

**Propuesta Base Proyecto**

**“Prevenir y Mitigar el Retroceso de la Cobertura Vacunal en Bolivia”**

**GAVI**

**Intervenciones Focalizadas/Países Ingresos Medios**

***La Paz, 2022***

Contenido

[I. ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD EN BOLIVIA 4](#_Toc116511722)

[*Figura N° 1: Subsectores del Sistema Nacional Salud De Bolivia* 4](#_Toc116511723)

[*Figura N° 2 Estructura Organizacional de las Redes de Salud* 6](#_Toc116511724)

[*Figura N° 3 Redes de Salud* 6](#_Toc116511725)

[II. PLANIFICACIÓN PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN - PAI 7](#_Toc116511726)

[1.1 Marco de Planificación de Mediano Plazo 7](#_Toc116511727)

[*Tabla N°1 Plan de Desarrollo Económico y Social – Eje 6* 8](#_Toc116511728)

[*Tabla N°2 Lineamientos Estratégicos y Componentes PSDI 2021 – 2025* 8](#_Toc116511729)

[*Tabla Nº3 Indicadores del PAI que Aportes a Acciones Sectoriales* 11](#_Toc116511730)

[1.2 Marco de Planificación de Corto Plazo 12](#_Toc116511731)

[*Figura N° 4 Líneas de Acción Programa Ampliado de Inmunización* 12](#_Toc116511732)

[III. ANÁLISIS DE SITUACIÓN DEL PAI 13](#_Toc116511733)

[*Tabla Nº 5 Coberturas de Vacunación con todo el Esquema Nacional* 13](#_Toc116511734)

[*Tabla Nº 6 Coberturas de Vacunación con todo el Esquema Nacional 2022* 14](#_Toc116511735)

[*Tabla Nº 7 Población Meta por Edad* 14](#_Toc116511736)

[*Tabla Nº 8 Tasa de deserción en población menor de un año (DPT1-DPT3)* 15](#_Toc116511737)

[*Tabla Nº 9 Departamentos con municipios con Tasa de Deserción superiores al 10,0%* 15](#_Toc116511738)

[*Tabla Nº 10 Cobertura de Vacunación BCG y Penta 1ra. Dosis 2016 al 2021* 15](#_Toc116511739)

[*Tabla Nº 11 Cobertura de Vacunación Antipolio, Pentavalente, Antineumocócica 3ra. Dosis y SRP1, 2016 al 2021* 16](#_Toc116511740)

[*Tabla Nº 12 Cantidad de Vacunados por Área Urbana – Rural 2016 al 2021* 16](#_Toc116511741)

[*Tabla Nº 13 Vacunación Mensual con 1ra., 3ra. dosis de Penta y 2da. dosis SRP* 17](#_Toc116511742)

[IV. FACTORES QUE OBSTACULIZAN LA VACUNACIÓN 17](#_Toc116511743)

[*Figura Nº 6 Esquema Causal, Problemas y Efectos* 23](#_Toc116511744)

[V. PROPUESTA DE PLANIFICACIÓN 25](#_Toc116511745)

[4.1 Objetivos y Estrategias de Implementación Proyecto 26](#_Toc116511746)

[*Figura Nº 7 Propuesta de Teoría del Cambio* 26](#_Toc116511747)

[4.2 Descripción de Objetivos y Actividades 30](#_Toc116511748)

[*Figura Nº 8 Estrategia Vacunacción* 38](#_Toc116511749)

[*Tabla Nº 14 Objetivos, Actividades, Tareas y Presupuesto* 40](#_Toc116511750)

[VI. PRIORIZACIÓN DE ÁREAS GEOGRÁFICAS PARA INTERVENCIÓN 46](#_Toc116511751)

[*Tabla Nº 15 Criterios para la Selección de Redes de Intervención* 46](#_Toc116511752)

[*Figura Nº 4 Redes de Salud Priorizadas por Departamento* 47](#_Toc116511753)

[*Tabla Nº 16 Caracterización de Redes de Intervención* 48](#_Toc116511754)

[VII. MODALIDAD DE EJECUCIÓN 51](#_Toc116511755)

[VIII. MARCO DE RENDICIÓN DE CUENTAS 53](#_Toc116511756)

[*Tabla Nº 17 Indicadores Seleccionados Marco de Rendición de Cuentas* 53](#_Toc116511757)

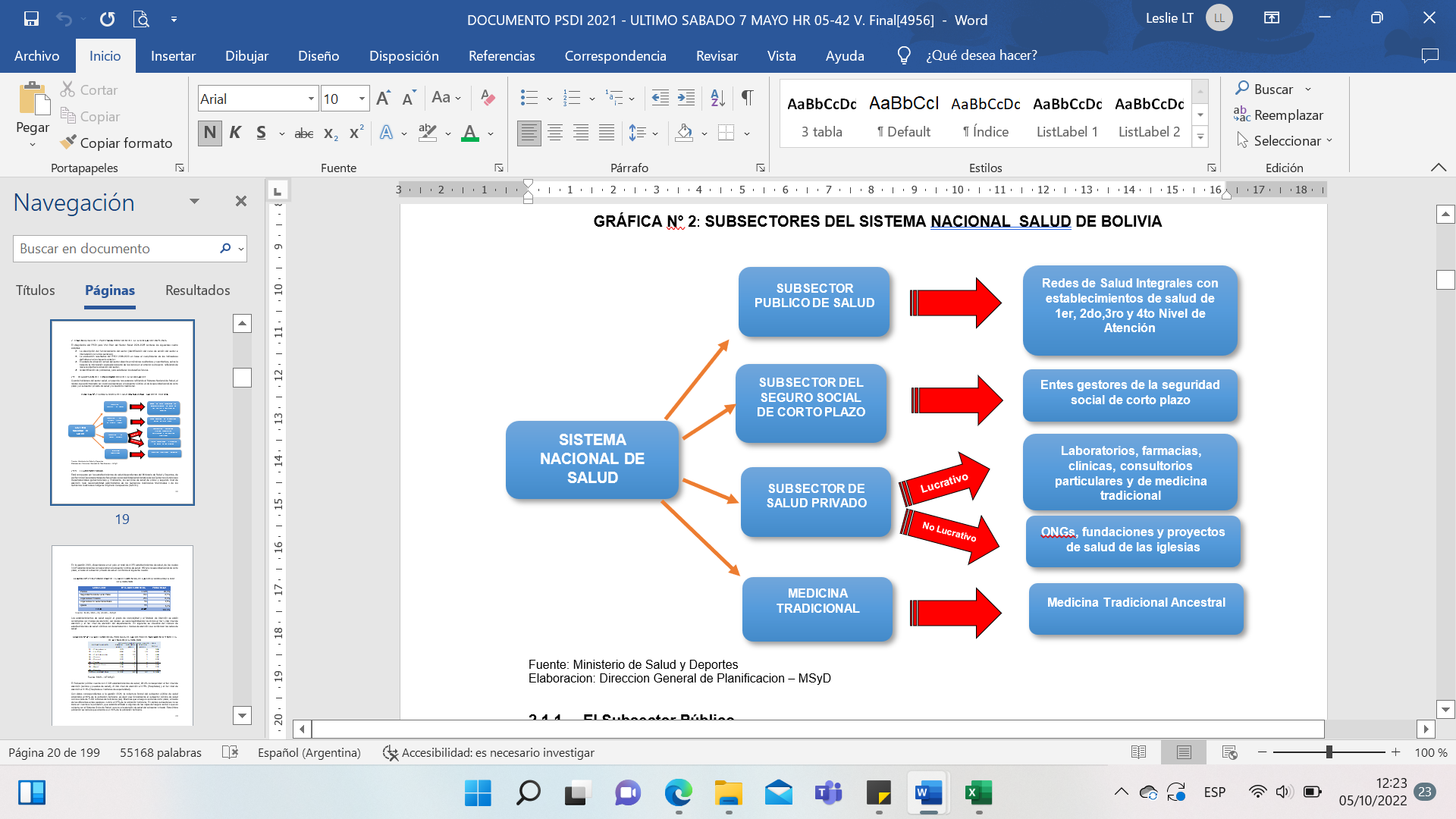
[IX. SOSTENIBILIDAD 56](#_Toc116511758)

[X. IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS Y MEDIDAS DE MITIGACIÓN 60](#_Toc116511759)

# ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD EN BOLIVIA

En los siguientes párrafos se brinda un resumen ejecutivo sobre la **organización del sistema de salud**, el cual está integrado por cuatro subsectores: el subsector público, el de la seguridad social de corto plazo y el subsector privado de salud y la medicina tradicional.

### Figura N° 1: Subsectores del Sistema Nacional Salud De Bolivia



Fuente: Ministerio de Salud y Deportes - Direccion General de Planificacion – MSyD

El **subsector Público**, compuesto por los establecimientos de salud dependientes del Ministerio de Salud y Deportes, de los Servicios Departamentales de Salud (SEDES) bajo responsabilidad administrativa de los Gobiernos Autónomos Departamentales (gobernaciones) y, finalmente, los servicios de salud de primer y segundo nivel de atención, bajo responsabilidad administrativa de los Gobiernos Autónomos Municipales y de los Gobiernos Autónomos Indígena Originario Campesinos (GAIOC). Los establecimientos de salud según el grado de complejidad y al Modelo de Atención se están constituidos por niveles de atención, así mismo, es responsabilidad del municipio el 1er. y 2do. nivel de atención y el 3er. nivel de atención del departamento.

El **seguro social de corto plazo** está conformado por dieciséis (16) entes gestores o cajas de salud y más de cuarenta (40) seguros delegados, dispone de servicios de salud sobre todo en las capitales de departamento y algunos entes gestores extienden sus servicios cuando más a las ciudades intermedias. En las localidades pequeñas y en las comunidades rurales no existen servicios del seguro social obligatorio de corto plazo y, por tanto, la población asegurada (maestros rurales, policías, trabajadores municipales y otros), cuando se enferma, tiene que recurrir a establecimientos de salud del subsector público.

El **subsector privado con fines de lucro y el subsector privado** sin fines de lucro. El último está integrado por hospitales, clínicas y consultorios privados cuyo objetivo es la generación de capitales por medio de la atención en salud. Las farmacias y los consorcios farmacéuticos están también comprendidos en este grupo. Están conformado 308 establecimientos de salud que representa el 8% del total de la infraestructura en salud, tienen presencia en los 9 departamentos del país. Su funcionamiento está regulado por el Ministerio de Salud y Deportes, mediante las normas nacionales de acreditación y caracterización normas de acreditación y caracterización.

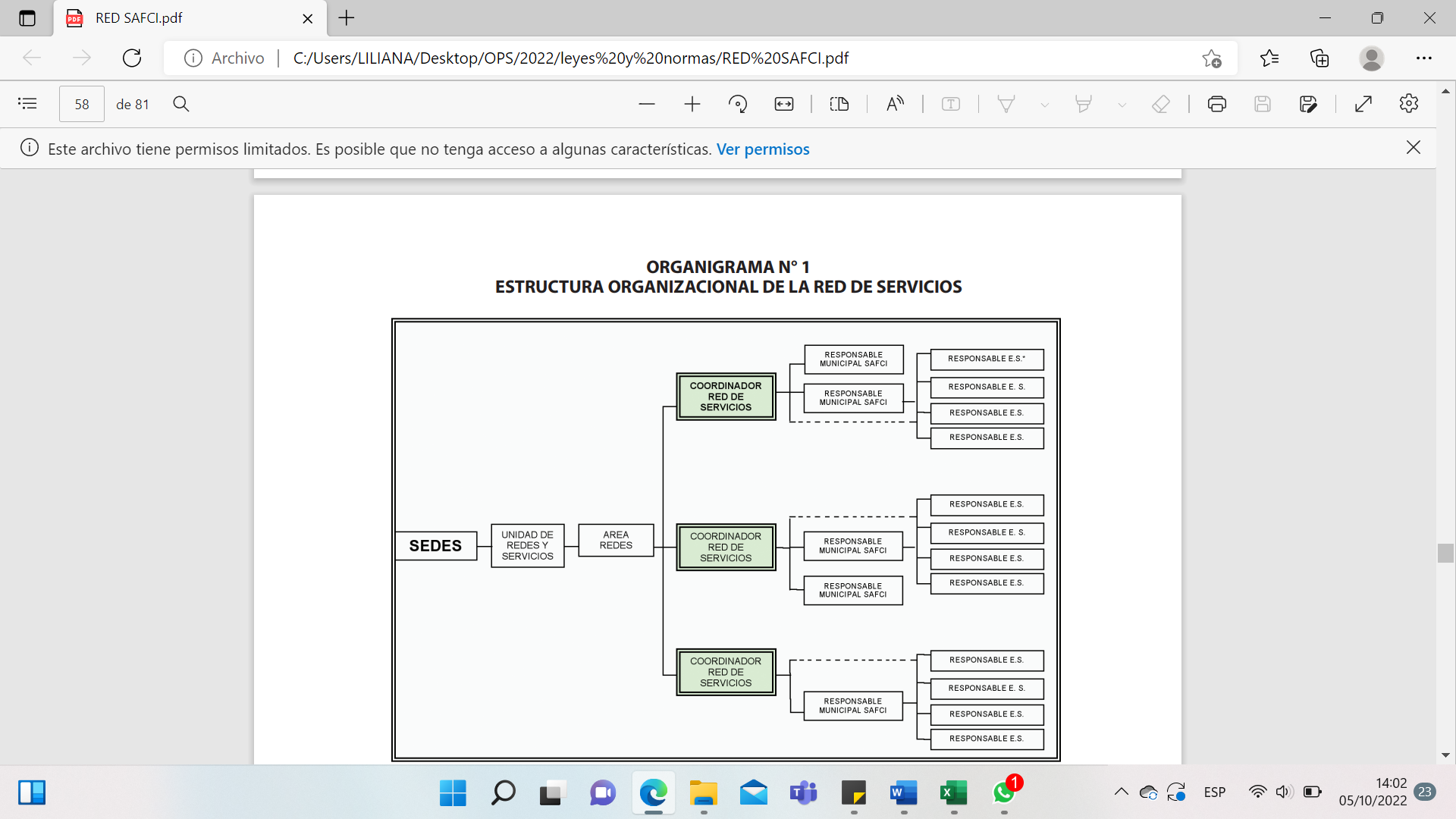
La **medicina tradicional** ancestral boliviana deviene de las tradiciones de los pueblos andino amazónicos de Bolivia y promueve su práctica. Esta dada por un conjunto de conceptos, conocimientos, saberes y prácticas milenarias ancestrales, basadas en la utilización de recursos materiales y espirituales para la prevención y curación de las enfermedades, respetando la relación armónica entre las personas, familias y comunidad con la naturaleza y el cosmos, como parte del sistema nacional de salud con base en la aceptación, reconocimiento y valoración mutua de los conocimientos y prácticas en salud, que se practican entre pueblos indígenas campesinos, afrobolivianos y comunidades interculturales. La medicina tradicional es parte del modelo atención y gestión de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural. Por ello el Ministerio de Salud y Deportes asume la medicina tradicional, inclusiva, equitativa, solidaria y de calidad, con participación de población para el pleno ejercicio de su derecho a la salud y la determinación social en salud.

Por otra parte, la aplicación de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural, SAFCI, se establece como eje del sistema de salud en los ámbitos local, municipal, departamental y nacional impulsando la interculturalidad, la participación comunitaria, la integralidad y la intersectorialidad con el protagonismo de las organizaciones sociales territoriales y los otros sectores, con la conducción del Ministerio de Salud y Deportes como actor institucional y ente rector del sector salud. Bajo este marco se encuentra el modelo de gestión (que establece tres niveles de gestión: nacional, departamental y municipal) y atención en salud (redes de salud).

La Red de Servicios, de concepción funcional está conformada por un conjunto de establecimientos de salud de primer, segundo y tercer nivel, interrelacionados mediante el componente de referencia y retorno, que pueden pertenecer a uno o varios municipios, dependientes de los subsistemas: público, cajas de salud del seguro social a corto plazo y privado, complementados con el sistema de salud indígena/originario/campesina y articulados a la estructura social en salud, tiene la finalidad de garantizar la capacidad resolutiva del sistema.

La base de la Red de Servicios son los establecimientos de salud que se encuentran en cada municipio, conducidos por el Responsable Municipal SAFCI, quien si bien depende financieramente del Municipio, coordina funcional y operativamente con los responsables de los establecimientos de salud de su jurisdicción y forma parte del equipo del Coordinador de la Red de Servicios de quien depende. Cada gobernación tiene bajo su dependencia al Servicio Departamental de Salud como el ente responsable del sector, que entre sus funciones tiene la gestión con los Coordinadores de las Redes de Servicios del Departamento, que se encuentran bajo su dependencia.

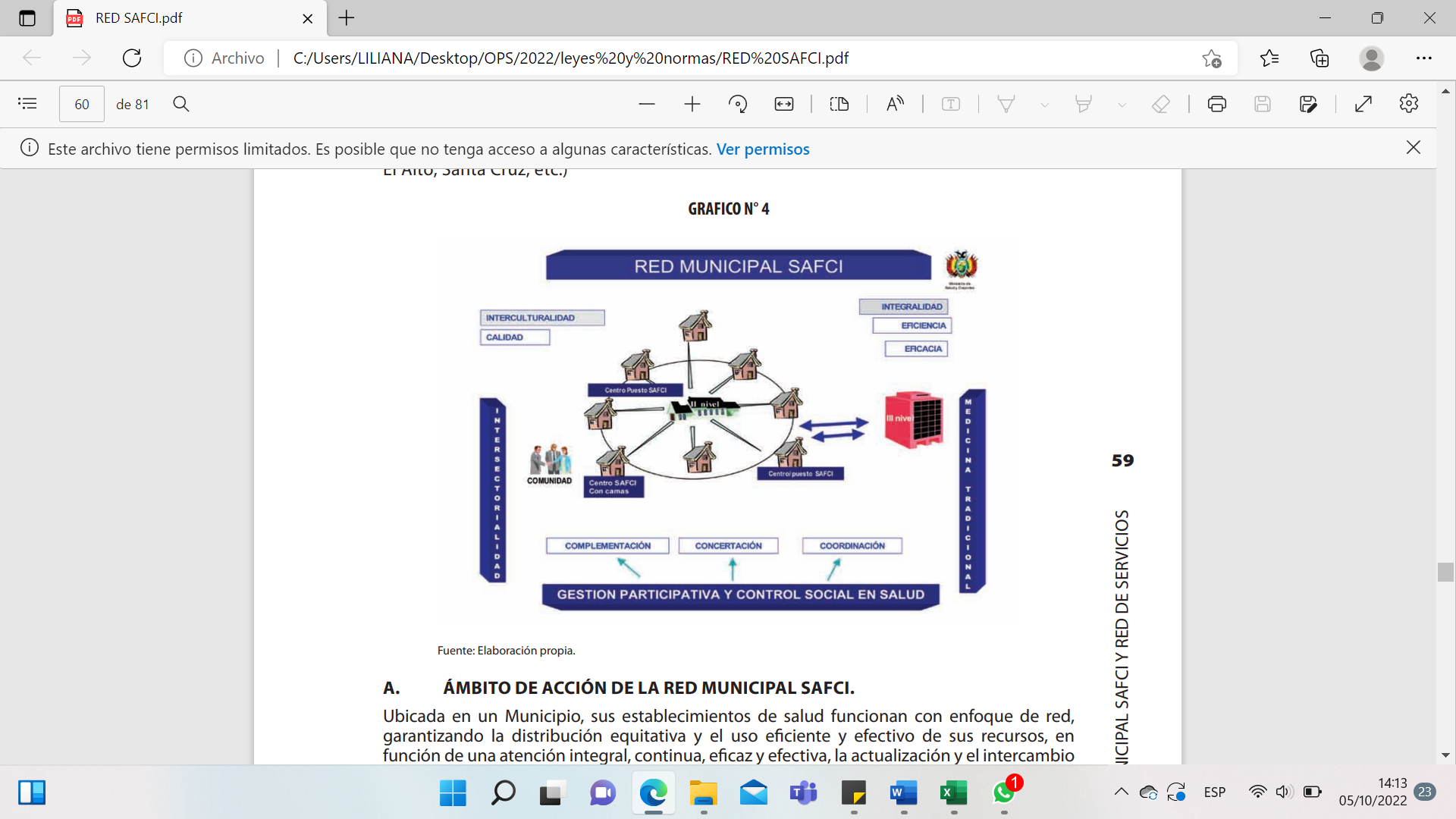
### Figura N° 2 Estructura Organizacional de las Redes de Salud



Fuente: Norma Nacional Red Municipal de Salud Familiar Comunitaria Intercultural Publicación 97Ministerio de Salud y Deportes

Las redes de servicios prestan atención de salud a una población determinada proveniente de un municipio o varios municipios, basado en la interrelación de establecimientos de salud de primer, segundo y tercer nivel, haciéndose responsable de la efectividad de los resultados para esa población, ya que su objetivo principal es la solución a sus problemas de salud, asegurando la capacidad resolutiva del sistema.

### Figura N° 3 Redes de Salud



Las redes de salud son ámbitos en los que la intersectorialidad, la medicina tradicional y la gestión participativa comulgan, bajo principios como la eficacia, eficiencia, integralidad, coordinación, concertación, complementación y calidad en la gestión.

Bajo este entendido, las redes de salud son el ámbito de acción del PAI a nivel operativo, en estas se ejecutan las actividades de fortalecimiento de los servicios de vacunación.

# PLANIFICACIÓN PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN - PAI

El PAI en Bolivia se crea mediante Decreto Supremo en 1979, tiene por mandato producir normas, protocolos, guías técnicas y otros para la prevención, control y atención de inmunizaciones, asimismo, presta servicios de vacunación, y coordina la recopilación de información epidemiológica de los Servicios Departamentales de Salud (SEDES) en articulación con el Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica (SNIS-VE).

La visión de largo plazo del Programa es “familias bolivianas ejercen su derecho a la vacunación oportuna, de calidad y segura en todo el sistema de salud en su conjunto”. Por consiguiente, el objetivo del PAI es reducir el riesgo de enfermar y morir por enfermedades inmunoprevenibles, en todos los grupos de edad a lo largo de la vida.

En la actualidad, el PAI dispone de vacunas para prevenir más de veinte cuatro enfermedades que pueden ser mortales, lo cual ayuda a personas de todas las edades a vivir más tiempo y con mejor salud.

En el marco del PAI la planificación, como en el resto de la gestión pública sigue un proceso integral que va desde lo estratégico hasta líneas de acción operativas a ser consideradas en el terreno operativo del ámbito local (departamental, municipal).

## 1.1 Marco de Planificación de Mediano Plazo

En relación a la política nacional de desarrollo, para el sector salud, a partir de la planificación de largo plazo determinada por la Agenda Patriótica 2025 aprobada por la Ley Nº650 del 2015, establece: “El Estado Plurinacional de Bolivia tiene la obligación de proveer y garantizar servicios de educación pública y gratuita, así como servicios de salud accesibles, estatales, gratuitos, de calidad y calidez que protejan y brinden salud, bienestar y felicidad a todo el pueblo boliviano, y contribuyan a la formación del nuevo ser humano integral.

Las metas de la Agenda Patriótica en la socialización y humanización de los servicios básicos de salud son las siguientes: i) el 100% de las bolivianas y los bolivianos cuentan con servicios de salud. Los jóvenes, las niñas y niños, las abuelas y abuelos, las madres gestantes, todas las bolivianas y bolivianos gozan con alegría y felicidad de una atención de salud permanente y adecuada a sus requerimientos y necesidades. Ii) el acceso a los servicios de salud es un derecho humano que se cumple plenamente en Bolivia.

Esta planificación de largo plazo se operativiza a través del Plan de Desarrollo Económico y Social 2021-2025 (PDES) "Reconstruyendo la Economía para Vivir Bien, hacia la Industrialización con Sustitución de Importaciones”. Bajo este marco, se han establecido diez ejes estratégicos, de los cuales el Eje 6 brinda lineamientos de política para el sector salud, vinculados a la inmunización los siguientes:

### Tabla N°1 Plan de Desarrollo Económico y Social – Eje 6

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Eje 6** | Salud y Deportes para Proteger la Vida con Cuidado Integral en Tiempos de Pandemia | | | |
| **Meta 6.1** | Prevenir la propagación y el impacto negativo de la (COVID-19) con un enfoque preventivo que amplie la cobertura de la inmunización hacia su universalización | | | |
| **Resultados** | **Acciones** | **Indicadores** | **Línea de Base 2020** | **Meta 2025** |
| **6.1.1** Se ha reducido la letalidad de la COVID-19 y el impacto negativo de las emergencias sanitarias mediante, inmunización preventiva | **6.1.1.1** Implementar el Plan Nacional de Vacunación para disminuir la mortalidad causada por la COVID-19, avanzando hacia la inmunización de la población desde su nacimiento | Tasa de letalidad por COVID-19. | 6,20% | 2% (2023) 0% (2025) |
| Cobertura de población con el esquema completo de vacunación contra la COVID-19. | 43%  (al 1er semestre 2021) | 80,00% |

Fuente: Plan de Desarrollo Económico Social 2021 – 2025 / Ministerio de Planificación del Desarrollo

En este sentido, el Ministerio de Salud y Deportes (MSyD) formula el Plan Sectorial de Desarrollo Integral para Vivir Bien Sector Salud 2021-2025 (PSDI), el cual mantiene una convergencia estratégica con los objetivos de la Agenda Patriótica 2025, y las metas/resultados propuestos en el PDES 2021-2025; al mismo tiempo lo hace con los lineamientos de intervención definidos en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Señala la ruta hacia la profundización del cambio del sistema de salud, la reorientación de los servicios de salud y las prioridades sanitarias nacionales que referentemente serán asumidas en el Bicentenario.

Los objetivos, metas, resultados y acciones del PSDI, están delineados en el marco del Sistema Único de Salud Universal y Gratuito (SUS), de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) y de seis lineamientos políticos:

* Acceso Universal a la salud y fortalecimiento del Sistema Único de Salud
* Atención integral a las emergencias sanitarias y los desastres
* Promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el marco de la Salud Familiar comunitaria Intercultural (SAFCI)
* Promoción del deporte para una comunidad saludable
* Participación y control social en salud
* Recursos humanos para la salud

### Tabla N°2 Lineamientos Estratégicos y Componentes PSDI 2021 – 2025

|  |  |
| --- | --- |
| **LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS PSDI DE SALUD 2021-2025** | |
| **LE-1 Atención integral a las pandemias, a las emergencias y desastres causadas por el cambio climático y otras causas.** | Los componentes a desarrollar:   * *Fortalecimiento de la Atención Integral a la Pandemia SARS-COV 2 y otras transmisibles* * *Fortalecimiento de la atención integral a las enfermedades crónicas* * *Fortalecimiento a la atención de emergencias y desastres* |
| **LE-2 Acceso al Sistema Único de Salud Universal y gratuito con calidad para la persona, familia y la comunidad.** | Los componentes a desarrollar dentro son:   * *Fortalecimiento y desarrollo del SUS* * *Fortalecimiento de la Seguridad Social de Corto Plazo* * *Fiscalización y regulación de la medicina privada* |
| **LE-3 Fortalecimiento y desarrollo de las estrategias de la de Promoción de la Salud** | Los componentes a desarrollar son:   * *Modelo de Atención* * *Modelo de Gestión* * *Medicina Tradicional* * *Interculturalidad en Salud* * *Seguridad Alimentaria y alimentación saludable* |
| **LE-4 Gestión integral de los recursos humanos para él SUS en todos los niveles de complejidad** | Los componentes a desarrollar son:   * *Planificación de Recursos Humanos* * *Formación de Recursos Humanos para equipos interprofesionales del primer nivel, especialistas del 2do y 3er nivel de atención.* * *Regulación, reordenamiento y distribución de los Recursos Humanos* * *Educación permanente extendida a post grado, especialidad y técnico superior* * *Sistema de información en Salud* |
| **LE-5 Implementación de la participación social y el control social en la gestión de salud** | Los componentes a desarrollar son:   * Fortalecimiento de la participación y control social en la gestión integral de salud en el marco de las Autonomías * *Procesos de planificación en salud* * *Control social a la gestión en Salud* * *Fortalecimiento de la estructura social* * *Transparencia institucional y rendición de cuentas* |

Fuente: Plan de Sectorial Desarrollo Integral para Vivir Bien Sector Salud 2021-2025

En relación a los compromisos internacionales vinculados a la inmunización se encuentran:

* Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030, en los cuales, la inmunización desempeña un papel fundamental para su logro, en concreto del ODS3, «Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades», y además contribuye directa o indirectamente a otros 14 ODS.
* La Agenda de Inmunización 2030, es la continuación y desarrollo del Plan de Acción Mundial Sobre Vacunas que finalizó a fines del 2020. La Agenda de Inmunización (AI2030) se basa en un marco conceptual integrado por prioridades estratégicas.
* La Resolución 59.º Consejo Directivo “Revitalizar la Inmunización como Bien Público para la Salud Universal” OPS/OMS, se constituye en un marco estratégico con líneas de acción priorizadas para guiar a los países de la Región en el fortalecimiento de sus programas nacionales de inmunización. La visión es reducir la morbilidad y la mortalidad, mejorar la salud y aumentar los beneficios económicos, a fin de impulsar el logro de las metas y los indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas, del Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2020-2025 y de la Agenda de Inmunización 2030 de la Organización Mundial de la Salud.

A partir de lo indicado el PAI formula el Plan Multianual de Vacunación 2025 “Yo me vacuno por el derecho a la salud y la vida[[1]](#footnote-1)”, en el cual se identifican objetivos específicos para el periodo:

1. 95% de coberturas de vacunación para todos los biológicos en los diferentes grupos de edad, en el marco de la recuperación de las coberturas de vacunación.
2. Contribuir a consolidar la erradicación mundial de la poliomielitis
3. Mantener la eliminación del sarampión la rubeola, el síndrome de la rubeola congénita y el tétanos neonatal en nuestro país:
4. Disminuir la incidencia del cáncer cérvico uterino
5. Contar con información oportuna y necesaria de EPV
6. Lograr la sostenibilidad financiera de las vacunas y de la operativización de la vacunación, de la vigilancia epidemiológica de las enfermedades prevenibles por vacunas y el control de brotes.
7. Mantener controlado la propagación del COVID-19 en todo el territorio nacional
8. Mitigar el impacto de los residuos generados en el proceso de vacunación en el medio ambiente.

A partir de los cuales se esperan alcanzar los siguientes resultados al 2025:

1. 0 casos de trasmisión endémica: poliomielitis, Sarampión, Rubéola y Síndrome de Rubéola Congénita y Tétanos neonatal.
2. Número de casos de tétanos, difteria, tos ferina, hepatitis B, fiebre amarilla (FA), neumonías y meningitis por Haemophylus Influenzae tipo b y neumococo, influenza estacional y diarreas graves generadas por rotavirus, y otras ETV en niveles de control[[2]](#footnote-2).
3. 80% de cobertura de vacunación contra la COVID-19 con esquema completo en los grupos de población objetivo.
4. 100% del financiamiento del PAI se incluye en los planes operativos nacionales, departamentales y municipales.
5. 100% de residuos reciclados.

En este sentido, las metas programadas se encuentran entorno a las coberturas de vacunación, si bien la totalidad de los biológicos son importantes, para fines de articulación con el PSDI en el Plan Multianual se han considerado las siguientes:

### Tabla Nº3 Indicadores del PAI que Aportes a Acciones Sectoriales



## 1.2 Marco de Planificación de Corto Plazo

A partir del marco estratégico de planificación del PAI referida en el punto anterior, la planificación de corto plazo (POA, Plan Operativo Anual), mediante la cual se identifican actividades anuales para el logro de las metas multianuales, deberá considerar las **líneas de acción** implementadas de forma regular por el Programa.

El PAI promueve la implementación de líneas de acción que son un conjunto de elementos relacionados entre sí, que funciona como un todo, constituye la base para alcanzar y mantener las metas de cobertura, introducir con éxito nuevas vacunas y reducir o eliminar de forma sostenible la morbimortalidad prevenible mediante vacunación.

### Figura N° 4 Líneas de Acción Programa Ampliado de Inmunización

Fuente: PAI Nal.

En el marco de cada una de estas líneas de acción, el PAI a nivel local (departamental, municipal) deberá identificar actividades para cada uno de éstas, y por consiguiente presupuesto para su implementación, en función a la necesidad, la misma que se determina en la fase de diagnóstico de la formulación del POA.

Estos son la base sobre la que descansa todo el Programa, y forma parte integral del sistema de salud general del país. Muchos elementos no son exclusivos del programa de inmunización, sino comunes a todos los programas del sistema de salud.

# ANÁLISIS DE SITUACIÓN DEL PAI

A partir del 2016 se advierte una reducción progresiva de las coberturas de vacunación con los diferentes biológicos, que se profundiza durante la pandemia COVID19, alcanzando un promedio de 16,8 puntos porcentuales respecto del año base (Tabla Nº.5).

En el caso de la vacuna influenza hay dificultades en la determinación de denominador para los grupos de riesgo y en el caso de SRP2 esta vacuna se introdujo en el año 2018.

Con relación a la VPH, también se observa un descenso en las coberturas considerando el año de introducción, se estima que la vacunación de este grupo de edad está en directa dependencia de las clases presenciales en las unidades educativas por lo que a partir de la pandemia estas coberturas se han visto sustancialmente afectadas.

### Tabla Nº 5 Coberturas de Vacunación con todo el Esquema Nacional

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Vacuna** | **Año base 2016 %** | **%**  **2017** | **%**  **2018** | **%**  **2019** | **%**  **2020** | **%**  **2021** | **%**  **Reducción\***  **2021 - 2016** |
| BCG | 96,1 | 91,5 | 91,5 | 87,8 | 82,4 | 78,5 | 17,6 |
| Pentavalente 1 | 93,4 | 90,9 | 89,7 | 84,4 | 79,2 | 72,7 | 20,7 |
| Antipolio 3 | 87,4 | 83,2 | 83,6 | 78,3 | 68,4 | 69,7 | 17,7 |
| Pentavalente 3 | 87,0 | 83,5 | 83,7 | 75,3 | 68,4 | 67,5 | 17,3 |
| Antirotavirus 2 | 87,4 | 83,6 | 87,7 | 80,7 | 73,8 | 71,1 | 16,3 |
| Antineumocócica 3 | 86,9 | 83,2 | 83,6 | 78,5 | 68,4 | 69,5 | 17,4 |
| Influenza 2da dosis | 20,6 | 27,1 | 27,8 | 29,1 | 24,2 | 28,0 | +7,4 |
| SRP 1era dosis | 93,5 | 82,9 | 89,0 | 81,8 | 74,5 | 74,8 | 18,7 |
| SRP2 dosis | - | - | 37,8 | 45,9 | 46,4 | 56,1 | +18,3 |
| AM | 89,4 | 81,9 | 84,9 | 80,3 | 72,0 | 71,1 | 18,3 |
| Influenza Única | 71,1 | 72,5 | 72,6 | 69,8 | 65,3 | 63,2 | 7,9 |
| VPH 2 | 0 | 0 | 54,9 | 64,0 | 22,3 | 34,8 | 20,1 |

Fuente: SNIS-VE

Con relación al comportamiento de las coberturas para el primer semestre y la proyección del 2022, la situación continúa siendo crítica y se estima que las coberturas no llegarán al 80% en ninguno de los biológicos, lo cual implica un alto riesgo de brotes por enfermedades prevenibles por vacunas.

### Tabla Nº 6 Coberturas de Vacunación con todo el Esquema Nacional 2022

| **Vacuna** | **% Coberturas** | |
| --- | --- | --- |
| **jun-22** | **dic-22\*** |
| BCG | 37,1 | 74,2 |
| 1ra. PENTA | 37,3 | 74,6 |
| 3ra. PENTA | 31,7 | 63,3 |
| 3ra. POLIO | 31,7 | 63,4 |
| 2da. ROTA | 32,7 | 65,4 |
| 3ra. NEUMO | 31,7 | 63,3 |
| 2da. INFLUENZA | 5,7 | 11,5 |
| 1ra. SRP | 32,7 | 65,5 |
| 2da. SRP | 24,0 | 48,0 |
| AM (fiebre amarilla) | 31,9 | 63,8 |
| INFLUENZA ÚNICA | 22,9 | 45,8 |
| 2da. VPH | 8,7 | 17,3 |

Fuente: SNIS-VE, PAI Nal. \*Proyección diciembre 2022, con base a tendencia primer semestre

Los **denominadores poblacionales** de cada año son proyecciones del Instituto Nacional de Estadística (INE), al analizar el comportamiento de las coberturas se observa que las mismas no se han reducido a expensas de los denominadores, ya que existe una reducción de población en 2022 del 2% en menores de 1 año y 1 año, y a los 10 años una reducción del 11% con respecto al año 2016, por lo tanto, no ha influido en la tendencia descendente de las coberturas de vacunación a nivel nacional. Sin embargo, a nivel municipal los denominadores poblacionales oficiales están sobre estimados sobre todo en los municipios rurales, y subestimados en municipios capitales de departamento e intermedios. Pero a nivel departamental y nacional se compensan y se observa consistencia con el dato nacional, lo que de alguna manera pudiera explicarse por la alta migración interna poblacional.

### Tabla Nº 7 Población Meta por Edad

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Grupo objetivo** | **2016 (base)** | **2017** | **2018** | **2019** | **2020** | **2021** | **2022** | **Reducción**  **2016 -2021** |
| Menor de 1 año | 243.730 | 243.110 | 242.815 | 242.876 | 242.848 | 239.235 | 238.494 | -5.236 |
| De 12 a 23 meses | 243.055 | 242.723 | 242.227 | 242.254 | 242.153 | 237.747 | 237.165 | -5.890 |
| De 10 años | No aplica | No aplica | 129.021 | 124.187 | 124.966 | 114.931 | 114.881 | -14.140 |

Fuente: INE proyecciones 2016-2022

Con relación a la **Tasa de Deserción entre Vacunas**, entre 1ra. y 3ra.dosis de Pentavalente para ver el cumplimiento del esquema en el menor de un año, se observa que la misma osciló entre 6,4% y 13,7% en el periodo 2016 a 2021 siendo el año 2020 el año en el cual se incrementó sustancialmente este indicador. Resultado que está relacionado directamente con los efectos negativos de la pandemia en el programa de vacunación.

### Tabla Nº 8 Tasa de deserción en población menor de un año (DPT1-DPT3)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Vacunas** | **2016** | **2017** | **2018** | **2019** | **2020** | **2021** |
| Penta 1ra. | 227.760 | 221.024 | 217.844 | 204.881 | 192.450 | 172.760 |
| Penta 3ra. | 213.124 | 203.007 | 203.158 | 190.320 | 166.089 | 161.453 |
| Tasa de Deserción (%) | 6,4 | 8,2 | 6,7 | 7,1 | 13,7 | 6,5 |

Fuente: PAI Nacional

72 de los 339 municipios registran una tasa de deserción superior a 10% entre 1ra. y 3ra. dosis de Pentavalente.

### Tabla Nº 9 Departamentos con municipios con Tasa de Deserción superiores al 10,0%

| **Departamento** | **Nº Municipios** | **% Tasa Deserción 2021** |
| --- | --- | --- |
| La Paz | 27 | 18,3 |
| Santa Cruz | 12 | 16,2 |
| Cochabamba | 12 | 16,0 |
| Beni | 11 | 18,9 |
| Oruro | 4 | 26,3 |
| Pando | 5 | 18,5 |
| Chuquisaca | 1 | 11,7 |
| **Total** | **72** | **18,0** |

Fuente: PAI Nacional

Para el primer semestre de 2022 la **Tasa de Deserción entre 1ra. y 3ra. dosis de Pentavalente** es del 15% a nivel nacional. Los aspectos asociados a los resultados de cobertura y deserción se revisarán más adelante.

En cuanto al acceso a vacunas, las coberturas con la primera dosis de pentavalente han disminuido de manera importante y sostenida en el período 2016-2021. Considerando la vacuna BCG como denominador, al menos se debería lograr la vacunación a ese número de niños en el período analizado. Sin embargo, para ninguno de los años se alcanza el mismo nivel de cobertura de la BCG.

### Tabla Nº 10 Cobertura de Vacunación BCG y Penta 1ra. Dosis 2016 al 2021

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Vacunas** | **2016** | **2017** | **2018** | **2019** | **2020** | **2021** | **Reducción**  **2016 - 2021** |
| BCG | 96,1 | 93,2 | 91,5 | 87,8 | 82,4 | 78,5 | 17.6 |
| Penta 1ra. dosis | 93,4 | 90,9 | 89,7 | 84,4 | 79,2 | 74,7 | 18.7 |

Fuente: SNIS-VE

Entre el 2016 y 2021 las coberturas de vacunación con primera dosis de pentavalente se redujeron en un 18,7%, incrementando el número de **niños dosis 0,** es decir, el número de niños que no accedieron a su primera dosis del esquema (primera dosis pentavalente). Específicamente para el 2020, el 20,8% de niños no recibieron la primera dosis de Pentavalente, y en el 2021 este porcentaje se incrementó al 25,3%.

La proyección para el 2022 estima que el 25,6% de la población menor de un año no accederán a la primera dosis de pentavalente.

Para el 2021, el 30% de los niños cero (0) dosis se encuentran en el departamento de Santa Cruz, 22% en La Paz y 17% en Cochabamba. Estos departamentos se constituyen en el eje troncal del país, que aglomera la mayor cantidad de población. El 31% restante se encuentra distribuido en los otros seis departamentos (Oruro, Potosí, Tarija, Chuquisaca, Beni y Pando).

Por otro lado, 197 de los 339 municipios tienen coberturas de vacunación con primera dosis de Pentavalente inferiores al 80% para el 2021.

En tanto que la relación entre terceras dosis de Pentavalente con primeras dosis de SRP es diferente, hay más niños con primeras dosis de SRP que para la aplicación de 3ra. dosis de Pentavalente. Esto quiere decir que se pierde niños con esquema completo oportuno.

### Tabla Nº 11 Cobertura de Vacunación Antipolio, Pentavalente, Antineumocócica 3ra. Dosis y SRP1, 2016 al 2021

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Vacuna** | **Año base 2016 %** | **2017** | **2018** | **2019** | **2020** | **2021** | **Diferencia**  **2016-2021** |
| Antipolio 3 | 87,4 | 83,2 | 83,6 | 78,3 | 68,4 | 69,7 | 0 |
| Pentavalente 3 | 87,0 | 83,5 | 83,7 | 75,3 | 68,4 | 69,7 | 0 |
| Antineumocócica 3 | 86,9 | 83,2 | 83,6 | 78,5 | 68,4 | 69,5 | 0,2 |
| SRP 1ra. dosis | 93,5 | 82,9 | 89,0 | 81,8 | 74,5 | 74,8 |  |
| AA | 89,4 | 81,9 | 84,9 | 80,3 | 72,0 | 71,1 | 3,70 |

Fuente: SNIS-VE

Para el primer semestre del 2022, las coberturas de vacunación de la BCG y 1ra. dosis Penta llegan a ser similares, 37,1% y 37,3% respectivamente mientras que las coberturas entre 3ra. dosis de Pentavalente alcanzan 31,7% y 32,7 para la SRP1.

Con relación a las **coberturas por área geográfica**, se ratifica los hallazgos de anteriores análisis, la cobertura de vacunación en áreas rurales es mayor que en los municipios capitales de departamento, por otra parte, se observa que la reducción de coberturas en el área urbana ha sido mayor que en las áreas rurales. Se observa una reducción más dramática en las coberturas de VPH. Ver tabla 8.

### Tabla Nº 12 Cantidad de Vacunados por Área Urbana – Rural 2016 al 2021

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Vacuna** | **2016 (base)** | **2017** | **2018** | **2019** | **2020** | **2021** | **Reducción**  **2016-2021** |
| **BOLIVIA** | BCG - U | 136.962 | 130.849 | 130.473 | 125.194 | 110.169 | 93.768 | 43.194 (31%) |
| BCG - R | 97.226 | 95.756 | 91.692 | 88.067 | 89.998 | 85.523 | 11.703 (12%) |
| POLIO 1 - U | 115.841 | 111.411 | 111.399 | 104.181 | 92.567 | 79.852 | 35.989 (31%) |
| POLIO 1 - R | 109.662 | 109.301 | 106.220 | 100.660 | 99.760 | 92.993 | 16.669 (15%) |
| POLIO 3 – U | 105.915 | 99.734 | 101.980 | 94.145 | 77.907 | 75.413 | 30.502 (29%) |
| POLIO 3 – R | 106.111 | 102.482 | 101.081 | 96.042 | 88.178 | 86.510 | 19.601 (18%) |
| SRP 1 – U | 110.197 | 97.662 | 106.160 | 95.445 | 84.621 | 80.566 | 29.631 (27%) |
| SRP 1 – R | 117.097 | 103.568 | 109.469 | 102.603 | 95.663 | 92.323 | 24.774 (21%) |
| SRP 2 – U | - | - | 44.401 | 52.407 | 46.647 | 57.006 | +12.605(+28%) |
| SRP 2 – R |  |  | 47.263 | 58.777 | 65.723 | 73.148 | +25.885 (+55%) |
| FA – U | 104.062 | 96.341 | 100.437 | 92.962 | 81.090 | 74.179 | 29.883 (28%) |
| FA – R | 113.124 | 102.373 | 105.236 | 101.510 | 93.143 | 90.347 | 22.777 (20%) |
| VPH1 – U | - | - | 39.339 | 44.726 | 26.163 | 27.425 | 11.914 (30%) |
| VPH1 – R |  |  | 42.387 | 46.779 | 42.419 | 40.954 | 1.433 (3%) |
| VPH2 – U | - | - | 32.622 | 38.364 | 7.652 | 10.477 | 22.145 (67%) |
| VPH2 – R |  |  | 38.182 | 41.173 | 20.236 | 29.555 | 8627 (22%) |

Fuente: SNIS-VE U=Urbano, R= Rural

En relación con la producción mensual de vacunación, llama la atención que no se están modificando las tendencias a pesar de las acciones realizadas hasta la fecha (Mes de la vacunación que inició en abril y se extendió hasta mayo) y las diversas acciones que manifiestan los gobiernos departamentales están realizando durante el primer semestre de 2022.

### Tabla Nº 13 Vacunación Mensual con 1ra., 3ra. dosis de Penta y 2da. dosis SRP

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Vacunas** | **2022** | | | | | |
| **ene** | **feb.** | **mar** | **abr** | **may** | **jun** |
| 1ra. dosis Penta | 5,4 | 5,9 | 7,2 | 6,1 | 6,1 | 6,4 |
| 3ra. dosis Penta | 4,4 | 5,1 | 5,7 | 5,8 | 5,3 | 5,2 |
| 2da. dosis SRP | 2,8 | 3,6 | 4,3 | 5,6 | 4,2 | 3,5 |
| **Vacunas** | **2021** | | | | | |
| **ene** | **feb.** | **mar** | **abr** | **may** | **jun** |
| 1ra. dosis Penta | 6,9 | 5,5 | 5,8 | 6,0 | 5,8 | 6,1 |
| 3ra. dosis Penta | 6,5 | 5,4 | 6,9 | 5,5 | 6,1 | 5,3 |
| 2da. dosis SRP | 4,8 | 3,9 | 4,6 | 4,1 | 4,5 | 4,3 |

Fuente SNIS-VE, fecha de corte de la información 25/07/2022

Para el mismo periodo durante el 2021 y 2022 se observa que ningún mes se logra vacunar el 8,3% de la población total, no existen inflexiones a causa de toma de decisiones correctivas; todos los meses se deja sin completar esquemas de vacunación a niños de la población objetivo.

# FACTORES QUE OBSTACULIZAN LA VACUNACIÓN

Existen dos tipos de obstáculos para alcanzar las metas de coberturas de vacunación, unos directamente vinculados con la vacunación, que se listarán inicialmente, y otros más generales del sistema de salud en su conjunto, y se listarán brevemente.

La ENCOVA[[3]](#footnote-3) 2014 hizo referencia a que las razones de no vacunación estaban relacionadas con los padres de familia en 42,5%, con los servicios de salud en 41,1%, con problemas de comunicación/información en un 13,0%, y finalmente con características de la familia con un 3,4%.

Entre los hallazgos encontrados sobre las razones de no vacunación relacionados a los servicios de salud se menciona lo siguiente:

* **Calidad de atención de los servicios de vacunación**, personal no aplica dosis inyectables simultáneas, no identifica vacunas faltantes (particularmente los refuerzos), y trato poco cordial hacia los padres o niños (mala experiencia con los servicios). Cabe resaltar que no todo el personal de salud tiene estas falencias, sin embargo, si existen casos de algún personal que impacta en la población.
* **Falencias del personal de salud,** en la aplicación de normas y procedimientos técnicos (ejemplo: no se vacuna a niños porque se encuentran enfermos, no se abre un frasco por una dosis), entre otras. Importante acotar que, si bien se realizan capacitaciones al personal vinculado a los servicios de inmunización, existe una constante rotación de personal.
* **Organización de los servicios**, oferta de vacunación con tickets, los mismos son limitados lo cual genera filas y largas esperas por parte de los padres de familia y niños, control de niño sano sin vacunación (visita previa a pediatra antes de la vacunación), no se vacunan en establecimientos públicos a niños asegurados, días u horarios de vacunación inadecuados/incompatibles con la jornada laboral de padres de familia (servicios de vacunación atienden de 08:00 a 14:00 hrs. de lunes a viernes, por ejemplo)
* **Personal de salud vacuna pasivamente** a la demanda de los servicios de vacunación, no realiza ninguna acción complementaria, entre otras causas, por los limitados recursos humanos y financieros disponibles.
* **No se realiza el monitoreo coberturas mensuales** de forma permanente, por lo que no se aplican medidas correctivas, y los rezagos en las coberturas se van acumulando, llegando a no cumplir las metas programadas. La planificación del PAI en todos los niveles, debería responder a un enfoque por resultados, es decir que todas las actividades identificadas siempre apuntan al logro de las metas trazadas. Los productos de la planificación son i) microplanificación por establecimientos, ii) planes o programaciones operativas anuales, ii) planes multianuales/estratégicos a nivel departamental. Estas herramientas de gestión no necesariamente son utilizadas para el seguimiento, monitoreo y valoración de forma permanente para la gestión del programa.
* **Pérdida de información entre sistemas de reporte** a nivel de establecimientos SOAP y SICE[[4]](#footnote-4) (actualización versión software, modelo de equipo y esquema) al pasar la información es posible encontrar errores y perdida de datos.
* **Escaso seguimiento a niños con esquemas incompletos de vacunación**, debido a que el Registro Nacional de Vacunación electrónica (RNVE) no se encuentra implementado en todos los servicios de vacunación, por falta del servicio de internet. Resaltar que, por ahora, el personal de salud está realizando un doble registro de la vacunación, debido a que aún no se realiza la interoperabilidad entre el SOAP[[5]](#footnote-5) y RNVe.
* **Desconfianza del personal de salud** sobre las estimaciones de población objetivo para vacunación que entrega el SNIS /INE, para determinar coberturas en las redes, lo cual afecta sus rendimientos. (área urbana – subestimación y área rural – sobrestimación debido a la migración de la población del campo a la ciudad ciudad).
* **Barreras culturales y de idioma,** que impide una fluida comunicación entre la población del área rural - periurbana y el personal de salud.

La ENCOVA 2019 observó que las razones de no vacunar se atribuyen en un 50% a que los padres no tuvieron tiempo, el 23.7% a que los niños se encontraban enfermos y 17% a otras causas.

A estos factores, se suman otros específicos que surgieron a partir de la **pandemia por COVID-19**, entre los que están:

* **Incremento de la desconfianza de la población en las vacunas**, debido a la aparición de grupos antivacunas, particularmente relacionados a la vacuna contra la COVID-19, que ha afectado al resto de biológicos.
* **Las vacantes del personal de salud que falleció por causa del COVID-19**, aún no han sido repuestos en su totalidad a la fecha, con lo cual, el déficit de personal para la atención se ha acentuado aún más.
* **Limitados recursos** para actividades extramurales de vacunación, considerando la aplicación de políticas de austeridad por la COVID-19 en el aparato estatal de todos los niveles de gestión.
* **Cierre temporal de unidades educativas** produjo una brecha importante de niños no vacunados.

Con relación a los niños con dosis 0, si bien se evidencia que las coberturas de vacunación en el periodo histórico y actualmente ha disminuido considerablemente, **no se tienen estudios específicos para determinar las causas de no vacunación** de los niños cero dosis. Sin embargo, a partir de las observaciones de la experiencia del personal de salud vinculados a la vacunación, podría citarse lo siguiente:

* **Falta de seguimiento a niños nacidos** en maternidades fuera de las áreas de residencia (urbana).
* **Cierre de vacunatorios en establecimientos en 2dos. y 3ros. niveles de atención**, que facilitaban el acceso a determinada población por cercanía geográfica, quedando ahora sin lugar cerca para vacunarse.
* **Brecha de información** entre registro de nacidos vivos (SNIS) y certificados de nacimiento, reducción de niños población sobreestimada que no facilita de toma de decisiones operativas oportunas para la vacunación.
* **Poblaciones excluidas** (indígenas - rurales) que están asentados en áreas alejadas (aisladas y dispersas) que no acceden a ningún servicio de salud.
* **Débil integración de programas** que atienden la salud infantil, que inciden en la no vacunación, especialmente de los menores de 5 años.

Lo mencionado, ha contribuido de forma directa al *debilitamiento de los servicios de vacunación* afectando las coberturas vacunales.

Con relación a la **respuesta de la población frente a los servicios de vacunación**, los principales factores son:

* **Desinformación sobre las vacunas, sus efectos y beneficios**, las campañas de comunicación no son permanentes ni han llegado a todos, especialmente para el esquema nacional de vacunación.
* **La población no percibe el riesgo de las enfermedades prevenibles por vacunas**, por lo tanto, no demanda servicios de vacunación.
* **Aumento de la migración interna, y la concentración de población de migrantes** que no necesariamente conocen como acceder a los servicios de salud, o que se encuentran con barreras institucionales, económicas y culturales para el acceso a servicios.
* **Orientaciones religiosas y prácticas culturales** (medicina tradicional), afectan a las decisiones de vacunación de los niños.
* **Escaso apoyo de organizaciones sociales, civiles e instituciones locales** a la vacunación en el ámbito local.
* **La población vincula la imagen del PAI con la vacuna contra la COVID-19**, lo cual, en muchos casos no es bien recibido, y afecta, la gestión del programa para el resto de biológicos del esquema nacional.

Estos factores repercuten en la decisión de la población respecto a las vacunas, ocasionando una *reticencia a la vacunación*.

Por otro lado, existen factores estructurales que están referidos al **sistema de salud** que afectan a los servicios de vacunación, reconocidos por la experiencia del equipo de vacunación, entre los que se encuentran:

* **Sistema Nacional de Salud segmentado, fragmentado, con débil rectoría,** presencia de varios subsectores, con planes y presupuesto no coordinados entre sectores; y de accionar independiente, con un marco jurídico disperso y contradictorio, en gran parte obsoleto; con concentración y duplicidad de servicios en focos urbanos y con áreas rurales sin servicios básicos de salud.
* **Insuficiente capacidad resolutiva de los establecimientos de salud,** expresado en niveles de gestión y atención desintegrados, desconectados entre sí, deficientemente distribuidos y equipados, con profesionales, técnicos y administrativos desmotivados y sin mecanismos de control social.
* **Recursos humanos insuficientes, con debilidades de capacidades específicas para el ejercicio de sus funciones,** necesidad de revisar las normas de ingreso y permanencia de profesionales al sistema de salud, baja dotación de personal en el primer nivel de atención, baja formación en especialistas para el área rural y el primer nivel de atención, pocas instancias de formación y capacitación en salud y alta rotación del personal en salud, lo que dificulta la sostenibilidad de las acciones emprendidas por los diferentes programas.
* **Déficit de personal en el primer nivel de atención,** auxiliares de enfermería polivalentes (desempeñan múltiples actividades).
* **Alta rotación de personal de salud a nivel de establecimientos,** la mayoría de los contratos que realizan los gobiernos subnacionales tienen un muy corto plazo (tres meses) y van renovando contrato o asignando personal nuevo.
* **Falta de consolidación e integración de los establecimientos de salud** en la conformación de Redes Funcionales Integradas de Servicios de Salud, el primer nivel no cubre las necesidades de la población, debido a las profundas carencias de recursos humanos, equipamiento e infraestructura.
* **Insatisfacción de los usuarios del sistema nacional en salud,** a través de escasa participación en la planificación y control social de la actividad sectorial, bajo empoderamiento de la población, especialmente en las mujeres, y pueblos indígenas, originarios y campesinos.
* **Procesos de planificación y programación propios del PAI** subsumidos en los procesos generales del Sistema de Planificación Integral del Estado – SPIE.
* **Escasos recursos asignados por los gobiernos subnacionales,** en particular en equipamiento e infraestructura y recurso humano.
* **Existencia de varios sistemas de información paralelos,** con dificultad de integración de la información que recogen, lo que dificulta el proceso de análisis y los datos no son de calidad, impidiendo una toma de decisión oportuna.
* **Marco normativo legal,** no permite asignar fondos específicos para PAI a nivel subnacional.
* **Vigilancia en salud débil debido a falta de personal capacitado y con experiencia** en la vigilancia de las enfermedades prevenibles (EPV) por vacunación**,** necesidad de actualización de normas y procedimientos de vigilancia de EPV en todos los niveles, desactualización técnica y operativa de los laboratorios nacionales de referencia (INLASA y CENETROP), falta de garantía los recursos humanos, materiales y financieros suficientes para la operación de la Red Nacional de Laboratorios en Salud Pública.

A partir del análisis realizado, la situación que enfrenta el PAI es la reducción de las coberturas de vacunación en 16,8% en el periodo 2016-2021, tendencia que no se cree que pueda mejorar de forma significativa durante el 2022, por consiguiente, el riesgo de la aparición de enfermedades prevenibles por vacunas, así como el resurgimiento de enfermedades eliminadas/erradicadas, es una realidad latente.

Con relación a los niños cero (0) dosis, como se mencionó previamente, existe un incremento en los últimos años y de continuar la tendencia, para el 2022 se tendrá alrededor de 61.000 niños cero (0) dosis.

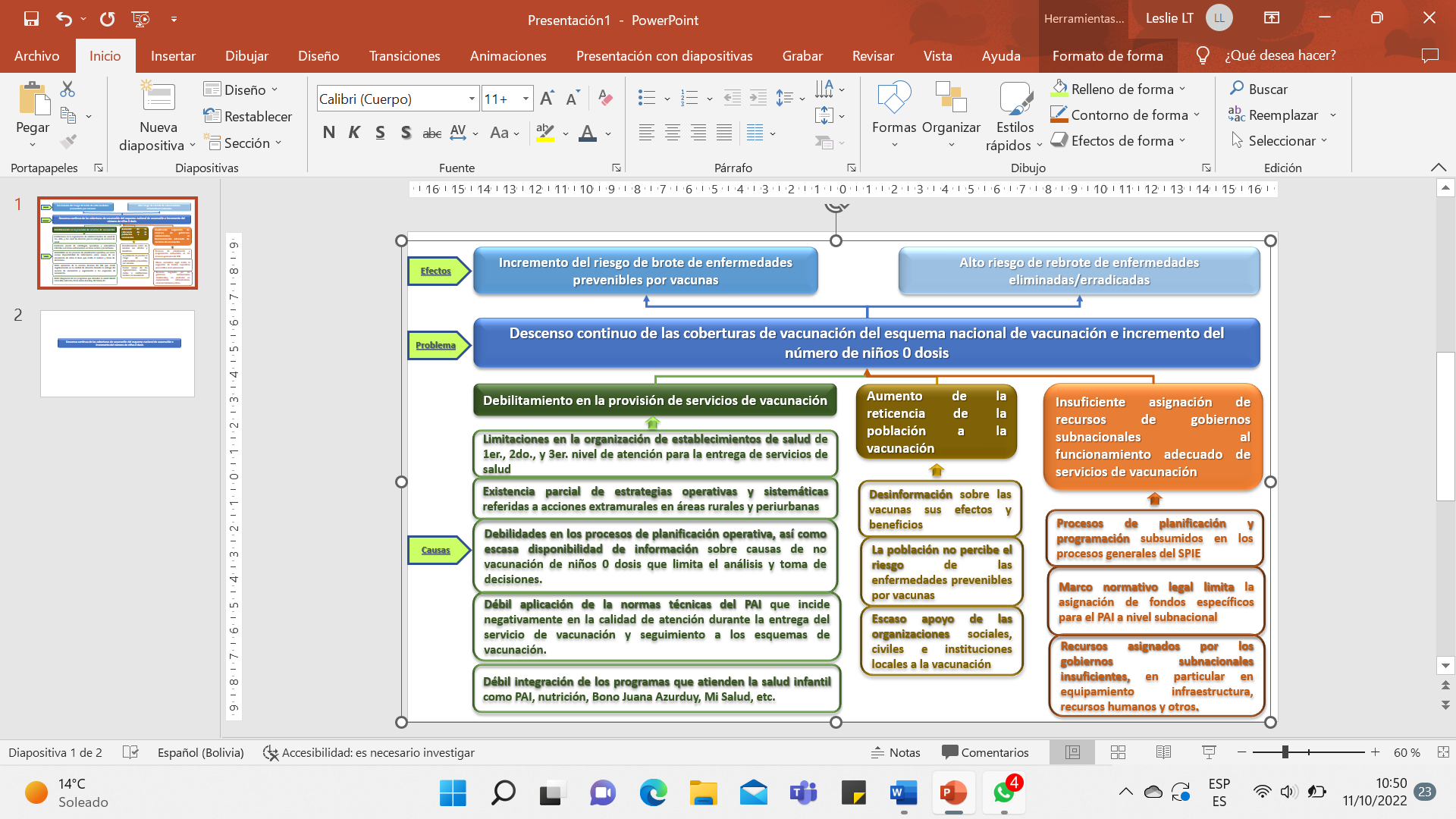
La pandemia de COVID-19, acentuó el descenso progresivo de las coberturas de vacunación, ampliando las brechas existentes y arrastrando otros costos sociales intangibles para las personas, familias y comunidades.

En este sentido, el PAI está afrontando diversos retos políticos, estructurales y operativos, la insuficiente asignación de recursos del gobierno nacional y subnacionales para realizar las actividades de vacunación, debido a las restricciones presupuestarias de la política de austeridad por la COVID-19, sumado a la mayor generación y difusión de información errónea y de noticias falsas en relación con las vacunas y con la inmunización han alimentado una reticencia cada vez mayor respecto a las vacunas en la población impactando de forma negativa en el programa de rutina.

Además, de las debilidades estructurales del sistema de salud vinculadas a la gestión de recursos humanos, acentuadas por el cansancio y afectación (pérdida de muchos compañeros y colegas de trabajo) del personal de salud por la emergencia sanitaria por la COVID-19.

Lo mencionado anteriormente son elementos que explican la situación actual de las coberturas de vacunación indicadas. Desde el ámbito de acción y gestión del PAI a continuación se presentan cuáles son aquellas causas en las que se puede incidir directamente para contribuir al logro de cambios sobre las coberturas de vacunación.

### Figura Nº 6 Esquema Causal, Problemas y Efectos



Estas causas explican la situación actual de las coberturas de vacunación, dando lugar al riesgo de revertir los avances logrados con tanto esfuerzo del país para eliminar/erradicar enfermedades, y llegar a un mayor número de niñas, niños y adolescentes con una gama más amplia de vacunas para minimizar enfermedades prevenibles por vacunas; los datos muestran que todo el progreso – como la ampliación de la vacuna VPH y una mayor protección de niñas y niños contra otras enfermedades– corren el riesgo de quedar desfasadas.

El descenso de las coberturas vacunales en niños, que es el problema principal involucra a todos los biológicos, incluye por supuesto la 1ra. dosis Pentavalente, cuya ausencia da lugar al aumento de niños dosis 0, lo que expresa un problema tanto de acceso a servicios de vacunación, así como de seguimiento de sus esquemas de vacunación.

Si bien la insuficiente asignación de recursos de gobiernos principalmente subnacionales (departamentales y municipales) inciden en el debilitamiento de los servicios, se decide exponerlo como una causa en sí misma, debido a su importancia para abordar con acciones que permitan cambios sostenibles en pro de la vacunación, en el marco del cumplimiento de las responsabilidades delegadas a estos gobiernos por el marco normativo actual.

**Durante el periodo del 2016-2021 el país ha realizado diferentes esfuerzos** para alcanzar las metas de vacunación mejorar el acceso (1ra. Dosis Pentavalente) y reducir la tasa de deserción (3ra. Dosis Pentavalente), como lo son:

* Jornada de vacunación anual en el marco de la Semana de Vacunación de las Américas, en la cual se intensifican las diferentes estrategias de comunicación y movilización social, así como actividades extramurales que pretenden llegar a los lugares de más difícil acceso, además de la abogacía política con los gobiernos nacionales, departamentales y municipales.
* Campaña de seguimiento a la eliminación del sarampión y la erradicación de la poliomielitis dirigida a menores de 6 años, que, si bien estas vacunas fueron las trazadoras, el nivel operativo aprovecha la oportunidad para aplicar vacunas de todo el esquema nacional; en esta oportunidad se captaron a 173.701 niños con primeras dosis de SRP, que representa el 73% de la meta programada de la campaña.
* Introducción de nuevas vacunas al esquema que implica una oportunidad para ofertar todo el esquema nacional, tales como la introducción de la VPH y la IPV.
* Vacunación en guarderías, ciclo inicial a fin de recuperar a niños sin vacuna o con esquemas incompletos, los resultados demostraron que la mayor proporción de niños venían con esquema completo. En los demás ciclos contra la COVID, influenza, dT y VPH.
* Campañas de vacunación contra la COVID y todo el esquema en poblaciones indígenas de la amazonia y del chaco.
* Implementación de campañas de vacunación focalizadas por departamento, municipios fronterizos y vacuna (polio, sarampión, VPH, fiebre amarilla), en las que se intensifican las estrategias y tácticas de vacunación de acuerdo al contexto local.
* Fortalecimiento de la gobernanza en salud, a través de la realización de encuentros con los gobiernos departamentales y municipales para comprometer el apoyo a actividades de vacunación y poner el PAI en la agenda política de cada gobierno.
* Supervisión gerencial y operativa desde el nivel nacional al nivel departamental y municipal, en las cuales se han identificado debilidades y experiencias exitosas que han permitido realizar la abogacía con autoridades de salud y de los gobiernos subnacionales para el fortalecimiento del programa.
* Se ha implementado la estrategia de comunicación y movilización social (Vacunacción[[6]](#footnote-6)) en (31) municipios seleccionados por criterios de coberturas de vacunación del esquema nacional y COVID-19, orientada a promover la demanda de servicios de vacunación por parte de la población e incentivar la participación comunitaria. La estrategia incluye cuatro etapas: i) investigación: elaboración de diagnósticos situacionales, intercambio de información con visitas de campo a establecimientos de salud, mapeo de actores uso de medios, inventario de recursos humanos comunicaciones, reuniones intersectoriales para establecimiento de acuerdos y compromisos; ii) diseño: elaboración del plan de movilización con actividades, productos, materiales locales de promoción (cajas de herramientas, argumentarios para mensajería, etc.), plan de medios; iii) implementación: reuniones de abogacía, información y sensibilización con autoridades locales, comités departamentales científicos, prensa, lideres comunitarios y organizaciones sociales, capacitación para vocería, tour de medios; iv) evaluación: proceso de monitoreo, visibilización, socialización de hallazgos, presentación de resultados y lecciones aprendidas.
* Se ha apoyado la gestión del PAI a nivel departamental y municipal con asistencia técnica de nueve profesionales que apoyaron a la gestión del PAI en 64 municipios priorizados por bajas coberturas.

Estas acciones realizadas lograron mitigar el descenso constante de las coberturas de vacunación iniciado el 2016, que, de no haberlas realizado, la situación pudo haber sido más crítica. Las estrategias operativas de vacunación per se no fueron malas, sin embargo, se estima que no fueron suficientes y sostenidas las estrategias de comunicación y movilización social para empoderar a los actores sociales y decisores, tampoco se contó con recursos nacionales y subnacionales suficientes para cubrir todas las necesidades, además de contar con un personal disminuido y con debilidades en sus capacidades de planificación.

A esta situación se suma el impacto negativo que ha tenido la pandemia en los servicios de salud, por lo que tomará tiempo la recuperación de los servicios para mejorar las coberturas y volver a los resultados anteriores al 2016, así mismo los conflictos políticos y sociales que ha tenido el país han repercutido en los resultados.

# PROPUESTA DE PLANIFICACIÓN

Como se expuso en el acápite precedente, el PAI enfrenta el reto de la recuperación de las coberturas de vacunación del esquema nacional, este reto que debe ser asumido no solo por el programa sino por todos los actores del sector salud en el gobierno nacional, así como con la participación de otros sectores y la población en general.

En este sentido, el Ministerio de Salud y Deportes a través del PAI, dese su rol rector, ha formulado el Plan Multianual de Vacunación 2025 “Yo me vacuno por el derecho a la salud y la vida[[7]](#footnote-7)”, en el marco de la planificación de largo y mediano plazo del país y sector, en el cual, se establecen las metas que se deben alcanzar en el periodo para los diferentes biológicos, así como, se identifican las líneas de acción que se deben considerar.

El PAI es un programa que a través de los años ha desarrollado y madurado sus diferentes formas de intervención operativa, sin embargo, la situación actual de descenso continuado de coberturas, así como el escenario que ha dejado la pandemia de la COVID-19, obliga a repensar como realizar intervenciones técnicas que ya probaron su eficacia, pero bajo un contexto diferente tanto más complejo.

En relación a esto, el PAI bajo su rol rector como parte del MSyD pretende responder a la situación con acciones que, bajo un ámbito normativo – técnico emanado de este, el ámbito local lo aplique bajo contextos específicos, permitiendo generar evidencia demostrativa que motiven su aplicación progresiva en el país, en el marco del programa. Para lo cual, GAVI a través de su ventana de “Intervenciones Focalizadas/Países Ingresos Medios” es una importante oportunidad de apoyo.

## 4.1 Objetivos y Estrategias de Implementación Proyecto

Analizados los obstáculos para lograr coberturas seguras de vacunación e incidir en la reducción de niños con cero dosis, así como reforzar la gestión el sistema de salud en términos de inmunización y hacerlo sostenible, conforme Plan Multianual del PAI, se establecen los objetivos de la presente propuesta. (Figura Nº3)

Estos objetivos responden a un **objetivo general** que es “***Incrementar las coberturas del esquema nacional de vacunación, poniendo especial énfasis en la reducción de niños 0 dosis, por medio acciones que fortalezcan la capacidad de gestión en la entrega de servicios de vacunación, de manera articulada entre los niveles nacional y subnacional, así como la amplia participación de la comunidad organizada, que en conjunto incidan en coberturas vacunales seguras***”.

Este marco estratégico se basan también en las políticas nacionales en la Agenda Patriótica 2025, y específicamente en el pilar 3, referido en el ámbito de Salud, que apunta a la salud universal con acceso y cobertura, donde la salud es un derecho de 100% de las bolivianas y bolivianos, derecho señalado en la Constitución Política del estado, y también alineado al compromiso regional de revitalizar la Inmunización como bien público para la salud universal (Resolución 59.º Consejo Directivo OPS/OMS).

### Figura Nº 7 Propuesta de Teoría del Cambio



Los resultados finales esperados con la intervención en el área geográfica seleccionada, son:

* Se alcanzó el 80% de coberturas de vacunación en el esquema nacional.
* Se redujo en 50% el número de niños y niñas de dosis cero.

Las **estrategias de implementación** son las siguientes (características diferenciadoras de esta propuesta):

* ***La revalorización de la experiencia local*** (servicios de vacunación – redes de salud) frente a las directrices técnicas generalizadas, con lo cual, se realizará el aprovechamiento de las buenas prácticas, lecciones aprendidas y experiencia del nivel local para la implementación de las líneas de acción del PAI. Potenciándose estas experiencias, a través de la difusión y adaptación para uso en otros territorios de similares características.
* La orientación es “***localizar para vacunar***”, es decir, las estrategias de abordaje responden a evidencia e información de fuentes oficiales, para promover la mayor efectividad de las acciones, por lo que, un elemento fundamental es el Registro Nominal de Vacunación electrónica (RNVe), su implementación en todos los servicios de vacunación permitirá un seguimiento niño a niño desde su nacimiento hasta que complete el esquema de vacunación, facilitando además la identificación de población vulnerable (migración, identificación cultural).

La información que genera el RNVe permitirá triangular datos para generar información respecto a la identificación niños cero dosis, análisis de denominadores, georreferenciación de niños no vacunados, con lo cual, se focalizará estrategias y tácticas de vacunación, haciendo más eficiente y efectivo el Programa. A nivel gerencial, permitirá la toma de decisiones oportuna, y la optimización de recursos.

La mejora de los **sistemas de información** son clave para producir la información que guiará las decisiones estratégicas, gerenciales y operativas de cualquier programa de salud. Asimismo, proporcionan datos esenciales para el monitoreo y la rendición de cuentas, tanto hacia un nivel superior como a la población beneficiaria en general.

En el marco de la implementación del Sistema Único de Información en Salud (SUIS) que está llevando adelante el Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS), se ha incorporado servicios web que permiten generar una base única de pacientes, la cual se interconecta con el Servicio General de Identificación Personal (SEGIP) para realizar la validación y certificación de los datos de la persona y la unicidad del número de identidad como único de documento que identifica a las personas, servicios que en la gestión pasada ya han sido integrados al sistema RNVe, y mejorando la calidad de sus datos.

En el último trimestre de la gestión 2019 el SNIS junto con el PAI nacional han gestionado la resolución Ministerial R.M. 898 de fecha 08 de noviembre 2019, la cual en su artículo primero autoriza la implementación del RNVe en todos los establecimientos de salud del país para la consulta y registro del acto de vacunación.

El RNVe es una**herramienta innovadora,** porque se constituye en un sistema de gestión integral del PAI, en el que se considera la trazabilidad de la vacuna con una mirada poblacional, y al mismo tiempo se puede realizar un seguimiento individualizado por persona. El RNVe tiene como objetivo integrar herramientas/módulos de gestión del PAI tales como: logística y uso de las vacunas e insumos, así como herramientas de seguimiento clínico e individual como el Registro de vacunación, ESAVIs y sistema de vigilancia de la EPV, con una perspectiva población para la toma de decisiones en Salud Pública. En la Región de las Américas, así como en otras regiones, hay escasos ejemplos de sistemas integrales como el propuesto por el país.

Por otro lado, el sistema RNVe permitirá generar reportes ad-hoc dependiendo del nivel de usuario, así como análisis especializados e integrados con otras fuentes de datos relevantes como (Registro Civil, sistema de estadística nacional, etc) que permitirán identificar niños cero dosis, con esquemas incompletos, poblaciones vulnerables, y análisis de equidad. Todo esto integrado con sistemas de información geográficos que permitan visualizar de mejor forma la situación del PAI.

En el marco de lo indicado, se describen brevemente algunos de sus componentes:

* Registro de Eventos Supuestamente Atribuibles a la Vacunación e Inmunización (ESAVI), cantidad, clasificados por grave o no grave, departamento, municipio, establecimiento, etc.
* Logística[[8]](#footnote-8), proporciona información sobre vacunas, jeringas, su distribución por departamento, uso por establecimiento, contabilización de factor perdida y sus causas específicas.
* Reportes, se pueden diseñar y producir listados o reportes basados en las diferentes variables del sistema. Los reportes proporcionan información específica sobre cada área, también pueden utilizarse como estadísticas para la toma de decisiones.
* Registro nominal de vacunación

En este sentido, el fortalecimiento del sistema de información del PAI a través de este proyecto será clave para cumplir con los objetivos propuestos, específicamente en la identificación y reducción de niños 0 dosis, seguimiento de esquemas de vacunación, trazabilidad de la vacuna, seguridad en la vacunación, monitoreo de la situación en tiempo real, gestión del programa entre otros.

* ***La experiencia de gestiones con las máximas autoridades a nivel nacional y subnacional*** para la priorización del PAI en sus agendas públicas, con lo cual, se promoverá la sostenibilidad de los principales resultados del Proyecto.

Cabe resaltar que el PAI realiza un permanente proceso de compromiso de los principales autoridades de los gobiernos nacionales y subnacionales con la vacunación, a través de la realización de **cumbres**, entre el 30 de julio y 18 de septiembre del 2021 se realizaron diez cumbres, una nacional y nueve departamentales, cada una con sus propias especificidades; pero con un hilo conductor centrado en la búsqueda de estrategias de coordinación, para el incremento de las coberturas de vacunación regular y para el COVID – 19. En la cumbre nacional de la cual participaron 7 de los 9 gobernadores, se suscribió la declaración “Compromiso por la Vacunación para Proteger a la Familia Boliviana” mediante la cual las autoridades se comprometen a apoyar el proceso de inmunización para recuperar coberturas. Posteriormente suscribieron los otros dos gobernadores, reflejando el compromiso nacional por la vacunación de la familia. Igualmente, en lo que va del 2022 se realizó un encuentro nacional “Gran Cruzada por la Vacunación y la Vida” con gobernadores y alcaldes municipales de ciudades capitales, en el cual se renueva el compromiso de respaldo a la vacunación contra la COVID-19 y esquema regular a través de la asignación de recursos a actividades vinculadas a la vacunación, la declaración se encuentra en proceso de firma. (Se adjunta Actas de cumbres, 2021 y 2022)

* ***La intervención bajo un enfoque de red***, en el cual, el curso de acción lo determina el contexto local del área de intervención de la red, en el marco de las líneas de acción del PAI, esto implica que no solo se considerara las condiciones de los establecimientos que conforman las redes de salud, sino también las peculiaridades sociales, culturales, organizacionales e institucionales de los territorios.

Para contextualizar, en el marco de la Política SAFCI y (Salud Familiar Comunitaria Intercultural) base del sistema de gestión y atención del sistema nacional de salud, la Red de Servicios de Salud constituye el eje central del funcionamiento del sistema nacional de salud, incorporando un nuevo paradigma en la atención de la salud, centrada en la familia y en la comunidad, con enfoque integral e intercultural, de promoción, prevención, tanto en los servicios, como en la comunidad.[[9]](#footnote-9)

Por otra parte, las Redes de Salud están conformadas por la Red Municipal SAFCI y la Red de Servicios, que deben establecer una interrelación entre establecimientos de salud (infraestructura, equipamiento, insumos, etc.) pero ante todo instaurando redes de vinculación de personas, conformando tejidos de intercambio no solo de personas sino también de información, de saberes, de consejos, que se deben proyectar en y hacia las personas, familias y comunidades, expresadas en la concientización de la población en cuanto a su participación en la gestión de los procesos que tienen que ver con su desarrollo, debiendo producirse una emergente “democracia sanitaria” donde las redes de salud deben respetar la heterogeneidad, permitiendo imaginar heterogeneidades organizadas y generar, de esta manera, vínculos solidarios entre sus componentes para concebir las relaciones más allá de los grupos identificados[[10]](#footnote-10).

En este sentido, la intervención bajo el **enfoque de redes de salud** pasa por potenciar los establecimientos de forma conjunta, es decir, planificar, organizar y gestionar los servicios de vacunación considerando el conjunto de establecimientos que sirven a la población de un territorio definido, de manera que se asegure el acceso, continuidad y calidad de los servicios en toda la red. Para la implementación del mismo es necesario la identificación de sus particularidades, sociales, culturales, organizacionales e institucionales, con base a las cuales se realizan acciones adaptadas, para fortalecer sus buenas prácticas, explotar sus ventajas, gestionando riesgos y obstáculos (estructurales) para lograr cambios en cortos periodos de tiempo. En estas redes de acuerdo a sus condiciones específicas, se aplicará de forma estricta la norma técnica y líneas de acción del PAI.

La intervención bajo enfoque de red no solo considera los establecimientos de salud públicos, sino también los de los seguros de corto plazo, privados, de convenio (ONG), con los cuales se establecerán acuerdos, alianzas y convenios para promover el trabajo conjunto, en el marco de objetivos comunes de atención, alineados a las directrices y líneas de acción del PAI.

Con anteriores proyectos que ejecutó el PAI con apoyo de GAVI y otros socios, se aposto por una **intervención desde la visión territorial** (municipios), los resultados alcanzados fueron muy valorables, y gracias a estos se fortaleció los servicios de vacunación, sin embargo, en esta nueva oportunidad, se plantea que la intervención centre su atención en la funcionalidad de las redes, en las cuales se aborda la vacunación no solamente con un grupo de prestadores, gestores y grupos de usuarios, sino más bien se busca construir la conjunción de esfuerzos, saberes y recursos, tanto de los que tienen el conocimiento científico o empírico, como los que demandan la atención y los que tienen los recursos, sean estos estatales, privados o colaborativos, bajo un paraguas rector de los diferentes niveles de gestión. Se busca que los servicios de vacunación sean equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados de coberturas vacunales, inversión que se realiza y por el estado de salud de la población a la que sirve.

El propósito de fortalecer estas redes es convertirlas en modelos demostrativos, en las cuales, se pueda evidenciar los cambios que se alcanzan bajo una intervención focalizada e integral, considerando la realidad local y la participación comunitaria, y la efectividad de las líneas de acción del PAI. Este modelo demostrativo de redes significa que las redes seleccionadas serán un ejemplo de servicio de vacunación e intervenciones el cual se espera que sea ampliado/replicado en otras redes de acuerdo a los resultados obtenidos, mejores prácticas, desafíos identificados, lecciones aprendidas.

El proceso de **sistematización continua** del proceso de implementación del proyecto es clave para lograr consolidar el propósito del modelo demostrativo, identificando claramente las lecciones aprendidas, buenas prácticas e identificando los actores clave que marcaron diferencias en las intervenciones, todo esto, con el fin de que en función a los resultados y de manera objetiva se pueda identificar acciones que se constituyan en líneas de acción a ser implementadas en los Planes Operativos anuales. Este proceso involucra el monitoreo, seguimiento y evaluación continua de las intervenciones.

La presente propuesta pretende aprovechar las estructuras de coordinación, técnica, de gestión, y las estrategias ya existentes, fomentando así la apropiación y por consiguiente la sostenibilidad.

## 4.2 Descripción de Objetivos y Actividades

En este sentido, a continuación, se describen los objetivos que se abordarán en esta propuesta:

1. **Fortalecer la gestión de los servicios de vacunación a través del reforzamiento de las líneas de acción del PAI, bajo un enfoque de redes demostrativas.**

Para el fortalecimiento efectivo de los servicios de vacunación se formularán diagnósticos integrales de redes a fin contar con información específica y actualizada, estos abarcaran el contexto sociocultural, organizacional e institucional (características culturales, organización del servicio, atención al usuario, necesidades de capacitación, comunicación, determinación de causas de no vacunación en la zona enfatizando en niños 0 dosis, implementación del RNVe - SOAP, identificación de organizaciones/instituciones para alianzas estratégicas, disponibilidad y uso de herramientas de planificación, perspectiva de género en servicios de vacunación, procesos de gestión de recursos para funcionamiento de vacunatorios, entre otras), con lo cual se lograra la caracterización de servicios de vacunación, permitiendo identificar las acciones de fortalecimiento que impacten de forma directa en la recuperación de coberturas de vacunación y reducción de niños 0 dosis.

La realización de los diagnostico tiene una gran importancia cuando se considera lo siguiente:

En el primer semestre del 2022 la supervisión nacional realizada a siete departamentos, 21 redes de salud y 46 establecimientos de salud ha permitido identificar las principales causas para el bajo acceso a la vacunación, algunas **son comunes en todas las regiones y redes como por ejemplo la falta de recurso humano o recurso humano insuficiente que les permita llevar a cabo una adecuada gestión en los vacunatorios asignados a cada red. Asi mismo las redes no reciben presupuesto específico para la gestión del PAI que les permita implementar diferentes estrategias para mejorar sus coberturas de vacunación como por ejemplo la vacunación en áreas rurales dispersas, la sensibilización y promoción de la vacunación en la comunidad a través de diferentes canales de comunicación y con enfoque intercultural.**

**Otro factor que es común en las regiones y en las redes es el nivel de involucramiento de la estructura social en salud en la que se supone deberían confluir tanto la representación de las organizaciones sociales, el personal en salud y la misma población para la gestión de la salud sin embargo esta estructura no necesariamente cumple su rol. Además, no todas las redes coordinan y /o articulan acciones con otros programas y sectores como por ejemplo el sector de educación.**

**Entre las causas críticas y especificas por cada lugar podría mencionarse las diferencias culturales regionales alrededor de la vacunación , Bolivia es un país con 36 nacionalidades indígenas originarias con prácticas culturales diversas y visiones diferentes alrededor de la medicina tradicional y la vacunación, por ejemplo en un reciente sondeo de opinión sobre la vacunación contra la COVID-19 en población de 5 a 17 años en Bolivia, se observó que el 52% de los padres, madres y cuidadores entrevistados en el área rural confían más en la terapia natural como reemplazo de las vacunas.**

**Asi mismo algunas redes tienen población concentrada y mayormente urbana mientras que otras tienen población rural dispersa con dificultades de accesibilidad geográfica que hacen más compleja la implementación del PAI.**

**De otra parte, la distribución económica de recursos en los departamentos nos es equitativa dado que se relaciona con las regalías por la explotación de gas, unos departamentos reciben más recursos como Tarija, Santa Cruz y Chuquisaca al ser departamentos productores mientras que los demás reciben menos regalías influyendo en la asignación de fondos para salud.**

**Además, ha sido complejo aplicar una normativa general del PAI debido a que no todas las redes funcionan de manera homogénea afectando la planificación de las intervenciones a desarrollar, es por esto por lo que se requiere conocer mejor el funcionamiento de cada red, su contexto, realidades y de esta manera realizar una planificación más adecuada abordando sus propias problemáticas.**

En la oferta del servicio se observó vacunación pasiva, no se investiga el estado vacunal de los niños usuarios de los servicios de salud, hay establecimientos de salud que programan días fijos de vacunación para ciertas vacunas con oportunidades perdidas de vacunación; no se realizan coordinaciones interprogramáticas con acceso a poblaciones vulnerables.

Las altas tasas de deserción en algunas redes de salud se debe a que no se utilizan sistemas de seguimiento para completar esquemas de vacunación, en cambio otras coordinaciones de red hacen seguimiento a la implementación de sistemas estandarizados de seguimiento efectivos como grupos de Whats app de madres con niños menores de 1 año, recordatorios en las historias clínicas para asegurar que niños usuarios o acompañantes sean canalizados a los vacunatorios, la organización de brigadas de vacunación de todos los establecimientos de salud para apoyar el “bloqueo vacunal” cuando alguno reporta un caso sospechoso de EPV, o la asignación de metas por red estos son buenos ejemplos de redes funcionales para inmunizaciones.

Por otra parte, se ha encontrado buenas prácticas como la concentración de personal, medios de transporte y alianzas con actores sociales e institucionales de toda la red en áreas con más bajas coberturas o en las áreas más alejadas para “barrer” en tiempo corto grandes extensiones e ir avanzando hasta cubrir toda la red;

En la demanda, el resultado predominante es que el personal menciona que las familias rechazan todas las vacunas por temor a que sea la vacuna anti COVID-19. En los sondeos rápidos de percepción de padres o tutores realizada en 9 ciudades capitales más El Alto y 20 municipios rurales de los 9 departamentos se observa que el 48% de los entrevistados en las ciudades capitales (rango de 25% en Oruro a 67% en Cochabamba) y 33% en el área rural sostienen que las vacunas anti COVID son efectivas (rango de 2,4% en Chuquisaca a 68% en el Beni); similar situación se observa respecto a la percepción de seguridad de las vacunas. Lo más alarmante es que solo el 43% de padres en áreas urbanas autorizará la vacunación de sus hijos entre 5 a 17 años en tanto que en el área rural solo el 23% autorizará la vacunación, el temor a las reacciones adversas es muy significativo e influye en las decisiones; las barreras más mencionadas tanto por padres, como personal de salud y profesores son horarios de atención inadecuados, largas esperas, maltrato por parte del personal, ubicación lejana de los centros de salud/vacunatorios y la falta de disponibilidad de vacunas.

En cuanto al entorno también hay diferencias entre regiones por ejemplo las capacidades gerenciales de los equipos de coordinación de redes revelan debilidades en planificación, en el análisis de la información, monitoreo de progresos y evaluación de resultados; por otra parte, la coordinación con otras instituciones como educación, con organizaciones sociales, estructura social de salud y el apoyo de los gobiernos municipales es variable.

A nivel de coordinación de red existen espacios de reflexión y comités de análisis de la información que permite compartir experiencias, buenas prácticas e identificar los principales problemas y las causas que los originan, con base a ello se elaboran los planes de mejora

Si bien las intervenciones del proyecto responderán a la caracterización de los servicios de vacunación y al entorno de redes de salud, se **impulsará aquellas acciones** (entre otras) que desde el punto de vista de la:

***Oferta de servicios***

* **Identifiquen niños cero dosis y reduzcan su número** por medio de acciones que incrementen el acceso informado a los servicios de vacunación
* **Creen colaboraciones con otros programas de salud infantil para integrar la vacunación de niños 0 dosis y la vacunación de recuperación en los servicios de salud**, haciendo hincapié en los beneficios mutuos que se derivan de recibir las vacunas junto con otras intervenciones de salud y bonos condicionados a la vacunación como el Bono Juana Azurduy Establecer colaboraciones con otros sectores para promover la integración de la vacunación en programas para contextos específicos, como la educación, la nutrición, el agua y el saneamiento, el empoderamiento de las mujeres, entre otros.
* **Mejoren la organización de los servicios de vacunación**, buscando promover la satisfacción de los usuarios con la atención.
* **Comprender la perspectiva de género** en el acceso a los servicios de vacunación y utilizar estrategias sensibles a las cuestiones de género para superar los obstáculos con los que se enfrentan los receptores, los cuidadores, los prestadores de servicios y los profesionales sanitarios.
* **Fortalecer la capacidad local de llevar a cabo investigaciones** sobre la aplicación para identificar los factores que afectan a la equidad de la cobertura de vacunación y las intervenciones que mejoran la cobertura y la equidad, y promover el uso de los resultados para aplicar intervenciones e innovaciones adaptadas a la situación local y específicas del contexto con miras a resolver las inequidades.
* **Estrategias de fortalecimiento de capacidades del personal de salud** en la transmisión de los mensajes sobre las bondades de la vacunación a la población (reducir el tecnicismo médico y hablar desde lo humano).

***Demanda de servicios***

* **Estrategias de comunicación y movilización social enfatizando en la importancia de reducir el número de niños cero dosis**, con contenidos acordes a los resultados de los sondeos de percepción.
* **Acciones con alta participación comunitaria**, y de personal de salud, que permita la interacción y comunicación sobre los beneficios de vacunas.
* **Interacción con grupos clave, e interesados para abogar por un mayor compromiso e implicación con el PAI**, y por una financiación sostenida a escala nacional y subnacional.
* **Aliente a los líderes a dar prioridad a la inmunización en la planificación** estratégica y operacional, y la rendición de cuentas por la gestión y los compromisos asumidos.
* **Acciones conjuntas con unidades educativas**, alentando para que los niños sean promotores de vacunación en sus familias.

Para la realización de estos diagnósticos, se formulará una metodología que, por su flexibilidad, accesibilidad en costos de implementación y otras características pueda ser replicada en el resto de las redes que no son de intervención de esta propuesta de proyecto.

La información que estos diagnósticos proporcionen permitirá realizar actividades específicas de manera más efectiva y específica entorno a:

* **Mejorar la organización de los servicios de vacunación**, (horarios y días de atención, trato del personal, identificar días de vacunación en que el personal solo vacuna, entre otros).
* **Implementar de tácticas y estrategias de vacunación** que mejores resultados tienen en la zona para aumentar las oportunidades de vacunación desde el nacimiento hasta completar esquemas, reduciendo niños 0 dosis y aumentando coberturas. Cabe resaltar, que en el caso de actividades extramurales de vacunación las mismas son realizadas por el personal de salud de los establecimientos, no se prevé la contratación de personal adicional, lo que se subvenciona son los gastos de estipendios y transporte (cuando se desplazan a áreas rurales).
* **Elaborar la microplanificación** a nivel de establecimientos de redes de salud, con especial énfasis en la reducción niños 0 dosis y el incremento de coberturas, en las cuales se definen las metas de vacunación por biológico, y se realiza la estimación real de población por red.
* **Capacitar y formar de recurso humanos de redes de salud priorizadas y sus establecimientos,** debido a que existen problemas estructurales en la gestión de recursos humanos en el sistema de salud tales como **alta rotación**, personal nuevo, debilidades en las competencias gerenciales, técnicas y de educación continua que afectan a las inmunizaciones y a la acumulación de niños con dosis cero; la estrategia de capacitación tiene por objetivo asegurar la sostenibilidad de las intervenciones con medidas innovadoras y a bajo costo tales como:

Autoformación mediante cursos virtuales On y Off line como requisito al ingreso al sistema y su obligatoriedad para trabajar en el primer nivel de atención.

Los estudiantes del Diplomado en Gerencia del PAI actualmente en formación serán los facilitadores de la educación continua en el primer nivel de atención, enfatizando la búsqueda intencionada de niños cero dosis, educación interpersonal a la población entre otros.

Desarrollo de centros de desarrollo de competencias en las cabeceras de redes seleccionadas por sus buenas prácticas (genera sana competencia) y donde rotará el personal operativo para complementar su capacitación en aspectos prácticos necesarios.

Se estima que la complementariedad de estas medidas contribuirá a derribar las barreras a la vacunación y a la reducción de los niños cero dosis y a administrar esquemas completos.

* Igualmente, en el marco de la mejora la calidad de atención de los servicios de vacunación se **fortalecerá la supervisión** para el monitoreo y evaluación del desempeño de los servicios, enfatizando en los ciclos de mejora continua del PAI, y fortaleciendo las capacidades para la recuperación de las coberturas de vacunación, identificación de niños 0 dosis y su abordaje. Cabe resaltar, que en el caso de actividades de supervisión las mismas son realizadas por el personal de salud, no se prevé la contratación de personal adicional, lo que se subvenciona son los gastos de viáticos y transporte (cuando se desplazan a áreas rurales).
* Para abordar el escaso seguimiento a niños con esquemas incompletos de vacunación, se plantea utilizar el RNVe vinculado al aplicativo de manera que las madres y padres reciban mensajes recordatorios y citas para completar esquema de acuerdo a la edad, además de la búsqueda de esos niños con dosis pendientes.

Esta actividad incluye la **adquisición de equipos de computación** a fin de facilitar al personal al registro oportuno de la vacunación para disponer de información de forma oportuna y reducir el rezago de la información, para la identificación de los establecimientos y/o gerencias de red, en el marco de los municipios de intervención, esta actividad se apoyará en la información del estudio “Evaluación de la capacidad instalada en cadena de frio, mobiliario/equipamiento, recursos humanos en la red de vacunatorios y almacenes por nivel de gestión” que está siendo realizado esta gestión con apoyo de la OPS/OMS, en el cual, se está recogiendo datos sobre la disposición de equipos de comunicación y servicios de internet. Cabe resaltar, que la asignación de estos equipos se prevé que este condicionada a la contraparte de municipios con el compromiso de la provisión de internet a sus redes.

Las necesidades en el primer nivel de atención son innumerables y estas han sido más tensionadas por la aplicación del SUS y agravadas por la pandemia que ocasionó una serie de medidas económicas como la “condonación de impuestos”, dejando a los municipios con restricciones económicas en el mediano plazo para atender requerimientos en **equipamiento del registro nominal** de vacunación clave para la recuperación de los niños sin vacunar. Estos equipos son un complemento al equipamiento adquirido con otras subvenciones y por los gobiernos nacionales y subnacionales.

* Finalmente, esté objetivo también contempla el **fortalecimiento de la gestión y equipamiento de cadena de frío** que permitan la adecuada conservación, transporte y almacenamiento de vacunas e insumos con el propósito de tener un mejor manejo de la vacuna. Si bien, con un anterior apoyo de GAVI se fortaleció la cadena de frío y equipamiento básico de vacunación, lo cual, contribuyo a la introducción de la vacuna contra la COVID-19, aún persiste la necesidad de completar algún equipo básico y necesario que contribuya a asegurar la efectividad de los biológicos hasta el momento de su aplicación a los beneficiarios. Esta actividad se apoyará en la información del estudio “Evaluación de la capacidad instalada en cadena de frio, mobiliario/equipamiento, recursos humanos en la red de vacunatorios y almacenes por nivel de gestión”, en el cual, se está recogiendo datos sobre la disposición de equipos. Cabe resaltar, que la asignación de estos equipos se prevé que este condicionada al mantenimiento preventivo y reparativo como contraparte de los gobiernos municipales y departamentales.

Como se expresó líneas arriba, la pandemia de COVID ha afectado a la economía de los Gobiernos subnacionales que hoy se enfrentan a mayores demandas con menores ingresos, por otra parte, en el caso de **equipos de cadena de frío** no se disponen en el mercado nacional estos equipos precalificados por la OMS. La última evaluación internacional de gestión efectiva de vacunas, GEV, realizada por la OPS el año 2016 recomendó el reemplazo progresivo de todos los equipos domésticos utilizados en la conservación de vacunas por equipos precalificados por la OMS.

Lo anterior significa la compra de al menos 3.500 nuevos equipos que deben ser adquiridos por múltiples fuentes de financiamiento y lo que se solicita en esta aplicación es para las redes seleccionadas.

Por otra parte, la misma evaluación recomendó ampliar la capacidad instalada de la red de frío y disponer de medios de transporte seguro de las vacunas que garantice su buena conservación en este período.

Finalmente, existe evidencia de cierre de vacunatorios en la amazonia por falta de acceso a energía contribuyendo también a la acumulación de niños dosis cero, a estos servicios se les debe dotar equipos a panel solar.

1. **Garantizar el acceso a servicios de vacunación a niños 0 dosis, minimizando las oportunidades perdidas y retrasos en el calendario, mejorando la cobertura de vacunación**

La principal intervención en este objetivo está vinculado a la realización de **estudios de investigación**, considerando que la evidencia se utiliza para**respaldar o refutar argumentos, ayuda a tomar decisiones y actualizar permanentemente las políticas de inmunizaciones**. El uso de evidencia permite determinar qué es efectivo y qué no lo es, como parte de la respuesta a la debilidad de los servicios de vacunación para respaldar las acciones que se realicen para el fortalecimiento de la gestión de los servicios de vacunación, principalmente en lo que se refiere a las razones de no vacunación y barreras de acceso para la captación de niños 0 dosis. No solo entorno a las acciones de la intervención con GAVI, si no más bien, en el accionar general del PAI, es una de las líneas de intervención cuyo valor agregado no solo influirá en el área seleccionada, si no en el ámbito nacional.

Los estudios de investigación son un aspecto importante de la propuesta del país debido a que no hay evidencia significativa, actualizada y que considere el tema de niños cero dosis y seguimiento de esquemas de vacunación. Por lo anterior, es importante llevar a cabo estos estudios al inicio para tener más antecedentes para establecer estrategias y acciones que permitan la disminución de niños cero dosis, niños con esquemas incompletos y subir coberturas.

Cabe resaltar que la información que se prevea con los estudios que se realicen beneficiaran de gran forma al PAI, y urge disponer de evidencia para la toma de decisiones técnicas, normativas y operativas en el marco del Programa.

Es importante considerar que la pandemia del COVID-19 ha cambiado la dinámica del PAI, no solo porque ha profundizado aún más el descenso de coberturas del esquema nacional y se han incrementado los niños 0 dosis, si no también, porque ha afectado la relación e interacción entre los servicios de vacunación y la población, hasta antes conocida y manejada, el escenario de trabajo del PAI enfrenta nuevos retos que es necesario precisarlos para revolverse de forma efectiva. Por ejemplo, como las razones de vacunación conocidas por los estudios realizados y conocimiento del equipo técnico del PAI, desde la oferta y demanda de servicios de vacunación se diferencian entre las regiones del país (andina, subandina, llanos[[11]](#footnote-11)) cada una con características particulares, considerando sus diferencias culturales y de hábitos, lo cual, permitiría inferir que acciones funcionarían mejor en determinada región sin embargo en otra su efecto sería más reducido.

Asimismo, con relación la identificación de niños dosis 0 y población susceptible, es importante la triangulación y análisis de datos de distintas fuentes de información: otros programas de salud y otros sistemas externos, lo cual permitiría un análisis y agenda de intervención integral.

Entre los estudios también se abordará la determinación de coberturas de vacunación más real que la que se tiene con las estimaciones de población, cuyos denominadores provienen de las proyecciones de población del Instituto Nacional de Vacunación (INE).

La **ENCOVA** es un estudio fundamental considerando que es la principal fuente de información y evidencia para el PAI, la última se presentó en el 2019 en medio de una situación particular del país por los conflictos políticos – sociales. El estudio abarca lo siguiente:

* Niveles de acceso a la vacunación (tenencia del carnet/libreta de vacunación)
* Tasas de deserción.
* Oportunidad y simultaneidad de la vacunación.
* Oportunidades perdidas de vacunación (por fechas de vacunación).
* Percepciones de la vacunación entre madres/ responsables de los niñas y niños.
* Razones que las madres/padres y/o responsables aducen para no vacunar a sus niñas y niños.
* Coberturas de vacunación y percepciones de grupos específicos (rural – urbano y algunas comunidades indígenas

Igualmente, se pretende considerar otras variables/análisis que se podrían utilizar, por ejemplo, en la mayoría de los casos quienes llevan a los servicios de vacunación a los niños y niñas, los padres o madres, para inferir algún análisis y acciones vinculadas a genero y rol de la familia en la vacunación.

También se fortalecerán las capacidades locales para realizar investigaciones operativas que detecten barreras al acceso a la vacunación, niños dosis cero y soluciones prácticas e inmediatas en ciclos continuos de mejora.

En este sentido, con base a la información producida en dichos estudios, así como en el diagnostico de red indicado en el Objetivo Nº1 se formulará e implementará estrategias que permita el seguimiento, monitoreo para llegar a la población desde la atención prenatal hasta el acceso a la primera dosis en redes priorizadas, reduciendo la cantidad de niños 0 dosis.

1. **Recuperar la confianza de la población en los beneficios, seguridad e inocuidad de las vacunas, a fin de generar mayor demanda de los servicios de vacunación.**

Para abordar los factores asociados la reticencia de la población a la vacunación, las actividades de este objetivo están orientadas a incrementar la demanda informada, continua y oportuna de vacunas, adicionalmente, sostener y consolidar la confianza pública en las vacunas, indispensable para la recuperación de coberturas de vacunación y reducción de niños 0 dosis, las mismas que, hoy por hoy, fueron afectadas por los fenómenos asociados a la infodemia de la pandemia de la COVID-19, la cual, afecto al esquema nacional.

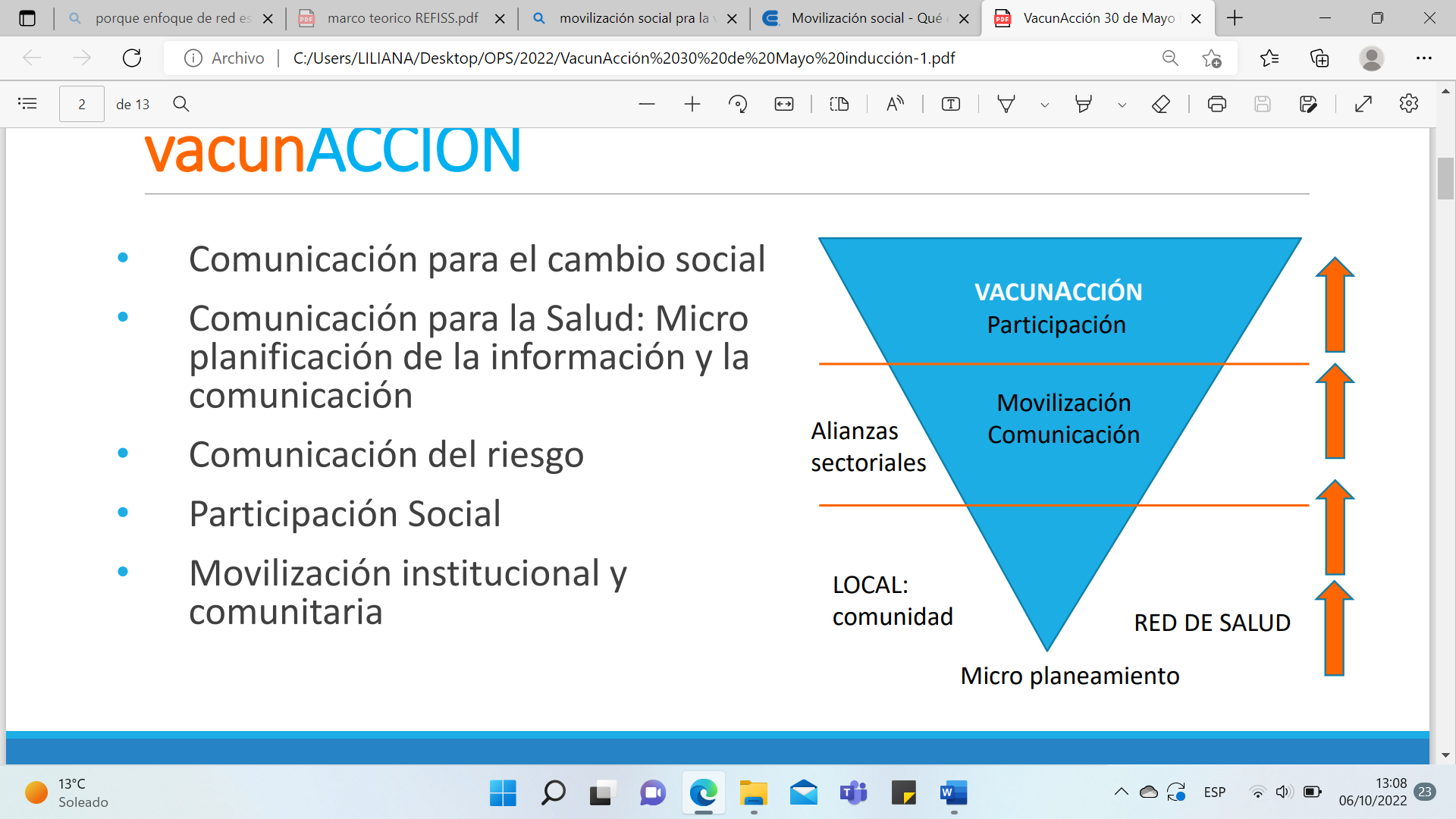
En este sentido, con base a la información de los diagnósticos de redes del Objetivo Nº1, a la experiencia de la prueba piloto de la Estrategia “Vacunacción” en proceso de implementación en esta gestión con el apoyo de OPS/OMS y UNICEF en municipios seleccionados, entre otros, se prevé la:

* Implementación planes locales de comunicación, movilización social y participación comunitaria, por redes de salud, de acuerdo a sus características socio territoriales, en coordinación con organizaciones sociales locales, con especial énfasis en la recuperación de coberturas de vacunación, reducción de niños 0 dosis. Entre las actividades de estos planes locales de acción se incluirán acciones específicas de sensibilización desde la perspectiva de **género** para fortalecer la dinámica familiar en el compromiso por la vacunación, reforzando el **rol de los padres y madres en el cuidado de niños y niñas en relación a la vacunación**, así como la corresponsabilidad del personal de salud en la información que se brinda a la población.
* Ejecución de estrategias conjuntas con el sector educativo "niños, niñas y maestros promotores de salud" para promover que estos actúen como promotores de la vacunación en sus familias y unidades educativas.
* Generación de alianzas nacionales y subnacionales con las principales organizaciones sociales y civiles, para respaldar la implementación de acciones orientadas a mejorar las coberturas de vacunación y la reducción de niños 0 dosis.

Sostener estrategias de comunicación de forma permanente tienen un alto costo, razón por la cual, también se aprovechará al personal de salud, en los cuales la población tiene confianza y desarrolla una interacción importante durante la provisión de los servicios, para convertirlos en agentes de comunicación en favor de la vacunación, para lo cual, se requiere capacitarlos /formarlos en comunicación para la salud y vacunación, para adquirir conocimientos y habilidades para difundir, replicar información sobre beneficios y seguridad de las vacunas, para afrontar la desinformación, e incentivar la mejora de coberturas y la reducción de niños 0 dosis.

Como se comentó párrafos arriba la estrategia de comunicación y movilización social “**Vacunacción**” se encuentra en ejecución en municipios seleccionados con la asistencia técnica y financiera de OPS/OMS y UNICEF, los componentes de la estrategia son: i) comunicación para el cambio social, ii) comunicación para la salud: microplanificación de la información y la comunicación, iii) comunicación de riesgo, iv) participación social, y v) movilización institucional y comunitaria.

### Figura Nº 8 Estrategia Vacunacción



Fuente: Estrategia Vacunacción – PAI, OPS/OMS, UNICEF

Aprovechando el nutrido tejido social que se tiene en los municipios seleccionados[[12]](#footnote-12) para la prueba piloto en esta gestión, cuyos principales actores han sido previamente identificados, se trabaja en un proceso permanente de abogacía, en el marco de la intensa movilización social, institucional y comunitaria para promover la vacunación integral de la familia y canalizar a la población hacia los establecimientos de salud, unidades educativas o lugares donde se instalan las brigadas de vacunación, asimismo, a fin de establecer las bases y acuerdos para acciones de continuidad posteriores al Vacunacción basadas en recursos locales, se sostuvo reuniones e impulso actividades y acuerdos con autoridades de municipios, servicios departamentales de salud, clubes de madres, juntas vecinales, asociaciones de padres de familia, maestros y personal directivos de unidades escolares, entre otros. Al momento, la estrategia lleva poco tiempo de implementación, sin embargo, se ha logrado que por ejemplo juntas de vecinos apoyen con sus recursos el perifoneo nocturno difundiendo beneficios de las vacunas y promocionando los servicios para que la población acuda.

1. **Fortalecer en los gobiernos subnacionales los procesos de planificación participativa para asegurar la apropiación, sostenibilidad técnica, financiera, y rendición de cuentas del PAI.**

La planificación del PAI en todos los niveles, debería responder a un enfoque por resultados, es decir que todas las actividades identificadas siempre apuntan al logro de metas trazadas. Para lo cual se debe contar con herramientas de planificación de mediano y corto plazo (planes multianuales, anuales) en función a las directrices del ente rector. Estas herramientas permiten el seguimiento, monitoreo, evaluación sistemática del avance que se realiza, así como el ajuste al curso de acción del programa para el logro de metas.

La escasa participación en la planificación y control social de la actividad sectorial, es una causa de insatisfacción de la población con el sistema de salud, a fin de alcanzar un mayor respaldo y apoyo de la población al PAI se requiere instituir espacios específicos de rendición de cuentas, no solo para el monitoreo y valoración sobre el cumplimiento de metas de vacunación, sino también por la asignación de recursos por parte de las autoridades de los gobiernos nacional y subnacionales, en el marco de las competencias asignadas por ley.

En este sentido, bajo este objetivo se tienen actividades orientadas a la:

* Implementación de lineamientos y herramientas de planeación y gestión de financiamiento, para facilitar que el nivel local (departamentos, redes y sus establecimientos) disponga de planes multianuales, anuales con estimaciones presupuestarias, con el propósito de fortalecer la gestión por resultados en el Programa, y mejorar la gestión de recursos que permitan fortalecer los servicios de vacunación.
* Activación de espacios de coordinación con instituciones y organizaciones locales para la validación, cogestión, y movilización de recursos para el PAI con base a la planeación participativa.
* Actualización del marco jurídico vinculado al PAI, que contribuya a respaldar la asignación de recurso específicos, y la creación de estructuras de rendición de cuentas en inmunizaciones que perduren en el tiempo.
* Implementación de espacios nacionales y departamentales de rendición de cuentas en inmunizaciones sobre metas anuales de vacunación, e inversión de recursos en el PAI. Para la organización de estos espacios se requiere disponer de contraparte de los gobiernos nacionales y subnacionales.

De los objetivos identificados, los tres primeros son de carácter técnico y el último tiene un carácter transversal, cuyas actividades aportan a la consecución de los objetivos técnicos.

Para cada uno de los objetivos de la propuesta se han identificado actividades, tareas y presupuesto que permitirán su operacionalización, las mismas que se presentan a continuación.

### Tabla Nº 14 Objetivos, Actividades, Tareas y Presupuesto

| **Objetivos/ Actividades Clave** | **N.º** | **Tareas** | **Presupuesto** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Bs.** | **$us.** |
| **Objetivo 1. Fortalecer la gestión de los servicios de vacunación a través del reforzamiento de las líneas de acción del PAI, bajo un enfoque de redes demostrativas.** | | | **14.487.832** | **2.081.585** |
| 1.1 Formular diagnósticos de redes priorizadas, para la definición de acciones de fortalecimiento de servicios de vacunación a fin de recuperar coberturas y reducir el número de niños 0 dosis con un enfoque sociocultural, organizacional, e institucional. | 1.1.1 | Realización de diagnósticos integrales en 44 redes de salud, para la caracterización de servicios de vacunación según su contexto territorial | 908.000 | 130.460 |
| 1.2 Elaborar la micro planificación local en la cuales se definen metas de vacunación por biológico, la cual se realizará con base a los diagnósticos de redes, se enfatizará en la reducción niños 0 dosis y el incremento de coberturas. | 1.2.1 | Transformación de la herramienta de micro planificación (Excel) en un sistema que permita disponer de información en tiempo real, para su seguimiento, monitoreo y evaluación | 1.234.220 | 177.330 |
| 1.2.2 | Capacitación al personal de salud local sobre el uso del sistema de micro planificación a nivel de gerencias de red priorizadas |
| 1.2.3 | Funcionamiento de espacios de análisis de información (Reuniones de Análisis de Vacunación-RAI/PAI) por redes de salud, para evaluar, identificar dificultades y medidas correctivas, para definir acciones correctivas |
| 1.3 Implementar estrategias y tácticas aprovechando oportunidades de vacunación desde el nacimiento hasta completar esquemas, reduciendo niños 0 dosis, aumentando coberturas de vacunación. | 1.3.1 | Desplazamiento de brigadas de salud (casa a casa, puestos fijos, reforzamiento de servicios en horarios diferenciados) | 3.981.120 | 572.000 |
| 1.3.2 | Realización de campañas de vacunación en unidades educativas priorizadas |
| 1.3.3 | Realización de campañas de vacunación junto a otros programas de salud (Mi Salud, Bono Juana Azurduy, otros incluyendo otros programas sociales prioritarios) |
| 1.4 Capacitar y formar recursos humanos de redes de salud priorizadas y sus establecimientos en temas vinculados a las líneas de acción del PAI (vigilancia de EPV, uso del sistema RNVe y análisis de datos, notificación, investigación, clasificación y causalidad de los ESAVI, logística y distribución de vacunas e insumos), con el propósito de mejorar la calidad del servicio de vacunación, lo cual, repercutirá en el mejoramiento de la cobertura vacunal, y la reducción de niños 0 dosis. | 1.4.1 | Formulación de planes y materiales de capacitación con diferentes modalidades (presencial y virtual), y con enfoque de cascada para asegurar el entrenamiento en todos los niveles. | 1.608.840 | 231.155 |
| 1.4.2 | Capacitación al personal de salud de servicios de vacunación de 44 redes de salud de acuerdo a los planes de capacitación formulados. |
| 1.4.3 | Implementación de Centros de desarrollo de competencias en cabeceras de redes seleccionadas por sus buenas prácticas (genera sana competencia) y donde rotará el personal operativo para complementar su capacitación en aspectos prácticos necesarios. |
| 1.4.4 | Formación de personal de salud vinculado a los servicios de vacunación en el Diplomado de Gestión y Gerencia del PAI con una universidad en el país. |
| 1.4.5 | Promoción de alianzas con universidades que forman personal de salud, para actualizar en los contenidos académicos los temas del PAI. |
| 1.5 Supervisar, monitorear y evaluar el desempeño de los servicios de vacunación, en el marco de la calidad, enfatizando en los ciclos de mejora continua del PAI, fortaleciendo las capacidades para la recuperación de las coberturas de vacunación y reducción de niños 0 dosis. | 1.5.1 | Supervisión de vacunatorios de redes de salud, y control de cumplimiento de recomendaciones para asegurar la calidad del servicio de vacunación, así como las acciones realizadas para alcanzar las coberturas de vacunación y la reducción de niños 0 dosis | 1.224.960 | 176.000 |
| 1.6 Implementar todos los módulos del RNVe para el correcto monitoreo de coberturas, identificación de niños con esquemas incompletos de vacunación y niños 0 dosis, para establecer estrategias focalizadas y fortalecer la gestión del PAI en redes priorizadas. | 1.6.1 | Puesta en marcha de la plataforma móvil/digital de la libreta de salud infantil de acuerdo con los estándares de seguridad establecidos por la OMS para mejorar la adherencia al calendario de vacunación del país, y de esta manera mejorar las coberturas de vacunación. | 2.601.340 | 373.756 |
| 1.6.2 | Puesta en funcionamiento del aplicativo off line del RNVe para el esquema regular, COVID-19, logística y ESAVIS, con el propósito de llegar a todos los establecimientos de salud, asegurando el uso de la información para la toma de decisiones, mejorando así la identificación de niños 0 dosis y el seguimiento a los esquemas de vacunación, mejorando las coberturas y haciendo más eficiente la gestión del Programa. |
| 1.6.3 | Actualización del Subsistema de Logística, con el propósito de tener un mejor conocimiento de la trazabilidad de la vacuna, mejorar la gestión y eficiencia del programa. |
| 1.6.4 | Seguimiento y evaluación de la calidad de información del RNVE por departamento y redes, para mejorar el uso de los datos para apoyar la micro planificación y toma de decisiones para mejorar las coberturas de vacunación y reducción de niños 0 dosis, a nivel de departamentos. |
| 1.6.5 | Integración en el RNVe de un sistema de información geográfica que permita identificar a niños 0 dosis y niños con esquemas incompletos de vacunación, con una perspectiva territorial. |
| 1.6.6 | Adquisición de equipos de computación para los establecimientos de salud y/o coordinaciones de las redes priorizadas para dar soporte al RNVe, se gestionará contraparte de gobiernos municipales para servicios de internet |
| 1.7 Fortalecer la gestión y equipamiento de elementos que permitan la adecuada conservación, transporte y almacenamiento de vacunas e insumos con el propósito de tener un mejor conocimiento de la trazabilidad de la vacuna, mejorar la gestión y eficiencia del programa. | 1.7.1 | Adquisición de elementos para cadena de frío y logística, previo compromiso de asignación de recursos de contraparte para mantenimiento y otros con gobiernos departamentales | 720.000 | 103.448 |
| 1.8 Fortalecer la capacidad del PAI nacional para el seguimiento y monitoreo del mejoramiento de los servicios de vacunación en 44 redes de salud priorizadas, bajo un enfoque de redes demostrativas | 1.8.1 | Seguimiento y monitoreo a la gestión del proyecto a nivel de departamentos y redes de salud de intervención del proyecto | 2.209.352 | 317.436 |
|  | 1.8.2 | Organización de espacios para el seguimiento, monitoreo y evaluación de la gestión del proyecto |
| **Objetivo 2. Garantizar el acceso a servicios de vacunación a niños 0 dosis, minimizando las oportunidades perdidas y retrasos en el calendario, mejorando la cobertura de vacunación** | | | **4.383.240** | **629.776** |
| 2.1 Generar evidencia científica que permitan identificar los factores asociados al numerador y denominador que inciden en las coberturas de vacunación para la toma de decisiones, haciendo énfasis en niños 0 dosis, causas de no vacunación y niños con esquemas incompletos de vacunación. | 2.1.1 | Realización del estudio "identificación de las principales causas de no vacunación y oportunidades perdidas de vacunación” enfatizando en niños 0 dosis, caracterizado por regiones (andina, subandina y llanos). | 3.012.172 | 432.783 |
| 2.1.2 | Realización de la Encuesta Nacional de Coberturas de Vacunación 2023 - ENCOVA. |
| 2.1.3 | Desarrollo de análisis sistemáticos de los datos provenientes del RNVE. para identificar poblaciones susceptibles a la vacunación, haciendo énfasis en niños dosis 0. |
| 2.1.4 | Triangulación y análisis de datos de distintas fuentes de información: otros programas de salud y otros sistemas externos para la identificación de niños dosis 0 y población susceptible |
| 2.1.5 | Implementación de una agenda de investigación entre el PAI y las Universidades vinculada a la vacunación y sus líneas de acción, a través de la generación de evidencia científica (tesis, reportes técnicos y pasantías). |
| 2.2 Implementar estrategias que permita el seguimiento, monitoreo para llegar a la población desde la atención prenatal hasta el acceso a la primera dosis en redes priorizadas, reduciendo la cantidad de niños 0 dosis. | 2.2.1 | Elaboración participativa de estrategias de seguimiento y monitoreo para llegar a la población desde la atención prenatal hasta el acceso a la primera dosis en redes priorizadas, reduciendo la cantidad de niños 0 dosis | 1.371.068 | 196.993 |
| 2.2.2 | Ejecución de estrategias de seguimiento y monitoreo desde la atención prenatal hasta el acceso a la primera dosis por redes de salud priorizadas. |
| **Objetivo 3. Recuperar la confianza de la población en los beneficios, seguridad e inocuidad de las vacunas, a fin de generar mayor demanda de los servicios de vacunación.** | | | **4.383.240** | **629.776** |
| 3.1 Implementar planes locales de comunicación movilización social y participación comunitaria, por redes de salud, individualizados por redes de salud, en coordinación con organizaciones sociales locales, con especial énfasis en la recuperación de coberturas de vacunación, reducción de niños 0 dosis y de acuerdo a las características socio territoriales de cada red. | 3.1.1 | Elaboración, seguimiento y evaluación de planes locales de comunicación, movilización social y participación comunitaria por redes de salud, con base a lineamientos existentes desarrollados y con énfasis en la reducción de niños 0 dosis y recuperar y alcanzar coberturas de vacunación. | 3.081.120 | 442.690 |
| 3.1.2 | Ejecución de planes de comunicación (difusión de cuñas radiales, actividades con organizaciones sociales/civiles, etc.). |
| 3.1.3 | Aplicación de encuestas de satisfacción del usuario con los servicios de vacunación en las redes priorizadas (dos veces, al inicio y cierre del proyecto). |
| 3.2 Diseñar e implementar estrategias conjuntas con el sector educativo para promover que niños, niñas y maestros actúen como promotores de la vacunación en sus familias y unidades educativas. | 3.2.1 | Elaboración de la estrategia de comunicación "niños, niñas y maestros promotores de la vacunación en la familia" con una mirada intersectorial e Inter programática, para la mejora de las coberturas de vacunación y reducción de niños 0 dosis. | 549.352 | 78.930 |
| 3.2.2 | Ejecución de la estrategia de comunicación en unidades educativas de redes de salud priorizadas |
| 3.3 Capacitar /formar al personal de salud en comunicación, para difundir y replicar información sobre beneficios y seguridad de las vacunas para afrontar la desinformación, e incentivar la mejora de coberturas y la reducción de niños 0 dosis. | 3.3.1 | Implementación del Diplomado en comunicación para personal de salud vinculados a servicios de vacunación | 476.960 | 68.529 |
| 3.4 Generar alianzas nacionales y subnacionales con las principales organizaciones sociales y civiles, para respaldar la implementación de acciones orientadas a mejorar las coberturas de vacunación y la reducción de niños 0 dosis. | 3.4.1 | Implantación de estrategias integradas con organizaciones sociales, civiles e instituciones producto de las alianzas para promover el incremento de coberturas de vacunación y reducción de niños 0 dosis. | 473.880 | 68.086 |
| **4. Fortalecer en los gobiernos subnacionales los procesos de planificación participativa para asegurar la apropiación, sostenibilidad técnica, financiera, y rendición de cuentas del PAI.** | | | **1.706.058** | **245.123** |
| 4.1 Implementar lineamientos y herramientas de planeación y gestión de financiamiento, para facilitar que el nivel local (departamentos, redes y sus establecimientos) disponga de planes multianuales, anuales con estimaciones presupuestarias, con el propósito de fortalecer la gestión por resultados en el Programa, y mejorar la gestión de recursos que permitan fortalecer los servicios de vacunación. | 4.1.1 | Sistematización de buenas prácticas y lecciones aprendidas relacionadas a la planeación y gestión de financiamiento por departamento, y elaboración de lineamientos generales de planeación participativa para el PAI. | 260.690 | 37.455 |
| 4.1.2 | Capacitación al personal de SEDES, redes y sus establecimientos para la implementación de los lineamientos de planeación. |
| 4.2 Activar espacios de coordinación con instituciones y organizaciones locales para la validación, cogestión, y movilización de recursos para el PAI con base a la planeación participativa. | 4.2.1 | Funcionamiento de comités locales de salud con participación de organizaciones e instituciones locales, con los cuales se valida la planificación, se comparte el avance de la ejecución de planes de vacunación y su progreso hacia los objetivos planteados. | 308.000 | 44.253 |
| 4.3 Actualizar del marco jurídico vinculado al PAI, que contribuya a respaldar la asignación de recurso específicos, y la creación de estructuras de rendición de cuentas en salud que perduren en el tiempo. | 4.3.1 | Priorización de la normativa a actualizar (en función a la factibilidad e impacto para el PAI) y formulación/actualización de los proyectos de normativa priorizada. | 257.368 | 36.978 |
| 4.3.2 | Socialización y validación del marco actualizado con actores de relevancia del sector. |
| 4.3.3 | Elaboración de una metodología, herramientas y marco normativo para la creación formal de estructuras rendición de cuentas para el PAI. |
| 4.3.4 | Validación y socialización de la metodología, herramientas y noma del mecanismo de rendición de cuentas del PAI. |
| 4.4 Implementar espacios de rendición de cuentas sobre el logro de metas anuales de vacunación, e inversión de recursos en el PAI para la recuperación de coberturas, y reducción de niños 0 dosis, para lo cual, se deben generar compromisos de asignación de recursos en el marco de responsabilidades del gobierno nacional y subnacionales. | 4.4.1 | Aplicación de la metodología y herramientas para la rendición de cuentas, la cual, incluye la implementación de los espacios (encuentros / cumbres) a nivel nacional y departamental. | 880.000 | 126.437 |
|  |  |  |  |  |
| **Presupuesto Total Objetivos 1 al 4** | | | **Bs.** | **$us.** |
| **25.158.442** | **3.614.719** |
|  |  |  |  |  |
| **Costos de soporte de proyecto (PSC Project Support Costs) 7% - OPS/OMS y UNICEF** | | | **1.761.091** | **253.030** |
| **Presupuesto Total Proyecto** | | | **26.919.533** | **3.867.749** |

# PRIORIZACIÓN DE ÁREAS GEOGRÁFICAS PARA INTERVENCIÓN

La implementación del proyecto está prevista que se realice en redes de salud priorizadas, para lo cual se consideraron seis criterios con puntajes específicos, mismo que a continuación se presentan:

### Tabla Nº 15 Criterios para la Selección de Redes de Intervención

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Criterios** | **Categoría** | **Puntaje** | ***Limite 1*** | ***Limite 2*** |
| Cobertura inferior al 95% con 3ra. Dosis Pentavalente en <1 año (10) | Cobertura > 95% | 0 | *95* | *∞* |
| Cobertura >=80% y <95% | 5 | *80* | *95* |
| Cobertura <80% | 10 | *0* | *80* |
| Cobertura inferior al 95% con 2da. Dosis SRP<1 año (10) | Cobertura > 95% | 0 | *95* | *∞* |
| Cobertura >=80% y <95% | 5 | *80* | *95* |
| Cobertura <80% | 10 | *0* | *80* |
| Tasa de deserción entre 1ra. dosis y 3ra. dosis Pentavalente  (25) | <= 5 | 0 | *0* | *5* |
| > 5 y <=8 | 10 | *5* | *8* |
| >8 | 25 | *8* | *∞* |
| Porcentaje población <1 año que aporta a la cobertura país  (25) | >0,8 | 25 | *0,8* | *∞* |
| entre >=0,5 y <0,8 | 20 | *0,5* | *0,8* |
| < 0,5 | 10 | *0* | *0,5* |
| Densidad poblacional  (10) | >100 | 10 | *100* | *∞* |
| Entre 0 y 99 | 5 |  |  |
| Porcentaje Niños 0 Dosis  (20) | Cobertura > 30% | 20 | *30* | *∞* |
| Cobertura >=10% y <30% | 10 | *10* | *30* |
| Cobertura <10% | 0 | *0* | *10* |

Fuente:PAI

En función a los criterios indicados se elaboró una planilla en Excel con todos los municipios del país y la información de las variables definidas, para luego, asignar un puntaje, de acuerdo al valor obtenido en cada variable y se obtuvo un total por municipio y departamento; finalmente con este dato se hizo un ranking que ordenó las redes de salud según el puntaje de mayor a menor, siendo calificado como más vulnerable el que obtuvo el mayor puntaje.

|  |  |
| --- | --- |
| **CRITERIO SELECCIÓN** | **PRIORIDAD** |
| Municipios >= 70 | 1 |
| Municipios >=50 y <70 | 2 |
| Municipios <50 | 3 |

Fuente:PAI

En función a este análisis, la propuesta se implementaría en 44 redes de salud que corresponden al 37% del total existentes en el país, las cuales obtuvieron una calificación de 1, es decir más vulnerables. Las 44 redes de salud tienen bajo su responsabilidad a la población de 56 municipios de los 9 departamentos.

### Figura Nº 4 Redes de Salud Priorizadas por Departamento

Del total de la población del país[[13]](#footnote-13) el 61,1% se encuentran en los municipios de las redes priorizadas. De estas redes corresponden 34 al área rural y 10 al área urbana (ciudades capitales de departamento).

El 62,0% de la población de niños menores de 1 año y 61,7% de niños de 1 año se encuentran en los municipios de las redes priorizadas.

En los **municipios con redes priorizadas** por él proyecto la cobertura de vacunación con la 3ra. dosis de Pentavalente fue de 61,3%; entre los diferentes municipios la cobertura oscila entre 16,7% y 77,5%. En el resto de los municipios de redes no priorizadas la cobertura alcanza al 77,5%, y el 90,4%[[14]](#footnote-14) de municipios registran coberturas entre 50,0% y 95,0%.

Las coberturas con la 2da. dosis de SRP en los municipios de las redes priorizadas es de 49,9%, y varía entre municipios de 25,2% y 75,0%. Asimismo, la cobertura en municipios de redes no priorizadas alcanza al 66%, en el 86,6% de estos municipios las coberturas están entre 50,0% y 95,0%.

En 31 de los 56 municipios seleccionados la tasa de deserción entre la 1ra. y 3ra. dosis de Pentavalente se encuentra entre10,0% y 30,4%, mientras que, en el resto, el 67,1% de los municipios que no tienen redes priorizadas la tasa es inferior al 10,0%.

Del total de niños 0 dosis, 74,1% se encuentran dentro de los municipios (56) con redes priorizadas (44), el restante 25,9% pertenecen a municipios que no tienen redes seleccionadas.

A continuación, se caracteriza las redes priorizadas, por departamento:

### Tabla Nº 16 Caracterización de Redes de Intervención

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Departamento** | **Redes** | |
| La Paz | *11 Redes*: 5 sur, Alto lotes y servicios, rural 11, rural 7, rural 4, rural 6, rural 14, rural 15, rural 8, rural 5, rural 1. | Las coberturas de vacunación con la 3ra. Dosis de Pentavalente van desde 54,8% a 78,8%; con la 2da. dosis de SRP se encuentran entre 30% y 75%.  En 8 de los 14 municipios la tasa de deserción entre la 1ra. y 3ra. dosis de Pentavalente se encuentra entre10 y 19.  Del total de niños 0 dosis, el 21,1% se encuentran en los municipios que corresponden a las redes priorizadas.  De la población total del departamento, el 74% se encuentran en municipios de las redes priorizadas para intervención. La Paz pertenece a la Región Andina, y corresponde al eje troncal del país con mayor población a nivel nacional. |
| Tarija | *2 Redes*: Tarija y Yacuiba. | Las coberturas de vacunación con la 3ra. Dosis de Pentavalente van desde 62,3% a 57,2%; con la 2da. dosis de SRP se encuentran entre 57,5% y 51,2%.  La tasa de deserción entre la 1ra. y 3ra. dosis de Pentavalente es de 9.  Del total de niños 0 dosis, el 3,7% se encuentran en los municipios que corresponden a las redes priorizadas.  De la población total del departamento, el 64% se encuentran en municipios de las redes priorizadas para intervención. Tarija pertenece a la Región Subandina. |
| Cochabamba | *4 Redes*: Quillacollo, Cochabamba Sud, Villa Tunari, Ivirgarzama | Las coberturas de vacunación con la 3ra. Dosis de Pentavalente van desde 60,6% a 90,1%; con la 2da. dosis de SRP se encuentran entre 32,5% y 77,3%.  En 2 de los 4 municipios la tasa de deserción entre la 1ra. y 3ra. dosis de Pentavalente se encuentra entre11 y 15.  Del total de niños 0 dosis, el 9,6% se encuentran en los municipios que corresponden a las redes priorizadas.  De la población total del departamento, el 46% se encuentran en municipios de las redes priorizadas para intervención. Cochabamba pertenece a la Región Subandina, y corresponde al eje troncal del país con mayor población a nivel nacional. |
| Oruro | *4 Redes*: Urbana, Minera, Occidente, Cuenca Poopo | Las coberturas de vacunación con la 3ra. Dosis de Pentavalente van desde 16,7% a 72,5%; con la 2da. dosis de SRP se encuentran entre 39,7% y 90,9%.  En 4 de los 5 municipios la tasa de deserción entre la 1ra. y 3ra. dosis de Pentavalente se encuentra entre 9 y 25.  Del total de niños 0 dosis, el 2,0% se encuentran en los municipios que corresponden a las redes priorizadas.  De la población total del departamento, el 65% se encuentran en municipios de las redes priorizadas para intervención. Oruro pertenece a la Región Andina. |
| Potosí | 3 Redes: Potosí urbano, Potosí rural, Uyuni. | Las coberturas de vacunación con la 3ra. Dosis de Pentavalente van desde 42,2% a 67,8%; con la 2da. dosis de SRP se encuentran entre 38,8% y 71,2%.  En 2 de los 3 municipios la tasa de deserción entre la 1ra. y 3ra. dosis de Pentavalente se de 10.  Del total de niños 0 dosis, el 2,4% se encuentran en los municipios que corresponden a las redes priorizadas.  De la población total del departamento, el 30% se encuentran en municipios de las redes priorizadas para intervención. Potosí pertenece a la Región Andina. |
| Chuquisaca | 1 Red: Distrito 3 – Red I | La cobertura de vacunación con la 3ra. Dosis de Pentavalente es de 68,5%; y con la 2da. dosis de SRP es de 68,4%.  Del total de niños 0 dosis, el 3,7% se encuentran en los municipios que corresponden a las redes priorizadas.  De la población total del departamento, el 54% se encuentra en el municipio de la red priorizada para intervención. Chuquisaca pertenece a la Región Subandina. |
| Santa Cruz | *10 Redes*: Hospitales urbano, Oeste, Warnes, Velasco, Chiquitos, Sara, Cordillera, Obispo Santiesteban, Ñuflo de Chavez, Guarayos. | Las coberturas de vacunación con la 3ra. Dosis de Pentavalente van desde 53,3% a 76,4%; con la 2da. dosis de SRP se encuentran entre 35,4% y 76,4%.  En 8 de los 13 municipios la tasa de deserción entre la 1ra. y 3ra. dosis de Pentavalente se encuentra entre10 y 25.  Del total de niños 0 dosis, el 25,0% se encuentran en los municipios que corresponden a las redes priorizadas.  De la población total del departamento, el 66% se encuentran en municipios de las redes priorizadas para intervención. Santa Cruz pertenece a la Región de los Llanos, y corresponde al eje troncal del país con mayor población a nivel nacional. |
| Beni | 7 Redes: Trinidad, Guayaramerin, Ballivian, San Borja, Yacuma, Moxos, Mamore | Las coberturas de vacunación con la 3ra. Dosis de Pentavalente van desde 17,7% a 70,9%; con la 2da. dosis de SRP se encuentran entre 25,2% y 64,4%.  En 8 de los 10 municipios la tasa de deserción entre la 1ra. y 3ra. dosis de Pentavalente se encuentra entre10 y 30.  Del total de niños 0 dosis, el 4,4% se encuentran en los municipios que corresponden a las redes priorizadas.  De la población total del departamento, el 65% se encuentran en municipios de las redes priorizadas para intervención. Beni pertenece a la Región de los Llanos. |
| Pando | 2 *Redes*: Cobija y Puerto Rico | Las coberturas de vacunación con la 3ra. Dosis de Pentavalente van desde 28,7% a 63,4%; con la 2da. dosis de SRP se encuentran entre 21,2% y 42,3%.  En 3 de los 4 municipios la tasa de deserción entre la 1ra. y 3ra. dosis de Pentavalente se encuentra por encima de 14.  Del total de niños 0 dosis, el 2,0% se encuentran en los municipios que corresponden a las redes priorizadas.  De la población total del departamento, el 69% se encuentran en municipios de las redes priorizadas para intervención. Pando pertenece a la Región de los Llanos. |

No es desconocido, que un tema estructural pendiente en el sistema de salud son los **denominadores poblacionales**, para el PAI estos son fundamentales para: el cálculo de coberturas de vacunación, la programación y adquisición de vacunas, jeringas e insumos, y el cálculo de niños cero dosis y aquellos no han completado el esquema. Si bien se cree que el número total de niños menores de 1 año es válido como país, la dificultad se encuentra en la distribución por departamento y la desagregación por unidades territoriales más pequeñas. Las encuestas externas como ENDSA y ENCOVA generalmente han reportado entre 10 a 15% más de coberturas que los sistemas administrativos, La mesa de análisis de denominadores poblacionales constituido por el Instituto Nacional de Estadísticas, el SNIS-VE, OPS y UNICEF, además de expertos demógrafos independientes concluyeron que:

* Las fuentes de información para los denominadores poblacionales son los censos nacionales, encuestas intercensales, estudios especiales como ENDSA y ENCOVA además de los censos locales y que deben ser utilizados de acuerdo a necesidad.
* El INE informó que las proyecciones de población con base al último censo han sido ajustadas el año 2020 tomando en cuenta insumos como partos institucionales, nacimientos, vacunas, cobertura del SUS en trabajo conjunto con el SNIS-VE
* Existe consenso sobre: i) utilizar la BCG para estimar coberturas a nivel nacional y departamental y la primera dosis de pentavalente a nivel municipal, ii) apoyar la plataforma y metodología del SNIS para el registro continuo y dinámico por los mismos establecimientos de salud en el Sistema de Registro único de establecimientos (RUE), que permitirá contar con información poblacional y reporte de brechas para salud; se estima su pleno funcionamiento el año 2023, iii) constitución y funcionamiento regular de la mesa técnica de denominadores poblacionales incluyendo a otros sectores como educación (Registro único de estudiantes - RUDE), iv) utilizar en los procesos de análisis de coberturas de vacunación, nacidos vivos y BCG por departamento y a nivel nacional.
* El PAI será parte de la mesa técnica de estimación de denominadores, en la que se diseñaran protocolos de estudios, metodología de censos locales en lugares seleccionados para generar evidencias respecto al denominador. Por lo anterior, es importante el fortalecimiento de información de inmunización para proporcionar mejores datos.
* La mesa recomendó mejorar la calidad de los registros administrativos y realizar la **ENCOVA** con representatividad departamental para evaluar el impacto de la pandemia en los servicios de inmunización regular.

# MODALIDAD DE EJECUCIÓN

Para la elección de la modalidad de ejecución del proyecto se han considerado dos aspectos fundamentales: i) el plazo de ejecución de proyectos aprobados por GAVI a través de su ventana de “Intervenciones Focalizadas/Países Ingresos Medios, y ii) los procesos y plazos que se requieren para el registro de recursos en el sistema de administración y presupuestos del país. Con lo cual, se ha decidido que bajo el liderazgo del del Ministerio de Salud y Deportes a través del Programa Ampliado de Inmunización los Socios Técnicos en el país (OPS/OMS y UNICEF) apoyen en la implementación de este proyecto recibiendo directamente los fondos y brindando asistencia técnica para la implementación, como ha sido en las subvenciones anteriores.

Igualmente, para fines de cumplimiento de la norma del país la ejecución financiera del proyecto podrá registrarse de forma anual en la contabilidad del Estado.

Existe bastante experiencia de trabajo del PAI con la **OPS/OMS y UNICEF** no solo con GAVI en anteriores apoyos, sino también con otros socios financiadores, asimismo, el valor agregado de la asistencia técnica, y la posibilidad de gestión de fondos complementarios son puntos que el PAI tomo en cuenta para considerar que estas dos organizaciones serán los Socios Técnicos Ejecutores del proyecto.

Cabe mencionar que la OPS tiene amplia trayectoria apoyando a países en el diseño, desarrollo e implementación de sistemas de RNVe, siendo pioneros como región en la implementación de estos sistemas. Es así como para vacunación de COVID-19 y programa de rutina, varios países han seguido los lineamientos técnicos establecidos por la OPS en conjunto con los países y sus experiencias. Además, la OPS tiene y ha tenido relación y trabajo conjunto en el tema con otras organizaciones tales como: OMS, AIRA, CDC, BMGF, UNICEF, GAVI, PATH, entre otras, que han permitido mejorar el acceso a conocimiento del tema y trabajo alineado a las necesidades de países.

En este sentido, tomando en cuenta la experiencia técnica y bajo el liderazgo del PAI la implementación de actividades y administración de recursos de los Objetivos 1 y 2 serían de apoyo directo por OPS/OMS, y Objetivos 3 y 4 por UNICEF. En función a la aprobación del proyecto por parte de GAVI, se gestionaría y suscribirían los respectivos acuerdos con estas organizaciones, en los cuales se acordarían los términos y condiciones de ejecución.

Considerando que será OPS/OMS y UNICEF apoyaran en la ejecución técnica administrativa del proyecto, se incluye en el presupuesto el *project support cost* (PSC) que corresponde al 7% sobre el total del presupuesto.

La administración y ejecución del presupuesto se realizará de forma centralizada, es decir no se efectuarán transferencias de fondos a los niveles subnacionales (departamentos, municipios), la contratación de bienes y servicios los realizarán los Socios Técnicos Ejecutores (OPS/OMS – UNICEF) de acuerdo a sus procesos y procedimientos. La contraparte que se gestione con los gobiernos subnacionales se ejecutará mediante sus propios procesos administrativos, el PAI realizará el seguimiento para la contabilización de la misma, en el marco del seguimiento y evaluación.

Para fines de compromiso financiero y operativo con la ejecución del proyecto, en el marco de promover la sostenibilidad, y comprometer la gestión conjunta con las autoridades subnacionales, una vez que se cuente con la aprobación de la intervención por parte de GAVI se realizará la suscripción de convenios **“****Compromisos de Gestión”** con los gobiernos departamentales y municipales del área de intervención de las redes seleccionadas, estos compromisos se entienden como una herramienta de control de gestión que permite, entorno a los objetivos del proyecto y la situación de salud en lo que se refiere a inmunizaciones:

* Identificar resultados y metas específicos por departamentos/municipios y redes de salud a ser alcanzados con el proyecto (coberturas vacunales comprometidas).
* Comprometer recursos de los gobiernos municipales/departamentales para complementar a la ejecución de las actividades del proyecto (10% contraparte).
* Comprometer apoyo técnico y acompañamiento operativo a la ejecución de las actividades del proyecto, considerando que los beneficios son en favor de la población.
* Comprometer la sostenibilidad técnica /financiera de actividades y resultados prioritarios del proyecto.
* Comprometer la rendición de cuentas a la población e instituciones por los resultados objetivos en el marco del proyecto.

Esta gestión no se la realizó en la fase de diseño del proyecto a fin de no generar expectativas que luego el PAI no pueda cumplir, considerando que el proyecto sigue fases de revisión y aprobación, y hasta ultimo momento puede sufrir modificaciones.

Cabe resaltar que durante el 2022 se ha recibido el **asistencia técnica y financiera de otras** **organizaciones internacionales**, que se prevé continúen el próximo año:

* **Cooperación técnica internacional alemana (GIZ)**: con el fin de reforzar las habilidades de comunicación en responsables y personal técnico del programa a nivel departamental. La asistencia técnica y financiera se ejecuta durante el 2022 y primer trimestre del 2023.
* **Centro para el control y prevención de enfermedades (CDC)**; el propósito del apoyo es completar el sistema electrónico de información del PAI con el módulo de vigilancia epidemiológica, además del monitoreo y evaluación al proceso de implementación del RNVe. La asistencia técnica y financiera se ejecutará entre las gestiones 2022 y 2023.
* **Cooperación del Gobierno del Japón**; el propósito del apoyo es fortalecer las capacidades de cadena de frío y logística, La asistencia técnica y financiera se ejecuta durante el 2022 y primer trimestre del 2023.

# MARCO DE RENDICIÓN DE CUENTAS

El marco de rendición de cuentas del proyecto, referido al seguimiento, monitoreo y evaluación sobre el cumplimiento del mismo, se realizará en función a indicadores de:

### Tabla Nº 17 Indicadores Seleccionados Marco de Rendición de Cuentas

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Indicador** | **Frecuencia** | **Fuente** |
| **Resultado de Largo Plazo** | |  |
| 1. Cobertura de vacunación 3ra. dosis Pentavalente | Anual | Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica - SNIS/VE |
| 1. Reducción de niños dosis cero | Anual |
| **Resultados Intermedios** | |  |
| 1. Tasa de deserción entre 1ra. y 3ra. dosis de Pentavalente | Semestral | Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica - SNIS/VE |
| 1. Cobertura de vacunación 1ra. dosis Pentavalente | Semestral | Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica - SNIS/VE |
| 1. Cobertura mensual de vacunación del esquema nacional (Polio1ra. y 3ra., Neumo 3ra. y SRP1ra.) | Semestral | Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica - SNIS/VE |
| 1. Porcentaje de redes y establecimiento con planes (multianuales, anuales) aprobados | Semestral | PAI (MSyD, SEDES, Redes, UNICEF) |
| 1. Porcentaje de instituciones de municipios que declaran prioridad pública a la vacunación y contribuyen con recursos a la sensibilización social y promoción continua de la vacunación en sus redes | Semestral | PAI (MSyD, SEDES, Redes, UNICEF) |
| 1. Porcentaje de municipios/departamentos que asignan recursos (contraparte) al proyecto | Semestral | PAI (MSyD, SEDES, Redes) |
| 1. Porcentaje de cumplimiento de los gobiernos subnacionales respecto de los compromisos suscritos en los encuentros/cumbres de vacunación | Semestral | PAI (MSyD, SEDES, Redes, UNICEF) |
| **Proceso** | | |
| 1. Porcentaje de personal capacitado | Trimestral | PAI (MSyD, SEDES, Redes, OPS/OMS) |
| 1. Porcentaje de establecimientos que vacunan en horarios diferenciados para la atención | Semestral | PAI (MSyD, SEDES, Redes, OPS/OMS) |
| 1. Porcentaje de brigadas móviles desplazadas | Trimestral | PAI (MSyD, SEDES, Redes, OPS/OMS) |
| 1. Porcentaje de redes de salud que reportan información del esquema nacional en el RNVe | Trimestral | PAI (MSyD, SEDES, Redes, OPS/OMS) |
| 1. Porcentaje de ejecución de los planes (estrategias) de seguimiento y monitoreo desde la atención prenatal hasta el acceso a la primera dosis | Trimestral | PAI (MSyD, SEDES, Redes, OPS/OMS) |
| 1. Porcentaje de ejecución de planes locales de comunicación, movilización social y participación comunitaria de redes de salud | Trimestral | PAI (MSyD, SEDES, Redes, UNICEF) |
| 1. Porcentaje de normas del PAI aprobadas (aprobadas/actualizadas) | Trimestral | PAI (MSyD, SEDES, Redes, UNICEF) |
| 1. Porcentaje de avance sobre las metas establecidas en la micro planificación redes de salud | Trimestral | PAI (MSyD, SEDES, Redes, OPS/OMS, UNICEF) |

Fuente: PAI MSyD

El proceso de Monitoreo y Evaluación del proyecto tiene 3 ámbitos de responsabilidad (nacional, departamental y local) cuyo principal responsable es el PAI.

* A nivel nacional, el PAI del Ministerio de Salud y Deportes, es responsable del monitoreo, supervisión y evaluación del proyecto junto a los Socios Técnicos Ejecutores.
* En el nivel departamental, el personal técnico del proyecto, tiene la responsabilidad de realizar el monitoreo, seguimiento y evaluación en las redes priorizadas, en coordinación con el equipo técnico del PAI, de los SEDES.
* A nivel local las redes de salud, los coordinadores de red son responsables de la ejecución operativa técnica del Proyecto.

Para la implementación del proyecto, de forma anual se formulará un plan operativo que incluirá metas, actividades, tareas y presupuesto, este se elaborará en función a la planificación departamental y esta a su vez de acuerdo a la microplanificación de las redes de salud seleccionadas. El PAI junto a los Socios Técnicos Ejecutores son los encargados de supervisar esta tarea.

Por otra parte, el PAI (MSyD) y los Socios Técnicos Ejecutores realizarán el monitoreo y evaluación a la implementación del proyecto a nivel:

* *Operativo*: en función a los planes operativos anuales, de forma trimestral se realizará el monitoreo de avances (físico – financiero), así como la valoración de los resultados alcanzados de acuerdo a lo programado, identificándose medidas correctivas en caso de desviaciones.
* Estratégico: en función al marco de rendición de cuentas del proyecto, de forma semestral se realizará la evaluación al cumplimiento de metas de coberturas de vacunación y otras de acuerdo a los indicadores de resultados de mediano y largo plazo, identificándose riesgos, acciones de mitigación, y medidas correctivas en caso de desviaciones.

El PAI de los SEDES tienen la responsabilidad de presentar al PAI MSyD reportes trimestrales de avance de la ejecución del Plan Operativo Anual del proyecto. Para esta tarea, el PAI nacional y los Socios Técnicos Ejecutores brindaran la asistencia técnica necesaria a nivel local, y efectuaran el seguimiento a la presentación completa y oportuna de los mismos.

Por otra parte, a fin de involucrar, gestionar la complementación de esfuerzos, la coordinación y la rendición de cuentas con autoridades de los tres niveles de gestión (MSyD, SEDES y Municipios), otros socios (organizaciones de cooperación bilateral, multilateral, ONG´s) en salud, e instituciones públicas (Ministerio de Economía y Finanzas Públicas) se desarrollarán los **Comités de Gestión** a objeto de efectuar el monitoreo de las acciones que se están realizando en el marco del proyecto, la valoración de los resultados alcanzados, en el marco de las metas establecidas en el proyecto, así como, acciones complementarias que se puedan ejecutar con otros proyectos/intervenciones.

De igual forma, durante las reuniones del Grupo Técnico Asesor (GTA) de la OPS/OMS sobre inmunizaciones y enfermedades prevenibles por vacunas en las cuales se comparten los avances del país, se socializará los avances del proyecto, así como sus logros y efectos.

En el marco de la gestión por resultados, se prevé el incentivo a aquellas redes que cumplan de forma completa y oportuna su micro planificación llegando a las metas programadas podrán ampliar sus programaciones con actividades, tareas y presupuesto de acuerdo al análisis de pertinencia de la unidad de gestión del proyecto, por el contrario, aquellas redes que no cumplan de forma reiterativa su micro planificación se reducirá el apoyo brindado por el proyecto.

# SOSTENIBILIDAD

El Estado Plurinacional de Bolivia a través del Ministerio de Salud y Deportes se encuentra comprometido con la vacunación, sobre todo, de aquellas poblaciones vulnerables, como son los niños y niñas del país, una de las pruebas de esto es la garantía de disposición de las vacunas, jeringas e insumos del esquema nacional para todo el territorio nacional. La Ley de Vacunas (2005) ayuda a proteger la estabilidad de la vacunación del país, al garantizar la asignación de presupuesto para la compra de vacunas.

El Programa Ampliado de Inmunización en función a la planificación de largo y mediano plazo del país, y del sector en específico ha formulado su Plan Multianual de Vacunación 2025 “Yo me vacuno por el derecho a la salud y la vida[[15]](#footnote-15)” el cual orienta el accionar del programa en el periodo, y desde su rol rector presenta líneas de acción que son un conjunto de acciones secuenciales que se desarrollan a partir de las características socio territoriales, en función a su contexto institucional, social y cultural.

Bajo este marco, el apoyo de Gavi contribuirá de manera importante al logro de:

* evidenciar los cambios que se alcanzan bajo una intervención focalizada e integral, considerando la realidad local y la participación comunitaria, y la efectividad de las líneas de acción del PAI. Este modelo demostrativo de redes significa que estas serán un ejemplo de servicio de vacunación y de articulación y coordinación a nivel nacional, departamental y municipal para movilizar a la comunidad, organizaciones e instituciones, lo cual, más allá del logro de metas del proyecto proporcionará un valor agregado que será ampliado/replicado en otras redes de acuerdo a los resultados obtenidos, mejores prácticas, desafíos identificados y lecciones aprendidas.
* generar información actualizada a través de estudios lo cual es determinante para orientar/reorientar el accionar del Programa desde lo operativo y estratégico.
* lograr las metas del Plan Multianual, puesto que el proyecto intervendrá en aquellas redes que tienen un importante peso poblacional, y cuyos cambios en coberturas y reducción de niños cero dosis repercutirán en las metas nacionales de vacunación.

La subvención del proyecto vendría a complementar:

* El presupuesto del PAI MSyD asignado por el Tesoro General de la Nación promedio entre el 2021 y 2022 es de Bs. 131.317.108 el mismo que garantiza la disponibilidad de vacunas, insumos y jeringas (excepto COVID-19), su distribución a los 9 departamentos y gastos operativos. Asimismo, el Ministerio de Salud y Deportes financia a 53 profesionales a nivel nacional para apoyo permanente a los SEDES (Brigadas de Especiales de Acción Rápida - BEAR). Desde la asistencia técnica y financiera de organizaciones y gobiernos extranjeros apoya a los niveles subnacionales con la subvención de actividades seleccionadas vinculadas a la vacunación.

* El presupuesto de los gobiernos departamentales y municipales[[16]](#footnote-16) financian el personal de salud de los establecimientos bajo sus jurisdicciones, así como, gastos operativos de funcionamiento de establecimientos y otros, por supuesto, que se tiene brechas de necesidades no cubiertas.

En este sentido, la sostenibilidad del proyecto se define a partir del empoderamiento responsable de los actores de los diferentes niveles de gestión que tienen competencias asignadas en salud, y se presenta desde tres perspectivas:

* **Institucional,** referida a laapropiación de la metodología, los instrumentos desarrollados por el proyecto, la cual está garantizada por el PAI, considerando que el enfoque propuesto desarrolla un modelo demostrativo de intervención, bajo el cual, se pueda evidenciar los cambios que se alcanzan bajo una intervención focalizada e integral, considerando la realidad local y la participación comunitaria, y la efectividad de las líneas de acción del PAI. Este modelo demostrativo de redes significa que las redes seleccionadas serán un ejemplo de servicio de vacunación e intervenciones el cual se espera que sea ampliado/replicado en otras redes de acuerdo a los resultados obtenidos, mejores prácticas, desafíos identificados, lecciones aprendidas.

Las metodologías, lineamientos, instrumentos, y herramientas desarrolladas en el marco del proyecto serán formalizados a través de los instrumentos normativos correspondientes, que permitan que estas acciones se introduzcan dentro del accionar normal del PAI. Asimismo, los estudios e investigaciones que se desarrollen permitirán al PAI retroalimentar su Plan Multianual del PAI, brindando información actualizada y evidencia técnica que permitirá delinear estrategias diferenciadas y caracterizadas por regiones, bajo un contexto nuevo que es el post pandemia de la COVID-19.

Importante resaltar, que las actividades, metodologías e instrumentos generados por el proyecto tengan el espíritu de réplica en el resto de las redes de salud, que en el marco del escalamiento en otros territorios se desarrollen nuevas experiencias.

* **Social** desde la apropiación de la población de las experiencias y herramientas desarrolladas, para lo cual las acciones de movilización y participación comunitaria aportaran para que se genere el interés y demanda para su réplica.
* **Financiera,** la subvención de Gavi será complementada con una contraparte del 10%, esta busca apoyar a la inversión que hace el proyecto, como se especifica en el Sistema Nacional de Inversión Pública, regulado por el Viceministerio de Inversión Pública.

Gobiernos municipales del (10%) del presupuesto de actividades vinculadas a:

* Desplazamiento de brigadas de salud (casa a casa, puestos fijos, reforzamiento de servicios en horarios diferenciados).
* Fortalecimiento de capacidades técnicas del personal de salud relacionados a los servicios de vacunación.
* Fortalecimiento de la calidad de los servicios de vacunación (actividades de supervisión a establecimientos).
* Potenciamiento de la demanda de servicios de vacunación por parte de la población (actividades de comunicación y movilización social)
* Fortalecimiento de la infraestructura tecnológica de servicios de vacunación para dotar de equipos de computación, para aquellos municipios que comprometan la provisión de los servicios de internet.

Gobiernos Departamentales del 10% del presupuesto de actividades de fortalecimiento del equipamiento de la cadena de frío y logística por departamento, así como, para la implementación de espacios (encuentros / cumbres). La gestión de la contraparte por departamento podrá ajustarse con base a la priorización de los equipos, y la disposición de fondos de las gobernaciones.

Para asegurar lo indicado en la sostenibilidad financiera, el PAI buscará establecer compromisos de gestión con los gobiernos autónomos municipales y departamentales, en la perspectiva de buscar incrementar el financiamiento para las intervenciones relacionadas con la vacunación.

Para asegurar la **sostenibilidad** del proyecto en sus diferentes dimensiones, es fundamental generar la apropiación de las intervenciones, por lo que, las acciones que se realizaran en este marco se iniciaran desde el comienzo de la ejecución del proyecto, para lo cual, se formulará un plan específico de actividades y cronograma, en el mismo se identificará actores clave (autoridades, organizaciones y otros) que podrían facilitar el proceso, con los cuales se realizará mayor hincapié en la gestión y abogacía.

El PAI de forma regular realiza **reuniones nacionales de monitoreo y evaluación** con los responsables y equipo técnico del programa a nivel departamental, en este espacio se revisa y analiza el comportamiento de las coberturas vacunales, y valoran los niveles alcanzados, con base a lo cual se realizan compromisos e instruyen acciones. En este espacio también, el PAI nacional comunica y socializa las acciones que se realizan en los diferentes departamentos, por lo que, en este compartirá los avances que se vayan logrando con el proyecto a fin de capitalizar las lecciones aprendidas y analizar su implementación en otras redes que no necesariamente son priorizadas por el proyecto.

Además, como parte de las actividades de la propuesta, se promoverá la participación de la sociedad civil y otros entes institucionales para que implementen la gestión participativa en salud, analizando, reflexionando y proponiendo alternativas para la recuperación de coberturas de vacunación y reducción de niños 0 dosis, a través del desarrollo de acciones de planificación, ejecución-administración y seguimiento-control en establecimientos de salud y municipios.

La participación social juega un papel primordial en el sistema de salud, al poder gestionar la incorporación de recursos en los Planes Operativos Anuales municipales, que serán directamente apoyados por actividades en la propuesta. El mecanismo de Rendición de Cuentas Públicas permite verificar el cumplimiento de los Planes operativos anuales, tanto a nivel nacional como a nivel departamental y municipal. Se constituye en otro elemento que va a apoyar la sostenibilidad, al requerir un continuo análisis de la situación de la vacunación, identificando las barreras en este, y así promoviendo estrategias y acciones continuas que permitan superar las barreras identificadas y también mantener y mejorar los resultados obtenidos, tal como exigir los recursos adicionales para asegurar la continuidad en los logros.

# IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS Y MEDIDAS DE MITIGACIÓN

A continuación, se identifican algunos **riesgos** asociados al proyecto, cuya identificación permite identificar escenarios desfavorables y establecer alternativas de solución como medidas de corrección que ayuden a **mitigar** los posibles riesgos planteados.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tipo de riesgo** | **Riesgo** | **Nivel** | **Medida de Mitigación** |
| Estratégico | Emergencias en salud pública u otras que cambie las prioridades nacionales e internacionales | 1 Alto riesgo  Fuera del control del proyecto | Se recomienda una evaluación de lo logrado al momento, elaboración de informes y rendición de cuentas por lo avanzado hasta el momento de cambio de dirección estratégica. |
| Estratégico | Conflictos político-sociales a nivel nacional y/o subnacional, ya sean estos propios del sector salud o transversales (crisis política nacional) | 1 Alto riesgo  Fuera del control del proyecto | Se recomienda intentar realizar las gestiones de abogacía con autoridades a cargo para intentar continuar con el proyecto |
| Operativo | Cambio permanente de autoridades de salud a nivel subnacional | 2 Moderado riesgo  Bajo control del proyecto | Riesgo manejable por el proyecto a través de la comunicación y reporte oportuno a las nuevas autoridades para evitar retrasos en el cronograma de ejecución. |
| Operativo | Limitaciones presupuestarias/técnicas de los gobiernos nacional y/o subnacionales que impidan cumplir con compromisos de asignación de recursos para la ejecución de actividades del proyecto. | 2 Moderado riesgo  Bajo control del proyecto | Riesgo manejable por el proyecto, a través del seguimiento continuo y comunicación con los municipios, de advertirse la dificultad de asignación de recursos, se identificarán de forma conjunta otro tipo de contraparte que se pueda aportar (contraparte en especie, otras). |
| Operativo | Determinaciones sindicales del gremio de salud afecta la predisposición del personal de salud en el apoyo a actividades del proyecto (atención fuera de horarios, fin de semana) | 2 Moderado riesgo  Bajo control del proyecto | Riesgo manejable por el proyecto, con la gestión oportuna con los sindicatos de salud, de advertirse que es probable que ocurra estas dificultades, identificándose medidas alternativas de restitución de esfuerzos al personal de salud. |
| Operativo | Escasa predisposición de organizaciones sociales/civiles para apoyar al PAI | 1 Bajo riesgo | Riesgo poco probable, en la experiencia del PAI, la predisposición para precautelar la salud de la población y sobre todo de niños siempre está presente. |

A fin de enfrentar los riesgos de forma planificada en cuando a los clasificados como bajo y moderado principalmente, se formulará un plan de abordaje al inicio del proyecto, a fin de determinar el curso de acción.

1. Documento el proceso de revisión y aprobación PAI – MSyD [↑](#footnote-ref-1)
2. Se considera en niveles de control la tendencia a mantenerse igual o descender de los casos de EPV en años consecutivos. [↑](#footnote-ref-2)
3. Encuesta Nacional de Coberturas de Vacunación – ENCOVA [↑](#footnote-ref-3)
4. Sistema de información de consultas externas – SISE; Software de atención primaria -SOAP [↑](#footnote-ref-4)
5. Software de Atención Primaria en Salud SOAPS, Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS) [↑](#footnote-ref-5)
6. Estrategia Vacunacción implementada en el 2022 en 31 municipios seleccionados de 8 departamentos con asistencia técnica y financiera de OPS/OMS y UNICEF. [↑](#footnote-ref-6)
7. Documento el proceso de revisión y aprobación PAI – MSyD [↑](#footnote-ref-7)
8. El Subsistema de Logística del RNVe fue desarrollado en el 2022 y esta en fase de prueba piloto [↑](#footnote-ref-8)
9. Política Salud Familiar Comunitaria Intercultural [↑](#footnote-ref-9)
10. Norma Nacional “Red Municipal de Salud Familiar Comunitaria Intercultural -Red Municipal Safci y Red de Servicios “– Ministerio de Salud y Deportes [RED SAFCI.pdf (minsalud.gob.bo)](https://www.minsalud.gob.bo/images/Documentacion/redes_salud/RED%20SAFCI.pdf#:~:text=La%20Salud%20Familiar%20Comunitaria%20Intercultural%20se%20constituye%20en,de%20salud%20y%20las%20personas%2C%20familias%20y%20comunidades.) [↑](#footnote-ref-10)
11. Región Andina (La Paz, Potosí y Oruro); Región Subandina (Chuquisaca, Cochabamba y Tarija) y Región Llanos (Santa Cruz, Beni y Pando). [↑](#footnote-ref-11)
12. 31 municipios de 8 departamentos [↑](#footnote-ref-12)
13. Proyecciones (2021) del Instituto Nacional de Estadística, 11.841.955 habitantes [↑](#footnote-ref-13)
14. El total de municipios del país son 339, de los cuales con el proyecto se han priorizado redes de 56 municipios, el saldo de municipios sin intervención alcanza a 283. [↑](#footnote-ref-14)
15. Documento el proceso de revisión y aprobación PAI – MSyD [↑](#footnote-ref-15)
16. La Ley de Autonomías, Ley 031, establece las competencias del gobierno central, gobiernos autónomos departamentales, gobiernos autónomos municipales, y gobiernos indígenas originarios campesinos [↑](#footnote-ref-16)