

T154
0983
2000



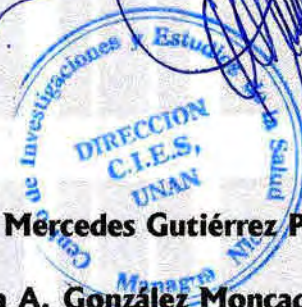
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PUBLICA DE NICARAGUA



Tesis para optar al Título de Maestra en Salud Pública

“ Características Gerenciales de los Responsables del Programa Ampliado de Inmunización en los SILAIS de Chinandega y Matagalpa en el período de Agosto a Diciembre de 1,999 ”

Yadira Mercedes Gutiérrez Pérez



Autora: Dra. Yadira Mercedes Gutiérrez Pérez

Tutora: Dra. Martha A. González Moncada

Shirley Lila Pastora S. -

Martha A. González Moncada

Noviembre, 2000

Dedicatoria

Mamá, recuerdas que hace cuatro años te dedique nuestro primer triunfo de mi formación profesional, hoy nuevamente es para Ti ese honor...

Gracias infinitas por tu confianza, entereza y motivación...

Festejemos este segundo peldaño, de este sacrificado mundo laboral, esperando no sea el último reto, que nos propongamos...

Tu hija,

Yadira Mercedes

Agradecimientos

Con mucho cariño a mi Tutora **Doctora Martha Azucena González Moncada**, por su apoyo técnico y bibliográfico en el desarrollo de este estudio.

Al **Proyecto Impacto de las Reformas del Sector Salud en Programas Esenciales: TB-Malaria-PAI, INCO-UE**, por darme la oportunidad de participar en esta investigación.

Con cariño y gratitud a la **Licenciada Alma Lila Pastrora Zeuli**, por sus orientaciones en los aspectos metodológicos del estudio, garantizando su rigor científico.

A mi **amigo Alvaro José Altamirano Tórres**, que fue mi apoyo e incentivo en la culminación y defensa de esta investigación.

A todos **mis queridos Maestros** del Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud, por la entrega de enriquecedores conocimientos y pasos formadores en mi vida profesional.

Gracias...

Consideraciones de la Tutora

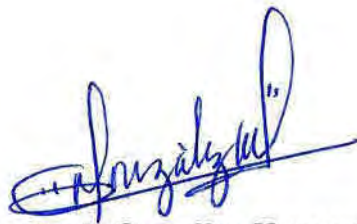
El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), es una de las intervenciones programáticas de mayor relevancia social y del sector salud.

El trabajo gerencial del PAI, es más eficiente en la medida que los recursos humanos encargados de la conducción, tengan características que permitan potenciar la capacidad de desarrollar los procesos gerenciales de tan importante programa.

Esta tesis presenta un modelo de estudio, para la caracterización de los recursos humanos gerenciales y específicamente para el PAI.

Estamos seguros que los resultados serán de utilidad para el fortalecimiento gerencial del mismo.

Además, este trabajo de investigación, también muestra la interacción de proyectos institucionales y el aporte de las Investigaciones Académicas a los proyectos de investigación del Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud (CIES).



Dra. Martha A. González Moncada

Tutora

Presentación

El presente estudio tiene como objetivo principal Identificar las Características Gerenciales de los trabajadores de la salud que dirigen el Programa Ampliado de Inmunizaciones en los SILAIS de Chinandega y Matagalpa.

Es un estudio de tipo de descriptivo y de corte transversal. El tamaño de la de muestra correspondió al total de gerentes de programa de los municipios de ambos SILAIS. A los cuales se les aplico un cuestionario de preguntas estructuradas con las variables de la investigación.

Los resultados encontrados, nos llevaron a las siguientes conclusiones:

- ▼ Que el gerente exitoso se desarrolla con el enfoque de aprender haciendo en relación a los contenidos gerenciales de su puesto en la organización, al reflexionar sobre lo actuado para decidir la mejor actuación futura, al evaluar críticamente casos que tienen un efecto de demostración de su que hacer para validar innovaciones, y con el esfuerzo sistemático del estudio para conocer las tendencias del desarrollo gerencial.
- ▼ Estas tres vías constituyen modalidades viables para superar el empirismo, la improvisación y la obsolescencia que son comunes en los sistemas de salud del país.
- ▼ Una vez identificados los requerimientos de habilidades, conocimientos y actitudes que plantean las funciones gerenciales determinadas por niveles, se tiene el parámetro frente al cual se pueden detectar las deficiencias actuales y en proyección futura de capacitación gerencial de las personas que laboran en las instituciones de salud.

Indice

	Página
I. Introducción	1
II. Planteamiento del Problema	3
III. Antecedentes	4
IV. Justificación	10
V. Objetivos	11
VI. Marco Referencial	12
VII. Diseño Metodológico	30
VIII. Resultados	40
IX. Discusión	45
X. Conclusiones	49
XI. Recomendaciones	50
XII. Referencias Bibliográficas	51
XIII. Anexos	55

I. Introducción

La mayoría de los países del Mundo se han comprometido a aplicar el Programa Ampliado de Inmunización (PAI), compartiendo dentro de sus principios básicos de la concentración de actividades de inmunización en dos grupos objetivos relativamente pequeños; los niños menores de un año y las mujeres embarazadas.¹

El Programa de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles de Nicaragua cumple con los mismos objetivos planteados a nivel mundial, como son reducir los daños que están causando a la salud, aplicando vacunas y desarrollando otras acciones dirigidas a este mismo fin que realizan en los servicios de salud y en la comunidad.

En el programa se han determinado necesidades prioritarias y estratégicas para enfrentarlos, por lo cual seis enfermedades tienen la máxima prioridad : Poliomielitis, Sarampión, Tosferina (Pertrussis), Tétanos, Difteria y Tuberculosis. Estando incluidas a nivel mundial en el Programa Ampliado de Inmunización (PAI), las vacunas se administren en su totalidad a la población en una edad oportuna.² En 1998 se incluye al esquema nacional, la vacuna triple viral (Sarempión, Rubéola y Parotiditis) y la vacuna pentavalente (Difteria, Pertrussis, Tétano (DPT), Haemofilus Influenzae tipo B y Hepatitis B), en 1999.³

Acorde al proceso de descentralización y reformas del sector salud, los programas preventivos de salud pública están llegando a ser interdependientes, compartiendo información, datos técnicos y resultados analíticos de sus programas.

¹ OPS. Avances recientes en inmunización. 1983

² MINSA. Manual Operativo del Programa Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. 1990

³ OPS. Reunión de Evaluación de la Cooperación Técnica OPS/OMS en Nicaragua. 1998

El Programa Ampliado de Inmunización (PAI), es considerado como una prioridad dentro del Sistema Nacional de Salud de Nicaragua, por lo que es objetivo de un seguimiento permanente por parte de las autoridades nacionales, tanto en los avances en el nivel nacional, como en cada uno de los SILAIS.

Para el desarrollo de las actividades de vacunación, todas las unidades de salud cuentan con la infraestructura y personal capacitado en los distintos componentes del PAI, que asegura la aplicación de vacunas de calidad en condiciones de seguridad.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha acompañado al Programa Nacional desde sus inicios, apoyando los componentes principales, es decir, la adquisición y distribución de biológicos, cadena de frío, capacitación del personal, la ejecución de actividades de vacunación, el desarrollo y operación de sistemas de vigilancia epidemiológica e información específica, la supervisión y evaluación de actividades y la investigación aplicada.⁴

Sin embargo, la constante rotación de los recursos y las múltiples funciones que desarrollan los jefes del PAI, muestran la necesidad de conocer con mayor profundidad las cualidades que dichos gerentes aplican en el desarrollo e implementación de las diferentes acciones del programa.

Por lo que este estudio identificó las Características Gerenciales de los jefes de programas en las unidades operativas de los SILAIS de Chinandega y Matagalpa, definiendo logros y limitaciones para lograr una mejor gestión.

⁴ OPS. Reunión de evaluación de la cooperación técnica OPS/OMS en Nicaragua.1999

II. Planteamiento del Problema

Para el problema de estudio abordado se plantearon las siguientes preguntas:

- ¿Conocen los jefes del Programa Ampliado de Inmunizaciones, cuál es su espacio población objetivo?
- ¿Cuáles son las características gerenciales que predominan en las áreas de planeación, ejecución y control del Programa?

III. Antecedentes

En 1974, año del lanzamiento del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) en las Américas por la OMS, menos del 5% de los niños del Mundo estaban vacunados en su primer año de vida contra las seis enfermedades incluidas inicialmente en el Programa (Difteria, Pertussis o Tos ferina, Poliomiélitis, Tuberculosis y Sarampión).

En 1990 y de nuevo en los años más recientes (después de un ligero descenso transitorio de la cobertura), casi el 80% de los 130 millones de niños nacidos anualmente fueron vacunados antes de cumplir su primer año de vida. Este logro entraña más de 500 millones de contactos anuales de inmunización con los niños. Al cabo de dos decenios, el PAI estaba evitando la muerte de al menos 3 millones de niños al año reduciendo además, en al menos 750,000, la cifra de niños ciegos, lisiados, retrasados mentalmente o afectados por otras discapacidades.

Sin embargo, queda aún mucho por hacer, en lo que concierne a la eliminación de esas seis enfermedades básicas; pues a pesar de su acceso universal, cada año en el mundo, mueren 2 millones de niños menores de 5 años por enfermedades que pueden ser prevenibles por esas vacunas.⁵

En el momento que se implementó el Programa Ampliado de Inmunización en Nicaragua (1980), los niveles de cobertura de vacunación contra enfermedades inmunoprevenibles eran bajos; menos del 20% de los niños menores de un año de edad estaban protegidos y el país enfrentaba una epidemia de poliomiélitis registrándose ese año 101 casos.

La vigilancia de rutina de estas enfermedades no existía, había falla en el registro y reporte de los niveles de cobertura de vacunación; la Cooperación Internacional también era ausente o no directa y específica para un programa de control de las enfermedades.

⁵ INEC. Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud. 1998.

Además, las prioridades de las Agencias Internacionales Bilaterales y Multilaterales, no eran coordinadas entre ellas y éstas con el Ministerio de Salud; las Organizaciones no Gubernamentales (ONG's) tenían una limitada participación.

En 1985, con el lanzamiento de la iniciativa regional de OPS/OMS para la "Erradicación de la Poliomielitis del Hemisferio para 1990", además del propio objetivo de erradicación, se fortaleció todo el programa de inmunización a través de la implementación del sistema de vigilancia epidemiológica, investigación y toma de muestras y actividades de jornadas, donde se recomendó aplicar otras vacunas del PAI durante su realización.

Nicaragua implementó esta norma a partir de 1986 e introdujo 4 años después (1990) la administración del Toxoides Tetánico (TT) a mujeres de edad fértil (MEF). Para alcanzar los objetivos y metas del PAI se requirió que el Gobierno estableciera un Plan de Mediano Plazo con la definición de Indicadores claros, que permitieran medir los objetivos, actividades, recursos e inversiones y la responsabilidad de las Instituciones Ejecutoras.

Una de las principales características de la iniciativa de la erradicación de la poliomielitis, fue el inicio de un proceso de coordinación de las Agencias Internacionales a través del Comité de Coordinación Interagencial (CCI), bajo el liderazgo del Ministerio de Salud e integrado por: la Agencia Internacional para el Desarrollo de Estados Unidos (USAID), la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y Rotary Internacional, incorporando en diferentes momentos a miembros de otras agencias de cooperación que establecieron convenios bilaterales y a las ONG's. Además, como parte de la programación se elaboran planes de acción anuales resaltando los objetivos, actividades, fuente de financiamiento nacional y externas, esfuerzos que permitieron hacer el seguimiento y evaluación.

Tras el éxito de la campaña de erradicación de la poliomielitis en las Américas, el Ministerio de Salud (MINSa) se propuso eliminar el sarampión que también amenazaba la salud y la vida de miles de niños nicaragüenses, constituyendo un desafío importante.

En Nicaragua, en la década de los 60, la tasa de incidencia del sarampión se mantuvo por encima de 100 casos por 100,000 habitantes. A partir de 1969, con la introducción de la vacuna antisarampionosa, la incidencia comenzó a disminuir, logrando en 1974 una incidencia inferior al 40 por 100,000 habitantes.

En 1980, con la puesta en marcha del PAI, se empezaron a medir las coberturas de vacunación alcanzadas en los grupos objetos de los esquemas de inmunización, generalmente los menores de un año de edad, observando una franca disminución en la incidencia.

Con el esfuerzo de aceleración del programa, a través principalmente de las jornadas nacionales de vacunación, se acentúa este descenso hasta alcanzar una tasa menor de 10 casos por 100,000 habitantes en 1988, la más baja jamás alcanzada. A partir de esta fecha debido al acumulo importante de susceptibles por no lograr cobertura óptimas y con las dificultades de alcanzar algunos bolsones de población, ocurrió un brote epidémico con más de 18,000 casos y 800 fallecidos.

A partir de este precedente y lecciones aprendidas en 1992 se reorientaron las estrategias del programa acompañadas de una cooperación externa coordinada. Como resultado de estos esfuerzos de cooperación de las actividades de vacunación en Nicaragua, la cobertura ha aumentado considerablemente; para 1996, la cobertura de los menores de un año alcanzó el 91% para la vacuna DPT, 100% para BCG, 90% contra el Sarampión, 99% para la vacuna antipoliomielítica y 98% de las MEF se encuentran protegidas con TT; porcentajes similares se alcanzaron en el primer semestre de 1997.

Así mismo, se observa una disminución en el porcentaje de oportunidades perdidas por tipo de vacunas entre los menores de dos años en los estudios de 1987 (60%) y 1995 (13%) respectivamente, fortaleciéndose la vacunación sistemática.⁶

⁶ OPS/OMS. Guía de campo para la Eliminación del Sarampión. Washintong, D.C., 1994.

En septiembre de 1994, fue certificada la erradicación de la polio, el último caso de poliomielitis fue en 1981 y han pasado más de 19 años sin que se detectaran nuevos casos. El sarampión ha dejado de ser una enfermedad epidémica; han transcurrido más de seis años desde que se notificó la última muerte. El último caso de difteria fue reportado en 1987.

Igualmente, se cuenta con un Sistema de Vigilancia Epidemiológica fortalecido a nivel nacional, se han reducido continuamente el número de enfermedades objeto de la inmunización, para la polio las actividades estuvieron orientadas principalmente a mantener la interrupción de la transmisión autóctona del poliovirus salvaje y se mantuvo resultados satisfactorios en los cuatro indicadores para la certificación: a) La tasa de incidencia de Parálisis Flácida Aguda (PFA) $1.91 \times 100,000$ menores de 15 años, b) El 100% de los casos fueron investigados en las primeras 48 horas de la notificación, c) El 100% de los casos tienen dos muestras de heces adecuadas y d) La notificación oportuna negativa semanal alcanzó el 98%. Los resultados de laboratorio de las muestras indican una tasa de aislamiento de enterovirus del 24%.

El fortalecimiento de la vigilancia de los casos sospechosos de sarampión, ha permitido que el 94% de los casos tengan ficha completa, el 99% de los casos han sido investigados en las primeras 48 horas, al 100% de casos descartados se les asigna un diagnóstico y el 100% de los casos tuvo una muestra de nuevo para confirmación diagnóstica, el 64% de las muestras tuvo resultados negativos antes de los ocho días.

Los éxitos alcanzados en el combate de las principales causas de morbilidad y mortalidad de la niñez son de proporciones históricas, pero también son frágiles.

La erradicación de la transmisión autóctona del poliovirus salvaje de las Américas se verá en peligro, si la ausencia de casos propicia un falso sentimiento de seguridad, de igual manera con los casos de sarampión, hecho que se observa a menudo cuando una enfermedad es rara.

Puede ocurrir que se descuiden los Sistemas de Vigilancia Nacionales y en consecuencia, no se detecten las importaciones, las cuales serán inevitables mientras el resto del mundo no despliegue esfuerzos semejantes a los de las Américas.⁷

Reconociendo la importancia decisiva de la planificación, supervisión y evaluación para monitorear los avances del programa, detectar y resolver problemas, se ha hecho incapié en la capacitación del personal del nivel central, SILAIS y nivel local (152 municipios y las respectivas unidades), sobre los componentes del programa, actualizando los conocimientos y normas del PAI, en vigilancia epidemiológica y análisis de situación.

Durante los últimos años, Nicaragua ha progresado de manera considerable tomando medidas concretas para fortalecer el programa de vacunación sistemática. Se ha desarrollado la capacidad gerencial para al seguimiento del niño inmunizado y la implementación de un adecuado sistema de información geográfica a través de:

- Censo de inmunizaciones.
- Monitoreo de Cobertura de inmunizaciones.
- Implementación de estrategias para reducir las oportunidades perdidas de vacunación.
- Al haberse fortalecido el sistema de vigilancia epidemiológica se han cumplido satisfactoriamente los indicadores de certificación de erradicación de la Poliomiélitis, los de eliminación del Sarampión y del Tétano Neonatal.
- El programa de inmunizaciones con su estrategia de vacunación sistemática es un ente facilitador de la organización del Modelo de Atención Integral del niño y la mujer.

⁷ OPS. Reunión Evaluación Conjunta PAI. Nicaragua, 1997

- El 100% de las unidades de salud tienen equipos de cadena de frío operativos y se ha iniciado la vigilancia de la red de frío, la formación y restauración de bancos de biológicos de los SILAIS con sus respectivos equipos.
- La implementación de la gerencia logística.
- Se ha fortalecido y consolidado el Comité de Coordinación Interagencial e Interinstitucional, teniendo como repercusión positiva la movilización social y la movilización de recursos para apoyar al programa nacional.⁸

Los consultores de OPS/OMS programa regional, han visitado al país para asistir en la gerencia, vigilancia, y en las evaluaciones de la ejecución de actividades que hacen seguimiento de los casos sospechosos de las enfermedades del Programa Ampliado de Inmunizaciones de Nicaragua (PAI).⁹

⁸ MINSA. Informa del Programa Ampliado de Inmunizaciones. Nicaragua, 1994-97.

⁹ OPS. Reunión de evaluación conjunta de la cooperación técnica OPS/OMS Nicaragua.1997

IV. Justificación

La situación de salud de los nicaragüenses ha sido afectada por los cambios demográficos, nuevos escenarios epidemiológicos y el estancamiento socioeconómico de los últimos años. Tiene su origen estructural en la pobreza, el analfabetismo y las malas condiciones de vida en general. Podemos afirmar que se está viviendo un periodo donde el principio de la equidad y de la universalidad de la atención sanitaria soporta cada vez mayores presiones.

A medida que Nicaragua entra en el siglo XXI, el acceso universal a la asistencia sanitaria se transforma en retos urgentes de desarrollo socioeconómico del país.

El proyecto de políticas, promoción e información se inscribe dentro de este marco. Su misión específica ha sido, movilizar recursos de información en salud para la gerencia de planes, políticas de salud y actualización profesional.¹⁰

La incidencia de enfermedades prevenibles por vacunación (Poliomielitis, Tosferina, Difteria y Tétanos) muestran una tendencia al descenso en la última década, como resultado del incremento de coberturas de vacunación en los diferentes tipos de biológicos en los últimos años, alcanzando en los menores de un año un 94% con polio, 83% con DPT, 83% con antisarampión y 100% con BCG para 1999.

Con los resultados de este estudio se pretende proporcionar información útil para una mejor comprensión sobre las habilidades gerenciales del personal de salud encargados de dicho programa.

¹⁰ OPS. Reunión de Evaluación Conjunta de la Cooperación Técnica OPS/OMS Nicaragua. 1997

V. Objetivos

General:

Identificar las características gerenciales potenciales de los trabajadores de la salud, que dirigen el Programa Ampliado de Inmunización en los SILAIS de Chinandega y Matagalpa, durante el período de Agosto - Diciembre 1999.

Específicos:

- Determinar el nivel de conocimientos y percepciones de los gerentes sobre los programas para llevar a cabo dicha gestión.
- Identificar los elementos de los procesos de planeación local que caracterizan los programa en ambos SILAIS.
- Conocer las funciones y actividades que realizan los trabajadores dentro del programa según el perfil para el cual fue capacitado.
- Determinar el nivel de coordinación intersectorial y la participación comunitaria que se lleva en las unidades de salud.

VI. Marco Referencial

Desde que los seres humanos comenzaron a formar grupos para alcanzar metas que no podían lograr individualmente, la gerencia ha sido esencial para asegurar la coordinación de los esfuerzos individuales. A medida que la sociedad ha confiado cada vez más en el esfuerzo de grupo y que muchos grupos organizados se han vuelto grandes, la tarea de los gerentes ha cobrado mayor importancia.

Como gerentes, las personas realizan funciones administrativas de planeación, organización, integración de personal, dirección y control, alrededor de las cuales se puede organizar el conocimiento en que se fundamentan.¹¹

6.1.1. Funciones administrativas

Planeación

La planeación, incluye la selección de misiones y objetivos y las acciones para lograrlos; requiere tomar decisiones, es decir, seleccionar cursos futuros de acción entre varias opciones.

Organización

La organización, es aquella parte de la administración que implica establecer una estructura intencional de los papeles que deben de desempeñar las personas en una organización. Es intencional en el sentido de que asegura que se asignen todas las tareas necesarias para cumplir las metas, y al menos en teoría, de que se encargue a las personas lo que puedan realizar mejor. El propósito de la estructura de una organización es ayudar a crear un ambiente propicio para la actividad humana.

Integración personal

¹¹ Mintzbert H. La Estructura de las Organizaciones. Barcelona : Ariel, 1996.

La integración personal, implica llenar y mantener ocupados los puestos en la estructura organizacional. Esto se hace al identificar los requerimientos de la fuerza laboral; al realizar un inventario de las personas disponibles y al reclutar, seleccionar, ubicar, evaluar, planear las carreras, remunerar y capacitar, o desarrollar de otra manera tanto a los candidatos como a los actuales titulares de los puestos con el fin de que cumplan sus tareas de un modo eficaz y eficiente.

Dirección

La dirección, consiste en influir sobre las personas para que contribuyan a la obtención de metas de la institución y del grupo; se refiere predominantemente a los aspectos interpersonales de la administración.

Control

El control, implica medir y corregir el desempeño individual y organizacional para asegurar que los hechos se ajusten a los planes, muestra donde existen desviaciones de los estándares y ayuda a corregirlas.

6.1.2. Habilidades administrativas y la jerarquía organizacional

Robert L. Katz identificó tres clases de habilidades gerenciales. A éstas se puede añadir una cuarta: la habilidad para diseñar soluciones.

- *La habilidad técnica*, es el conocimiento y la pericia para realizar actividades que incluyen métodos, procesos y procedimientos. Por lo tanto, representa trabajar con determinadas herramientas y técnicas.
- *La habilidad humana*, es la capacidad para trabajar con personas; es el esfuerzo cooperativo; es trabajo en equipo, es la creación de un ambiente en el que las personas se sientan seguras y libres para expresar sus opiniones.

- *La habilidad conceptual*, es la capacidad de ver la “imagen de conjunto”, de reconocer los elementos importantes en una situación y comprender las relaciones entre ellos.
- *La habilidad de diseño*, es la capacidad para solucionar problemas en forma tal que la institución se beneficie.

La Gerencia, entendida como proceso de acción institucional y social que hace posible la conducción y administración de organizaciones y procesos productivos complejos para la realización de objetivos determinados, ha cobrado enorme relevancia en la presente década, tanto en el ámbito de las empresas privadas como en las empresas e instituciones del sector público, como factor de cambio para el desarrollo.

Los desafíos básicos que debe de enfrentar la Gerencia Pública en Salud son:

- ◆ **Equifinalidad:** Entendida la gerencia como el manejo óptimo de recursos y esfuerzos para cumplir con objetivos predeterminados, surge el requerimiento de establecer con flexibilidad los cursos de acción orientados por y hacia la consecución de los objetivos de sólido valor social formulados y cuya obtención es la medida del éxito gerencial.
- ◆ **Equidad:** Se parte de la premisa de que la equidad es el principio sustantivo de la meta Salud para Todos y de su estrategia de Atención Primaria de Salud, que tiene un profundo sentido gerencial por su estrecha relación con los fines últimos de las instituciones del sector. La producción del bienestar mediante el “acceso igualitario a los medios de producción y distribución de los servicios de salud” en la sociedad.
- ◆ **Eficacia:** Cada vez se comprende mejor que el desarrollo se encuentra estrechamente vinculado a las condiciones de vida de las poblaciones, y la crucial contribución directa que hace la salud al crecimiento económico y al mejoramiento del bienestar humano; y por lo tanto cómo la salud potencia el desarrollo económico y social. Por esta razón, el alcanzar objetivos adecuados de salud es una buena forma de medir el éxito de la gerencia orientada al desarrollo. De ahí que la elección de las intervenciones apropiadas para “alcanzar los máximos resultados” de salud

para el desarrollo, con la tecnología y recursos disponibles, representa el tercer desafío que han de enfrentar los gerentes de salud.

- ◆ **Eficiencia:** El desafío de la eficiencia pondrá a prueba la capacidad del gerente para introducir innovaciones tecnológicas y para hallar nuevas combinaciones de recursos que hagan más productiva la provisión de servicios en un ambiente de incertidumbre y debiendo asumir responsablemente los riesgos inherentes a los procesos de cambio.

En el abordaje de los cuatro desafíos claves que se ha analizado, como típicos de la gerencia en salud en la actualidad, se pueden identificar algunos temas operacionales críticos o dilemas asociados a la complejidad y conflictividad de la gerencia pública social y que, conforme con el principio de equifinalidad, deberán ser estratégicamente enfrentados por los gerentes. Se pueden señalar los temas siguientes:

1. La **descentralización** y la **desconcentración**, para lograr una efectiva redistribución del poder, a partir de la reasignación de funciones y recursos y la delegación de autoridad que permitan la toma de decisiones en los niveles periféricos en función de sus necesidades prioritarias; sin caer en la atomización del sistema ni en el menoscabo de la capacidad resolutive de los niveles locales.
2. La **participación social**, en la definición, ejecución y evaluación de los objetivos, las estrategias y el comportamiento del sistema de salud; sin caer en una instrumentalización de la comunidad o la ingobernabilidad del sistema.
3. La **articulación de sectores y programas**, por la interdependencia de los determinantes ecológicos, socioeconómicos y políticos que no son controlables por el sistema de salud en la consecución de los objetivos en salud; sin perder el rol de conducción que corresponde ejercer a los gerentes de salud ni establecer nuevas cargas burocráticas.
4. La **adopción de la tecnología apropiada** de acuerdo con los recursos y las necesidades del país; sin ceder ante la presión del desarrollo tecnológico y de los intereses comerciales o de grupos profesionales y usuarios.

5. **La reorganización de los sistemas y servicios** para responder con precisión, flexibilidad y agilidad a la variedad de problemas y situaciones, que cambian entre grupos sociales, a menudo y con rapidez; sin caer en un reformismo desestructurante y errático.
6. **La búsqueda de excelencia institucional** del sistema de salud para satisfacer a la clientela y contribuya efectivamente al proceso de desarrollo, manifestada en la calidad de los servicios; sin estimular el consumismo esnobista ni el sobredimensionamiento tecnológico.
7. **El incremento de la producción** para la cobertura universal a la vez que se reducen los recursos, mediante la mejora de la productividad institucional; sin deterioro de la calidad de los servicios y del clima interno organizacional.
8. **La focalización de los servicios** en los problemas y grupos prioritarios, para garantizar el acceso a los más desprotegidos , mientras se diversifica e incrementa la demanda y crece la presión por la cobertura no acompañada con un incremento proporcional de recursos ; sin caer en exclusiones que atenten contra la integralidad de la atención o reviertan en nuevos conflictos y presiones.
9. **La readecuación del financiamiento**, mediante la mayor movilización de los recursos, y la racionalización en su asignación y utilización, orientados a garantizar la universalidad de la atención integral de la salud; sin generar nuevos desequilibrios en las macroestructuras financieras y la distribución de las cargas económicas.
10. **La apertura de espacios a los proveedores privados**, necesaria para aumentar la capacidad operativa y la competitividad del sector en condiciones de incremento de la demanda y los costos y de el comportamiento decreciente del gasto público en salud; sin poner nuevas barreras al acceso de la mayoría en condiciones de pobreza ni generar mayores injusticias.

Hacer un análisis estratégico de los temas críticos en cada contexto nacional, institucional o local por los distintos niveles de gerencia, facilita un marco de referencia concreto para examinar el cometido de los gerentes de salud y planificar el desarrollo de la capacidad gerencial requerida específicamente orientada siempre hacia los objetivos finales de la salud: el desarrollo humano sustentable y equitativo.¹²

6.2. Impacto de la Descentralización y de la Reforma del Sector Salud sobre los Programas Nacionales de Inmunización.

Los procesos de reforma del sector salud y de descentralización de los servicios de salud se encuentran bien avanzados en los países de las Américas. Mientras se han aprobado leyes que transfieren el poder de decisión y recursos a los niveles locales, en la práctica existe la necesidad de aclarar las responsabilidades de las diferentes instituciones asignadas a la entrega de servicios de inmunización, así como, de los mecanismos de transferencia y gestión de recursos.

Estos cambios están causando retrasos en muchos países, especialmente en lo que se refiere a la asignación de recursos para las actividades de vacunación rutinaria y para situaciones de emergencia ante brotes de algunos países.

Varios países que están atravesando el proceso de descentralización y de reforma del sector salud muestran un deterioro en sus indicadores de procesos de los programas de inmunización, tales como, cobertura y vigilancia. Esto puede tener serias implicaciones para los programas de inmunización, tanto a nivel nacional como internacional, especialmente en lo que respecta a la erradicación del sarampión.

Los gobiernos deberían hacer esfuerzos especiales para mantener la calidad y efectividad de los programas nacionales de inmunización, de manera que ningún área se convierta en reservorio que sembraría la infección a otras comunidades y países.¹³

¹²OPS/OMS. Marco de referencia actualizado para el desarrollo de la capacidad gerencial. Guatemala: OPS, 1995.

¹³ OPS. XII reunión del Grupo técnico Asesor de la OPS sobre Enfermedades Inmunoprevenibles. Boletín informativo, Nic, C.A. No. 4. 1999

En el campo de la salud, el debate público, las reformas políticas y las propias demandas de los actores sociales apuntan hacia una progresiva descentralización. Esto supone transferir mayor poder de decisión a las autoridades locales (incluidas decisiones sobre uso y asignación de recursos), y también dotar de mayor autonomía de gestión a las unidades directamente prestadoras de servicios.

La comunicación entre gerentes y destinatarios se desburocratiza, y la retroalimentación constante permite ajustar dinámicamente los servicios a las demandas y necesidades de la población. Además, a nivel local las acciones intersectoriales resultan mucho más viables, tanto por la mayor fluidez de la comunicación entre agentes, como por tratarse de una escala manejable para el desarrollo de tales iniciativas.¹⁴

La descentralización conlleva, por lo tanto, la posibilidad de detectar el rango de las necesidades en la población tributaria de los servicios y de organizar los recursos con el fin de responder esas necesidades dentro de las limitaciones inherentes a la disponibilidad de los mismos.

A nivel de servicios esto se traduce en la necesidad de desarrollar mecanismos que aseguren la búsqueda, detección del trato ampliado de las familias y grupos expuestos a mayores riesgos, y no solamente la atención pasiva de la demanda de servicios.

Ocurre con frecuencia que, dada la multiplicidad de agencias, instituciones y aún programas dentro de una misma agencia, no siempre es posible compatibilizar los objetivos y prioridades de cada región particular con el nivel institucional. De ahí la necesidad de analizar en conjunto las coberturas, en un contexto regional. La programación interinstitucional de la cobertura parece ser un paso obligatorio para hacer efectiva la regionalización funcional.

Desde otro punto de vista, las actividades de todos los programas pueden ser analizadas en conjunto para determinar la articulación o combinación de aquellos que se apoyen mutuamente y que faciliten la entrega de prestaciones que ataquen varios aspectos de la problemática de salud de los individuos o familias más vulnerables.

¹⁴ OPS. Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe. Serie documentos, No.41. 1997.

La posibilidad de desarrollar conjuntos programáticos en los que se combinen las actividades de promoción con las de restauración y rehabilitación debe de tener un efecto favorable sobre los procesos de administración y apoyo logístico.¹⁵

6.3. Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

En el transcurso del siglo, se han producido una variedad de vacunas y la inmunización ha demostrado ser la medida de salud pública más económica para prevenir la enfermedad y la muerte entre los niños. Hoy en día, a inicios del siglo XXI, el sueño de eliminar del todo estas enfermedades está próximo a hacerse realidad en lo que respecta a algunas de ellas, al igual que ocurrió con la viruela.

La implementación de programas de inmunización que se mantienen con recursos propios dentro del sistema de prestación de servicios de salud, significa un paso importante hacia el mejoramiento de la salud integral de los niños.

Por otro lado, al reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades que son prevenibles con una vacunación adecuada, el PAI participa directamente del logro de la meta de salud infantil y a la vez contribuye al desarrollo y al fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud (SILOS).

6.3.1. Objetivos Generales del PAI

- Reducir la morbilidad y mortalidad por Difteria, Tos Ferina, Tétanos y Sarampión, prestando servicios de inmunización contra estas enfermedades a todos los niños de la región.
- Promover la autosuficiencia de servicios básicos de inmunización dentro del marco de los servicios integrales de salud.
- Promover la autosuficiencia regional en los temas de producción y control de calidad.

¹⁵ Kroeger, Axel , Luna, Ronaldo. Atención Primaria de Salud. OPS. Serie Patex de programas de salud No. 10. 1992.

Objetivos Específicos

- Mantener la erradicación de la circulación del virus salvaje de la poliomielitis.
- Eliminar el tétano neonatal.
- Reducir el 95% de las defunciones por Sarampión y reducir el 90% de los casos de Sarampión.
- Mejorar la vigilancia de las enfermedades prevenibles por vacunación para contar con una evaluación permanente de los avances del programa.
- Introducir nuevas vacunas y/o mejoradas en la rutina de inmunización a medida que estén disponibles para su utilización en los servicios de salud.
- Llevar a cabo investigaciones operacionales que sirvan para alcanzar los objetivos señalados.

6.3.2. Estrategias de vacunación

Para alcanzar los objetivos del PAI, es necesario efectuar la movilización de los recursos humanos y materiales, la participación de la comunidad y la coordinación intra y extra sectorial. Grandes han sido los avances del PAI en los últimos años en relación a la capacitación del personal, al desarrollo de la cadena de frío y a la oferta de las vacunas.

Las estrategias a utilizar para la vacunación son múltiples; dependen de la realidad de cada país, región o área, de la situación social y económica y de la organización y los niveles de desarrollo alcanzado por el PAI.

Implementación de las estrategias

La selección de las estrategias de inmunización tiene relación directa con el nivel de desarrollo de la infraestructura de salud. Para la mayoría de países puede ser lo mejor en función de cubrir la totalidad de la población objetivo. Los siguientes aspectos deben ser considerados:

- Recursos humanos (cualitativa y cuantitativamente).
- Recursos materiales.

- **Financiamiento.**
- **Administración para el manejo de la estrategia seleccionada.**
- **Utilización de los recursos humanos en acciones no rutinarias.**
- **Capacitación del personal por niveles de complejidad del servicio.**
- **Cadena de frío y sus posibilidades.**
- **Definición de áreas de riesgo según presencia de casos, coberturas de vacunación, estado de la vigilancia epidemiológica, zonas silenciosas o de difícil acceso, zonas de pobreza urbanas y rurales, zonas de migración y zonas fronterizas.**

Todo lo anterior debe ser analizado antes de tomar cualquier decisión. Es posible que la puesta en marcha de una estrategia se acompañe de un cambio en la infraestructura, pero siempre debe de tenerse en cuenta que dichas estrategias son complemento y no reemplazo de los servicios ofrecidos de forma permanente dentro de la atención primaria de salud.

Independientemente de las estrategias o la combinación de estrategias elegidas para las actividades de inmunización, el compromiso político y la asignación de recursos suficientes son factores primordiales en el logro de los objetivos del programa.

6.3.3. Etapas de implementación

La implementación de las actividades de inmunización comprende las siguientes etapas:

- **Establecimiento de prioridades.**
- **Formulación de objetivos cuantitativos y cualitativos.**
- **Programación de actividades.**
- **Selección de estrategias.**
- **Cálculo del inventario de recursos.**
- **Implementación de las actividades.**
- **Control, monitoreo y evaluación.**

6.3.4. Actividades a realizar

Las actividades del PAI se distribuyen en diversas áreas de acción:

- *Biológicos y suministros.* Programación de todos los insumos necesarios para la inmunización y sus costos.
- *Cadena de frío.* Todo lo relativo a recursos humanos, materiales y financieros.
- *Capacitación.* Las actividades de capacitación y producción de material de enseñanza aprendizaje y sus respectivos costos.
- *Comunicación social.* Actividades de promoción y participación comunitaria con un presupuesto.
- *Gastos operativos.* Gastos de funcionamiento (salarios, combustible, mantenimiento de vehículos, etc).
- *Supervisión.* La supervisión es una actividad de capacitación continua al nivel operacional y es parte de las actividades de evaluación del programa.
- *Vigilancia epidemiológica.* Programación de la información para la acción, guías, notificaciones e investigación de casos, apoyo a laboratorios, envío de muestras y manuales, entre otros.
- *Investigación.* Programación de estudios especiales con oportunidades perdidas, estudios ambientales, estudios de costo-beneficio y otros.
- *Evaluación.* Toda la programación referida a los aspectos de evaluación con sus costos y financiamiento.

6.3.5. Pasos a seguir para la programación

La planificación del PAI se basa en el estudio y el diagnóstico de salud de la comunidad o localidad y del país; permite conocer, entre otras cosas:

- Las características de la comunidad a la que se presta el servicio.
- Los daños y riesgos de la salud que afectan a la población.
- Los recursos con que se dispone para la acciones y su grado de utilización expresados en la prestación de servicios.

Con estos aspectos se establecen los instrumentos con lo que el planificador puede elaborar un pronóstico de la situación, basándose en los objetivos y las políticas generales vigentes.

Deben realizarse las acciones de programación utilizando los criterios más sencillos, pero de la manera más estricta. Se debe tener presente que la verdadera definición y cumplimiento de las metas de cobertura y las estrategias de acción tienen lugar en el nivel local. Por lo tanto, es necesario poner atención a las necesidades y problemas de este nivel si realmente se desea incrementar la eficiencia del sistema de salud.¹⁶

6. 4. Vacunas: La promesa del futuro

Las vacunas se han convertido en algo tan común que en la actualidad se consideran un verdadero rito, algo que los niños deben de experimentar a cierta edad o que los viajeros deben de cumplir antes de comenzar un viaje. Si bien las vacunas existen desde hace cientos de años, gran parte de su impacto ha ocurrido dentro de las últimas décadas, y prometen revolucionar la salud pública en el próximo siglo.¹⁷

¹⁶ OPS/OMS. Programa Ampliado de Inmunización (PAI). Washintong, D.C., 1994.

¹⁷ OPS. Perspectivas de Salud. La promesa de una vida más larga. Vol. 3, número 2 – 1998.

Las recomendaciones para la inmunización en niños y adultos se fundamentan en hechos científicos conocidos acerca de los inmunobiológicos, de los principios sobre inmunización pasiva y activa, y de las consideraciones epidemiológicas y de salud pública. El uso de las vacunas implica la protección parcial o completa contra un agente infeccioso.

Al cambiar las circunstancias epidemiológicas y las estrategias, los esquemas de vacunación deben ser revisados y adecuados, adaptándolos a nuevas situaciones.

La inmunidad es el conjunto de factores humorales y celulares que protegen al organismo frente a las agresiones de los diferentes agentes infecciosos. Puede ser natural o adquirida.

El objetivo de la inmunización es aumentar la protección o resistencia individual y colectiva frente a una determinada enfermedad, y esto puede hacerse mediante la administración de antígenos (inmunización activa) o bien mediante la administración de anticuerpos (inmunización pasiva).

La inmunidad individual es la que adquiere un sujeto tras la infección o la vacunación y protege sólo al individuo. La inmunidad selectiva o de grupo se refiere al nivel de protección de una población, y cuando en una comunidad existe un número importante de individuos el resto se beneficia también indirectamente de esta medida.¹⁶

Los programas de vacunación tienen, por tanto, como objetivo aumentar la inmunidad individual y colectiva en la comunidad, y permiten la disminución o incluso la práctica desaparición de determinadas enfermedades como la poliomielitis.

Un descenso en la cobertura vacunal, unido a otras circunstancias favorecedoras, pueden provocar una epidemia, como ha ocurrido con la difteria en algunos países del este de Europa.

¹⁶ Martín Zurro, A., Cano Pérez. Atención Primaria. Cuarta edición. Harcourt. Brace de España, S.A 1995

Por eficacia de una vacuna se entiende el grado de protección conferido por ésta ante la infección por el germen o agente infecciosos contenido en la vacuna. Se expresa como el porcentaje de individuos que han adquirido protección contra esta infección, tras la administración de la vacuna. No todas las vacunas tienen la misma capacidad o eficacia para prevenir la enfermedad a nivel individual.

Por efectividad se entiende el efecto directo producido por la vacuna, más el indirecto producido por la inmunidad colectiva. La tasa de cobertura necesaria para disminuir los casos de enfermedad en la comunidad es también variable según los agentes infecciosos, y se expresa como el porcentaje de población que precisa tener protección contra un determinado germen para conseguir la práctica desaparición de la circulación del germen en estado natural.¹⁹

6.4.1. Cadena de Frío

Se conoce como tal el sistema de conservación, manejo y transporte de las vacunas que asegura el mantenimiento de unos límites de temperatura que garantizan su estabilidad y, por lo tanto, su eficacia desde la producción hasta la administración y de vacunación.

Tienen un papel decisivo los mecanismos de almacenamiento, en general frigoríficos fijos y también los mecanismos de transporte que son frigoríficos portátiles. En los primeros hay que tener en cuenta unas normas para su buen funcionamiento (ubicación en la habitación, estado de conservación) y también su buena utilización (colocación de las vacunas, adecuada carga de la nevera, uso exclusivo del frigorífico para el almacenamiento de vacunas evitando una excesiva apertura de éste), así como prever la posibilidad de una avería (acumuladores de frío, neveras de recambio).

Se debe de disponer de un termómetro de máximas y mínimas para el registro de la temperatura, que debe revisarse diariamente.

¹⁹ *Ibid*, 14.

6.4.2. Las vacunas: descripción individual

BCG (Bacilo Calmette-Guerin)

Descripción. Cepa viva –atenuada. La vacuna es una suspensión de bacilos atenuados preparada con una cepa de *Micobacterium bovis* (bacilo Calmette-Guerin), liofilizada.

Protección. 75-80%; pero varios estudios demostraron una eficacia inferior (en el sur de la India, 0%). El hecho es que la eficacia depende de la cepa utilizada, de la sensibilización de las poblaciones por micobacterias atípicas de la virulencia del bacilo en una región, y de la técnica de administración. El impacto principal de la vacuna se registra en la prevención de las formas primarias agudas de tuberculosis (meningitis, TBC miliar).

Efectividad. 5-10 años.

Dosis, aplicación. Intradérmica, estricta, en región deltoidea. 0,1 ml. Se aplica al recién nacido, lo antes posible durante el primer año de vida. Para los niños mayores que no recibieron la vacuna, se recomienda vacunar sin prueba tuberculínica previa; además la prueba puede ser negativa en un niño con tuberculosis si existe desnutrición.

Evolución. 2 a 4 semanas después de la vacunación aparece una pústula que, en 50% de los casos desarrolla una ulceración indolente de un diámetro de 4 a 8 mm. Estas lesiones cicatrizan espontáneamente en 2 a 3 meses.

Reacciones adversas. Menos del 5%, un poco de malestar general, 0,1 a 4% adenitis regional supurada, frecuentemente en vacunados menores de un año y especialmente en recién nacidos, y cuando no se respeta estrictamente la dosis y la vía intradérmica. De 1/1000, se produce osteomielitis por BCG.

Contraindicaciones. Las de las vacunas vivas. Enfermedades dermatológicas, recién nacidos de peso menor a 2,500 gramos.

Vacuna antipoliomielítica

Sabin (oral)

Descripción. Cepa viva atenuada; mezcla de cepas del virus polio tipo I, II y III (trivalente).

Protección. 80 a 90%. En los países desarrollados, 95-100%.

Duración de la inmunidad. Por lo menos 15 años; probablemente de por vida.

Dosis, aplicación. Se administran 3 dosis por vía oral: 2 ó 3 gotas, según las indicaciones del fabricante.

Reacciones adversas. Un 5% malestar leve, con un poco de fiebre.

Contraindicaciones. Vómitos y procesos diarreicos severos, porque la vacuna no tiene eficacia, niños en tratamiento con drogas inmunosupresoras o con deficiencias inmunológicas.

Salk.

Pocos países la usan. Es una vacuna inactivada. Se aplica por vía intramuscular en 3 dosis, con 1 o 2 meses de intervalo. La duración de la inmunidad es limitada y necesita refuerzos cada 5 a 10 años. La protección es de más de 95%. Sus ventajas son: no produce complicaciones de polio paralítica, puede ser administrada con seguridad durante el embarazo o cuando está contraindicada la vacuna viva y, finalmente, puede aplicarse en la inyección junto con la DPT. Sus desventajas: siempre necesita refuerzos y no produce inmunidad a nivel intestinal, sólo previene la diseminación del virus al sistema nervioso central, y es necesario contar con jeringas y agujas, por lo que el costo es mayor.

DPT (Difteria, Pertrussis, Tétano), vacuna “triple”

Descripción. Inactivada. Mezcla de toxoide de *Corynebacterio diphtheriae* y de *Clostridium tetani* con una suspensión el bacilo Bordetella-pertrussis muerto. En muchas preparaciones el Toxoide de D y T es absorbido en fosfato de aluminio como coadyuvante, el cual permite una inmunización más fuerte y prolongada.

Protección. P: 80%. D y T: 95-98%.

Duración de la inmunidad. P: 3-5 años, D y T: 10 años.

Dosis, aplicación. Son 3 dosis por vía intramuscular (0,5ml). Los anticuerpos maternos ofrecen muy poca protección contra la Tosferina, lo que hace que esta enfermedad puede atacar al niño desde las primeras semanas de vida. Por eso ahora se recomienda vacunar desde el primer mes.

Reacciones adversas. Debidas principalmente a P: hasta en 50% de los casos reacción inflamatoria local, a veces con fiebre después de 2-3 días.

Contraindicaciones. Son debidas a la parte P de la vacuna DPT: Enfermedad del sistema nervioso central, historia de convulsiones, aunque sean febriles, niños mayores de 6-7 años.

Difteria Tétano (DT)

Descripción. Mezcla de Toxoide *Corynebacterium Diphtheriae* y de *Clostridium Tetani*.

Toxoide Tetánico (TT)

Descripción. Toxoide de *Clostridium Tetani*.

Protección. 95-100%.

Duración de la inmunidad. 10-15 años.

Dosis, aplicación. 0,5 ml intramuscular. En el embarazo, aplicar en el último trimestre, 2 dosis con un intervalo de 4-6 semanas entre la primera y segunda, y de 6-12 meses entre la segunda y tercera. Para mantener la inmunidad se recomienda una dosis de refuerzo cada 10 años (en caso de heridas cada 5 años).

Reacciones adversas. A veces reacción inflamatoria local con o sin fiebre.

Vacuna antisarampionosa

Descripción. Cepa viva atenuada; liofilizada. Viene con su diluyente.

Protección. Varía según la cepa de vacuna y la edad de administración. Generalmente se admite una protección de 80-90% si se vacuna a los 9 meses.

Duración de la inmunidad. Probablemente de por vida.

Dosis, aplicación. 0,5 ml subcutánea, dosis única.

Reacciones adversas. De 20-40%, reacción local inflamatoria, 5-30%, malestar general con poca fiebre 4-10 días después de la vacuna.

Contraindicaciones. Enfermedad del sistema nervioso central, alergia a la neomicina o a la polimixina, primoinfección tuberculosa no tratada (la vacuna baja las defensas de la inmunidad celular, pero menos que la enfermedad natural).²⁰

²⁰ Ot cit. 12

VII. Diseño Metodológico

El estudio es de **tipo descriptivo**, con un diseño de corte transversal.

El **universo**, estuvo representado por todos los responsables del Programa Ampliado de Inmunización (PAI), de los SILAIS de Chinandega y Matagalpa, durante el período de Agosto – Diciembre 1999.

El **tipo de muestreo fue no probabilístico**, y el tamaño de la muestra, fue el total de los responsables del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) de los municipios de ambos SILAIS.

La **unidad de análisis**, estuvo representada por los responsables del programa (PAI).

Las características gerenciales de los jefes de programas, representaron la **variable dependiente**.

Los diferentes Aspectos del Programa Ampliado de Inmunización representaron la **variable independiente**.

Unidades Operativas por SILAIS

Fueron seleccionados para desarrollar este estudio el total de municipios de los SILAIS de Chinandega y Matagalpa.

Chinandega:

Chinandega	Corinto	Cinco Pinos	Santo Tomás del Norte
El Viejo	Chichigalpa	Villa Nueva	San Francisco del Norte
Puerto Morazán	Posoltega	El Realejo	San Pedro del Norte
Somotillo			

Matagalpa:

Matagalpa	San Isidro	Bocana de Paiwas
San Ramón	La Dalia	Muy Muy
Sébaco	Rancho Grande	Matiguás
Darío	Waslala	Esquipulas
San Dionisio	Río Blanco	

Técnicas para colecta de datos.

Para una organizada colecta de datos, se coordinó previamente con los directores municipales de los SILAIS en estudio, para programar los días de visita y colecta de la información.

La técnica utilizada fue la de una entrevista autoadministrada²¹, con un cuestionario de preguntas estructuradas, que se aplicó a los responsables de programa de los municipios de cada SILAIS.

Las entrevistas se efectuaron en cada unidad operativa en un período de 15 días, en cada SILAIS.

El cuestionario que se aplicó durante la entrevista contenía las variables de estudios (ver en anexos) reunidas en acápites de: *Uso de información y toma de decisiones, programación, seguimiento y evaluación, comunicación y trabajo en equipo, capacitación del personal, asignación de funciones, coordinación intersectorial y participación social, presupuesto y financiamiento, supervisión, municipalización y reforma en salud, y responsabilidad.*

²¹ Canales y cols. Metodología de la Investigación. OPS. Serie Patex.1,994.

Operacionalización de Variables

VARIABLE	INDICADOR	ESCALA	
Uso de la información y Toma de Decisiones			
Conocimiento de la población del área	Nivel de conocimiento sobre su territorio	Si No sabe No recuerda	
Conocimiento de la extensión territorial	Nivel de conocimiento de tamaño del territorio	Si No sabe No recuerda	
Existencia de mapa	Presencia de mapa	Si No	
Información en el mapa	Datos que proporciona el mapa	Trabajadores Unidades con programas Agentes comunitarios Otros	
Recurso para procesar datos	Utensilios para el procesamiento de la información	Calculadora Computadora Lápices/bolígrafo Reglas Colores	Impresora Borrador Papel Otros
Conocimientos de metas	Nivel de conocimientos de sus objetivos	Si No	
Medios de comunicación	Recursos utilizado para el envío de información	Radio Teléfono	
Información enviada	Datos enviados para su análisis	información epidemiológica Información operativa Información sobre disponibilidad biológicos e insumos Otra Ninguna	
Indicadores de Vigilancia del PAI	Medidas de valoración del cumplimiento del programa	Cobertura por biológico Porcentaje de susceptibles Tasa de incidencia Porcentaje de reacciones	

		<p>adversas</p> <p>Porcentaje de embarazadas con TT</p> <p>Dosis aplicadas</p> <p>Porcentaje de esquemas completos</p> <p>Cumplimiento controles de foco</p> <p>Ninguno</p> <p>Otros</p>
Pertinencia del indicador	Negatividad o positividad del indicador	<p>Negativo</p> <p>Positivo</p>
Problemas del programa	Dificultades del personal del programa en la programación de sus actividades	<p>Falta de diagnóstico sistemático</p> <p>Falta de programación</p> <p>Falta de coordinación con el municipio</p> <p>Falta de coordinación con el SILAIS</p> <p>Falta de equipos e insumos</p> <p>Falta de apoyo del nivel superior</p> <p>Falta de recursos humanos</p> <p>Falta de capacitación en gerencia</p> <p>Falta de conocimientos y habilidades gerenciales</p> <p>No hay problemas</p> <p>Otros</p>
Programación		
Programación de actividades	Asignación de actividades	<p>Si</p> <p>No</p>
Frecuencia de programación	Cada cuanto se programan las actividades	<p>Semanal</p> <p>Mensual</p> <p>Trimestral</p> <p>Otra forma</p>
Ubicación del programa	Localización del programa	Archivo

		<p>Pared</p> <p>Se lo envía a niveles superiores</p> <p>No sabe</p> <p>Otros</p>
Responsable del cronograma	Persona encargada de dicha actividad	<p>Usted</p> <p>Su jefe</p> <p>Todo el equipo</p> <p>Otro</p>
Identificación de grupos de riesgo	Señalización de grupos vulnerables	<p>Si</p> <p>No</p>
Seguimiento y Evaluación		
Utilidad del programa	Usos del programa	<p>Para programación</p> <p>Para seguimiento</p> <p>Para evaluación</p> <p>Otro</p>
Seguimiento de reuniones	Sistematización de reuniones	<p>Si</p> <p>No</p>
Frecuencia de reuniones	Cada cuanto se reúnen	Veces
Toma de acuerdos en reunión	Consensos	<p>Si</p> <p>No</p>
Seguimiento de acuerdos	Continuidad de acuerdos	<p>Si</p> <p>No</p>
Limitantes de ejecución del programa	Capacidad de los gerentes ante los problemas para el buen funcionamiento del programa	<p>Falta de responsabilidad del personal</p> <p>Falta de apoyo por parte de las autoridades</p> <p>Falta de combustible y/o Transporte</p> <p>Falta de personal</p> <p>Falta de organización</p> <p>Trámites y procedimientos lentos</p> <p>Falta de asesoría</p> <p>Falta de motivación e incentivos</p> <p>Falta de comunicación</p>

		No hay problemas Otros
Comunicación y Trabajo en Equipo		
Frecuencia de reuniones técnicas	Número de reuniones	Número
Divulgación de acuerdos	Comunicación de acuerdos	Si No
Número de reuniones	Cantidad de reuniones	Número
Acta de reuniones	Puntos de acuerdos	Si No
Mecanismos de coordinación de actividades con otros programas	Pasos para la coordinación con otros programas	Comités Reuniones de coordinación Boletines e informes Reuniones de niveles superiores No hay coordinación Otro
Problemas de coordinación con otros programas	Dificultades en la coordinación con otros programas	Falta de interés Falta de liderazgo No hay trabajo en equipo Falta de seguimiento Fallas en comunicación Muchos niveles de mando Problemas del organigrama Falta de tiempo Muchas funciones Falta de capacitación y de conocimientos No hay problemas Otro
Capacitación del personal		
Mecanismos de capacitación	Pasos para la elección de la capacitación	Programa anual de capacitación Según oferta de diferentes agencias Diagnóstico de necesidades

		de capacitación No existe ningún mecanismo Otro
Personal que recibe capacitación	Participantes de la capacitación	Categoría profesional Tipo de capacitación Número de personal capacitado
Asignación de funciones		
Programación de tareas	Asignación de tareas	Si No
Existencia de manual de funciones	Presencia de manual en el programa	Si No
Existencia de normas del programa	Presencia de normas en el programa	Si No
Orientación de tareas al asignarlo al programa	Asignación de actividades	Si No
Responsabilidades de cada uno	Compromisos de cada uno	Si No
Coordinación Intersectorial y Participación Social		
Tipo de coordinación	Modos de coordinación	Comités de desarrollo/salud Reuniones Coordinación sólo con el nivel superior No hay coordinación Otro
Logros de la coordinación intersectorial	Alcances en la coordinación	Programación en conjunto Ayuda de transporte, insumos Apoyo a recursos financieros Asesoría, apoyo técnico No hay coordinación Otro
Valoración de participación comunitaria	Apreciación de las actividad de la comunidad	Buena Pobre Inexistente
Existencia de ONGs	Presencia en la zona de ONGs	Si No

Relación con ONG's	Tipo de ayuda	No tiene Apoyo financiero Apoyo técnico Apoyo en capacitación Otro
Existencia de Instituciones Gubernamentales	Presencia de instituciones de gobierno	Cuáles
Relación con Instituciones Gubernamentales	Tipo de ayuda	No tiene Apoyo financiero Apoyo técnico Apoyo en capacitaciones Otro
Frecuencia de trabajo en la comunidad	Número de veces de trabajo en la comunidad	Número de días
Correspondencia de actividades con el tiempo	Equidad de actividades-tiempo	Si No
Presupuesto y Financiamiento		
Conocimiento presupuesto anual del programa.	Nivel de conocimiento de monto anual con que cuenta el programa	Si No
Control de ejecución presupuestaria	Realización del presupuesto	El Programa del Municipio Dirección SILAIS Dirección Municipal No hay control presupuestario Otro
Capacitación ejecución presupuestaria	Orientación de la ejecución del presupuesto	Si No
Supervisión		
Personal acompañante	Individuos que integran la supervisión	Quiénes?
Tipo de supervisión	Fin de la supervisión	Supervisión de control Supervisión de apoyo Supervisión capacitante Otra
Utilización de guía	Instrumento aplicado en la supervisión	Si No
Reporte de supervisión	Informe de la supervisión	Si

		No
Municipalización y Reforma en Salud		
Conocimiento de la Ley de Municipalización	Nivel de conocimiento sobre Ley de Municipalización	Si No
Efectos en el sistema de salud	Consecuencias en el sector salud	Opinión
Responsabilidades		
Cargo	Puesto	Responsable de programa Auxiliar de enfermería Médico Epidemiólogo
Tiempo en el cargo	Período en el puesto	Meses Años
Nivel de escolaridad	Grado de instrucción alcanzada del personal de salud	Primaria Universitario C.Básico Ninguno Técnico Medio Técnico Superior
Profesión	A qué se dedica	Médico Enfermera Epidemiólogo

Cruce de variables

Las variables que se entrecruzaron para un análisis bivariado fueron las siguientes:

Uso de la información y toma de decisiones / Cargo

- / Programación
- / Presupuesto y financiamiento
- / Seguimiento y evaluación
- / Supervisión

- Responsabilidad**
- / Municipalización y Reforma en Salud
 - / Supervisión
 - / Uso de la información y toma de decisiones
 - / Presupuesto y financiamiento
 - / Coordinación intersectorial y Participación social
 - / Comunicación y trabajo en equipo

Procesamiento y Plan de Análisis

Una vez colectada la información correspondiente a las entrevistas de los gerentes de programas, se procedió a depurarla y procesarla, en el **paquete estadístico Epi-Info 6.0**, se discutió y analizó de manera comparativa los resultados, en relación a los SILAIS Chinandega y Matagalpa.

Se hizo uso de estadísticas descriptivas de posición (Media, Moda y Mediana) y de dispersión (Varianza, Desviación Estándar y Rango).

Además del análisis univariado, se entrecruzaron variables para dar salida a los objetivos específicos. Este análisis bivariado de tablas $n \times n$ y tablas 2×2 , permitió aplicar estadísticos tipo Chi Cuadrado, estimación de riesgo OR, con un intervalo de confianza del 95% y un nivel de significancia estadística de 0.05% o menos.

Posteriormente se plantearon las conclusiones y recomendaciones correspondientes.

VIII. Resultados

De las 37 entrevistas realizadas en los SILAIS de Chinandega (13 municipios) y Matagalpa (14 municipios) a los gerentes y/o responsables del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), durante el último semestre de 1,999 se encontró que el 5.4% (2) tenían una escolaridad primaria, el 16.2% (6) con ciclo básico, el 29.7% (11) eran bachilleres, el 8.1% (3) técnicos, y el 43.2% (16) eran universitarios. (Tabla 1)

8.1. Conocimiento y Nivel de Percepción de los Gerentes

8.1.1. *Uso de la Información y Toma de decisiones*

El 100% de los Responsables del PAI, conocen su espacio población y área geográfica. (Tabla 2)

Los gerentes utilizan mapas para localizar las unidades con programas de control en un 70.3% (26). En este mapa se encuentran ubicados en un 56.8% (21) las unidades con programas, en un 43.2% (16) los agentes comunitarios y otro tipo de información y en un 13.5% (5) los trabajadores del programa. (Tablas 3 y 4)

El 88.6% (31) conocen las metas del programa (Tabla 5).

La información que se envían a las unidades periféricas, en el 75.5% (28) es información operativa, el 62.2% información epidemiológica, el 54% (20) sobre disponibilidad de biológico y en un 27% otro tipo de información. (Tabla 8)

Los indicadores para la vigilancia epidemiológica del PAI más usados son: La cobertura por biológico y el porcentaje de dosis aplicadas en un 83.8%, porcentaje de esquemas completos el 73%, porcentaje de susceptibles el 67.6%, porcentaje de embarazadas con Toxoide Tetánico el 56.8%, el cumplimiento de controles de foco el 45.9%, la tasa de incidencia el 24.3%, y el porcentaje de reacciones adversas el 2.7%. (Tabla 7)

Entre los problemas más importantes identificados por los gerentes del programa, tenemos la falta de coordinación con el SILAIS que representa el 51.3%, la falta de insumos el 48.6%, la falta de coordinación con el municipio el 43.2%, la falta de capacitación en gerencia el 40.5%, la falta de diagnóstico sistemático el 35.1%, la falta de recursos humanos el 32.4%, la falta de apoyo del nivel superior y la falta de programación el 27%. (Tabla 8)

De los 37 gerentes de programa que se les preguntó que si conocían la Ley de Municipalización el 97.1% respondió negativamente. (Tabla 34)

8. 2. Elementos de la Planeación Local

8.2.1. Programación

La programación de actividades es realizada por el 85.5% (32) de los gerentes. En el 68.8% de los casos la programación se hace semanal, el 15.6% trimestral y el 6.3% mensual. (Tablas 9 y 10)

Los documentos del programa son guardados en el 52.9% (18) de manera visualizada, el 50% (17) en el archivo, y el 32.3% (11) la envía al nivel superior. (Tabla 11)

El cronograma de trabajo es realizado en un 62.1% (18) de las veces con todo el equipo, el 24% (7) de las ocasiones por él mismo, y el 13.8% (4) por el jefe. (Tabla 12)

La identificación de grupos de riesgo es realizada en el 88.9% (32). Las formas de identificación de estos grupos se calcula en el 48.6% en tasas por edad, el 35.1% en tasas por áreas geográficas, el 21.6% en tasas por sexo, el 10.8% en un canal endémico, el 24.3% por el estado nutricional de los niños, y el 54% por el contacto con convivientes. (Tablas 13 y 14)

En el 35.1% (13) de las unidades tiene un mapa de daño. (Tabla 15)

8.2.2. Presupuesto y Financiamiento

Del total de entrevistados refirieron que no conocían el presupuesto anual asignado al programa el 91.1% (34). La ejecución del presupuesto es controlada por dirección del municipio en un 75%, y el 25% por el SILAIS. De estos gerentes asignados al programa sólo el 5.7% fue capacitado en ejecución presupuestaria. (Tablas 28, 29 y 30)

8.3.3. Asignación de funciones o tareas e incentivos

El 89.2% (33) de los entrevistados realizaban programación de sus tareas. El Manual de funciones del programa lo tenían el 60% (21) de los gerentes, las normas de funciones el 80.6% (29), y se le explicaron sus tareas y /o funciones al 51.4% (19). Se describen las responsabilidades de cada uno del equipo en las normas el 72.2% (26). (Tabla 23)

8.3. Funciones y Actividades

8.3.1. Capacitación del personal

Los mecanismos por los cuales se deciden las capacitaciones son dados por la programación del Ministerio de Salud (Nivel Central) en el 59.4%, por los programas anuales de capacitación y el diagnóstico de necesidades en el 48.6% y por oferta de las instituciones en el 24.3%. (Tabla 22)

8.3.2. Comunicación y Trabajo en equipo

Los mecanismos de coordinación de actividades con otros programas se da de la siguiente manera: en reuniones de coordinación en el 70%, reuniones con el nivel superior el 27%, en comités en el 24.3%, con boletines e informes el 16.2%, y el 5.4% respondieron que no existe coordinación. (Tabla 20)

Los tres problemas más importantes en la coordinación con otros programas están representados por la falta de interés del personal en el 45.9% con el primer lugar, la falta de seguimiento en segundo con un 40.5% y el 27% por existir muchos niveles de mando el tercer lugar. (Tabla 21)

8.3.3. Seguimiento y Evaluación

El programa es utilizado para realizar seguimiento en el 94.6% (35), programación en un 89.1% (33) de las veces, y para evaluaciones el 81% (30). Se realizan reuniones para el seguimiento del programa en el 63.9% (23). De estas reuniones se llegan a acuerdos y se les da seguimiento al 75.8% de las ocasiones. (Tablas 16,17 y 18)

Las supervisiones que se llevan a cabo son en un 61.3% de apoyo a las unidades, el 54.8% de control, y el 51.6% para capacitaciones. En estas supervisiones sólo en el 26.5% se utilizan guías o instrumentos de supervisión. (Tablas 31, 32 y 33)

Entre los problemas que limitan la ejecución del programa tenemos que son causados a la falta de combustible y/o transporte el 67.6%, la falta de responsabilidad del personal en un 40.5%, por la falta de apoyo por las autoridades el 37.8%, la falta de asesoría el 35.1%, la falta de personal el 18.9%, la falta de comunicación el 16.2%, la falta de organización el 8.3%, y la falta de motivación el 8.1% de los casos. (Tabla 19)

8.4. Coordinación Intersectorial y Participación Comunitaria

Los tipos de coordinaciones que se tienen con otros sectores son: el 62.1% (23) por medio de reuniones, el 56.7% (21) con comités de desarrollo, el 43.2% (6) por coordinaciones con el nivel superior y el 18.9% (7) respondieron que no había ningún tipo de coordinación. (Tabla 24)

Entre los logros que se han obtenido con la coordinación intersectorial tenemos que está representado por el 54% (20) la ayuda con el transporte, el 48.6% (18) con la programación de actividades en conjunto, el 16.2% (6) con recursos financieros, y el 10.8% (4) con asesorías y apoyo técnico. (Tabla 25)

En los territorios ubicados en estos SILAIS se reportaron la existencia de un 91.4% (32) de Organizaciones no Gubernamentales (ONG's), trabajando en la zona de las cuales brindan apoyo en capacitaciones el 51.5% (17), apoyo técnico y logístico en un 27.3% (9), relaciones de tipo financiero en el 24.2% (8), y el 9% (3) respondió que no hay ningún tipo de relación. (Tabla 27)

La valoración de la participación comunitaria en relación al trabajo de los agentes comunitarios, se determinó como buena en el 72.7%, pobre en el 24.2% e inexistente en el 3%.

En los comités de desarrollo y salud de las viviendas, el 32.1% la calificaron como buena, el 42.9% pobre y el 25% inexistente.

En los comités de desarrollo y salud en el ambiente, fue considerada en el 51.9% como buena, el 29.6% pobre y el 18.5% inexistente.

El liderazgo de los comités y de la comunidad, fue percibido por el 46.6% como bueno, el 40.7% pobre y el 22.2% inexistente.

La distribución de funciones de los miembros del comité, fue valorada de buena el 46.4%, pobre el 35.7% e inexistente el 15.7%.

La responsabilidad de los miembros del comité, es considerada por los gerentes como buena en el 54.2%, pobre en el 33.3% e inexistente en el 12.5%.

La colaboración de la comunidad con el programa, fue valorada como buena el 50%, pobre el 31.3% e inexistente el 18.8%.

Los gerentes refieren que la colaboración en la toma de decisiones con el personal de salud, es buena en el 66.7% e inexistente en el 33.3%. (Tabla 26)

IX. Discusión

Las sociedades centroamericanas y sus procesos de desarrollo demandan, en el presente momento histórico, un aumento de la capacidad de gestión de políticas públicas sociales, mediante **nuevas capacidades gerenciales** para ampliar las formas de intervención y mejorar el tipo de respuesta y soluciones que el Estado debe de brindar a los diferentes sectores de la población.

Como premisa inicial debe de tenerse en cuenta que el desarrollo de la salud tiene problemas muy concretos que exigen respuestas técnicas y administrativas que **implican compromisos** con determinadas opciones políticas dentro de la realidad de los países.

Mientras se han aprobado leyes que transfieren el poder de decisión y recursos a los niveles locales, (*Ley No. 40 "Ley de Municipios, 1988 y la creación de los SILAIS 1992*) en la práctica existe la necesidad de **aclarar las responsabilidades** de las diferentes instituciones asignadas a la entrega de servicios de inmunización, así como, de los mecanismos de transferencia y gestión de recursos.

El núcleo de las capacidades gerenciales requeridas se refiere, a la estructuración de la agenda de decisiones; el nuevo gerente deberá ocuparse de **tomar decisiones** sobre lo que es realmente estratégico en la organización; para eso debe de tener **capacidad de identificar** los problemas estratégicos y discernir cuáles son las alternativas reales de decisión, y dedicar su tiempo útil a una agenda de decisiones relevante en términos de la misión de la organización en su contexto social.

La **información** constituye un elemento clave para tener la **capacidad de crítica** y así construir una agenda y poder tomar decisiones acertadas; lo cual se consigue en medida significativa por un contacto absolutamente vivo y directo con la realidad, en donde el gerente se da cuenta de lo que efectivamente está sucediendo en su organización, en el mercado, en el contexto externo; las vivencias y conversaciones son

de una utilidad para poder construir una agenda realista de decisiones en la medida que proveen elementos actualizados, verificables, no procesados oficialmente, que permiten conocer con mayor fidelidad que los que obtenemos por medio de datos formales.

En este particular, los gerentes tiene un buen nivel de conocimiento de su espacio población, de las características de la comunidad a la cual presta el servicio, de los daños y riesgos de la salud que afectan a la población y de los recursos con que dispone, y de la información que se envía a los niveles superiores, con estos aspectos se establecen los instrumentos con lo que el planificador puede elaborar un pronóstico de la situación, basándose en los objetivos y las políticas generales vigentes permitiéndole el montaje de esquemas operacionales más apropiados, al programarse las actividades de vacunación.

En este estudio se observa que en los SILAIS de Chinandega y Matagalpa la planeación se cumple, a pesar de la falta de determinadas herramientas y técnicas de los gerentes, como son la falta de capacitaciones permanentes, de recursos humanos y materiales, la falta de organización, de comunicación y la falta de apoyo por las autoridades, la ausencia de esta habilidades técnicas de conocimiento son sustituidas por la pericia de todo el equipo para realizar las actividades y la ejecución del programe. Sólo cuentan con el manual de funciones y las normas del programa, que les facilita la programación de metas y actividades del programa.

Los datos epidemiológicos siempre están a la mano de quien los necesite, colocados en la sala de situaciones de las unidades de salud, lo cual permite dirigir las acciones a fin de controlar y evaluar la situación de cada una de las enfermedades del PAI y al establecimiento de prioridades del municipio.

La centralización sigue siendo uno de los problemas en los niveles táctico operativo, reflejado en el desconocimiento de los gerentes del presupuesto anual asignado al programa, repercutiendo de manera negativa en la toma de decisiones en los niveles periféricos en función de sus necesidades prioritarias, asignación de recursos y programación de actividades.

Los problemas de coordinación con otros programas son dados por **la falta de interés y falta de seguimiento**, esto trae como consecuencia la falta de integración personal, lo que implica llenar y mantener ocupados los puestos en la estructura organizacional, desfavorece los procesos administrativos y de apoyo logístico, deja un vacío en las habilidades conceptuales de ver la imagen de conjunto, de reconocer los elementos importantes en una situación y comprender las relaciones entre ellos, ya que todas las actividades en salud deben desarrollarse de manera integral para el cumplimiento de sus objetivos.

Las capacitaciones al personal han dado lugar a **grandes avances del PAI** en los últimos años en relación al desarrollo de la cadena de frío y la oferta de las vacunas, pero aún hace falta mucho por hacer en las áreas de capacitación en ejecución presupuestaria, gerencia de los recursos humanos en planificación, vigilancia en la ejecución de actividades que son realizadas en el seguimiento de casos sospechosos de las enfermedades del programa.

En el nivel local **la falta de coordinación** con el SILAIS, representa el problema principal para la programación y ejecución de las actividades, es necesario poner atención a las necesidades y problemas de este nivel si realmente se desea incrementar la eficiencia del sistema de salud.

Para la exitosa ejecución de las decisiones tomadas, los gerentes requieren capacidad para la construcción de la respuesta social organizada. Los gerentes conocen que para que las cosas se hagan, no basta con tomar las decisiones adecuadas, sino que para que funcionen es imprescindible construir una **red de apoyo** lo más extensa posible y diversificada dentro y fuera de su propia organización, con sólidos puntos de contacto que proporcione viabilidad y fluidez a la aplicación de las decisiones.

Para alcanzar los objetivos del PAI, es necesario efectuar la movilización de los recursos humanos y materiales, la participación de la comunidad y la coordinación intra y extra sectorial.

En este estudio se identificó una **buena coordinación intersectorial**, con la cual se ha logrado superar algunos de los problemas que limitan la ejecución del programa como es la falta de combustible y/o transporte, y la asesoría y apoyo técnico.

La valoración de la participación comunitaria es considerada como **buena** en los componentes de: Trabajo de los agentes comunitarios, el liderazgo, y la responsabilidad de los líderes.

Esta participación debe de ser **reforzada** en los componentes de los comités de desarrollo y salud en viviendas, la distribución de funciones de los miembros de estos comités, la colaboración de la comunidad con el programa y la colaboración en la toma de decisiones con el personal de salud.

X. Conclusiones

- Los responsables del Programa Ampliado de Inmunización en los SILAIS de Chinandega y Matagalpa conocen su espacio población, características de la comunidad a la cual presta servicio y realizan un buen diagnóstico de necesidades del municipio, lo cual les permite hacer una buena programación de sus actividades.
- La falta de coordinación con el SILAIS, fue referido por los gerentes, como el principal problema para el desarrollo del programa en el nivel táctico operativo, lo que limita la organización, programación y seguimiento del programa.
- La coordinación entre programas es consecuencia de la falta de interés del personal y de la falta de seguimiento, lo que dificulta el cumplimiento de las metas y objetivos del programa que sólo se alcanzan trabajando de manera integral.
- La Ley de Municipalización que confiere el derecho de la autonomía y la capacidad efectiva de las municipalidades para regular y administrar los asuntos públicos bajo su propia responsabilidad y en provecho de sus pobladores, es desconocida por el 97.1% de los gerentes del programa ampliado de inmunizaciones.
- El desconocimiento de los gerentes del presupuesto anual asignado al programa, es consecuencia de la centralización, no logrando hacer una distribución efectiva de este financiamiento mediante la movilización de los recursos, y la racionalización en su asignación y utilización, orientados a garantizar la universalidad de la atención integral.
- Se reconoce la descentralización como un paso positivo para fortalecer los sistemas de salud en el PAI. Sin embargo, se necesitan garantías de que el desempeño de los servicios de salud, tales como los programas nacionales de inmunización, sean consistentes a través de todo el país, ya que éste necesita un desempeño adecuado en todos sus componentes.

- La Coordinación Intersectorial se ha fortalecido y consolidado, teniendo como repercusión positiva la movilización social y la movilización de los recursos para apoyar el programa nacional de inmunización, a través de asesorías, apoyo técnico, logístico en las capacitaciones.

- La Participación Comunitaria debe de fortalecerse en los componentes de distribución de funciones de los miembros de la comunidad y en la colaboración en la toma de decisiones con el personal de salud.

- Una vez identificados los requerimientos de habilidades, conocimientos y actitudes que plantean las funciones gerenciales determinadas por niveles, se tiene el parámetro frente al cual se pueden detectar las deficiencias actuales y en proyección futura de capacitación gerencial de las personas que laboran en las instituciones de salud.

XI. Recomendaciones

- Se debe de reforzar la estructura, funcionamiento y capacidad técnica del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), en los distintos niveles de aplicación, definiendo claramente las funciones y responsabilidades en cada uno de ellos.
- Implementar a través del SILAIS de la región, la capacitación y entrenamiento en capacidades gerenciales a los jefes de programas de las comunidades distantes de los Departamentos de Chinandega y Matagalpa, a fin de brindar un mejor servicio y mayor cobertura en sus Municipios.
- El proceso de descentralización de los servicios de salud y la reforma del sector deben de crear nuevas necesidades de organización, y en especial, de disponibilidad de recursos para asegurar la excelencia técnica del personal en los distintos niveles de aplicación del servicio.
- Se deberán hacer esfuerzos para diseminar el valor de las vacunas a individuos y a la comunidad en general. Con el cambio hacia el nivel local de la toma de decisiones en cuestiones de salud, también se necesitarán esfuerzos para mantener la excelencia técnica y gerencial alcanzada por todos los países en inmunización.
- Realizar análisis evaluativos trimestralmente sobre el cumplimiento de las normas del programa en cada municipio, para prestarle mejor servicio a la población.
- La publicación de este estudio en el boletín epidemiológico del Ministerio de Salud, ayudará a identificar los principales logros y/o dificultades de los usuarios directos relacionados a la gerencia de programas.
- Dar continuidad, y profundizar las investigaciones operativas en los diferentes SILAIS, para tener un análisis más objetivo de los problemas o limitaciones de cada municipio del País.

XII. Referencias Bibliográficas

Canales-Alvarado-Pineda. **Metodología de la Investigación**. OPS. Serie Paltex de Programas de Salud. No.35. 1994

Favin, Michael. **Inmunizations**. World federation of Public Health Associations. 1984

Kroeger, Axel y Luna, Ronaldo. **Atención Primaria en Salud**. OPS. Serie Paltex de Programas de Salud. No. 10. 1992

Instituto Nicaragüense de Estadísticas y Censos (INEC). **Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud**. 1998

Martínez, Navarro y cols. **Salud Pública**. Mc Graw Hill Interamericana de España, S. A.U. 1998

Martín Zurro, A y Cano Pérez. **Atención Primaria**. Vol. 3, No 2. 1994

Muñoz García, Lorenzo. **Teoría de la Organización: Enfoque Situacional**. Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud (CIES), Nicaragua. 1998

Ministerio de Salud (MINSAL). **Manual Operativo del Programa de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles**. Nicaragua. 1990

Ministerio de Salud (MINSAL). Dirección General Higiene y Epidemiología. **Informe del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)**. Nicaragua, 1994-97.

Organización Mundial de la Salud (OMS) y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (FNUAP). **Vacunas e inmunizaciones: Situación mundial**. España, 1997

Organización Panamericana de la Salud (OPS). **Avances Recientes en Inmunizaciones.** OPS. 1983

Organización Panamericana de la Salud (OPS). **Presente y futuro de las inmunizaciones.** Serie Paltex para ejecutores de programas de salud No. 22. Washington. 1990

Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS). **Guía de campo para la Eliminación del Sarampión.** Washington, D.C., 1994

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (OPS). **Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).** Washington, D.C., 1994

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (OPS). **Sistema de Información Gerencial.** Guatemala: OPS, 1994

Organización Panamericana de la Salud (OPS). **Las Condiciones de Salud en las Américas.** Vol.2. Edición 1994

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (OPS). **Marco de referencia actualizado para el desarrollo de la capacidad gerencial.** Guatemala: OPS, 1995

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (OPS). **Desarrollo de la Capacidad Gerencial. Módulo de autoinstrucción.** Guatemala: OPS, 1995

Organización Panamericana de la Salud (OPS). **Reunión de Evaluación Conjunta PAI/OPS.** Nicaragua. 1997

Organización Panamericana de la Salud (OPS). **Salud, Equidad y Transformación Productiva en América Latina y el Caribe.** Serie Documentos, No. 41. 1997

Organización Panamericana de la Salud (OPS). **Perspectivas de Salud. La promesa de una vida más larga.** Vol. 3, No.2. 1998

Organización Panamericana de la Salud (OPS). **Reunión de Evaluación Conjunta de la Cooperación Técnica OPS/OMS.** Nicaragua. 1998

Organización Panamericana de la Salud (OPS). **Reunión de Evaluación de la Cooperación Técnica OPS/OMS en Nicaragua.** 1998

Organización Panamericana de la Salud (OPS). **Reunión de Evaluación de la Cooperación Técnica OPS/OMS en Nicaragua.** 1999

Organización Panamericana de la Salud (OPS). **XII Reunión del Grupo Técnico Asesor de OPS sobre Enfermedades Inmunoprevenibles.** Boletín Informativo, No.4. Nicaragua, 1999

Orozco, Miguel. **Gerencia del Cambio Organizacional en Salud.** Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud (CIES), Nicaragua. 1996

Pillsbury, Barbara. **Immunization: The behavioral issues.** International Health and Development Associates. Washington. 1990

Piura López, Julio. **Introducción a la Metodología de la Investigación Científica.** Tercera edición. Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud (CIES), Nicaragua. 1995

XIII. Anexos

.....
Anexo I

LSTM

CIES

**Proyecto TB, Malaria, PAI
INCO, U.E.U**

**Encuesta a Gerentes del Programa Ampliado de Inmunización (PAI),
de los SILAIS de Chinandega y Matagalpa.**

La presente encuesta pretende identificar las características gerenciales que han desarrollado en el Programa Ampliado de Inmunización, les pido a ustedes su colaboración respondiendo con sinceridad las preguntas que a continuación les haré, sus repuestas contribuirán de manera muy valiosa al presente estudio, por lo que les agradezco su importante participación.



I. Datos Generales

- 1.Cuál es su cargo? _____
2. Cuánto tiempo lleva en el cargo? meses años
3. Hasta que nivel de estudios llegó? Primaria Ciclo básico Bachiller
 Técnico medio Técnico superior Universitario Ninguno
4. Cuál es su profesión? _____
5. Fecha de llenado (día, mes, año) _____

II. Uso de la Información y Toma de Decisiones

6. Recuerda usted qué población vive en su área de trabajo?
 Habitantes No sabe No recuerda

.....

7. Cuántos km² tiene su área de trabajo?

- km² No sabe No recuerda

8. Tiene un mapa de localización de las unidades con programas de control?

- Si No

Si la respuesta es No, pase a la pregunta No. 8

9. Qué tiene localizado en el mapa?

- Trabajadores Unidades con Programa Agentes Comunitarios
 Otros, cuáles?

10. Con qué recursos cuenta para procesar y analizar la información?

- Calculadora Computadora Lápices/bolígrafos Reglas
 Colores Impresora Borrador Papel Otros, cuál?

11. Conoce las metas del programa, para este año? Si No

12. Qué canales de comunicación usted utiliza? _____

13. Regularmente, qué información envía usted a las unidades periféricas?

- Información epidemiológica (enfermedades)
 Información operativa (problemas en el funcionamiento del programa)
 Información sobre la disponibilidad de biológicos
 Otra información, cuál?
 Ninguna

14. Marque los indicadores que utiliza para la vigilancia del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cobertura por biológico | <input type="checkbox"/> Dosis aplicadas |
| <input type="checkbox"/> Porcentaje de susceptibles | <input type="checkbox"/> Porcentaje de esquemas completos |
| <input type="checkbox"/> Tasa de incidencia | OPV3, DPT3, BCG, Sarampión/MMR |
| <input type="checkbox"/> Porcentaje de reacciones adversas | <input type="checkbox"/> Cumplimiento controles de foco |
| <input type="checkbox"/> Porcentaje de embarazadas con TT | <input type="checkbox"/> Otro, cuál? |
| <input type="checkbox"/> Ninguno | |

15. Conoce usted las razones para construir metas para los programas?

16. Sabe usted, cuándo un indicador es negativo (malo) o positivo (bueno)?

17. Identifique los problemas más importantes del PAI en orden de prioridad, escribiendo un número dentro de la casilla según su escogencia.

- Falta de diagnóstico sistemático
- Falta de programación
- Falta de coordinación con el municipio
- Falta de coordinación con el SILAIS
- Falta de insumos
- Falta de apoyo por el nivel superior
- Falta de recursos humanos
- Falta de capacitación en gerencia
- Falta de conocimientos y habilidades gerenciales
- No hay problemas
- Otros problemas, cuáles?

III. Programación

18. Tiene usted una programación de actividades? Si No

Si la respuesta es No, pase a la pregunta No. 20

19. Si usted programa, lo hace: Semanal Mensual Trimestral

Otra forma:

20. Dónde guarda el programa?

- En el archivo
- Visualizado
- Se lo envía a niveles superiores
- No sabe
- Otro, cuál? _____

21. Quién hizo el cronograma del PAI?

- Usted solo
- Su jefe
- Todo el equipo
- Otro, quién? _____

22. Tiene identificadas los grupos de alto riesgo? Si No

23. Cómo identifica a los grupos de alto riesgo?

- Tasas específicas por edad
- Tasas específicas por áreas geográficas
- Tasas específicas por sexo
- Canal endémico
- Número de casos
- Estado nutricional
- Contacto o conviviente

24. Tiene mapa de daño? Si No

25. Corresponde el abastecimiento con lo programado? Si No

IV. Seguimiento y evaluación

26. Para qué utiliza el programa?

- Para programación Para seguimiento
 Para evaluación Otro, cuál?

27. Tiene reuniones regulares para el seguimiento del programa implementado?

- Si No

Si la respuesta es No, pase a la pregunta No. 31

28. Con quiénes se reúne para el seguimiento del programa?

29. Cuántas veces al mes se reúne para dar seguimiento del programa?

- veces

30. Se toman acuerdos en las reuniones?

- Si No

Si la respuesta es No, pasar a la pregunta No. 36

31. Se les da seguimiento a los acuerdos?

- Si No

Si la respuesta es No, pasar a la pregunta No. 36

32. Cómo se le da seguimiento a los acuerdos? _____

33. Cada cuánto se les da seguimiento a los acuerdos? _____

34. Marque los tres problemas más importantes que limitan la ejecución del programa.

- Falta de responsabilidad del personal
- Falta de apoyo por parte de las autoridades
- Falta de combustible y/o transporte
- Falta de personal
- Falta de organización
- Falta de asesoría
- Falta de motivación e incentivos
- Falta de comunicación
- No hay problemas
- Qué otros problemas hay?

V. Comunicación y Trabajo en equipo

35. Cuántas reuniones técnicas tiene con su equipo al mes?

36. Se informó de los acuerdos tomados en nivel superior? Si No

37. Se recogen dudas para discutirse en el nivel superior? Si No

38. Cuántas reuniones realizó el mes pasado?

39. En la siguiente reunión se controló los acuerdos? Si No

40. Hacen una agenda o recogen puntos claves para las reuniones? Si No

41. Qué mecanismos tiene para coordinar sus actividades con otros programas?

- Comités
- Reuniones de coordinación
- Boletines e informes
- Reuniones de niveles superiores

- No hay coordinación
- Otro, cuál? _____

42. Marque los 3 problemas más importantes en la coordinación con otros programas

- Falta de interés
- Falta de liderazgo
- No hay trabajo en equipo
- Falta de seguimiento
- Fallas en la comunicación
- Muchos niveles de mando
- Problemas del organigrama
- Falta de tiempo
- Muchas funciones
- Falta de capacitación y de conocimientos
- No hay problemas
- Otro problema, cuál _____

VI. *Capacitación del personal*

43. Señale los mecanismos que se usan para decidir sobre las capacitaciones

- Existe un programa anual de capacitación
- Según la oferta de diferentes instituciones
- Diagnóstico de necesidades de capacitación
- Según la programación del MINSA
- No existe ningún mecanismo
- Otro, cuál? _____

44. Quiénes de su equipo participaron en actividades de capacitación en los últimos 6 meses?

Categoría Profesional	Tipo de capacitación o curso	Número de person capacitado

VII. Asignación de funciones o tareas e incentivos

45. Tiene usted una programación de sus tareas? Si No
46. Tiene usted un manual de funciones? Si No
47. Tiene usted las normas del programa? Si No
48. Le explicaron a usted sus tareas al asignarlo al programa? Si No
49. Se describen las responsabilidades para cada uno de su equipo en las normas?
 Si No

VIII. Coordinación Intersectorial y Participación Comunitaria

50. Señale el tipo de coordinación que tiene con otros sectores
- Comités de desarrollo/ salud
 - Reuniones
 - Coordinación sólo con el nivel superior
 - No hay coordinación
 - Otro tipo de coordinación, cuál? _____

51. Qué logros ha tenido con la coordinación intersectorial?

- Programación en conjunto
- Ayuda de transporte
- Apoyo a recursos financieros
- Asesoría, apoyo técnico
- No hay coordinación
- Otra, cuál? _____

52. Valore la participación comunitaria en los siguientes componentes:

	Buena	Pobre	Inexistente
Trabajo de agentes comunitarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comités de desarrollo/salud en vivienda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comités desarrollo/salud en ambientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liderazgo de comités/comunidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Distribución de funciones miembros comités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Responsabilidad de miembros comités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colaboración de comunidad con programa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colaboración en toma de decisiones con el personal de salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otra, cuál? _____			

53. Existen ONG's en su territorio?

- Si No

Si es No, pase a la pregunta No. 58

54. Cuáles ONG's? _____

55. Qué tipo de relación tiene con las ONG's?

- No tengo ninguna relación con ONG's
- Se recibe apoyo financiero
- Se recibe apoyo técnico, logístico
- Se recibe apoyo en capacitación
- Otro, cuál? _____

56. Cuáles instituciones gubernamentales existen en su territorio?

57. Qué tipo de relación tiene con las instituciones?

- No tengo ninguna relación con las instituciones
- Se recibe apoyo financiero
- Se recibe apoyo técnico, logístico
- Se recibe apoyo en capacitación
- Otro, cuál? _____

58. Durante las últimas cuatro semanas, por cuántos días realizó trabajo de terreno? _____ Días

59. Se corresponde ese tiempo con las necesidades del trabajo comunitario?

- Si
- No

IX. Presupuesto y Financiamiento

60. Tiene usted conocimiento del presupuesto anual que le asignó al programa?

- Si
- No

61. Quién controla la ejecución presupuestaria?

- El programa en el municipio
- Dirección del SILAIS
- Dirección del municipio
- No hay control presupuestario
- Otro, cuál? _____

62. Ha recibido capacitación en ejecución de presupuesto?

Si No

X. Supervisión

63. Durante las últimas 4 semanas, cuántas visitas de supervisión hizo a las unidades o personas bajo su cargo? _____ visitas

64. Con quién supervisa? _____

65. Qué tipo de supervisión usted realiza?

Supervisión de control

Supervisión de apoyo

Supervisión capacitante

Otra, cuál? _____

66. Utilizó una guía o instrumento de supervisión? Si No

Si la respuesta es Si, anexe la guía o instrumento

67. Existe un reporte de la última supervisión? Si No

Si la respuesta es Si, anexe el reporte

68. Con quién discute? _____

XI. Municipalización y Reforma en el Sector Salud

69. Ha leído la Ley de Municipalización? Si No

70. Qué efectos tiene en su opinión, los cambios en el Sistema de Salud?

GRACIAS

Anexo No. 2

Distribución de Frecuencias de Variables

Tabla No. 1 Nivel de estudios alcanzado

Variable	No	%
Primaria	2	5.4
Ciclo Básico	6	16.2
Bachiller	11	29.7
Técnico Medio	3	8.1
Técnico Superior	3	8.1
Universitario	16	43.2
Ninguno	-	-

Fuente: Encuesta a Gerentes y/o Responsables de Programas

Tabla No. 2 Conocimiento de espacio poblacional y geográfico de su área de trabajo

Variable	No	%
Si	37	100
No sabe	-	-
No recuerda	-	-
TOTAL	37	100

Fuente: Encuesta a Gerentes y/o Responsables de Programas

Tabla No. 3 Mapa de localización de las unidades con programas de control

Variable	No	%
Si	26	70.3
No	11	29.7
TOTAL	37	100.0

Fuente: Encuesta a Gerentes y/o Responsables de Programas

Tabla No. 4 Localización en el mapa

Variable	No	%
Trabajadores	5	13.5
Unidades con Programas	21	56.8
Agentes Comunitarios	16	43.2
Otros	16	43.2

Fuente: Encuesta a Gerentes y/o Responsables de Programas

Tabla No. 5 Conoce las metas del Programa

Variable	No	%
Si	31	88.6
No	4	11.4
TOTAL	35	100.0

Fuente: Encuesta a Gerentes y/o Responsables de Programas

Tabla No. 6 Información enviada a las unidades periféricas

Variable	No	%
I. epidemiológica	23	62.2
I. operativa	28	75.7
I. s/disponibilidad de biológicos	20	54.0
Otras	10	27.0

Fuente: Encuesta a Gerentes y/o Responsables de Programas

Tabla No. 7 Indicadores que se utilizan para la vigilancia del PAI

Variable	No	%
Cobertura por biológico	31	83.8
Porcentaje de susceptibles	25	67.6
Tasa de incidencia	9	24.3
Porcentaje de RAM	1	2.7
Porcentaje de embarazadas con TT	21	56.8
Dosis aplicadas	31	83.8
Porcentaje de esquemas completos	27	73
Cumplimiento de controles de foco	17	45.9
Otros	1	2.7
Ninguno	2	5.4

Fuente: Encuesta a Gerentes y/o Responsables de Programas

Tabla No. 8 Problemas más importantes identificados en el PAI

Variable	No	%
Falta de diagnóstico sistemático	13	25.1
Falta de programación	10	27.0
Falta de coordinación con el municipio	16	43.2
Falta de coordinación con el SILAIS	9	51.3
Falta de insumos	18	48.6
Falta de apoyo por el nivel superior	10	27
Falta de recursos humanos	12	32.4
Falta de capacitación en gerencia	15	40.5
No hay problemas	13	35.1
Otros	3	8.1

Fuente: Encuesta a Gerentes y/o Responsables de Programas

Tabla No. 9 Programación de actividades

Variable	No	%
Si	32	86.5
No	5	13.5
TOTAL	37	100.0

Fuente: Encuesta a Gerentes y/o Responsables de Programas

Tabla No. 10 Cada cuánto tiempo lo realiza

Variable	No	%
Semanal	2	68.8
Mensual	22	6.3
Trimestral	3	15.6
Otra	5	9.4
TOTAL	32	100.0

Fuente: Encuesta a Gerentes y/o Responsables de Programas

Tabla No. 11 Donde guarda el Programa

Variable	No	%
En el archivo	17	50
Visualizado	18	52.9
Envía a nivel superior	11	32.3
No sabe	-	-
Otro	-	-

Fuente: Encuesta a Gerentes y/o Responsables de Programas

Tabla No. 12 Quién realizó el cronograma

Variable	No	%
Solo	7	24.1
Jefe	4	13.8
Todo el equipo	18	62.1
Otro	-	-
TOTAL	29	100.0

Fuente: Encuesta a Gerentes y/o Responsables de Programas

Tabla No. 13 Identificación de grupos de alto riesgo

Variable	No	%
Si	32	88.9
No	4	11.1
TOTAL	36	100.0

Fuente: Encuesta a Gerentes y/o Responsables de Programas

Tabla No. 14 Forma de identificación de grupos de alto riesgo

Variable	No	%
Tasas por edad	18	48.6
Tasas por áreas geográficas	13	35.1
Tasas por sexo	8	21.6
Canal endémico	4	10.8
Número de casos	9	24.3
Estado nutricional	5	13.5
Contacto con convivientes	20	54

Fuente: Encuesta a Gerentes y/o Responsables de Programas

Tabla No. 15 Existencia de Mapa de daño

Variable	No	%
Si	13	35.1
No	24	64.9
TOTAL	37	100.0

Fuente: Encuesta a Gerentes y/o Responsables de Programas

Tabla No. 16 Utilidad del Programa

Variable	No	%
Programación	33	89.1
Evaluación	30	81.0
Seguimiento	35	94.6
Otro	1	2.7

Fuente: Encuesta a Gerentes y/o Responsables de Programas

Tabla No. 17 Seguimiento del programa

Variable	No	%
Si	23	63.9
No	13	36.1
TOTAL	36	100.0

Fuente: Encuesta a Gerentes y/o Responsables de Programas

Tabla No. 18 Seguimiento a los acuerdos

Variable	No	%
Si	25	75.8
No	8	24.2
TOTAL	33	100.0

Fuente: Encuesta a Gerentes y/o Responsables de Programas

Tabla No. 19 Problemas que limitan la ejecución del programa

Variable	No	%
Falta de responsabilidad del personal	15	40.5
Falta de apoyo por las autoridades	14	37.8
Falta de combustible y/o transporte	25	67.8
Falta de personal	7	18.9
Falta de organización	3	8.1
Falta de asesoría	13	35.1
Falta de motivación e incentivos	3	8.1
Falta de comunicación	8	16.2
No hay problemas	16	43.2
Otros	8	21.6

Fuente: Encuesta a Gerentes y/o Responsables de Programas

Tabla No. 20 Mecanismos de coordinación de actividades con otros programas

Variable	No	%
Comités	9	24.3
Reuniones de coordinación	28	70.2
Boletines e informes	6	16.2
Reuniones de niveles superiores	10	27.0
No hay coordinación	2	5.4
Otros	-	-

Fuente: Encuesta a Gerentes y/o Responsables de Programas

Tabla No. 21 Problemas de coordinación con otros programas

Variable	No	%
Falta de interés	17	45.9
Falta de liderazgo	3	8.1
No hay trabajo en equipo	9	24.3
Falta de seguimiento	15	40.5
Fallas en la comunicación	5	13.5
Muchos niveles de mando	10	27.0
Problemas del organigrama	3	8.1
Falta de tiempo	4	10.8
Muchas funciones	5	13.5
Falta de capacitación y conocimientos	9	24.3
No hay problemas	7	18.9
Otro	3	8.1

Fuente: Encuesta a Gerentes y/o Responsables de Programas

Tabla No. 22 Mecanismos utilizados para decidir sobre las capacitaciones

Variable	No	%
Programa anual de capacitación	18	48.6
Oferta de Instituciones	9	24.3
Diagnóstico de necesidades	18	48.6
Programación del MINSA	22	59.4
No existe mecanismo	2	5.4

Fuente: Encuesta a Gerentes y/o Responsables de Programas

Tabla No. 23 Asignación de funciones

Variable	Programación de tareas		Manual de Funciones		Normas del Programa		Explicación de funciones al asignarlo		Responsabilidades de c/u del equipo	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Si	33	89.2	21	60	26	80.6	19	51.4	26	72.2
No	4	10.48	14	40	7	19.4	18	48.6	10	27.8
TOTAL	37	100.0	35	100	36	100.0	37	100.0	36	100.0

Fuente: Encuesta a Gerentes y/o Responsables de Programas

Tabla No. 24 Tipo de coordinación que tiene con otros sectores

Variable	No	%
Comités de desarrollo	21	66.7
Reuniones	23	62.1
Coordinación sólo con el nivel superior	6	43.2
No hay coordinación	7	18.9
Otro	2	5.4

Fuente: Encuesta a Gerentes y/o Responsables de Programas

Tabla No. 25 Logros alcanzados con la coordinación intersectorial

Variable	No	%
Programación en conjunto	18	48.6
Ayuda de transporte	20	54.0
Apoyo de recursos financieros	6	16.2
Asesoría, apoyo técnico	4	10.8
No hay coordinación	7	18.9
Otra	1	2.7

Fuente: Encuesta a Gerentes y/o Responsables de Programas

Tabla No. 26 Participación comunitaria en los siguientes componentes

Variable	Buena		Pobre		Inexistente	
	No	%	No	%	No	%
Trabajo de agentes comunitarios	24	72.7	8	24.2	1	3.0
Comités de desarrollo/salud en vivienda	9	32.1	12	42.9	7	25.0
Comités de desarrollo/salud en ambiente	14	51.9	8	29.6	5	18.5
Liderazgo de comités/comunidad	10	37.0	11	40.7	6	22.2
Distribución de funciones miembros del comité	13	46.4	10	35.7	5	15.7
Responsabilidad de miembros del comité	13	54.2	8	33.3	3	12.5
Colaboración de la comunidad con el programa	8	50.0	5	31.3	3	18.8
Colaboración en toma de decisiones con el personal de salud	4	66.7	-	-	2	33.3

Fuente: Encuesta a Gerentes y/o Responsables de Programas

Tabla No. 27 Existencia de ONG's en su territorio

Variable	No	%
Si	32	91.4
No	3	8.6
TOTAL	35	100.0

Fuente: Encuesta a Gerentes y/o Responsables de Programas

Tabla No. 28 Tipo de relación con las ONG's y/o Instituciones

Variable	No	%
No hay	3	9.0
Apoyo financiero	8	24.2
Apoyo técnico, logístico	9	27.3
Apoyo en capacitaciones	17	51.5
Otro	1	3.0

Fuente: Encuesta a Gerentes y/o Responsables de Programas

Tabla No. 29 Conocimiento del presupuesto anual del programa

Variable	No	%
Si	3	8.1
No	34	91.9
TOTAL	37	100.0

Fuente: Encuesta a Gerentes y/o Responsables de Programas

Tabla No. 30 Control de la ejecución presupuestaria

Variable	No	%
Programa en el municipio	1	2.8
Dirección del SILAIS	9	25
Dirección en el municipio	27	75
No hay control	3	8.3
Otro	1	2.8

Fuente: Encuesta a Gerentes y/o Responsables de Programas

Tabla No. 31 Ha recibido capacitación en ejecución de presupuesto

Variable	No	%
Si	2	6.7
No	33	94.3
TOTAL	35	100.0

Fuente: Encuesta a Gerentes y/o Responsables de Programas

Tabla No. 32 Tipo de supervisión que realiza

Variable	No	%
Supervisión de control	17	54.8
Supervisión de apoyo	19	61.3
Supervisión capacitante	16	51.6
Otra	1	3.2

Fuente: Encuesta a Gerentes y/o Responsables de Programas

Tabla No. 33 Utiliza de guías o instrumentos de supervisión

Variable	No	%
Si	9	26.5
No	25	73.5
TOTAL	34	100.0

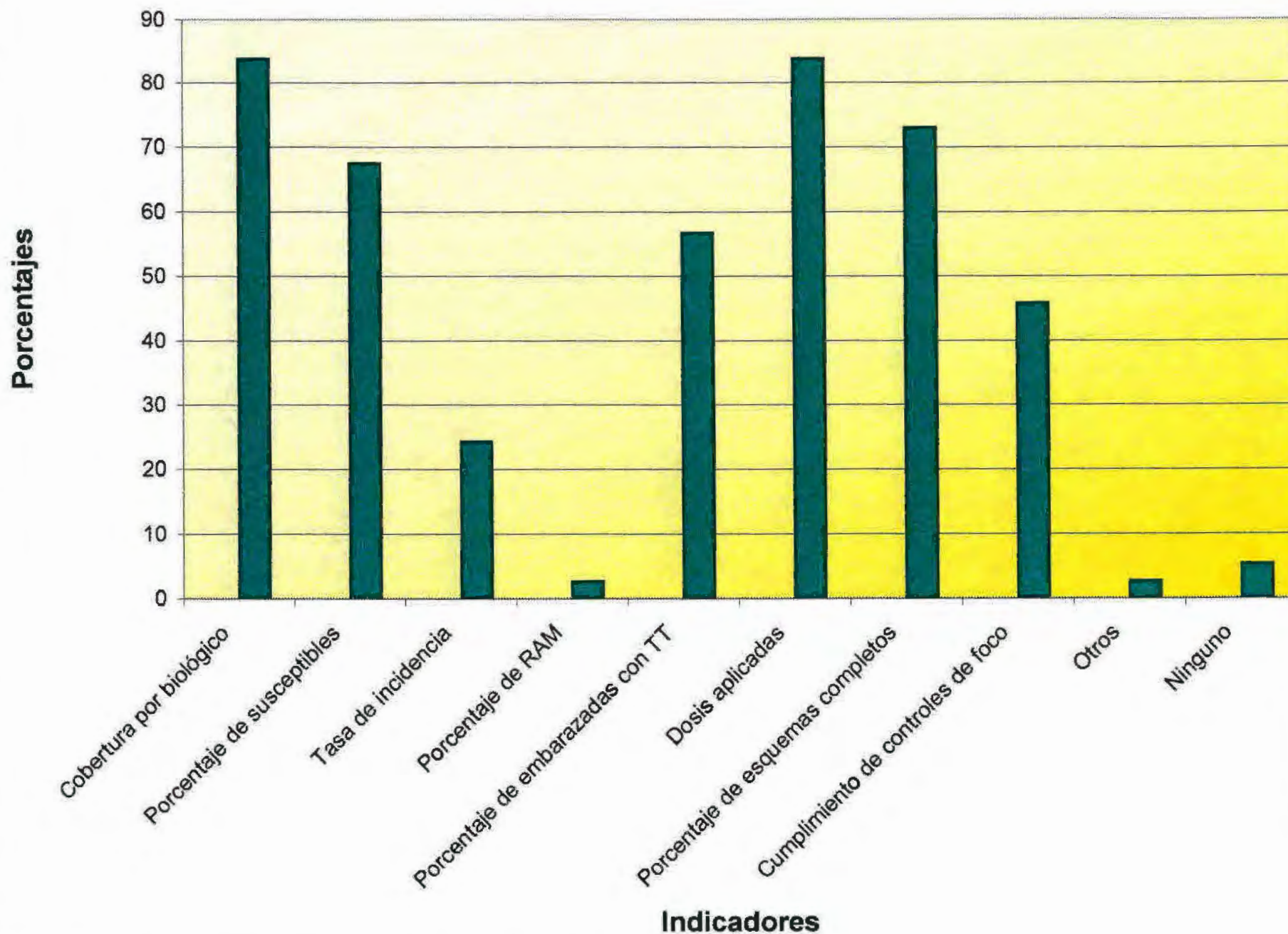
Fuente: Encuesta a Gerentes y/o Responsables de Programas

Tabla No. 34 Ha leído la Ley de Municipalización

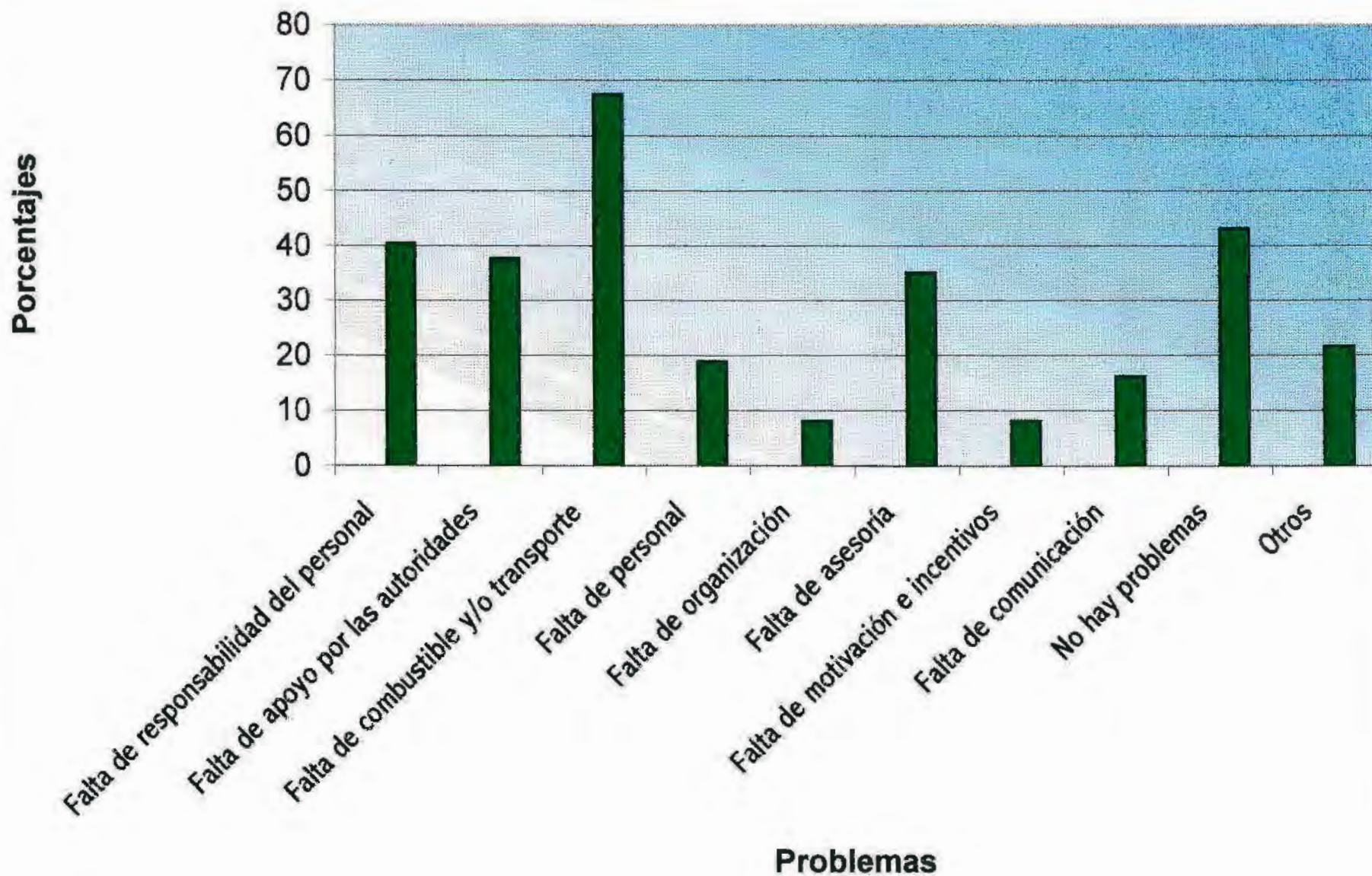
Variable	No	%
Si	1	2.9
No	34	97.1
TOTAL	35	100.0

Fuente: Encuesta a Gerentes y/o Responsables de Programas

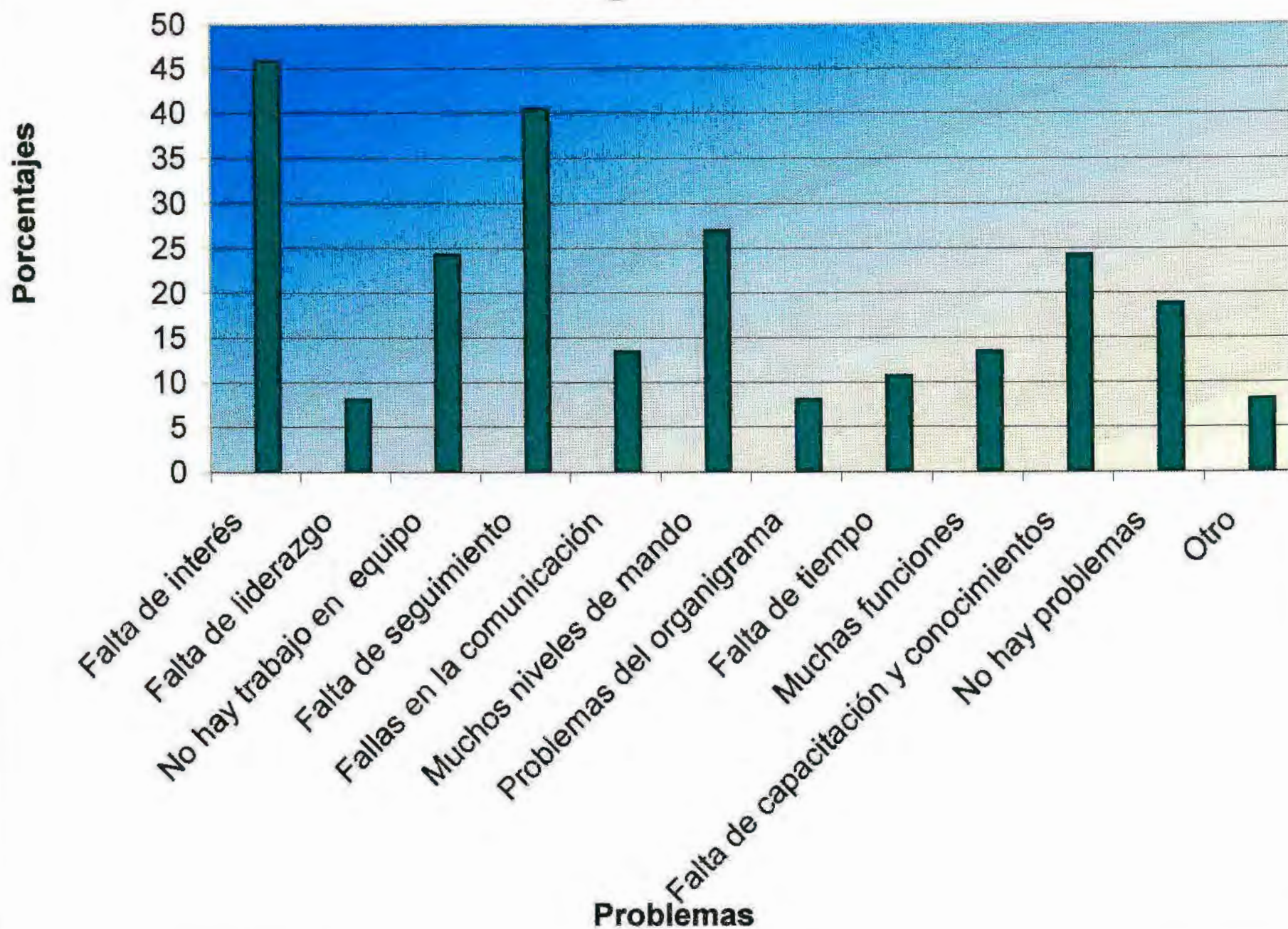
Cuadro No. 7: Indicadores Utilizados en Vigilancia del PAI



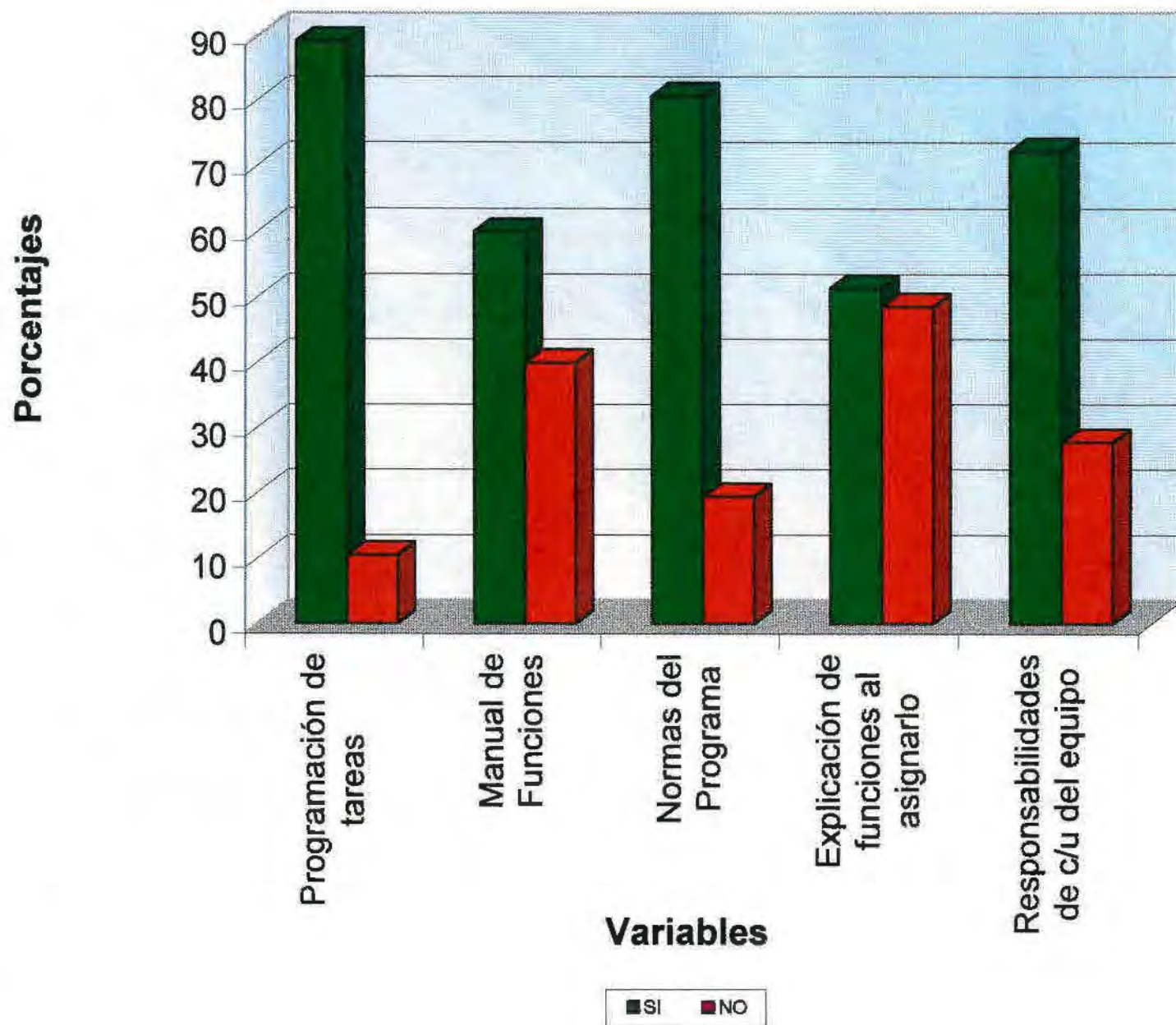
Cuadro No. 19: Problemas que Limitan Ejecución del PAI



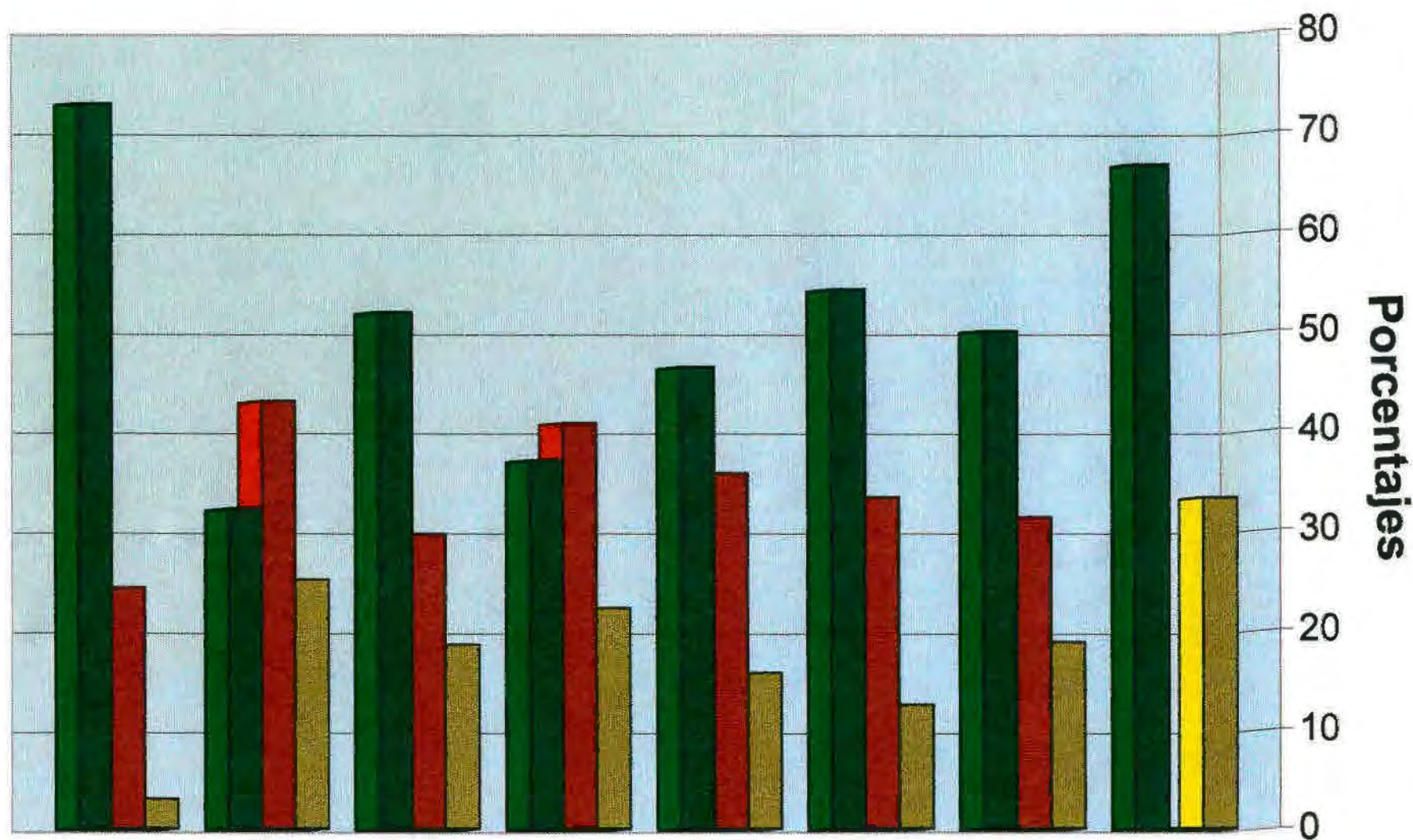
Cuadro No. 21: Problemas de Coordinación con otros Programas



Cuadro No. 23: Asignación de Funciones



Cuadro No. 26: Participación Comunitaria



■ Buena ■ Pobre ■ Inexistente