



## Eliminar los retrasos en inmunización y reconstruir mejor después de la COVID-19: 10 conclusiones clave del taller Linked Asia Pacific

### EL INTERCAMBIO DE APRENDIZAJE

La Red Linked de acciones para inmunización dio la bienvenida a profesionales de la inmunización de 7 países de la región de Asia Pacífico y a expertos técnicos mundiales y regionales para un taller centrado en «Eliminar los retrasos en la inmunización y reconstruir mejor a raíz de la COVID-19». Dirigido por el Institute for Health Policy (IHP) y realizado en Negombo, Sri Lanka, el objetivo del taller fue comprender mejor las experiencias de los países durante la pandemia de la COVID-19, explorar estrategias que funcionaron bien para mantener y restaurar la cobertura de inmunización durante y después de los picos pandémicos, e identificar las mejores prácticas para fortalecer los programas de inmunización a raíz de la pandemia. Participaron equipos gubernamentales de países de **Bután, Indonesia, Sri Lanka y Vietnam**, junto con representantes nacionales de **India, Pakistán y Filipinas**, y expertos de organizaciones académicas y asociadas, incluidos CHAI, Gavi, Jhpiego, JSI, PATH, Results for Development, Sydney School of Public Health y la Oficina Regional de UNICEF para Asia Meridional.

#### Conclusiones clave: Estrategias para mitigar el impacto de la pandemia

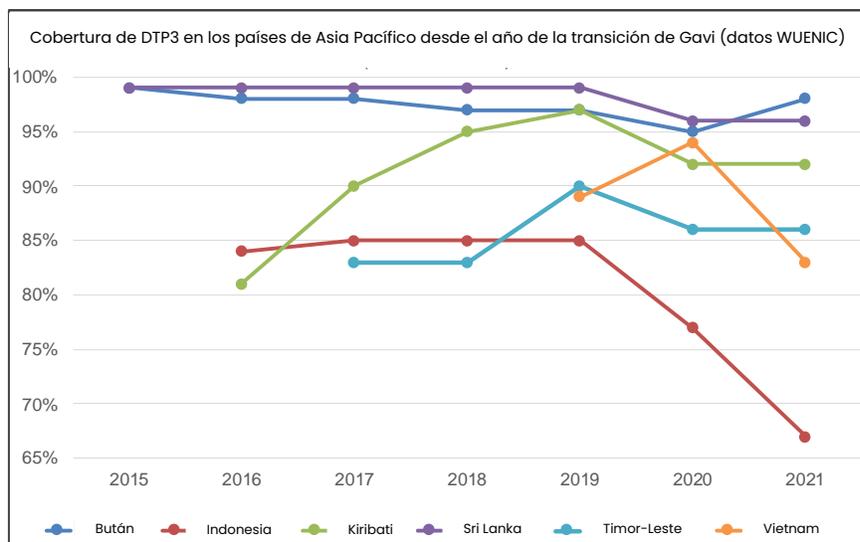
1. Las estrategias para abordar las interrupciones en la prestación de servicios incluyeron otorgar un estatus excepcional a ciertas poblaciones para permitir el acceso a los servicios, ampliar el horario de las clínicas de vacunación, modificar los puntos de prestación de servicios para incluir sitios de atención curativa y otros sitios de vacunación no tradicionales, e integrar la inmunización de rutina con las sesiones de vacunación contra la COVID-19.
2. Las estrategias para abordar los desafíos de recursos humanos incluyeron proporcionar capacidad de emergencia al involucrar a trabajadores de la salud y estudiantes de medicina jubilados, profesionales de la salud aliados, socorristas y militares. La escasez de trabajadores de la salud también se abordó mediante el mapeo y la asignación de trabajadores de la salud según las necesidades geográficas. Para abordar el agotamiento, los países ofrecieron incentivos financieros y no financieros para motivar y retener a los trabajadores de la salud.
3. Las estrategias para abordar la disponibilidad y la calidad de los datos incluyeron aprovechar los sólidos sistemas existentes o crear nuevos sistemas (es decir, registros electrónicos de inmunización) para la vacunación contra la COVID-19, o confiar en enfoques estándar de monitoreo y supervisión de datos.
4. Las estrategias para abordar las percepciones negativas de la comunidad sobre la inmunización incluyeron la realización de campañas de información, educación y comunicación (IEC), la organización de reuniones de promoción para abordar los factores clave de la vacilación y el rechazo a la vacunación, y la oferta de incentivos financieros a la comunidad para buscar servicios de vacunación.

## Conclusiones clave: Estrategias para eliminar los retrasos en la inmunización y reconstruir mejor

5. Es probable que los países necesiten emplear una variedad de métodos para restaurar de manera efectiva los servicios de inmunización de rutina para ponerse al día con los niños perdidos.
6. Los enfoques clave de prestación de servicios para eliminar los retrasos en la inmunización incluyen principalmente la intensificación periódica de la inmunización de rutina (PIRI), las actividades de inmunización suplementarias (SIA) y las campañas de inmunización de recuperación.
7. En muchos países, la magnitud del trabajo atrasado y el enfoque de recuperación se han basado en su solidez en la planificación y el mantenimiento y las estrategias de mitigación.
8. La pandemia puso de relieve la importancia de generar confianza en la inmunización. Abordar las dudas sobre las vacunas puede tomar la forma de la transmisión continua y persistente de mensajes de inmunización correctos para aumentar el conocimiento de la comunidad y el comportamiento de búsqueda de salud. Involucrar a partes interesadas respetadas, como líderes religiosos y otros líderes comunitarios clave, puede ayudar a generar confianza, lo que puede ser crucial para la aceptación de la vacuna.
9. Los desafíos operativos que enfrentaron muchos países al implementar la vacunación contra la COVID-19 podrían haberse abordado más fácilmente si hubieran tenido un registro de vacunación electrónico existente, que muchos países ahora están motivados para construir.
10. Dado que los países tienen como objetivo reconstruir mejor, deben emplear medidas para fortalecer la inmunización de rutina (incluso aprovechando la integración de la COVID-19), abordar las oportunidades perdidas de vacunación y llegar a los niños con dosis cero y con inmunización insuficiente.

## INTRODUCCIÓN

Durante los primeros dos años de la pandemia de la COVID-19, la vacunación de rutina se vio gravemente afectada en muchos países. Las interrupciones en los servicios de inmunización de rutina dieron como resultado que aproximadamente 25 millones de niños se quedarán sin vacunas básicas en todo el mundo solo en 2021 (WUENIC,



2022), y contribuyeron a los brotes de otras enfermedades prevenibles por vacunación, como el sarampión y la poliomielitis.

Las disminuciones en la cobertura se debieron a una variedad de factores, entre ellos, el impacto de los cierres, las restricciones de viaje, los efectos de la enfermedad y los deberes de la COVID-19 en la disponibilidad de los trabajadores de la salud, la introducción de medidas de control de infecciones que retrasaron la prestación de servicios, los temores del público sobre asistir a los centros de salud, entre otros. En consecuencia, los servicios de inmunización de rutina se interrumpieron o retrasaron en muchos países, lo que ocasionó retrasos en la inmunización.

Aunque muchos de las razones de estas disminuciones en la cobertura se han reducido significativamente a medida que el mundo aprende a vivir con la COVID-19, los niveles de cobertura de inmunización continúan viéndose afectados negativamente en muchos países, incluidos los países de ingresos medios que han dejado de recibir el apoyo de Gavi. Las estimaciones recientes de la OMS/UNICEF sobre la cobertura de inmunización (WUENIC, 2022) destacan estas disminuciones de 2019 a 2021, especialmente severas en dos países de la antigua Gavi en la región de Asia Pacífico: Indonesia y Vietnam (ver gráfico).

Se ha publicado poco sobre lo que los países realmente experimentaron durante la pandemia desde su perspectiva, por ejemplo, cómo y por qué vías la COVID-19 causó retrasos en la inmunización. Los países han intentado una variedad de medidas para mitigar el impacto de la pandemia y eliminar los retrasos, pero muchas de las estrategias, lecciones aprendidas y mejores prácticas aún no se han compartido. El taller de Linked fue diseñado para facilitar el intercambio de experiencias de los países para identificar prácticas prometedoras para eliminar los retrasos en la inmunización y fortalecer los programas de inmunización para resistir mejor las interrupciones del sistema de salud en el futuro.

## **COMPRESIÓN DE LA COBERTURA DE INMUNIZACIÓN DURANTE LA PANDEMIA**

Durante el taller, los equipos gubernamentales de los países reflexionaron sobre los principales factores de estrés que interrumpieron los servicios de inmunización de rutina y contribuyeron a los retrasos en la inmunización durante las diferentes fases de la pandemia. Si bien hubo variabilidad, los factores estresantes más comunes entre los países se encuentran a continuación.

## Factores de estrés del sistema primario de salud

Interrupciones en la prestación de servicios	Las restricciones de movimiento eran comunes, como confinamientos, cierres de fronteras, restricciones de viaje, cierre de escuelas y medidas de distanciamiento social. Estas restricciones impidieron que los trabajadores de la salud (TS) brindaran servicios y que los solicitantes de atención médica los recibieran, y también provocaron escasez de suministros y demoras debido a interrupciones en las cadenas de suministro globales.
Desafíos de recursos humanos	Muchos países experimentaron escasez de trabajadores sanitarios debido a la gran cantidad desplegada para la respuesta a la COVID-19, que a menudo se redujo aún más por enfermedades o medidas de prevención de enfermedades. Muchos trabajadores sanitarios soportaron el trabajo en entornos estresantes y de alto riesgo debido a las largas horas y al acceso a equipo de protección personal (EPP) limitado. El agotamiento de trabajadores sanitarios era común y los programas de inmunización tenían dificultades para administrar y retener al personal adecuado.
Disponibilidad y calidad de datos	El seguimiento y la gestión eficientes del suministro y la entrega de vacunas fue un desafío para muchos países. Esto contribuyó a la escasez y el desperdicio de vacunas, la asignación inadecuada de recursos limitados y el aumento de los costos operativos en general. Pocos países habían adoptado o tomado medidas iniciales para establecer registros electrónicos de vacunación (EIR) antes de la pandemia. Esta fue una desventaja significativa tanto para la COVID-19 como para la planificación e implementación del programa de inmunización de rutina.
Percepciones de la comunidad	Si bien el miedo a la exposición a la COVID-19 impidió que muchos solicitantes de servicios de salud visitaran las clínicas para recibir las vacunas esenciales, las percepciones negativas de la vacuna contra la COVID-19 debido al miedo a los eventos adversos posteriores a la inmunización (AEFI), la falta de confianza en el sistema de salud, las creencias religiosas/culturales o la información errónea contribuyeron a la vacilación y el rechazo a la vacuna. Esta reticencia a la vacuna contra la COVID-19 también tuvo implicaciones para la aceptabilidad de los servicios de inmunización de rutina.

### Impacto desproporcionado de las interrupciones

Las interrupciones en la prestación de servicios de inmunización de rutina afectaron a algunas poblaciones más que a otras. En Bután, Indonesia y Vietnam, las personas que vivían en áreas urbanas se vieron más afectadas que las que vivían en áreas rurales. Por ejemplo, en Vietnam, la mayor densidad de población en las zonas urbanas contribuyó a la propagación de la COVID-19, lo que generó desafíos en la prestación de servicios y los recursos humanos. Es posible que las interrupciones del servicio no hayan sido tan graves para las personas con mayores ingresos, ya que era más probable que llevaran a sus hijos al sector privado para recibir las vacunas.

### ESTRATEGIAS CLAVE DE MITIGACIÓN

Los países emplearon una variedad de enfoques para abordar los factores de estrés del sistema de salud, con diversos grados de éxito. El intercambio entre países en el taller dejó en claro que, cuando se trata de estrategias de mitigación, no hay una solución que sirva para todos los casos. Sin embargo, hubo muchos puntos en común entre los países en las estrategias de mitigación que utilizaron. Los enfoques seleccionados se resumen a continuación.

## Abordar la interrupción de la prestación de servicios

**Otorgamiento de un estatus excepcional a madres e hijos:** Bután, Filipinas y Sri Lanka instituyeron pautas especiales para permitir que las madres y los niños accedan a los servicios esenciales de salud materno-infantil (SMI) durante los cierres. Por ejemplo, Bután permitió un "Pass" del Manual MCH: tarjetas MCH que permiten el movimiento de las madres durante el confinamiento. En Filipinas, las mujeres con tarjetas de vacunas también fueron tratadas como excepcionales, e incluso fueron acompañadas por trabajadores de la salud para acceder a los servicios.

**Llegar a los difíciles de alcanzar:** Bután amplió los servicios a través de clínicas de vacunación móviles en las que las camionetas brindaban servicios puerta a puerta para las poblaciones discapacitadas. Pakistán también participó en un enfoque de puerta en puerta a través de sesiones de divulgación para llegar a los niños con dosis cero.

**Modificación de puntos de prestación de servicios:** Algunos países, como Pakistán, Sri Lanka y Vietnam, permitieron la vacunación en los centros de atención curativa (que también administran la dosis al nacer) además de las clínicas de rutina. Los países también ampliaron los servicios utilizando sitios de vacunación masiva, templos, centros de bienestar y juveniles, etc.

**Diseño de una respuesta multisectorial:** Muchos países involucraron al sector privado en la entrega de vacunas, como Indonesia, Sri Lanka y Vietnam.

**Ampliación del horario de atención:** Los países experimentaron con la extensión de las horas de servicio. Por ejemplo, Sri Lanka amplió el horario de atención de las clínicas de vacunación mediante un sistema de citas. Filipinas empleó una política que «todos los días es un día de inmunización».

**Acelerar la inmunización escolar:** Sri Lanka no pudo entregar vacunas a través de su programa escolar durante los confinamientos prolongados, por lo que pasó a vacunar a los niños en edad escolar en las clínicas y hospitales locales para evitar que se produjeran grandes retrasos.





### **Integración de la inmunización de rutina con otros**

**servicios:** Algunos países mejoraron la accesibilidad de los servicios al integrar la inmunización de rutina (RI) con las sesiones de vacunación contra la COVID-19. Sri Lanka se basó en este enfoque particularmente durante las campañas de refuerzo. Filipinas también puso a disposición las vacunas de RI y contra la COVID-19 en los mismos sitios. Para las visitas de divulgación, los trabajadores sanitarios de Indonesia administraron ambas vacunas, utilizando una caja portadora de vacunas para RI y otra contra la COVID-19. Los países también integraron la RI con otros servicios, como Sri Lanka, donde RI y otros servicios de SMI se prestaron conjuntamente durante clínicas sincrónicas.

### **Ajustar los enfoques en función de la gravedad**

**geográfica:** Bután implementó un sistema de zonificación con límite de tiempo para la prestación de servicios específicos durante los cierres y las restricciones de viaje. Ciertos estados indios también usaron un sistema zonal de semáforo para dirigirse a la población en función de las tasas de positividad por geografía. La zonificación también se utilizó en Filipinas para designar áreas densamente pobladas como de bajo o alto riesgo.

### **Abordar los desafíos de recursos humanos**

**Proporcionar capacidad de sobretensión:** En respuesta a la escasez de trabajadores sanitarios, Bután [proporcionó capacidad de aumento](#) al involucrar a los trabajadores sanitarios de las aldeas, trabajadores sanitarios jubilados y en formación, y socorristas especialmente capacitados (por ejemplo, bomberos) llamados *Desuups*. Indonesia, Sri Lanka y Vietnam ampliaron su fuerza laboral de salud al [movilizar al ejército](#) para apoyar la respuesta contra la COVID-19 y los servicios continuos de vacunación. Filipinas confió en profesionales sanitarios aliados para apoyar el programa de inmunización.

**Implementación de trabajadores sanitarios en función de las necesidades:** Bután también lanzó un modelo de centro regional de recursos humanos para mapear los trabajadores sanitarios y asignar recursos humanos en función de la escasez.

**Ofrecimiento de incentivos:** Bután [utilizó incentivos](#) para motivar y retener a los trabajadores sanitarios, incluida la oferta de un subsidio de subsistencia diaria (DSA), refrigerios, cupones móviles y oportunidades de capacitación avanzada. Los incentivos también fueron una parte importante de la participación de los trabajadores sanitarios en Filipinas, con apoyo de transporte ofrecido a los trabajadores sanitarios para enumerar, identificar y convencer a las personas para que se vacunen. Vietnam brindó pequeños incentivos de gobiernos locales o apoyo internacional a los trabajadores sanitarios selectos como recompensa por el trabajo adicional. También se utilizaron incentivos no monetarios, por ejemplo, en Sri Lanka, donde se usaron publicaciones de Facebook y letreros y pinturas a lo largo de la carretera para motivar a los trabajadores sanitarios.

## Abordar la disponibilidad y la calidad de los datos

**Aprovechamiento de los sistemas existentes:** Durante la pandemia, Vietnam pudo clonar su [EIR preexistente para la inmunización de rutina](#), el Sistema Nacional de Información de Inmunización (NIIS), para rastrear y administrar las vacunas contra la COVID-19. Escalar el NIIS para integrar las vacunas contra la COVID-19 fue un desafío porque en ese momento, la plataforma sólo incluía a niños menores de 5 años y no podía cubrir a toda la población. El país está en proceso de integración de plataformas para que el NIIS sea un EIR completamente funcional.

**Construcción de nuevos sistemas:** Bután, que anteriormente utilizaba un sistema en papel y otras plataformas digitales para rastrear las vacunas, estableció un registro de COVID-19, el Sistema de Vacunas de Bután, durante la pandemia. Diferentes módulos permiten que el proveedor registre las dosis de vacunas y el proveedor/autoinforme de AEFI, mientras que una aplicación móvil brinda a las personas acceso a su historial de vacunación. En el futuro, Bután planea incorporar vacunas de rutina en el sistema e integrar el registro con otros sistemas globales, como DHIS2 y epi GPS tracker.

**Confianza en los enfoques de monitoreo existentes:** Otros países confiaron en sus enfoques existentes para la gestión de datos, como en Sri Lanka, donde los retrasos se identificaron y gestionaron a través de monitoreo y supervisión continuos de la cobertura administrativa y los datos excedentes del EPI. Además, un buen mantenimiento de los registros de nacimiento ayudó a identificar a los niños perdidos durante los valles pandémicos.

## Abordar las percepciones de la comunidad

**Abordar la reticencia a las vacunas:** La reticencia a la vacunación fue baja en la mayoría de los países que asistieron al taller. Sin embargo, en Indonesia, las percepciones de la comunidad jugaron un papel importante en las interrupciones de la inmunización de rutina. En una encuesta de 2020 realizada por el Ministerio de Salud y UNICEF, [68,5 % de los encuestados](#) señalaron que tenían miedo de contraer la COVID-19 durante la vacunación, mientras que el 31,5 % de los encuestados mencionaron algún otro motivo de indecisión. Para abordar esta percepción de la comunidad, el país elaboró lineamientos técnicos adicionales para servicios de inmunización seguros durante la COVID-19, junto con un curso de actualización de inmunización para trabajadores sanitarios y una campaña de información, educación y comunicación (IEC). También programaron reuniones de defensa para abordar los factores clave de las dudas y el rechazo a la vacuna, principalmente la seguridad, el miedo a las inyecciones múltiples y si la vacuna era halal/haram, y ofrecieron diferentes marcas de vacunas contra la COVID-19 para aumentar la aceptabilidad.

**Abogar por la inmunización:** Si bien las percepciones de la comunidad fueron un desafío menor en Bután, el país involucró a los líderes de las aldeas y otras partes interesadas clave (es decir, trabajadores de salud de las aldeas, *Gups* y *Tshokpas*) para abogar por la importancia de la inmunización para las comunidades.

**Ofrecimiento de incentivos:** Algunos países ofrecieron incentivos a la comunidad como una forma de fomentar la vacunación. Por ejemplo, Filipinas ofreció apoyo de transporte a madres y cuidadores para buscar servicios de vacunación, especialmente para poblaciones geográficamente aisladas.

## CONCLUSIONES CLAVE PARA ELIMINAR LOS RETRASOS Y RECONSTRUIR MEJOR

Los países están trabajando arduamente para eliminar los retrasos en la inmunización mientras continúan brindando inmunización de rutina. En el taller, los equipos de los países compartieron los enfoques que están tomando para eliminar los atrasos acumulados, principalmente la intensificación periódica de la inmunización de rutina (PIRI), las actividades de inmunización suplementarias (SIA) y las campañas de inmunización de actualización. También compartieron cómo están reconstruyendo mejor, incluidas medidas para fortalecer RI, [aprovechar la integración de la COVID-19](#) para mejorar RI, abordar [oportunidades perdidas de vacunación](#) y [llegar a los niños con dosis cero y con inmunización insuficiente](#).

### **Restauración de los servicios de inmunización de rutina para ponerse al día con los niños no vacunados**

Es probable que los países necesiten emplear una variedad de métodos para restaurar de manera efectiva los servicios de inmunización de rutina para ponerse al día con los niños perdidos. En muchos países, la frecuencia y el enfoque de la puesta al día se han basado en lo bien que planificaron, es decir, cuántas rondas de PIRI y divulgación pudieron hacer durante la pandemia. Bután y Sri Lanka, por ejemplo, pudieron evitar que se presentaran grandes retrasos gracias a estrategias exitosas de mantenimiento y mitigación.

Centrados en restaurar los servicios, la mayoría de los países confían en una combinación de SIA y campañas de inmunización de recuperación. En Indonesia, esto incluyó la iniciativa del Mes Nacional de Inmunización Infantil (BIAN, por sus siglas en inglés) con SIA que proporcionaron una dosis de la vacuna contra el sarampión y la rubéola para niños menores de 15 años, y campañas de actualización para la inmunización de rutina, principalmente la vacuna contra la poliomielitis para niños menores de 5 años. Otros países, como Vietnam y Filipinas, están empleando una combinación de SIA, campañas de recuperación y actividades de inmunización de barrido para abordar los retrasos. La confianza en PIRI en algunos estados de la India tomó la forma de un enfoque combinado, utilizando campañas y métodos de RI según las necesidades de los diferentes distritos.

### **Fortalecimiento de las capacidades institucionales para planificar y ejecutar programas de inmunización sostenidos y equitativos, como plataforma para una prestación más amplia de APS**

Una de las conclusiones más destacadas del taller fue la importancia de contar con una infraestructura de salud pública bien establecida y probada con la prestación integrada de servicios de salud pública en todos los niveles, ya que a los sistemas de salud más fuertes les fue mejor durante la pandemia. Sri Lanka se benefició de un sistema de salud sólido e integrado antes de la pandemia, que demostró ser más resistente a los factores estresantes de la COVID-19 y permitió que el país mantuviera la mayoría de las actividades del programa EPI durante los picos de la pandemia. Algunos de los factores facilitadores clave incluyeron la existencia de una infraestructura de salud pública bien establecida, la [integración del programa de inmunización en el sistema más amplio de prestación de servicios de APS](#), un mecanismo incorporado de monitoreo y evaluación de rutina para el programa EPI, y la disponibilidad de un sistema gratuito de prestación de servicios de salud. Otros factores contribuyentes incluyen un programa de salud escolar bien organizado y una sólida asociación entre los sectores de la salud y la educación.

Otra conclusión fue el énfasis en confiar en enfoques probados y verdaderos en lugar de reinventar la rueda con nuevas innovaciones, esencialmente haciendo bien los procesos existentes. Se habló sobre la importancia de fortalecer las capacidades institucionales para la enumeración de la población, la coordinación entre los proveedores, la microplanificación integral, la prestación eficaz de servicios aprovechando los enfoques conocidos y los sistemas de monitoreo. Además, no se puede exagerar la importancia de las buenas prácticas de gestión, como la supervisión de apoyo.

### ***Aumento de la demanda y la confianza de la comunidad en las vacunas y los servicios de inmunización, incluso entre las comunidades con niños que no recibieron las inmunizaciones de rutina***

La pandemia destacó la importancia de generar confianza tanto en los servicios de inmunización como en el sistema de salud en su conjunto. Este fue un problema en los países de ingresos altos, bajos y medios por igual, con problemas de confianza que varían entre culturas, poblaciones y niveles socioeconómicos. Como se señaló anteriormente, las dudas sobre las vacunas fue un gran problema en Indonesia, y la transmisión continua y persistente de mensajes correctos de inmunización del país para aumentar el conocimiento de la comunidad y el comportamiento de búsqueda de la salud fue especialmente útil. Indonesia también involucró a líderes religiosos y otros líderes comunitarios clave para ayudar a generar confianza, lo cual fue crucial para la aceptación. Sri Lanka es un buen ejemplo de cómo la poca reticencia a vacunarse y la alta confianza en los servicios de EPI previnieron los efectos más severos de la recaída.

### ***Garantizar la disponibilidad de datos oportunos y de alta calidad***

Las dificultades operativas a las que se enfrentaron muchos países en el despliegue de la vacunación COVID-19 podrían haberse superado más fácilmente si hubieran contado con un RIE. La capacidad de Vietnam de clonar su EIR para rastrear y administrar la vacunación contra la COVID-19 ejemplifica los beneficios y, a través de este proceso, el gobierno también pudo generar más apoyo para los sistemas electrónicos en su conjunto. Las partes interesadas en inmunización vieron de primera mano que la plataforma era fácil de usar, podía reducir la carga de trabajo y generar informes rápidamente. Esto también tuvo implicaciones más amplias para la aceptabilidad de otras estrategias de salud digital.

Los recursos del taller, y todas las presentaciones y los carteles de los países, están disponibles en:

[www.linkedimmunisation.org/resources/linked-workshop-clearing-immunisation-backlogs-and-building-back-better-in-the-wake-of-covid-19](https://www.linkedimmunisation.org/resources/linked-workshop-clearing-immunisation-backlogs-and-building-back-better-in-the-wake-of-covid-19).