



## PRONUNCIAMIENTO

### **LAS ESTRATEGIAS DE VACUNACIÓN DEBEN ENFOCARSE EN LAS PERSONAS**

Oportunamente, las autoridades del MINSA han advertido sobre el peligro de una tercera ola y los riesgos que enfrentamos ante la presencia y crecimiento del número de casos positivos a la variante Delta del SARS-COVID-2, variante que se caracteriza por ser más contagiosa.

Ante esta situación, URGE revisar la estrategia básica de los programas de inmunizaciones e introducir cambios.

En un Pronunciamento anterior de esta Plataforma <sup>(1)</sup>, señalamos que, en la lucha frontal contra la pandemia, había que “enfocarse en acelerar la vacunación” y sugerimos diversas acciones. En ese sentido, cabe resaltar que el ritmo de vacunación se ha mantenido y que, si bien los vacunatones han mostrado su eficacia, el sistema se basa en una estrategia en que las usuarias y los usuarios se movilizan hacia los vacunatorios. Este modelo ya muestra sus límites.

Es urgente identificar con precisión las dificultades existentes, tanto desde la oferta (disponibilidad de cadena de frío, dificultad geográfica y de acceso en localidades rurales, organización logística de los recursos humanos, etc.) como de la demanda (ubicación y horarios para vacunación, inflexibilidad de sus condiciones laborales, desconfianza, etc.).

La respuesta precisa tiene que ver con sistemas de información e inteligencia sanitaria. El MINSA debe usar la información con que cuenta para realizar este análisis y entender, por ejemplo, las razones detrás de los rezagos. El ministerio puede identificar quiénes son los rezagados (tiene sus DNI y puede realizar encuestas rápidas de muestreo e incluso estrategias de seguimiento y consejería individual), así como los patrones en este grupo, en varias dimensiones: concentración geográfica (identificando si existen dificultades logísticas o de acceso), concentración etaria (identificando rangos de edad desatendidos entre adultos y adultos mayores), y concentración por tipo de vacuna (si la inasistencia coincide en fecha y lugar con la asignación de un tipo específico de vacuna, por ejemplo).

Es urgente tomar decisiones para optimizar el sistema de información en salud y garantizar su incorporación continua a la toma de decisiones. Siendo esto necesario, sobre la marcha y simultáneamente, deben adoptarse medidas que se guíen por el siguiente criterio:

Para acelerar la vacunación es necesario enfocarse en las personas y organizarla con la gente y con los actores claves del territorio.





## PLATAFORMA CIUDADANA PARA LA FORMULACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD Y DERECHOS HUMANOS

Sugerimos:

- Pasar de una planificación territorial a una micro territorial. Usar las plazas, parques, colegios, mercados, locales comunales, paraderos; y adecuar los horarios a la vida de la gente (noches, madrugadas y fines de semana si es necesario). Vayamos a una “vacunación de barrio”.
- Insistir en el imperativo moral y sanitario de proteger a los más vulnerables primero. Entre ellos, los mayores de 40 años con comorbilidades y las gestantes. Incluyamos la vacunación casa por casa y el seguimiento individual, tanto a rezagados como a quienes no asisten a ponerse la segunda dosis.
- Convocar la colaboración de los líderes de la comunidad y los comités comunitarios de salud, a las entidades privadas y de la sociedad civil; asimismo, movilizar a los alcaldes y autoridades locales. La participación de todos es necesaria para complementar el personal del sector salud.
- Ampliar la oferta y usar las oportunidades. No solo es COVID-19. Aprovechar esta movilización de recursos, para cerrar las brechas vacunales de nuestros niños y también de nuestros adultos mayores.
- Alinear los recursos humanos con el enfoque y nuevas actividades señaladas. Hay unos 50 mil profesionales contratados para la emergencia hospitalaria y los vacunatorios, personal que tiene experiencia de intervención en sus territorios, que deben redistribuir sus tareas para interactuar con los servicios del primer nivel de atención. [Presentamos como anexo, iniciativas de ajuste a las estrategias del campo de Recursos Humanos en Salud para mejorar el proceso de vacunación].

Debemos insistir: Una plataforma troncal de sistema de información debe mapear las necesidades de información tanto en los niveles superiores del sistema, como a nivel de gestores locales a través de los distintos niveles de atención. Además de facilitar el diseño de políticas en situaciones como la actual sobre la vacunación, la organización eficiente del sistema permitirá engranar a los gestores locales y el primer nivel en la rectoría del sistema.

Como dejamos constancia en el Pronunciamiento que hemos recordado al inicio, la lucha frontal contra la pandemia no puede ser ajena a la prioridad que debe otorgársele al primer nivel de atención (centrado en la persona, la familia y la comunidad), como un componente básico de la Atención Primaria de Salud; ni a los primeros pasos hacia un sistema nacional integrado de salud, que contemplen un sistema de información y gestión electrónica interoperable de los sistemas de salud.

Lima, 04 de septiembre del 2021

---

(1) “Sugerencias para los primeros cien días”, 17JUL21.

## ANEXO

### **Propuestas de ajustes a las estrategias en el campo de Recursos Humanos en Salud, para mejorar el proceso de vacunación**

El gobierno ha planteado algunos puntos importantes dentro de la agenda de salud pública para la atención de la pandemia. Uno de ellos es la vacunación.

± Aquí algunas ideas para la mejora de este proceso:

Propuestas de cambio de estrategia para mejorar el proceso de vacunación	Objetivo en el campo de los RHUS	Problema del campo de los RHUS que pueden bloquear el objetivo planteado	Estrategias de ajustes a estrategias en el campo de los RHUS
Ir a la gente a vacunarla y no esperar que venga a vacunarse.		Contratos CAS COVID > concentrados en el nivel hospitalario	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Programa integral de mejora de la disponibilidad de los RHUS en el 1er nivel de atención, el que debe incluir:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Marco regulatorio para nuevas contrataciones en el 1er nivel de atención.</li> <li>b. Incentivos pecuniarios que incentiven contratos en el 1er nivel de atención (escala salarial diferenciada en función de prioridades).</li> <li>c. Incentivos no pecuniarios para hacer más “apetecible” y favorezca el retorno al trabajo presencial en el 1er nivel de atención.</li> <li>d. Constitución de 5 mil equipos multidisciplinarios para impulsar la implementación de las RIS.</li> </ol> </li> </ol>
Gestión micro territorial (de los megaconciertos o vacunatones a los tonitos barriales de vacunación)	Ampliar la disponibilidad de RHUS con competencias idóneas para el cuidado y la atención de salud en el primer nivel de atención	RHUS pre COVID (NOMBRADOS y contratados CAS “regulares e incluso locadores “antiguos” ) en > número en el nivel hospitalario y con un número importante en trabajo remoto.	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Incorporación progresiva de los RHUS pre COVID, en el proceso de vacunación y expansión de voluntarios (agentes comunitarios, internos, etc.)</li> </ol>
Ampliar la atención en centros de vacunación a otras vacunas y otras atenciones.		Creación de un “sistema de vacunación” desarticulado de los servicios de salud (la vacunación reposa sobre los nuevos contratos desarticulados de los RHUS pre COVID)	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Programa de capacitación intensiva, por equipos multidisciplinarios, descentralizada, con enfoque de la pedagogía de la problematización y en aspectos críticos para mejorar la nueva estrategia de intervención.</li> </ol>
Promover de manera intensiva la participación comunitaria		Competencias de los RHUS para trabajar en el primer nivel de atención con enfoque de APS, lo que incluye al trabajo familiar y comunitario, así como el abordaje del entorno y los determinantes sociales.	