad está bien vacunada pero requiere mejorar el acceso a tratamiento antiparasitario.

El análisis de los datos recolectados mediante el MRC debe responder a las siguientes preguntas:

- ¿En dónde se pueden captar los niños no vacunados o no desparasitados? ¿Casa, escuela, guardería infantil, otro?
- ¿Cuál sería la táctica más efectiva para captarlos? ¿Barrido, campaña o reforzar la vacunación de rutina en los servicios de salud?
- ¿Qué acciones debo tomar?
- ¿A quiénes debo involucrar para ejecutar esas acciones?

5.2. Plan de intervención

Si los datos indican que el desempeño de la campaña o del programa regular de intervención (dependiendo de lo que se monitoreó) no es el adecuado, es necesario formular un plan de trabajo para reorientar las acciones y alcanzar los objetivos esperados. Si, por el contrario, la información evidencia que los resultados son positivos, se deben analizar las estrategias y actividades que han sido positivas, las buenas prácticas y las lecciones aprendidas para reforzarlas y compartir las experiencias.

Además del informe de los resultados del MRC, se debe elaborar un documento de plan de acción que integre los objetivos de la intervención, las actividades a realizar para dar respuesta a los problemas, aprovechando las oportunidades que se identificaron para resolverlos, el cronograma de trabajo, los responsables y los recursos requeridos para la implementación del plan.

Para elaborar el plan de intervención se debe tomar en consideración la experiencia y conocimiento que los equipos locales tienen sobre las condiciones en que viven las comunidades que atienden. Un aspecto esencial es utilizar otras fuentes de información disponibles a nivel local para complementar los hallazgos e identificar discordancias o semejanzas entre ellas.

Es necesario tener en cuenta la información cualitativa que se obtuvo en el trabajo de terreno, durante la ejecución de los MRC, mediante la observación y las entrevistas realizadas, pues la interacción con las familias y comunidades pemite detectar problemas y oportunidades para incrementar las coberturas, de manera que se generen recomendaciones basadas en el conocimiento de la propia realidad.

DRAFT

Unidad 2. Monitoreo de coberturas en escuelas

Por las características de las poblaciones meta de los programas de salud del preescolar y escolar, el trabajo articulado con las escuelas y centros para el cuido de los niños es una estrategia muy eficiente para la ejecución de intervenciones en salud pública. La estrecha colaboración del personal de salud con los directores y profesores facilitará, no solo el mejoramiento de las coberturas, sino la realización conjunta de acciones educativas para los niños, los padres y el personal que labora en centros de enseñanza y cuido infantil.

El trabajo coordinado entre los equipos locales de salud y los directores y docentes de las escuelas y centros de cuidado es de gran utilidad para ejecutar y monitorear las acciones relacionadas con el programa regular de salud escolar y de las campañas de vacunación, desparasitación, distribución de vitamina A, entre otras. Este vínculo se refuerza cuando se incluye también el trabajo conjunto para hacer el MRC, ya que se convierte en una oportunidad para identificar las fortalezas y retos, y así retroalimentar la ejecución de acciones conjuntas para incrementar las coberturas en las poblaciones meta.

Para el monitoreo de las coberturas en escuelas se pueden utilizar los registros de vacunación que se recopilan en los centros educativos (en algunos países, las escuelas y centros de cuidado llevan planillas de registro de las intervenciones de salud de los niños), sin embargo, es necesario tener en consideración que esa información puede tener variaciones en cuanto a la calidad de los datos (variables que no son las requeridas para el MRC, registros incompletos o desactualizados, entre otras). Por lo tanto, es necesario realizar el monitoreo mediante la verificación del carné u otros comprobantes que permitan valorar si el niño ha recibido las diversas intervenciones. En este MRC es útil comparar los datos de los carné o documentos de verificación de cada niño con los registros de las escuelas o centros de cuidado; esto es útil tanto para completar la información como para actualizar y dar seguimiento a los esquemas de tratamiento antiparasitario, vacunación u otros.

Al igual que en el MRC que se hace casa a casa, el MRC en escuelas o centros de cuidado tiene un diseño muestral no probabilístico que permite hacer la selección de las escuelas o centros a conveniencia. Por ejemplo, se puede realizar un monitoreo rápido en algunas escuelas críticas o en las que el equipo de salud considere que podrían existir dificultades en el logro de cobertuas (por ejemplo, escuelas en áreas de difícil acceso geográfico). También puede hacerse una selección aleatoria de las escuelas o centros utilizando como marco muestral la lista de escuelas para hacer una selección aleatoria de centros y de estudiantes.[5] Es importante analizar con anterioridad al MRC qué tipo de registro, formulario o carné de las intervenciones se usan para la población escolar, para así garantizar que habrá una fuente de datos sobre la que pueda hacerse el MRC.

En esta unidad se presentan los pasos para hacer el monitoreo rápido de coberturas en escuelas o centros de cuidado con un diseño no probabilístico en el cual se seleccionan las escuelas a conveniencia.

DRAFT

Pasos para la implementación del monitoreo rápido de coberturas en escuelas

Paso 1: Planificación
- ☑ Objetivos: ¿qué, a quién y cuándo?
- ☑ Selección de escuelas
- ☑ Adaptación de instrumentos
- ☑ Conformación de los equipos
- ☑ Programación de actividades
- ☑ Recursos y logística
- ☑ Coordinación e información
- ☑ Capacitación de los equipos
- ☑ Prueba piloto

Paso 1: Recolección y organización de datos
- ☑ Inicio del trabajo de campo
- ☑ Entrevista e las escuelas
- ☑ Registro de datos
- ☑ Control de calidad de datos

Paso 2: Análisis de datos
- ☑ Tabulación y crítica de datos
- ☑ Generación de reportes
- ☑ Interpretación de resultados

Paso 3: Divulgación de resultados
- ☑ Elaboración de informes
- ☑ Discusión de hallazgos

Paso 4: Toma de decisión
- ☑ Definición de estrategias
- ☑ Plan de acción

Paso 1: Planificación

Paso 1: Planificación

- ☑ Objetivos: ¿qué, a quién y cuándo?
- ☑ Selección de escuelas
- ☑ Adaptación de instrumentos
- ☑ Conformación de los equipos
- ☑ Programación de actividades
- ☑ Recursos y logística
- ☑ Coordinación e información
- ☑ Capacitación de los equipos
- ☑ Prueba piloto

1.1. Objetivos: ¿qué, a quién y cuándo?

La definición de la población en la cual se quiere hacer el MRC determina los tipos de establecimientos que se visitarán, o sea, centros de cuidado para el monitoreo en preescolares, o escuelas o colegios para la población de 5 a 14 años. Asimismo, la definición de las intervenciones que se monitorearán dependerá de las poblaciones a las cuales se dirigieron las intervenciones. El MRC en escuelas se puede aplicar en la rutina de los programas, como instrumento de verificación de coberturas y de supervisión, y también es de mucha utilidad posterior a la realización de campañas de vacunación y rondas de desparasitación para determinar si las poblaciones meta fueron captadas.

Algunas preguntas que orientan la definición de los objetivos del MRC son:

- ¿Cuáles son las coberturas administrativas de vacunación y desparasitación según grupos de edad y estratos geográficos?
- ¿Cuáles son las áreas geográficas donde se identificó que es necesario verificar las coberturas?
- ¿Cuáles grupos de edad se requiere analizar: preescolares, escolares o ambos?
- ¿Cuáles vacunas son las que deben verificarse durante el monitoreo? Tenga en cuenta que en el grupo de niños en edad escolar (5 a14 años) cada país o área geográfica tiene definidos esquemas de vacunación o vacunas que se aplican en esta edad, por lo cual es importante saber cuál biológico y en qué edad exactamente se aplica, de forma tal que se seleccione al gupo de edad adecuado para el MRC.
- ¿Se requiere analizar las vacunas del esquema básico o específicamente la vacuna aplicada durante una campaña?
- ¿Cuáles son las áreas geográficas que se identifican como críticas y requieren de verificación en terreno?
- ¿En esas áreas donde se realizará el monitoreo de vacunación se han realizado rondas de desparasitación u otras intervenciones de salud? Con base en la respuesta:
    - Si la respuesta es afirmativa, ¿cuáles fueron las coberturas reportadas en las rondas de desparasitación?
    - Si la respuesta es negativa, ¿la población que reside en las áreas a monitorear requiere de acciones de desparasitación o vacunación?

Con base en las respuestas de las anteriores preguntas, se define cuál será la población y cuáles serán las intervenciones que se analizarán en el MRC.

DRAFT

Cuadro 1. Definición de las poblaciones meta y las intervenciones que se incorporarán en el monitoreo rápido de coberturas en escuelas

¿Qué se va a monitorear?	¿Quienes se van a monitorear?	
	5 a 9 años	10 a 14 años
Vacunación		
Desparasitación para las geohelmintiasis		
Otra intervención *(Indicar)*		

Un aspecto relevante a considerar en el MRC en escuelas, es que los niños que asisten a la escuela seleccionada para el monitoreo no necesariamente representan a los niños en edad escolar de las zona geográfica o de jurisdicción de la escuela. Esto puede ocurrir cuando el porcentaje de matrícula escolar es menor al 95% o los niños dejan de asistir a la escuela y desertan, o cuando los niños que están matriculados en ésa escuela residen en otras comunidades fuera de la jurisdicción de la institución.

Por lo anterior, el MRC dará información de la institución seleccionada pero no necesariamente del área geográfica delimitada como se hace en el MRC casa a casa. Sin embargo, es una buena estrategia para monitorear a este grupo de edad, y además el operativo logístico para hacer los MRC en las escuelas o centros de cuidado es más fácil, rápido y menos costoso debido a que son poblaciones concentradas en una institución.

1.2. Selección de las escuelas

Hay dos opciones de selección de escuelas para hacer el MRC:

- Selección de escuelas a conveniencia
- Selección de escuelas que hacen parte de la vigilancia centinela de las geohelmintiasis

La primera opción puede usarse en las áreas en donde no hay vigilancia centinela de las geohelmintiasis, o en áreas en las que aun existiendo la vigilancia centinela se prefiere, por criterios propios del país o del nivel subnacional, seleccionar las escuelas a conveniencia.

1.2.1. Selección de las escuelas a conveniencia

Para seleccionar la escuela o escuelas donde se realizará el MRC, se identifican áreas que, a juicio del responsable del monitoreo, son las de mayor riesgo o requieren de revisión de los datos de coberturas según criterios como:

- Zonas periurbanas ubicadas cerca de los cinturones de pobreza.
- Áreas limítrofes con otros establecimientos de salud o entre países.
- Poblaciones con barreras de acceso geográficas y sociales, como asentamientos humanos no reconocidos como legales, comunidades de

DRAFT

reciente creación que soninvasiones, comunidades receptoras de migrantes, entre otras.

- Zonas con alta circulación de poblaciones transeúntes o utilizadas como poblaciones dormitorio, o sea que sus habitantes permanecen fuera de las localidades durante el día y regresan en la noche. En estos casos, los niños podrían asistir a centros educativos ubicados fuera del municipio y el dato de vacunación se registra en un lugar diferente al de residencia.
- Poblaciones que se han identificado como “mal atendidas” por los servicios de salud, que planteen una duda razonable sobre la calidad y cobertura de las acciones de vacunación, desparasitación u otras.
- Areas que sistemáticamente registran coberturas bajas o superiores al 100%, así como altas tasas de deserción de esquemas de vacunación o desparasitación.
- Otros criterios de selección de las áreas es el reporte de alertas ante la aparición de casos sospechosos o confirmados de enfermedades inmunoprevenibles. En respuesta a este tipo de situaciones, se seleccionan escuelas que están en el área en donde se reportan los casos o escuelas en las cuales hay niños que residen los mismos lugares frecuentados por el o los casos en investigación para hacer el MRC.

Dado que el MRC no es una metodología basada en criterios probabilísticos, si el área en que se quiere hacer el MRC es muy grande, como ocurre en las capitales o municipios de alta densidad poblacional, lo que se recomienda hacer es seleccionar más escuelas en las que se hará el MRC para abarcar una mayor área de monitoreo. Para ello, se debe tener una visión comprensiva de toda la zona e identificar localidades críticas y sus escuelas para iniciar el monitoreo. Dado que ese criterio es cualitativo, no se deben excluir zonas que se supone deberían tener altas coberturas, como aquellas escuelas ubicadas cerca de la unidad de salud. Es decirque todas las áreas deben ser sujeto de análisis.

1.2.2. Selección de escuelas que hacen parte de la vigilancia centinela de las geohelmintiasis

Una de las metodologías recomendadas para el monitoreo del progreso hacia la meta de control de las geohelmintiasis es la vigilancia centinela de indicadores parasitológicos (prevalencia e intensidad de la infección) en escuelas. En esta vigilancia centinela, se hace una selección aleatoria de escuelas (fijas y móviles) que estén ubicadas en en áreas endémicas para las geohelmintiasis o con población a riesgo de infección (bajo acceso a agua segura y saneamiento básico, pisos en tierra y el no uso de calzado, dificultades en la implementación de acciones de higiene personal, etc), que son áreas que además tienen condiciones ecológicas homogéneas (humedad, precipitación, vegetación, etc.) y en las cuales se implementan acciones de quimioterapia preventiva. Las escuelas centinela fijas se mantienen a lo largo del programa de control de las geohelmintiasis, mientras que las móviles se seleccionan de nuevo cada vez que se va a hacer la recolección de muestras e información, lo cual se recomienda se realice cada 2 años dependiendo de los recursos disponibles.[7]

En cada escuela centinela (fija y móvil) se recolectan muestras de heces de 50 niños aproximadamente con edades comprendidas entre 8 y 9 años. Se selecciona a este grupo de niños por su edad, ya que es probable que hayan recibido antiparasitarios

en rondas anteriores, con lo cual se podrían detectar cambios en los indicadores parasitológicos resultantes de las intervenciones.

Esta metodología de vigilancia provee información de calidad a un bajo costo[6], y podría usarse la misma plataforma para hacer el monitoreo de coberturas. El país o el grupo coordinador del MRC puede decidir seleccionar convenientemente las escuelas que ya han sido seleccionadas como escuelas centinela para geohelmintiasis y hacer allí el MRC.

Si la decisión es hacer el MRC en escuelas que hacen parte de la vigilancia centinela de las geohelmintiasis, esta alternativa permite concentrar los recursos del monitoreo, reducir el tiempo e integrar acciones en el mismo lugar. En este caso es necesario definir en qué momento se hará el MRC en las escuelas, ya que la vigilancia centinela de la prevalencia se hace usualmente antes de la ronda o campaña de desparasitación, mientras que el MRC se hace inmediatamente después. Sin embargo, la oportunidad de hacer el MRC en las escuelas centinela de geohelmintiasis es valiosa.

1.3. Adaptación de instrumentos

El Anexo 6 presenta un ejemplo de instrumento para recolectar y tabular los datos de coberturas y los motivos que aducen los escolares para no tener los esquemas actualizados o no haber recibido antiparasitarios, así como para elaborar el informe de campo. Estos instrumentos deben ajustarse a la realidad de las comunidades, los objetivos del monitoreo y las intervenciones que se van a monitorear. Es necesario que se haga una prueba piloto antes del MRC para verificar que la metodología ylos instrumentos proveerán los datos adecuados, y por lo tanto ajustarlos si así se requiere.

1.4. Conformación de los equipos

El equipo requiere de un coordinador y de personal que realice las entrevistas y recopile los datos que serán analizados y presentados en el informe. En el caso de que el MRC se haga en las escuelas centinela para las geohelmintiasis, es necesario definir claramente en qué momento se hará el MRC, debido a que la recolección de muestras de heces para la vigilancia se hace antes de la campaña de desparasitación y al menos 6 meses después de la última desparasitación, mientras que el MRC se hace inmediatamente después de la campaña. Esto implica una adecuada coordinación con la escuela.

Cada integrante del equipo tendrá las siguientes responsabilidades:

Coordinador

- Contactar, concertar y coordinarla labor de los líderes de la comunidad, las autoridades de salud y de educación para obtener la autorización para el trabajo de campo.
- Organizar la logística y los recursos para la recopilación de datos.
- Supervisar la calidad de los datos registrados en los formularios.
- Resumir los datos obtenidos y preparar un informe preliminar para los

DRAFT

directivos y docentes de la escuela, las autoridades de salud y para la comunidad.

- Si se seleccionan escuelas en las que se hace la vigilancia centinela de geohelmintiasis, es recomendable que haya una estrecha coordinación con el responsable de esta estrategia y el control de las geohelmintiasis a nivel nacional o subnacional.

Equipo de campo

- Registrar los datos en los formularios correspondientes.
- Identificar a los niños que no están vacunados o que requieren de la administración de antiparasitarios.
- Preparar el equipo y los insumos (vacunas, algodón, jeringas, carnés, antiparasitarios, etc.), así como formularios para registrar los datos.
- Realizar la revisión de carnés y archivos disponibles en las escuelas con la información de los niños y registrar los datos en los formularios.
- Anotar en los carnés de salud las vacunas y antiparasitarios que se administran a los niños que lo requieren en el momento del MRC.
- Cumplir con los procedimientos de bioseguridad y adecuado manejo de los materiales que se deben desechar y destruir.
- Se recomienda que el equipo de campo esté conformado por funcionarios del nivel local, pues además de conocer la zona, es importante que sean los puntos de contacto y seguimiento con cada una de las escuelas.

A diferencia del MRC casa a casa, el equipo que hace el MRC en escuelas debe tener un diálogo inicial con el director de la escuela para informarle sobre el objetivo de la visita, y preguntar por los formularios que la escuela tiene para el registro de activicades de salud.

Todo equipo de campo debe contar con un supervisor que apoye la organización del trabajo, aclare cualquier duda y verifique la calidad de los datos recolectados.

1.5. Programación de actividades

Una vez seleccionada una escuela se debe contactar y realizar una reunión con las autoridades de educación y salud del distrito o municipio para obtener la autorización para visitar la escuela, explicar los objetivos y procedimientos que se realizarán, así como aclarar cualquier duda y recibir la retroalimentación de las personas. En este momento también es necesario solicitarla lista de alumnos.

Es esencial informar a los padres de familia y a los alumnos, sobre la importancia del MRC y los beneficios que se obtendrán de su participación. A partir de esas gestiones se establecen las actividades y el cronograma de trabajo.

1.6. Recursos y logística

Se requiere de las listas de las escuelas que se ubican en el área de salud en la que se va a realizar el MRC, así como de aquellas que hacen parte de la vigilancia centinela si las hay. También deben revisarse los registros con los que cuenta el

DRAFT

establecimiento de salud para las acciones que se han realizado en las escuelas.

Para establecer los recursos, tanto materiales como logísticos, se recomienda utilizar el Anexo 2, que contiene una lista de chequeo para los preparativos del trabajo de campo y que incluye insumos y suministros.

1.7. Coordinación e información

Antes de establecer contacto directo con eldirector de la escuela o escuelas seleccionadas para el MRC, se debe establecer contacto con las autoridades del nivel correspondiente del sector educativo. A partir de esa gestión, se debe enviar una carta que explique al director los detalles del trabajo que se realizará, fechas y logística requerida. También se debe remitir a cada docente, una nota explicativa con la finalidad de entregarla a cada alumno para que solicite la autorización a sus padres.

Para que las acciones sean efectivas, es necesario coordinar con el director del centro educativo y dar aviso previo para que los estudiantes lleven su carné o comprobante de vacunación y de desparasitación antes del día de la visita, de manera que estén disponibles cuando el equipo de salud realice el monitoreo.

Es conveniente solicitar al profesor o al personal a cargo que, previo a la visita, se informe a los estudiantes y encargados sobre el propósito del monitoreo.También se debe solicitar al centro educativo la información que recopila de manera rutinaria sobre los niños vacunados o que han recibido tratamiento antiparasitario, y la fecha en que se administró.

1.8. Capacitación de los equipos

Los equipos que visitarán las escuelas para hacer el MRC deben participar en una sesión de capacitación donde se presenten los aspectos téoricos de la metodología, haciendo énfasis en los elementos prácticos, tales como las acciones que debe realizar al llegar a la escuela, la información que deben dar a cada profesor y estudiante antes de hacer la entrevista, la manera correcta de registrar la información en los formularios, la forma de concluir la visita a cada aula, el proceso apropiado de tabular y consolidar los datos, así como las funciones y roles que debe desempeñar cada miembro del equipo.

1.9. Prueba piloto

Con la finalidad de que los instrumentos que se van a aplicar sean comprensibles para los entrevistadores y permitan recolectar datos en una forma práctica, reduciendo la probabilidad de errores, se deben validar mediante una prueba piloto. Para ello, se puede seleccionar una escuela a conveniencia, donde se aplicará la metodología tal y como se formuló para identificar ajustes que sea necesario incorporar.

DRAFT

Paso 2: Recolección de datos

Paso 2: Recolección de datos

- ☑ Inicio del trabajo de campo
- ☑ Entrevista en las escuelas
- ☑ Registro de datos
- ☑ Control de calidad de datos

2.1. Inicio del trabajo de campo

Los equipos deben reunirse en el establecimiento de salud del área en donde está ubicada la escuela para repasar la logística, acordar los tiempos y preparar los insumos que se requieren para recolectar los datos. El supervisor deberá dar las indicaciones precisas y compartir sus datos de contacto a los equipos que van a hacer el MRC. Al llegar al centro educativo, el coordinador del equipo de campo se debe presentar ante el director de la escuela para proceder a realizar el MRC.

2.2. Entrevista en las escuelas

Una vez que se contacta al director y se repasa nuevamente el trabajo que se realizará en la escuela, los equipos se podrán dirigir a las aulas correspondientes para iniciar la recolección de datos. Cuando se llega al aula seleccionada, se identifica con el profesor a quien se le solicitan los registros y se entrevistan los niños. Las aulas se pueden seleccionar mediante sorteo.

2.3. Selección de las aulas y los estudiantes

Recuerde que antes de llegar a la escuela, el coordinador y el equipo de campo saben cuál es el biológico o biológicos, los medicamentos o intervenciones que van a monitorearse en la escuela, lo cual determinará cuál es el grupo de edad que debe incluirse en el MRC. Con base en esto, haga las siguientes preguntas al director de la escuela y seleccione el aula o las aulas y los estudiantes:

1. ¿En qué grado o nivel están los niños de la edad que usted necesita para el MRC?. Esto le permitirá seleccionar el grado o nivel en que quiere

DRAFT

seleccionar el aula. Por ejemplo, si necesita hacer el MRC del segundo refuerzo de DPT que usualmente se da entre los 4 y 6 años, es posible que necesite seleccionar aulas de preescolares o de niños en primer grado; si necesita hacer el MRC de la vacuna toxoide tetánico-diftérico (Td), esta vacuna suele ponerse a los 10 años de edad, por lo cual es posible que requiera seleccionar aulas de niños que están en quinto grado; si necesita hacer el MRC de la vacuna VPH, que usulamente se pone a partir de los 9 años de edad, puede necesitar a los niños que están cuarto grado. Para monitorear el antiparasitario podrá hacerlo en cualquiera de los grupos de edad que seleccione para el MRC de la vacuna que ha seleccionado. Tenga en cuenta que la definición de la edad y los grados en los cuales se va a hacer el MRC en la escuela dependerá del esquema de vacunación y de desparasitación normado por el país.

2. ¿Cuántas aulas hay en el grado o nivel escolar que se requiere para el MRC?. Por cada nivel o grado que se requiere para hacer el MRC se selecciona solo un aula. Si hay más de un aula en el mismo grado o nivel que se necesita para el MRC, seleccione aleatoriamente un aula. Puede usar diferentes métodos, desde una rifa poniendo en una bolsa un papel por cada número entre 1 y el máximo número de aulas en el grado respectivo, hasta una tabla de número aleatorios como la que se describirá en el Módulo 5, entre otros. Como este es una selección por conveniencia puede seleccionar el número de aulas que el grupo coordinador del MRC considere conveniente y por lo tanto seleccionar más de un aula.

3. ¿Cuántos niños hay en el aula seleccionada? Este dato lo solicitará al llegar al aula seleccionada para hacer el MRC y lo registrará en el formulario respectivo. Se debe incluir en el MRC a todos los niños del aula seleccionada sin importar cuántos son.

2.4. Registro de datos

Es importante que, además de recolectar los datos para el MRC, el equipo de salud haga la vacunación o la desparasitación a aquellos niños que lo requieran. A cada niño se le preguntará si fue vacunado y se le solicitará que presente su comprobante o carné de vacunación. Usualmente los profesores o docentes tienen las copias de los carné de los niños, por lo cual también se puede solicitar al profesor del aula que facilite sus regristros para revisarlos.

El cuadro 2 presenta un ejemplo del formulario para recopilar los datos de un municipio que decidió monitorear las coberturas de vacunación y desparasitación

DRAFT

Cuadro 2. Registro de los datos del monitoreo de coberturas en escolares

Nº escuelas	Nº de escolares del aula	Vacunados con biológico trazador o de campaña o con esquema completo para edad	Nº escolares des-parasitados durante el último año	Motivo por el cual no tiene esquema completo o no fue desparasitado *1.No sabía que es necesario; 2.No sabe adonde vacunan/desparasitan; 3.No ha tenido tiempo; 4.Rehúsa ser vacunado/desparasitado; 5.Estaba enfermo/a; 6.Tiene alguna contraindicación; 7.Personal de salud se rehusó a vacunar/desparasitar; 8.Fue al centro de salud y estaba cerrado; 9.Fue al centro de salud y no tenían vacuna/tratamiento. 10.Otro (especificar)*	
				No tiene esquema completo	No fue desparasitado
1	30	28	20	3-3	1-1-1-1-5-1-1-1-1-1
2	35	28	25	3-3-3-6-8-8-8	1-1-1-5-5-1-1-1-1-5
3	40	30	28	1-3-3-1-1-4-1-8-8-8	1-1-1-4-1-1-2-2-1-2-1-1
4	35	28	27	3-3-1-1-8-8-1	2-1-2-4-1-1-1-1
5	35	31	25	4-4-3-4	1-1-4-4-1-4-1-1-1-1
Total	**175**	**145**	**125**	**n= 30**	**n= 50**

% de escolares vacunados =	83
% escolares con tratamiento antiparasitario=	71

Motivos (E) que se aducen para:	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**Total NO vacunados/ NO desparasitados**
No tener esquema completo	7	-	10	4	-	1	-	8	-	-	30
No fue desparasitado durante el último año	36	5	-	5	4	-	-	-	-	-	50

2.5. Control de calidad del dato

Al recolectar los datos de cada niño se debe tener especial cuidado en revisar los tipos y número de dosis de vacuna que ha recibido y las fechas de administración del antiparasitario para poder registrar el dato correcto.

En caso de que tenga dudas sobre la información que está escrita en el carné o que no haya claridad en la misma para registrarla en el formato del MRC este dato no se considera válido. Si es posible utilice otra fuente para confirmar el dato, como por ejemplo los registros del establecimiento de salud de la jurisdicción que pueden ser revisados al concluir la visita a la escuela.

El supervisor de cada equipo de monitoreo verificará la calidad de los datos recolectados, y recogerá y entregará al coordinador del MRC los formatos correctamente tabulados de cada escuela.

DRAFT

Paso 3: Análisis de datos

Paso 3: Análisis de datos

- ☑ Tabulación y crítica de datos
- ☑ Producción de reportes
- ☑ Interpretación de resultados

3.1. Tabulación y revisión crítica de los datos

La tabulación es la suma de los datos recolectados de cada monitoreo, teniendo siempre presente que ese dato no estima la cobertura, pues la selección de la población no es probabilística. Sin embargo, la información que se genera es de mucha utilidad para identificar si existen niños no vacunados o desparasitados en un área específica en una cifra mayor a la esperada. La tabulación de los datos debe hacerse por cada una de las escuelas monitoreadas.

En el momento de la tabulación es importante revisar críticamente la calidad de los datos registrados en los fomularios del MRC. Esto permitirá que cuando se haga el análisis de los resultados haya certeza en que éstos está sustentados en datos que fueron registrados con calidad, y que por lo tanto reflejan las coberturas de las intervenciones monitoreadas y las causas de no vacunación, desparasitación, o de cualquier otra de las intervenciones monitoreadas.

3.2. Producción de reportes

El porcentaje de vacunados para cada biológico se calcula dividiendo el número de vacunados sobre el total de estudiantes del aula o aulas en la cual se hizo el MRC. Y el mismo cálculo se hace para el porcentaje de niños desparasitados o con vitamina A.

Una vez tabulados los datos, se calculan los siguientes indicadores:

$$\frac{\text{Total de preescolares o escolares vacunados según tipo de vacuna}}{\text{Total de preescolares o escolares evaluados en cada escuela}} \times 100$$

$$\frac{\text{Total de preescolares o escolares con esquemas completos}}{\text{Total de preescolares o escolares evaluados en cada escuela}} \times 100$$

$$\frac{\text{Total de preescolares o escolares que recibieron antiparasitarios}}{\text{Total de preescolares o escolares evaluados en cada escuela}} \times 100$$

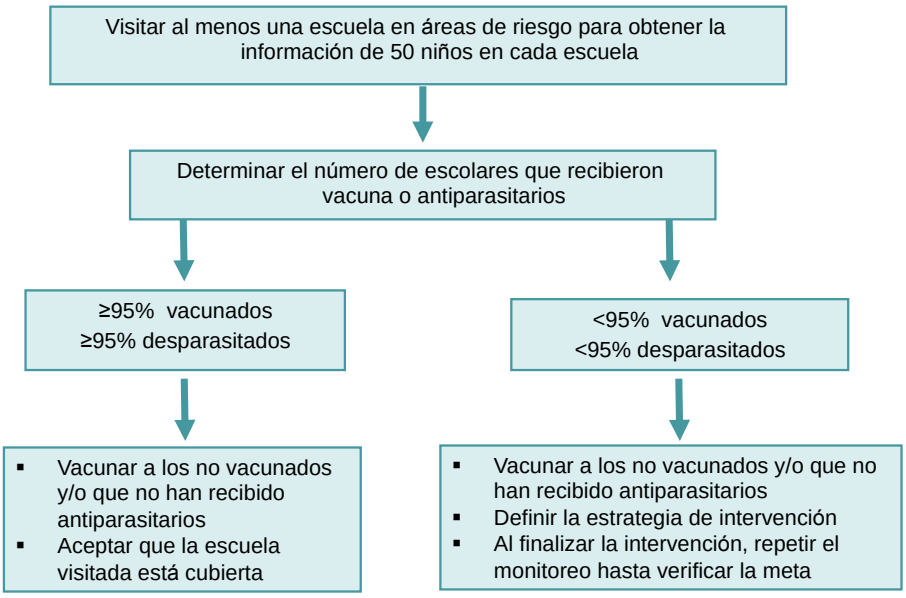
DRAFT

Se deben identificar cuáles aulas escuelas alcanzan el porcentaje de cobertura establecido, en cuales hay niños que no han sido captados y los motivos de ese rezago. Los datos de cada escuela se consolidan en una tabla o formulario.

3.3. Interpretación de los resultados

La figura 1 esquematiza el proceso de interpretación de los resultados y la toma de decisión.

Figura 1. Algoritmo para interpretar los resultados del MRC en escuelas y criterios para la toma de decisión



El análisis de los datos recolectados del monitoreo de las escuelas debe responder a las siguientes preguntas:

- ¿Cuáles monitoreos mostraron que ≥95% de los niños estaban vacunados o habían recibido antiparasitarios?
- ¿Cuáles son los grupos de edad y niños que se identifican con mayor rezago?
- ¿Cuáles son las posibles explicaciones del hallazgo de niños no vacunados o desparasitados?
- ¿Cuáles son las razones para no vacunarse o desparasitarse que aducen esas poblaciones?

Al interpretar los resultados se debe tener presente cuáles son las limitaciones y alcances de los datos, dentro de ellas, la proporción de niños que no llevaron el carné y en quienes por lo tanto, no fue posible verificar si habían recibido o no la intervención.

Un aspecto a considerar es que en los MRC que se hacen en las escuelas o centros de cuidado, dependiendo de la edad del niño, es probable que no dispongan de información para responder preguntas como por ejemplo el motivo del atraso del esquema, por lo cual, esa información se debe analizar teniendo en cuenta esa condición.

Paso 4: Divulgación de resultados

Paso 4: Divulgación de resultados

- ☑ Elaboración de informe
- ☑ Discusión de resultados

4.1. Elaboración del informe

Los informes del monitoreo rápido de coberturas se deben consolidar y enviar al nivel nacional, de manera que se integre al análisis de información de las acciones de salud pública integradas para niños menores de 15 años. Esta información es esencial para monitorear el desempeño de los programas y las acciones de campañas en los niveles nacionales y subnacionales, así como para elaborar planes de acción integrados que deberán tener el acompañamiento de supervisores. Por ello, por cada monitoreo se debe generar un informe, que indique en cuántos monitoreos se encontró que los niños estaba adecuadamente cubiertos, cuáles fueron los motivos principales para no haber recibido la intervención en aquellos niños no vacunados o no desparasitados, así como las decisiones que se tomaron (ver Anexo 7).

Los resultados y el informe deben ser analizados en conjunto con las instancias correspondientes de las escuelas, para definir las acciones que se requieran implementar con base a los resultados.

Los datos del monitoreo deben permitir identificar barreras que obstaculizan el logro de las metas de cobertura. Por ello, además de los resultados cuantitativos, es necesario determinar las estrategias más pertinentes para resolver esas barreras. El cuadro 3 muestra un ejemplo de un formato consolidado para reportar los resultados del monitoreo.

DRAFT

Cuadro 3. Consolidación de los datos del monitoreo de coberturas escolares por escuela y decisiones tomadas con base en los hallazgos

Nº escuela	Nº (%) de escolares vacunados con ___ o con esquema completo para edad	Nº (%) escolares que recibieron tratamiento antiparasitario durante el último año	Nº (%) motivos por lo cuales no tienen esquema completo	Nº (%) motivos por lo cuales no fueron desparasitados	Decisión	
					Vacunación	Desparasitación
1	93	67	1.No sabía que es necesario n=7(23%); 3.No ha tenido tiempo n=10 (33%); 4.Rehúsa ser vacunado n=4 (13%); 6.Tiene alguna contraindicación n=1 (3%); 8.Fue al centro de salud y estaba cerrado n=8 (27%)	1.No sabía que es necesario n=36 (72%); 2.No sabe adonde vacunan/ desparasitan n=5 (10%); 4.Rehúsa ser desparasitado n=5 (10%); 5.Estaba enfermo n=4 (8%)	Implementar estrategia educativa a docentes, esolares y sus familias sobre la importancia de la vacunación y los esquemasque deben completar los escolares. Revisar horarios de vacunación en centros de salud para evitar oportunidades perdidas	Implementar un plan de educación a docentes, escolares, sus familias y la comunidad sobre los efectos de la parasitosis y los esquemas de tratamiento que requieren cumplir, incluyendo información sobre la situación de saneamiento de esas áreas y las medidas de prevención que es necesario tomar
2	80	71				
3	75	70				
4	80	77				
5	89	71				
Total de la escuela	**83**	**71**				

4.2. Discusión de los hallazgos

En el proceso de discusión debe participar el personal de salud que labora en el área de jurisdicción de la escuela, así como el director y docentes del centro educativo. Es necesario que al concluir el informe, se identifiquen alternativas prácticas para divulgar la información a los padres o encargados de los estudiantes, e incluso, que se incluya a los niños en ese proceso de discusión, aprovechando este espacio de análisis para reforzar en ellos la importancia de estar vacunados y recibir periódicamente antiparasitarios, así como otras prácticas de higiene y protección de la salud.

Los resultados del monitoreo deben comunicarse, y la comunicación debe trascender el ámbito del servicio de salud e incluir a otras instituciones, organizaciones y personas de la comunidad, de manera que la población esté sistemáticamente informada de los avances en las coberturas y se involucre en las acciones de mejora continua.

DRAFT

Paso 5: Toma de decisión

Paso 5: Toma de decisión

- ☑ Definición de estrategias
- ☑ Plan de acción

5.1. Definición de las estrategias

A partir del análisis y discusión de los resultados con las diversas instancias, es necesario responder algunas preguntas que orientan la definición de estrategias que se incorporarán en el plan de intervención, tales como:

- ¿En dónde se pueden captar los niños no vacunados o no desparasitados? ¿Casa, escuela, guardería infantil, otro?
- ¿Cuál sería la táctica más efectiva para captarlos? ¿Barrido, campaña o reforzar la vacunación de rutina en los servicios de salud?
- ¿Qué acciones debo tomar?
- ¿A quiénes debo involucrar para ejecutar esas acciones?

Es importante tener presente la importancia de informar a los padres sobre los resultados, para reforzar la importancia de mantener actualizados los esquemas de vacunación y desparasitación. El envíó de una nota a cada responsable del cuido del niño es muy importante indicando que deben acudir al centro de salud más cercano para garantizar que los niños reciban las intervenciones recomendadas.

5.2. Plan de intervención

Si los datos indican que el desempeño de la campaña o del programa regular de intervención (dependiendo de lo que se monitoreó) no es el adecuado, es necesario formular un plan de trabajo para reorientar las acciones y alcanzar los objetivos esperados. Si, por el contrario, la información evidencia que los resultados son positivos, se deben analizar las estrategias y actividades que han sido positivas, las buenas prácticas y las lecciones aprendidas para reforzarlas y compartir las experiencias.

Además del informe de los resultados del MRC, se debe elaborar un documento de plan de acción que integre los objetivos de la intervención, las actividades a realizar

DRAFT

para dar respuesta a los problemas, aprovechando las oportunidades que se identificaron para resolverlos, el cronograma de trabajo, los responsables y los recursos requeridos para la implementación del plan.

Para elaborar el plan de intervención se debe tomar en consideración la experiencia y conocimiento que los equipos locales tienen sobre las condiciones en que viven las comunidades que atienden. Un aspecto esencial es utilizar otras fuentes de información disponibles a nivel local para complementar los hallazgos e identificar discordancias o semejanzas entre ellas. El plan de intervención debe ser formulado con el apoyo de los directores y profesores de las escuelas, pues son las personas que conocen mejor la forma en que se pueden resolver los problemas encontrados, o sugerior cómo mantener e incrementar las acciones.

Es necesario tener en cuenta la información cualitativa que se obtuvo en el trabajo de terreno, durante la ejecución de los MRC, mediante la observación y las entrevistas realizadas, pues la interacción con los profesores y los niños pemite detectar problemas y oportunidades para incrementar las coberturas, de manera que se generen recomendaciones basadas en el conocimiento de la propia realidad.

DRAFT

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Informe de la XVII Reunión del Grupo Técnico Asesor sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación. Guatemala, 25-27 de julio de 2006, pág. 33.

2. Teixeira AMS, Samad SA, Souza MA, Segatto TC, Morice A, Flannery B. Monitoring of vaccination coverage during a national rubella elimination campaign. Rev Panam Salud Pública 2011;30(1):7–14.

3. Dietz V, Venczel L, Izurieta H, Stroh G, Zell ER, Monterroso E, et al. Assessing and monitoring vaccination coverage levels: lessons from the Americas. Rev Panam Salud Publica. 2004;16(6):432–42.

4. Izurieta H, Venczel L, Dietz V, Tambini G, Barrezueta O, Carrasco P, Quiroga R, André J, Castillo-Solórzano C, Brana M, Laender F, de Quadros CA. Monitoring Measles Eradication in the Region of the Americas: Critical Activities and Tools. The Journal of Infectious Diseases 2003;187(Suppl 1):S133–9.

5. Calvo N, Morice A, Sáenz E, Navas L. Uso de encuestas en escolares para la evaluación de la cobertura y oportunidad de la vacunación en Costa Rica. *Rev Panam Salud Pública* 2004;16:118-124.

6. World Health Organization. Helminth control in school age children: a guide for managers of control programmes - 2nd ed., Geneva, 2011, pág. 48.

7. Belizario VY Jr et al. Sentinel surveillance of soil-transmitted helminthiasis in selected local government units in the Philippines. Health, 2009;21:26–42.

DRAFT

Anexo 1

Definiciones operativas

Para la implementación de las diversas metodologías de monitoreo es necesario tener definiciones operativas estándar, a partir de las cuales se elaboran los instrumentos de recolección de datos, se colecta y analiza la información. Las siguientes definiciones son básicas:

Casa: Vivienda estructural donde reside y convive un grupo de personas, quienes no necesariamente tienen relación de parentesco.

Casa elegible: Es aquella donde reside un niño de la edad de la población definida para el monitoreo.

Casa efectiva: Es aquella vivienda donde se encuentra un niño de edad preescolar o escolar, o sea que tenga una edad comprendida en el rango de 1 a 14 años, acompañado de una persona que pueda brindar información confiable con respecto a las intervenciones que se van a monitorear. Si no se encuentra una persona que pueda proporcionar la información requerida, se excluye la casa del monitoreo y se clasifica como una casa no efectiva.

Conglomerado: Es una colección de elementos (Ej. Casas, comunidades, villas, etc.) agrupados dentro de límites geográficos y administrativos definidos claramente.

Persona vacunada o que ha recibido antiparasitarios es toda aquella persona que demuestre que ha sido vacunado o desparasitado con medicamentos antihelmínticos a través de la presentación de un comprobante oficial o carné, o que se haya verificado la información en los registros administrativos –sean documentales o informatizados- o que se determine mediante criterios de verificación verbal,

Población en edad escolar: niños entre los 5 y 14 años de edad, independientemente de que asista o no a la escuela.

Población de edad preescolar: niños entre uno y cuatro años de edad.

Residente: Persona que en el momento que se visita su casa, tiene su residencia habitual en esa residencia y comunidad.

DRAFT

Anexo 2

Lista de chequeo para el trabajo de campo

Requerimiento	Descripción	Verificado	
		Sí	No
Equipos de campo conformados y capacitados	Cada equipo debe tener un líder que coordine el trabajo de sus integrantes y esté en comunicación con el coordinador general. Está integrado por entrevistadores que recolectan los datos, una persona que, puede ser un miembro de la comunidad, que vaya de casa en casa identificando cuáles de ellas son casas efectivas y orientando a los entrevistadores, así como funcionarios que vacunen o administren tratamiento antiparasitario a aquellos niños que lo requieran. También se puede invitar a participar a los docentes cuando el MRC es en escuelas.Todos los integrantes del equipo deben haber participado en la capacitación y estar apropiados de sus roles y responsabilidades.		
Materiales para recolectar los datos	Cada equipo debe tener la cantidad requerida de formularios de recolección de datos, lápiz, tabla para colocar la papelería, copia del esquema de vacunación, bolsa para cargar los materiales, material informativo para la población, entre otros		
Mapas e información del área	Deben tener mapas y croquis para ubicar las casas, escuelas, directorio de teléfonos de autoridades locales o directores de escuelas en caso de que requieran ubicarlas.		
Insumos para administrar vacunas, tratamiento, u otros	Se debe preparar un termo con vacuna, jeringas y otros materiales para vacunar, así como llevar tratamientos para desparasitar, formularios para registrar la vacunación y desparasitación, y carnés para entregar a aquellas personas que se vacunen o que reciban tratamiento.		
Transporte	Asegurar vehículos para el transporte de los equipos de campo, con conductores que estén informados del propósito del trabajo y de las rutas donde se ubican las casas a visitar. Los vehículos deben estar en buenas condiciones para evitar accidentes o atrasos, y disponer del combustible necesario.		
Alimentación	Se debe garantizar la alimentación e hidratación que requieren los equipos de campo, sea mediante paquetes que lleven al terreno o dinero para que compren la alimentación.		
Hospedaje	En caso de que las áreas a visitar sean muy lejanas y los equipos deban permanecer en la		

DRAFT

	zona durante varios días, se debe identificar un sitio adecuado donde se hospedarán y disponer de los recursos financieros necesarios.		
Remuneración	El presupuesto del MRC debe asegurar que los funcionarios tengan oportunamente la remuneración que requieren para realizar el trabajo.		
Seguridad de los equipos de campo	Cada persona debe estar debidamente identificada como funcionario de salud. Se debe tener en consideración las características del lugar para que la visita se realice en horas adecuadas y si es necesario, cuenten con el apoyo de guías locales o personal de seguridad.		
Protección de riesgos ambientales	Si las condiciones del clima son adversas, por ejemplo es una zona de calor intenso, se debe proteger a los funcionarios con bloqueador y llevar agua para evitar la deshidratación. En caso de lluvia, aprovisionarlos con capas y sombrillas.		
Comunicación	Deben disponer de teléfonos celulares para estar en contacto con los coordinadores y supervisores, de manera que se identifique oportunamente cualquier situación que requiera ser resuelta y se cumpla con la programación establecida.		
Coordinación e información a autoridades locales	Las autoridades locales deben estar informadas de la actividad. Es importante solicitarles que informen a la población que será visitada en sus casas, para facilitar la obtención de información y evitar rechazo por temor o desinformación. Si el MRC se hace en escuelas, es necesario hacer la coordinación con los directores y profesores de las escuelas seleccionadas con anterioridad al trabajo de campo. Esto es especialmente importante en escuelas para garantizar que los estudiantes llevarán el carné de vacunación, lo cual facilitará el trabajo de los equipos.		
Supervisión	Todo trabajo de campo debe ser supervisado, por lo cual, deben estar designadas y capacitadas las personas que estarán a cargo de la supervisión, además deben tener los instrumentos estandarizados para realizar la supervisión de los equipos de campo.		

DRAFT

Anexo 3. Formulario para recolectar los datos del monitoreo rápido de coberturas de vacunación, desparasitación y otras intervenciones (casa a casa)

Departamento o Estado: _____ **Municipio/Distrito:** _____

(A) Nº de casa	(B) Nº de niños de 1-4 años que residen en la casa	(C) Nº de niños vacunados									(D) Nº de niños que fueron des-parasitados durante el último año	(E) Motivo por el cual no tiene el esquema de vacunación completo o no fue desparasitado o no recibió la intervención *1.No sabía que es necesario; 2.No sabe adonde vacunan/desparasitan; 3.No ha tenido tiempo; 4.Rehúsa ser vacunado/desparasitado; 5.Estaba enfermo/a; 6.Tiene alguna contraindicación; 7.Personal de salud se rehusó a vacunar/desparasitar; 8.Fue al centro de salud y estaba cerrado; 9.Fue al centro de salud y no tenían vacuna/tratamiento. 10.Otro (especificar)*		
		BCG	DPT1	DPT3	VOP1	VOP3	Hib3	Hep. B3	SRP1	Esquema completo para edad		No tiene esquema completo	No fue desparasitado	Otra intervención
Total														

% de niños vacunados (C/B) con:	BCG	DPT1	DPT3	VOP1	VOP3	Hib3	Hep3	Esquema completo
% de niños desparasitados (D/B):								
% de niños que recibieron la intervención (E/B):								

Motivos (E) por los cuales:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total que no fue vacunado o no desparasitado o no recibió la intervención
No tiene esquema de vacunación completo											
No fue desparasitado durante el último año											
No recibió otra intervención											

Responsable:_____ **Firma:** _____ **Fecha:** _____

Anexo 4. Informe de resultados del monitoreo rápido de coberturas de vacunación, desparasitación y otras intervenciones (casa a casa)

Departamento o Estado: _____ **Municipio:** _____

Distrito	Nº de MRC realizados en niños de 1 a 4 años	Nº de MRC con resultados ≥95% niños vacunados con:								Nº de MRC con ≥95% de niños desparasitados	Nº de MRC con ≥95% de niños que recibieron otra intervención	Motivos más frecuentes para:			Decisiones tomadas		
		DPT1	DPT3	VOP1	VOP3	Hib3	Hep. B3	SRP1	Esquema completo para edad			No tener esquema completo	No haber sido desparasitado	No haber recibido otra intervención	Vacunación	Desparasitación	Otra intervención
Total																	

Responsable:_____ **Firma:** _____ **Fecha:** _____

Anexo 5.
Razones de no vacunación

Razones atribuibles a los conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud

- Porque el médico o enfermera dijo que no se podía porque está enfermo
- Porque el médico/enfermera dijo que ya está vacunado, tiene esquema completo o no le toca
- Porque el medico o enfermera no queria poner tantas inyecciones juntas
- Porque el personal de salud no me preguntó

Razones atribuibles a los servicios de salud y de inmunización

- el sitio para vacunar me queda muy lejos
- Porque hoy no es día de vacunación
- Porque el horario de vacunación es limitado
- Porque estaba cerrada el área de vacunación
- No estaba el encargado de vacunar
- Porque no había vacunas
- Porque no había jeringas u otro insumo de vacunación
- Porque había que esperar mucho tiempo
- Porque no se recibe un trato apropiado o servicio por parte del personal de salud
- Porque no traje el carne

Razones atribuibles a los conocimientos, actitudes y prácticas de la familia o los encargados de los niños

- Niño enfermo en el momento que le tocaba ser vacunado, no lo llevó
- No le gusta que le pongan dos vacunas inyectadas al niño
- Porque no tengo tiempo
- Porque se me olvidó
- Porque no son necesarias o no creo en las vacunas
- Porque el niño tiene el esquema completo
- Experiencia negativa de algún familiar o persona conocida
- Porque la última vez que lo vacunaron se puso mal o le dio reacción
- Algún familiar/ persona de confianza/ curandero le aconsejó no vacunarlo
- Porque las vacunas pueden causar alguna enfermedad o malestar
- Porque mi religión me lo prohíbe
- Porque no confío en las vacunas de los establecimientos de salud
- Porque no confío en el personal de los establecimientos salud
- Porque no lo traje a vacunar
- No le tocaba

DRAFT

Anexo 6. Formulario para recolectar los datos del monitoreo rápido de coberturas de vacunación y desparasitación (escuelas)

Departamento o Estado: _____ **Municipio/Distrito:** _____ **Escuela:** _____

(A) Nº de aula	(B) Nº de escolares del aula	(C) Nº escolares vacunados							(D) Nº escolares des-parasitados durante el último año	(E) Motivo por el cual no tiene esquema completo o no fue desparasitado *1.No sabía que es necesario; 2.No sabe adonde vacunan/desparasitan; 3.No ha tenido tiempo; 4.Rehúsa ser vacunado/desparasitado; 5.Estaba enfermo/a; 6.Tiene alguna contraindicación; 7.Personal de salud se rehusó a vacunar/desparasitar; 8.Fue al centro de salud y estaba cerrado; 9.Fue al centro de salud y no tenían vacuna/tratamiento. 10.Otro (especificar)*	
		BCG	DPT5	VOP4	Hep.B3	SRP1	SRP2	Esquema completo para edad		No tiene esquema completo	No fue desparasitado
Total											

% de escolares vacunados (C/B *100) =	BCG	DPT5	VOP4	Hep3	SRP1	SRP2	Esquema completo
% escolares con tratamiento antiparasitario (D/B *100) =							

Motivos (E) que se aducen para:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total NO vacunados/ NO desparasitados
No tener esquema completo											
No fue desparasitado último año											

Responsable:_____ **Firma:** _____ **Fecha:** _____

Anexo 7. Informe de resultados del monitoreo rápido de coberturas de vacunación y desparasitación (escuelas)

Departamento o Estado: _____ **Municipio/Distrito:** _____

Escuela	Nº de aulas		Nº de escolares evaluados	% de escolares vacunados con:							% de escolares desparasitados	Motivos más frecuentes para:		Decisiones tomadas	
	Total	Monitoreadas		BCG	DPT5	VOP4	Hep. B3	SRP1	SRP2	Esquema completo para edad		No tener esquema completo	No haber sido desparasitado	Vacunación	Desparasitación
Total															

Responsable:_____ **Firma:** _____ **Fecha:** _____