

**Ministerio de Salud  
Caja Costarricense de Seguro Social  
Oficina Primera Dama de la República  
Instituto Costarricense de Investigación y  
Enseñanza de Nutrición y Salud  
Junta de Protección Social  
Organización Panamericana de la Salud  
Centros para la Prevención y Control de Enfermedades  
Agencia para el Desarrollo Internacional de USA**

## **Plan de acción y organización general**

***Hacia el control de la rubéola, la eliminación del  
síndrome de rubéola congénita y la erradicación del  
sarampión en Costa Rica***

**Costa Rica  
2 de febrero, 2001**

## ***Presentación***

Las decisiones en salud pública deben sustentarse en el análisis de la situación de salud, de la respuesta que brinda la sociedad a esa realidad y de la evidencia de la efectividad de las intervenciones.

El presente Plan de acción es un ejemplo de esa articulación del conocimiento con la acción, al vincular el fundamento técnico con la decisión política. Las autoridades de salud de Costa Rica tomamos la decisión de introducir la vacunación contra sarampión-rubéola (SR) en mujeres durante el posparto desde el 1º de diciembre del 2000 y realizar una campaña nacional de vacunación en mayo del 2001. Esta decisión se fundamenta en el análisis epidemiológico del comportamiento de las tendencias del sarampión, la rubéola y el Síndrome de rubéola congénita (SRC) desde inicios de los setenta, en resultados de estudios de seroprevalencia y la evaluación de las coberturas y esquemas de vacunación implementados en el país desde hace varias décadas.

Este plan de acción que hemos elaborado incorpora no solo objetivos específicos para la realización de la Jornada de vacunación, sino también la implementación de un sistema de vigilancia del SRC, el fortalecimiento de la vigilancia de las enfermedades febriles y la evaluación del impacto de la vacunación.

El trabajo conjunto es un elemento fundamental de este proyecto, pues en él participan instituciones de salud y agencias internacionales de cooperación técnica y financiera. Esta estrategia de trabajo ha permitido movilizar recursos técnicos y financieros de diversas fuentes y articular diversas iniciativas y proyectos hacia objetivos comunes que son prioritarios para la salud pública del país.

Este esfuerzo que el gobierno de nuestro país está desarrollando no es solo de interés nacional, pues además de estar ejecutando acciones concretas hacia la eliminación de la rubéola, el SRC y la erradicación del sarampión en el país, se está generando conocimiento útil para la definición de estrategias de inmunización para el conjunto de los países en las Américas. Es por ello que también están participando la Organización Panamericana de la Salud y los Centros para la Prevención y Control de Enfermedades (CDC).

Agradezco a todos los que han participado e impulsan esta iniciativa y al personal de salud que labora en cada establecimiento de salud del país, con la certeza de que con la implementación de esta iniciativa estamos avanzando hacia el cumplimiento efectivo de los derechos a la salud de los niños, niñas, hombres y mujeres de nuestro país.

Dr. Rogelio Pardo Evans  
Ministro de Salud

# ***Tabla de contenidos***

---

Presentación

Tabla de contenidos

I.	Introducción.....	1
II.	Situación epidemiológica de la rubéola, SRC y el sarampión en Costa Rica	
	a. La rubéola.....	2
	b. El síndrome de rubéola congénita.....	3
	c. El sarampión.....	4
III.	Vigilancia de la rubéola, SRC y el sarampión.....	5
IV.	La propuesta de intervención.....	6
V.	Objetivo general.....	6
VI.	Objetivos específicos.....	6
VII.	Estrategias.....	7
VIII.	Cronograma y presupuesto .....	7
IX.	Organización y funciones.....	10
X.	Referencias.....	19

## I. Introducción

Doscientos años después del descubrimiento de la primera vacuna<sup>1</sup>, contra la viruela, el mundo se encuentra en el umbral de una serie de grandes avances científicos que cambiarán la faz de la atención de la salud preventiva de niños y adultos. Cada año mueren más de 12 millones de niños, de los cuales tres millones fallecen antes de cumplir una semana de vida. Dos millones al menos, de estas muertes, son causada por enfermedades que podrían haberse prevenido con las vacunas. Las vacunas son, cada vez más, la primera línea de defensa contra diversas enfermedades en situaciones como dificultades en el acceso a la atención, tratamientos costosos y creciente resistencia antimicrobiana.

Al cabo de dos decenios de haberse constituido el PAI se evitaban la muerte de al menos 3 millones de niños, por año, reduciendo además en al menos 750.000 la cifra de niños ciegos, lisiados, retrasados mentalmente o afectados por otras discapacidades.

La disponibilidad, en el mundo, de vacuna antirubéolica data de varias décadas. Su eficacia está comprobada y ya existen experiencias del uso masivo de ésta.

Costa Rica introdujo la vacuna antirubeólica en el esquema de inmunización infantil en 1972. En 1992, al incluir una dosis de refuerzo a los 7 años de edad, se ha protegido a la cohorte de población infantil, escolares y adolescentes de ambos sexos hasta los 18 años de edad, pero aún no se ha logrado proteger al grupo de adultos jóvenes (edad fértil).

Al reducir la posibilidad de que la población adquiriera la infección natural por el virus de la rubéola durante los primeros años de vida, se desplaza la prevalencia de susceptibles en las mujeres en edad reproductiva, pues no han adquirido inmunidad natural y además es la cohorte de población que no fue vacunada con el esquema básico de inmunización.

Dada la condición endémica de la rubéola en el país, las posibilidades de una mayor circulación del virus producido por el desplazamiento de las poblaciones al interior del país y proveniente de otros países, las autoridades del país han decidido implementar un plan nacional que contempla los dos componentes sustancias como vacunación y vigilancia epidemiológica dirigido a controlar la rubéola, eliminar el Síndrome de Rubéola Congénita y, paralelamente, fortalecer la erradicación del sarampión.

La iniciativa de Erradicar el Sarampión obedece a un compromiso de los gobiernos de las Américas, entre los cuales está Costa Rica. En la actualidad, la intensificación de la vacunación en la edad infantil también ha producido un desplazamiento de la edad de riesgo de contraer la enfermedad afectando en este momento a los adultos jóvenes.

El presente plan constituye el mayor desafío de intervención con vacunas que se ha realizado en el país, fundamentalmente porque la cantidad a personas a vacunar alcanza una cifra alrededor de 1.700.000 personas, que incorpora población adulta e incluye masivamente vacunación de varones además de abordar dos enfermedades simultáneamente. Por este motivo, es necesario desarrollar una organización especial para las etapas de vacunación intensiva (Jornada) y una sistematización efectiva y oportuna para el sostenimiento de la vacunación de rutina y la vigilancia epidemiológica.

## II. Situación epidemiológica de la rubéola, SRC y sarampión en Costa Rica.

### a. La rubéola

La rubéola es una enfermedad infecciosa, transmisible por vía respiratoria, que se afecta indistintamente a hombres y mujeres que no hayan recibido vacuna. La enfermedad se presenta en cualquier estación del año y en cualquier clima. De la totalidad de las personas infectadas el 50% aproximadamente no hace cuadro clínico pero no pierde su capacidad transmisible.

La tendencia de la enfermedad se presenta en forma de brotes epidémicos con espacios entre epidemias que dependen del uso de la vacuna antirubéola y de la cobertura obtenida. En Costa Rica, la tendencia de los últimos 28 años se ha comportado como epidemias en los años 75-76, 87-88, 93-94 y 98-99. En estos brotes se presentaron 2835, 1079, 496 y 1282 casos respectivamente.

Desde la introducción de la vacuna en 1972 (Gráfico N°1), durante las primeras dos décadas no se observaron cambios radicales en la tendencia de la enfermedad producto de las bajas coberturas obtenidas y fundamentalmente porque el grupo objetivo era muy reducido. Las coberturas de vacuna antirubeólica en niños fueron inferiores al 40% hasta principios de los ochenta y es hasta 1984 que se alcanzan cifras cercanas al 80%. En los años 94 a 98 se obtuvo la endemia más baja.

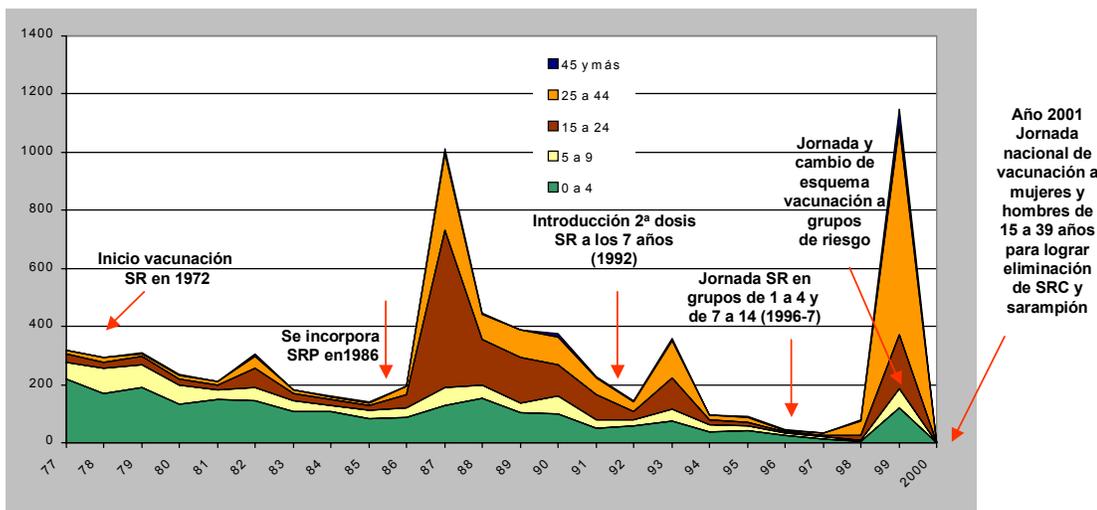
Con relación a la edad (Cuadro N°1) durante los brotes 87-88, 93-94 y 98-99 se observa un desplazamiento en la edad de los afectados; en el grupo de 15 a 24 años se observó que desde el primer brote hasta el tercero hay un descenso progresivo en la importancia relativa del grupo y consecuentemente un aumento progresivo en el grupo de 25 a 44 años con 22.5%, 31.0% y 41.0% respectivamente.

**Cuadro N°1**

**Importancia relativa de grupo en edad fértil en  
3 últimos brotes de rubéola  
Costa Rica, 87-88/93-94/98-99**

<b>Edades</b>	<b>Brote 87-88</b>	<b>Brote 93-94</b>	<b>Brote 98-99</b>
	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
<b>15-24 años</b>	<b>45</b>	<b>25</b>	<b>11.2</b>
<b>25-44 años</b>	<b>22.5</b>	<b>31.0</b>	<b>41.0</b>

**Gráfico N° 1**  
**Número de casos de rubéola por edades y estrategias de vacunación.**  
**Costa Rica, 1977 a 1999**



**Fuente:** Centro de información. Sección Vigilancia Epidemiológica. Ministerio de Salud

La incidencia de la rubéola según sexo no ha mostrado diferencias importantes desde la introducción de la vacuna ya que el grupo objetivo eran niños y niñas. El brote de rubéola que se presenta en 1998-99, afectó tanto a hombres y mujeres (53% mujeres, razón de tasa de incidencia= 1.15 mujer/ 1 hombre).

Según resultados de una encuesta serológica nacional realizada en 1996, la seroprevalencia de susceptibles a la rubéola en preescolares, fue de 7.3%.<sup>2</sup> Sin embargo, para las mujeres en edad fértil, se determinó que un 36.2% eran susceptibles a la rubéola.

### **b. El Síndrome de rubéola congénita (SRC).**

Ante una enfermedad endémica como la rubéola y con la presentación de brotes recientes, como el ocurrido en 1998-99, que afectó prioritariamente al grupo en edad fértil se esperaba una elevación en el número de casos del SRC, pero el registro de notificación obligatoria no registra ningún caso de SRC desde 1992.

Por lo anterior, se está realizando una búsqueda activa de casos de SRC en el Hospital Nacional de Niños (HNN), para lo cual se analizó la base de datos de la Sección de Inmunología del Laboratorio Clínico, identificando aquellos casos de niños menores de 3 meses a los cuales, desde enero de 1996 hasta el año 2000 se les había realizado una serología IgM por el virus de la rubéola.

De esa forma se detectaron 49 niños con SRC con los siguientes diagnósticos:

- hepato-esplenomegalia 20 (41%);
- microcefalia 10 (20%),
- poli-malformado 10 (20%),
- sin anotar la causa en el expediente 7 (15%) y
- cataratas 2 (4%).

En ninguno de los expedientes se anotó la sospecha de rubéola y el diagnóstico que predominó fue TORCHS.

La magnitud del SRC en Costa Rica también se evidencia en los resultados preliminares del estudio de prevalencia de sordera realizado en 1996-97 <sup>3</sup>, que evaluó a un total de 12612 niños de primer grado de 250 escuelas del país. Esta encuesta detectó una prevalencia de sordera neurosensorial de 2.5% en la población escolar, cuyo origen era desconocido en el 40% de los casos, congénita en el 38% y adquirida en el 22%. El antecedente de rubéola durante el embarazo de la madre se reportó como una de las principales causas en la categoría de sorderas adquiridas. En el 86.4% de los casos el déficit era bilateral, 70% de grado moderado y severo. Un 21% de los casos detectados no tenían seguro social, un 2.8% eran hijos de migrantes y solo un 60% tenían audifono. Se estima que de 1.5 a 1.63 por 1000 nacidos vivos sufren de sordera neurosensorial en Costa Rica.

Estos resultados reflejan parcialmente la problemática del SRC en el país, pues solo corresponden a los casos de niños menores de 3 meses detectados en el Hospital Nacional de Niños y a un estudio que refleja la situación de la sordera en el niño escolar y las dificultades que éstos enfrentan para insertarse en la sociedad. Esta información también demuestra que hay un subregistro de casos en el sistema de notificación de SRC, y que debe mejorarse la detección y notificación de este problema.

### **c. El sarampión**

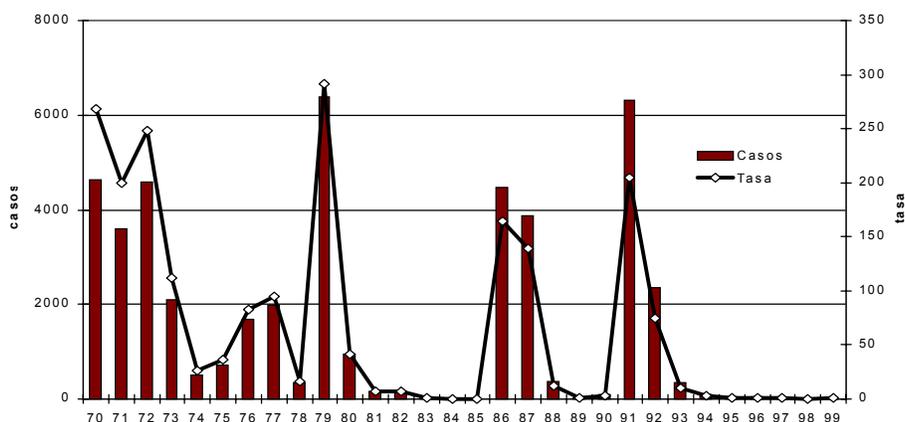
Con respecto al sarampión (Gráfico N°2), a principios de los setenta, Costa Rica logró reducir el número de enfermos desde 4627 en 1970 a 512 en 1974. Sin embargo, la incidencia de esta enfermedad se eleva a finales de la década y alcanza 6389 casos en 1979, la mayoría en menores de 5 años. Una nueva epidemia se inició en 1991, con un reporte de 6323 casos en ese año y 2361 en 1992.

También se presentó una inversión del patrón tradicional de edades afectadas: la mayoría fueron adolescentes y adultos jóvenes.

En 1996 hubo un pequeño brote cuyo caso índice fue un turista procedente de Brasil y, desde 1997 hasta 1999 el número de casos reportados como confirmados clínicamente corresponde a casos cuya investigación no logró reunir los elementos de juicio para confirmarlo o descartarlos alcanzando la cifra de 24 y 30 casos respectivamente, es decir corresponde a una falla del sistema de vigilancia.

En cuanto a mortalidad de causa específica de sarampión durante la epidemia de 1991-92 ocurrieron 55 muertes <sup>4</sup> y la última defunción por sarampión en el país se registró en 1994.

**Gráfico N° 2**  
**Incidencia de sarampión según año.**  
**Costa Rica, 1970 a 1999**  
**- N° casos y tasas por 100000 hab. -**



Fuente: Centro de información. Sección Vigilancia Epidemiológica. Ministerio de Salud

### III. Vigilancia Epidemiológica: Rubéola y sarampión.

El sarampión y la rubéola se integran dentro de los eventos que se vigilan en forma conjunta como Enfermedades Febriles Eruptivas (EFEs) a partir de 1993, como consecuencia de la decisión adoptada en 1991 por los Ministros de Salud y Presidentes centromericanos de erradicar el sarampión de Istmo.

Con la reaparición del Dengue en el país, las acciones de vigilancia se incrementaron con una actividad más puntual que es la vigilancia tanto epidemiológica como serológica de febriles que consultan a los servicios de emergencia de clínicas y hospitales, lo que permite hacer diagnóstico diferencial de dengue y leptospirosis, además del sarampión y la rubéola.

La definición operativa de la vigilancia se realiza por medio de protocolos específicos, para que, ante la sospecha de un caso de sarampión o rubéola, se inicia la investigación clínico-epidemiológica del caso y se tomen muestras de sangre para confirmar o descartar el diagnóstico. La toma de muestras para serología puede hacerse en cualquier laboratorio de los establecimientos de salud y se envían a INCIENSA, que es el laboratorio nacional de referencia.

#### Síndrome de Rubéola Congénita (SRC)

El SRC es una de las enfermedades de notificación obligatoria que deben reportar los establecimientos, públicos y privados, al Ministerio de Salud, pero no existe un sistema específico para la vigilancia de esta patología.

#### **IV. La propuesta de intervención**

Realizar una Jornada nacional de vacunación en mayo del 2001 que incluya hombres y mujeres de 15 a 39 años para proteger al grupo de población que actualmente es susceptible al sarampión y la rubéola usando la vacuna Sarampión-Rubéola (SR). En el marco de este Plan, se inició la estrategia de vacunación a partir de diciembre del 2001 al incorporar a las mujeres en el posparto inmediato dentro del esquema de inmunización con SR. La elevada cobertura de atención hospitalaria del parto en Costa Rica (98%) permite lograr una alta cobertura de vacunación en este grupo de población.

Además, se mantendrá la administración regular de Sarampión-Rubéola-Paperas (SRP) a los 13 meses y al ingreso de la escuela, según el esquema básico de vacunación del país.

Un elemento importante de este proyecto es fortalecer los sistemas de vigilancia de la rubéola el sarampión y el SRC. En este sentido, es necesario fortalecer la vigilancia integrada del sarampión y la rubéola, e implementar un subsistema de Vigilancia del Síndrome de Rubéola Congénita (SRC) previo al inicio de la Jornada de vacunación, pues en el país existen las condiciones de cobertura y calidad de servicios de salud que permitirían desarrollarlo y, de esta manera, mejorar la detección y atención del SRC y monitorear sus tendencias.

#### **V. Objetivo general**

Mediante una estrategia integrada de vacunación y el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica, se espera:

1. Fortalecer las acciones tendientes a erradicar el sarampión
2. Controlar la rubéola
3. Eliminar el Síndrome de rubéola congénita

#### **VI. Objetivos específicos**

1. Vacunar a la población de 15 a 39 años de ambos sexos contra el sarampión y la rubéola mediante una Jornada intensiva de vacunación.
2. Elevar las coberturas de SRP en el grupo objetivo del esquema básico de vacunación.
3. Vacunar contra SR a todas las mujeres en el posparto que no han sido vacunadas anteriormente.
4. Actualizar y reforzar el sistema de vigilancia integrada del SR.
5. Desarrollar el sistema de vigilancia del Síndrome de Rubéola Congénita.

## **VII. Estrategias**

El desarrollo de esta iniciativa incorpora las siguientes estrategias:

- Acción intersectorial especialmente con sector educación y trabajo.
- Movilización social con la comunidad, líderes políticos, autoridades eclesiásticas, Asociaciones comunales, líderes sindicales, presidente de federación de estudiantes, presidente estudiantil de enseñanza secundaria, artistas, empresarios, ONGs locales, prensa y otros.
- Gestión integrada entre Ministerio de Salud y CCSS.
- Planificación y gestión en redes de servicios.
- Organización por área temática mientras dura el proceso de la Jornada.
- Cooperación interagencial para la captación de recursos.
- Cooperación internacional para la asesoría técnica y captación de recursos.

## **VIII. Cronograma y presupuesto**

El Plan de Acción incorpora dos componentes fundamentales:

1. La implementación de una estrategia integrada de vacunación de SR
2. El fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica para el SR y SRC

El cronograma y presupuesto se describe a continuación.



Componente	Actividades	Fecha	Presupuesto	
			Nacional <sup>1</sup>	Externo
1. Implementación de una estrategia integrada de vacunación	<b>a. Planeamiento, implementación, monitoreo y evaluación de vacunación en posparto.</b>	Nov 2000	\$733.200 (biológico),	Asesoría técnica de OPS y CDC  \$8.000 Talleres  \$10.000 Termos, (OPS/AID)  \$300.000 Biológico y otros insumos), 529.650 dosis (CDC)
	- Definición de lineamientos e inicio de la vacunación en post parto.		1.527.450	
	- Divulgación de plan de acción y lineamientos de vacunación a funcionarios del Ministerio de Salud y CCSS.	Nov 2000	dosis, CCSS)	
	- Inicio de vacunación post-parto en las maternidades del país.	Dic. 2000	\$49.237 (Jeringas)	
	- Monitoreo de las coberturas de SR en posparto.	c/ mes a partir de febrero		
	<b>b. Planeamiento, implementación, monitoreo y evaluación de la Jornada de vacunación a población de 15 a 39 años.</b>	Dic 00-Enero 01	\$ 679.080 (Salarios= 641.080	
	- Elaboración y validación del Plan de acción, Lineamientos y Manual de funciones.		Viáticos= 38.000)	
	- Elaboración de instrumentos de registro de vacunas y reacciones adversas.	Feb 01		
	- Elaboración del Plan de comunicación social.	Feb 01		
	- Diseño, elaboración y distribución de material de educación y comunicación.	Feb-mar 01	\$2.483 Transporte	
	- Realización de talleres de capacitación (1 nacional con las regiones y 7 regionales con los niveles locales).	Mar 01		
	-Supervisión durante las etapas de planificación y la jornada (1 visita a cada región de 2 días en las dos etapas).	Feb-may 01	\$78.370 (JPS), Com.Social	
	- Distribución de la vacuna y otros insumos	Abr-May01		
	- Inauguración de la jornada de vacunación	Feb 02		
- Ejecución de la jornada	May01			
- Evaluación cualitativa y cuantitativa de la jornada	Jun01			
- Taller de socialización de resultados de la evaluación de la jornada	Jun01			
- Informe final y publicación				
<b>Subtotal</b>			<b>\$1.542.000</b>	<b>\$318.000</b>

<sup>1</sup> El cálculo de vacunas de la Jornada y posparto incluyó los siguientes supuestos: población a vacunar 1.714.250 hab de 15 a 39 años, en jornada 1.552.000 hab. (60 % urbana, 40% rural) y 80.000 nacimientos al año. Se asume un 20% de pérdida del biológico, por lo que el total de vacunas requeridas se estima en 2.057.100. Rendimiento diario por vacunador: Mínimo 80 en puestos fijos y establecimientos, 60 en visitas casa a casa o sitios de trabajo en zona urbana y 30 en visitas casa a casa o en sitios de trabajo en zonas rurales. En general se estima una captación en visitas del 70% y en establecimientos y puestos fijos el 30% de la población blanco. Un total de 1118 vacunadores de 1358 a tiempo completo por 22 días, la mitad Auxiliares de enfermería y la otra mitad Asistentes técnicos de atención primaria, con salario por hora estimado por la Sección de Costos Hospitalarios y la Sección Salud del Niño(a) (Auxiliares 958 colones la hora, Ataps 765 la hora). Un total de 112 enfermeras profesionales, a razón de 1/ 10 vacunadores, con estimación de salario por hora igual al personal auxiliar (1775 colones la hora para enfermeras). Se agrega gastos de alimentación (almuerzos) para el 30 % de este personal. Para el transporte se estimó un recorrido de 10Km diarios en zona urbana y 30 Km diarios en zona rural, a un costo promedio de ¢20 por Km. Para la capacitación se estima 9 talleres de 2 días, 60 participantes, costo < 2.250 por persona por día. Se calculan jeringas de 5 cc para dilución, 1 cc para inyección, 5% de pérdida, costo \$0.037 por 5 cc, \$0.027 por 1 cc

Componente	Actividades	Fecha	Presupuesto	
			Nacional	Externo
2. Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica para el SR y SRC	<b>a. Fortalecer la vigilancia integrada del sarampión y la rubéola</b>	Febr- Abril 2001	\$14440 (reactivos)	\$13.535 (dotación anual IgM de OPS)
	- Fortalecimiento de la vigilancia del SR basada en redes de laboratorios: elaboración de flujos de referencia, dotación de equipo, suministro de medios de transporte y reactivos para cultivo viral, mantenimiento de dotación de reactivos para vigilancia serológica		Tiempo de personal profesional y técnico de laboratorio,	\$37.300 (equipo donado por proyecto USAID/CDC/OPS/APHL)
	- Revisión y actualización de protocolos de vigilancia de SR	Febr 01		Asesoría OPS y CDC
	- Taller de capacitación en protocolos de vigilancia SR	Abr 01		\$1.500 1 taller de validación protocolo
	<b>b. Diseño, implementación y monitoreo del sistema de vigilancia de SRC</b>		Tiempo de personal de epidemiología y clínico	\$4.500 3Talleres de capacitación en normas
	- Diagnóstico de recursos humanos, diagnósticos y terapéuticos, fuentes y flujos de información, entre otros.	Feb 01		
	- Evaluación del sistema y búsqueda de casos de SRC para tener un nivel basal de información .	Feb-Abr 01		
	- Elaboración de la propuesta del sistema de vigilancia de SRC: definición de caso, flujos de información, indicadores, reportes, vigilancia de laboratorio, entre otros	Mar 01		
	- Elaboración del protocolo para evaluación y seguimiento de mujeres embarazadas inadvertidamente vacunadas	Mar 01		
- Taller validación de la propuesta del sistema de vigilancia	Mar 01			
- Edición de manual de normas y procedimientos del sistema de vigilancia	Abril 01			
- Capacitación en las normas y procedimientos	Abril 01			
<b>Subtotal</b>			<b>\$14.440</b>	<b>\$56.835</b>
<b>Total</b>			<b>\$1.556.440</b>	<b>\$374.835</b>
			<b>TOTAL GENERAL = \$1.931.275</b>	



## **IX. Organización y funciones**

La Comisión Nacional de Inmunización que preside el Ministro de Salud es la instancia de mayor autoridad. El proyecto es coordinado por una comisión en la que están representados el Ministerio de Salud, CCSS, OPS y CDC. Esta Comisión Coordinadora es conducida por la Viceministra de Salud y está integrada por la Directora de Vigilancia de la Salud del Ministerio de Salud, Representante de Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud, Responsable del PAI de la CCSS, Consultor de Epidemiología de OPS y Consultora Nacional del CDC.

Para la planificación y ejecución de actividades del Plan, la Comisión Coordinadora cuenta con dos componentes:

- Componente Jornada de vacunación y
- Componente Vigilancia epidemiológica

La Comisión Coordinadora tiene un director ejecutivo que conduce las acciones de planificación, implementación, monitoreo, control y evaluación de los dos componentes del Plan de acción.

Especialmente para el desarrollo de la Jornada se conforman cinco Sub-componentes: Logística y cadena de frío; Comunicación social; Participación social; Sistema de registros y Capacitación de personal.

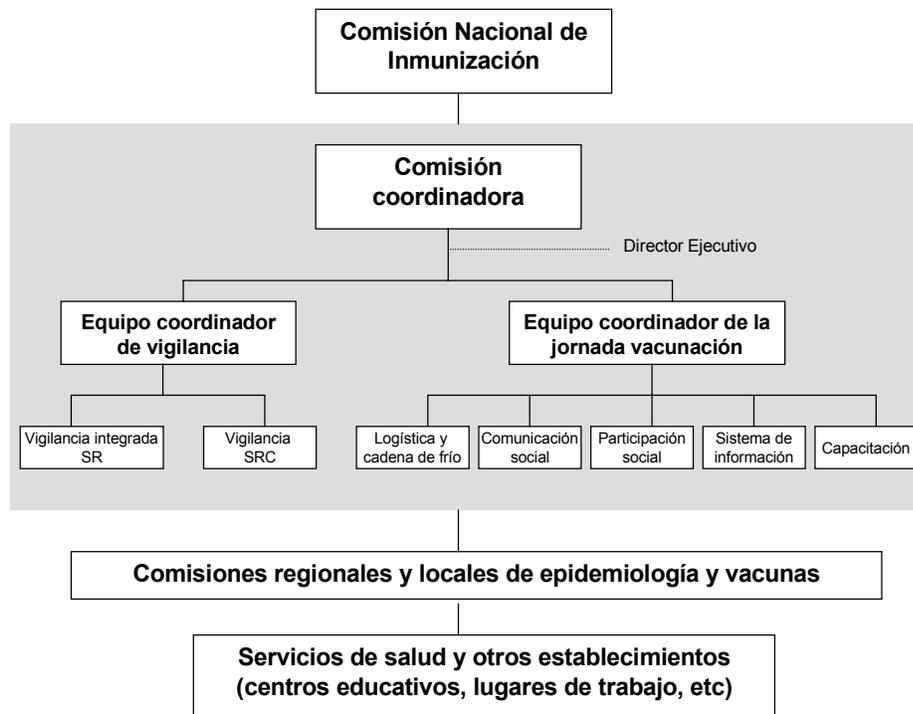
Para este componente no se definen en este plan las acciones relacionadas con la vacunación de rutina según el esquema básico.

El componente de vigilancia epidemiológica cuenta con dos equipos de trabajo:

- Responsable del fortalecimiento de la vigilancia del SR y
- Responsable del diseño e implementación del sistema de vigilancia del SRC.

Para la operacionalización de la Jornada se coordina con las comisiones regionales y locales de epidemiología y vacunación de todo el país, las que se organizarán con una metodología de trabajo similar a la descrita para el nivel central. El proyecto cuenta con la cooperación técnica y financiera de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), así como del National Immunization Program (NIP) del CDC.

## ESQUEMA DE ORGANIZACIÓN



### Definición de funciones para la Jornada de vacunación Sarampión-Rubéola.

**I.- Organización.** La organización de la Jornada, definiendo funciones a cada Sub-componente, pretende optimizar la eficiencia considerando a la experiencia y dedicación de cada uno de los responsables. En cada región y área de salud (o clínica) debe replicarse esta organización o mantenerse las funciones de acuerdo a los recursos humanos disponibles. Para efectos de planificar, ejecutar, monitorear y evaluar la Jornada, se han definido los siguientes Sub-componentes que estarán constituidos por un Coordinador y los miembros que éste estime necesarios para el cumplimiento exitoso de la Jornada:

- ❖ Logística y cadena de frío
- ❖ Sistema de información
- ❖ Movilización social, que incluye las áreas de:
  - Participación social
  - Comunicación social
- ❖ Capacitación al personal de salud
- ❖ Vigilancia epidemiológica

### **Comisión Nacional de Inmunización:**

- ❖ Aprobar los Planes, Presupuesto y Lineamientos para la vacunación antirubéola con el objetivo de la Eliminación del SRC.
- ❖ Realizar la comunicación social de la Jornada en el ámbito técnico-político de acuerdo a recomendaciones del Comité Coordinador.
- ❖ Coordinar acciones con otros sectores en el ámbito técnico-político.
- ❖ Velar por el adecuado desarrollo de la Jornada.

### **Comité Coordinador de la Jornada:**

1. Planificar, organizar, conducir, controlar y evaluar la Jornada.
2. Definir las funciones y metodología de trabajo a los Equipos Técnicos responsables de cada Sub-componente.
3. Aprobar y velar por la divulgación y cumplimiento de lo establecido en:
  - ❖ Plan de Acción de la Jornada.
  - ❖ Lineamientos de la Jornada en todos los niveles (Logística y Aspectos Técnicos).
  - ❖ Manuales de funciones.
4. Velar por la programación, ejecución, monitoreo y evaluación adecuados y oportunos en cada nivel.
5. Realizar visitas al nivel regional y local para supervisar y asesorar la organización y ejecución de la Jornada.
6. Analizar los reportes del monitoreo por Sub-componente y si se requiere, definir acciones correctivas.
7. Integrar la información suministrada por los responsables de cada Sub-componente de la jornada en sus diferentes etapas I.
8. Analizar los informes de avance de la jornada, en sus diferentes Sub-componentes, y definir las acciones correctivas cuando se requieran.
9. Participa en la elaboración de comunicaciones escritas para las autoridades políticas en apoyo a la coordinadora del Comité.
10. Informar a la Comisión Nacional de Inmunizaciones y otras autoridades del avance de la jornada y los resultados del monitoreo y evaluación.

La coordinación del Comité Coordinador está a cargo de la Viceministra de Salud.

**Director Ejecutivo:**

1. Orientar las funciones y metodología de trabajo a los Equipos Técnicos responsables de cada Sub-componente.
2. Convocar a los Equipos Técnicos cuando lo establezca el cronograma de trabajo o según situaciones de emergencia.
3. Conducir las sesiones de revisión de avances de las actividades contenidas en el cronograma de trabajo de la Comisión Coordinadora.
4. Coordinar y monitorear el trabajo de cada Sub-componente en cada etapa de la Jornada y acciones correctivas cuando se requiera.
5. Informar al Comité Coordinador sobre los avances del diseño y ejecución de la Jornada y sugerir acciones correctivas cuando se requiera.
6. Preparar comunicaciones escritas para la autoridad política en apoyo a Coordinación del Comité.
7. Revisar, en conjunto con Responsables del Sub-componente Comunicación, la información técnica que debe salir a los medios.
8. Coordinar con otras instancias institucionales las acciones que se requieran.
9. Coordinar las acciones de supervisión de acuerdo a necesidades.

**A. Sub-componente Logística y Cadena de Frío:**

1. Preparar cronograma con las actividades que desarrollará el Sub-componente, de acuerdo a los límites establecidos por el Comité Coordinador.
2. Definir la coordinación y distribución de vacunas y otros insumos durante toda la Jornada por establecimiento.
3. Revisar la capacidad de almacenamiento de la vacuna en todos los niveles.
4. Definir los mecanismos de distribución de la vacuna y otros insumos.
5. Identificar las necesidades de vacunas y otros insumos en el nivel nacional y por región y establecimiento, según lineamientos definidos.
6. Proponer alternativas de solución viables cuando hay dificultades en el almacenamiento.
7. Hacer listado de nombre y teléfono de responsables de solicitar y recibir las vacunas en cada establecimiento.

8. Velar por la disponibilidad y oportunidad de transporte para la dotación de suministros y desplazamiento del personal en los diferentes niveles.
9. Monitorear el proceso de distribución, disponibilidad y desecho de vacuna y otros insumos por región y establecimiento.
10. Preparar reportes de avance del proceso y de la evaluación de la jornada en su Sub-componente.
11. Reportar inmediatamente al Director Ejecutivo cualquier anomalía en la distribución y disponibilidad de las vacunas y otros insumos.
12. Elaborar procedimientos de contingencia para el mantenimiento de la cadena de frío.
13. Colaborar con el responsable de la Capacitación para definir los contenidos y participar en las actividades de capacitación en lo concerniente a este Sub-componente, incorporando aspectos de bioseguridad.
14. Participar en el proceso de supervisión según necesidad en toda la red de servicios.

**B. Sub-componente Sistema de Información:**

1. Preparar cronograma con las actividades que desarrollará el Sub-componente, de acuerdo a los límites establecidos por el Comité Coordinador.
2. Diseñar los instrumentos de registro e instructivos necesarios para el sistema de información de la jornada de vacunación.
3. Estimar y solicitar los recursos financieros para la edición, reproducción y distribución de los instrumentos.
4. Elaborar listado de necesidades de los instrumentos de registro por regiones y servicios.
5. Coordinar la distribución de los instrumentos de acuerdo a requerimientos de las regiones y servicios.
6. Establecer un listado de nombre y teléfonos de cada responsable regional y local del sistema de información.
7. Elaborar el cronograma de ejecución de actividades para regiones y servicios.
8. Colaborar con el responsable de la Capacitación para definir los contenidos y participar en las actividades de capacitación en lo concerniente a este Sub-componente
9. Monitorear la ejecución del funcionamiento del sistema de información en las regiones y establecimientos.

10. Preparar reportes de avances del proceso y evaluación de este Sub-componente.
11. Participar en el proceso de supervisión según necesidad en toda la red de servicios.

### **C. Sub-componente movilización social:**

Este Sub-componente está integrado por dos áreas: participación y comunicación social.

#### **a. Participación Social:**

1. Preparar cronograma con las actividades que desarrollará el Sub-componente, de acuerdo a los límites establecidos por el Comité Coordinador.
2. Identificar las necesidades de apoyo de los diferentes organismos de la comunidad en todos los niveles (municipalidades, escuelas, comercio, iglesia, grupos organizados para el desarrollo y la salud local entre otros).
3. Identificar los actores sociales que deben involucrarse en la Jornada en el nivel central para los siguientes objetivos:
  - ❖ Dar participación en el liderazgo comunicacional para convocar a la población a vacunar (futbolistas, cantantes, actores, autoridades religiosas, autoridades políticas, Sociedades y Colegios profesionales y otros).
  - ❖ Identificar potenciales fuentes de recursos y apoyo de la comunidad.
4. Realizar actividades de sensibilización e información para obtener el apoyo de los líderes a la Jornada.
5. Coordinar las actividades comprometidas por los actores sociales y los responsables de la Jornada en todos los niveles.
6. Orientar y apoyar a los responsables regionales y locales para las acciones de participación social en sus respectivos niveles.
7. Colaborar con el responsable de la capacitación para definir los contenidos y participar en las actividades de capacitación en lo concerniente a este Sub-componente.
8. Coordinar con el responsable de comunicación la preparación de material técnico para información y motivación de líderes de la comunidad.
9. Monitorear la ejecución del funcionamiento del sistema de información en las regiones y servicios.

10. Preparar reportes de avances del proceso y evaluación de este Sub-componente.
11. Participar en el proceso de supervisión según necesidad en toda la red de servicios.

***b. Comunicación Social:***

1. Preparar cronograma con las actividades que desarrollará el Sub-componente, de acuerdo a los límites establecidos por el Comité Coordinador.
2. Elaborar y presupuestar la propuesta de comunicación social para la jornada de vacunación.
3. Solicitar y colaborar en la administración de los recursos financieros para la implementación del Sub-componente de comunicación.
4. Organizar y ejecutar la actividad inaugural de la jornada de vacunación
5. Elaborar propuestas de contenidos de mensajes y materiales para someterlas al Comité Coordinador.
6. Validar técnicamente, los mensajes y materiales educativos para medios de comunicación social.
7. Hacer listado de nombre y teléfono de responsables de solicitar y recibir las vacunas en cada establecimiento.
8. Orientar a los niveles regional y local para la elaboración de material y actividades comunicacionales.
9. Identificar las necesidades y enviar el material educativo a las regiones y establecimientos.
10. Coordinar la colocación de los mensajes en los diversos medios de comunicación.
11. Preparar las comunicaciones escritas para las autoridades, regiones, establecimientos y medios de comunicación, en las diferentes etapas de la jornada.
12. Preparar informes de avance del proceso y evaluación de la jornada en su Sub-componente.
13. Supervisar y monitorear la ejecución del Sub-componente de comunicación.

14. Colaborar con el responsable de la Capacitación para definir los contenidos y participar en las actividades de capacitación en lo concerniente a este Sub-componente.
15. Apoyar al Comité Coordinador en el registro y recopilación de materiales y actividades comunicacionales relativos a la jornada para la documentación y archivo histórico.
16. Participar en el proceso de supervisión según necesidad en toda la red de servicios.

**D. Sub-componente capacitación al personal de salud:**

1. Preparar cronograma con las actividades que desarrollará el Sub-componente, de acuerdo a los límites establecidos por el Comité Coordinador.
2. Diseñar y presupuestar la Propuesta de capacitación al personal de salud de todos los niveles con todos los Sub-componentes.
3. Preparar el material de capacitación una vez definida la metodología.
4. Elaborar listado de necesidades de material por regiones y servicios.
5. Estimar y solicitar los recursos financieros para la preparación y distribución del material.
6. Coordinar la distribución del material de acuerdo a requerimientos de las regiones y servicios.
7. Establecer un listado de nombre y teléfonos de cada responsable regional y local de la capacitación.
8. Realizar cronograma de ejecución de actividades para regiones y establecimientos.
9. Coordinar con Director Ejecutivo y los responsables regionales las actividades de capacitación.
10. Monitorear la ejecución de las actividades en las regiones y establecimientos.
11. Preparar reportes de avances del proceso y evaluación del Sub-componente de capacitación.
12. Participar en el proceso de supervisión según necesidad en toda la red de servicios.

## **E.- Sub-componente Vigilancia Epidemiológica:**

### ***a. Sarampión-Rubéola***

1. Evaluar el estado actual de la vigilancia del sarampión y la rubéola.
2. Revisar y actualizar los flujos de referencia para la detección, notificación e investigación de casos.
3. Validar los protocolos de vigilancia de SR que actualmente están en proceso de actualización.
4. Capacitar en protocolos de vigilancia SR.
5. Implementar la vigilancia del virus del sarampión y rubéola.
6. Monitorear las tendencias en la incidencia de SR.
7. Participar en el proceso de supervisión según necesidad en toda la red de servicios.

### ***b. Síndrome de Rubéola Congénita.***

1. Realizar una búsqueda de casos de SRC para tener un nivel basal de información.
2. Elaborar un diagnóstico de recursos humanos, diagnósticos y terapéuticos, fuentes y flujos de información para diseñar el sistema de vigilancia.
3. Elaborar la propuesta del sistema de vigilancia de SRC: definición de caso, flujos de información, indicadores, reportes, vigilancia de laboratorio, entre otros.
4. Preparar el material técnico que requiere la jornada de vacunación para capacitar al personal y comunicar a la población con respecto a vigilancia.
5. Realizar un taller validación de la propuesta del sistema de vigilancia del SRC.
6. Editar y reproducir el manual de normas y procedimientos del sistema de vigilancia SRC.
7. Capacitar en las normas y procedimientos del sistema de vigilancia del SRC.
8. Elaborar el protocolo para evaluación y seguimiento de mujeres embarazadas inadvertidamente vacunadas.
9. Participar en el proceso de supervisión según necesidad en toda la red de servicios.

## X. Referencias

---

<sup>1</sup> Organización Mundial de la Salud, Fondo de Naciones Unidas para la Infancia, Vacunas e Inmunización: Situación Mundial, Ginebra 1997

<sup>2</sup> Ministerio de Salud, Inciensa, CCSS, OPS. Evaluación del impacto de la vacunación sobre la rubéola y el Síndrome de Rubéola Congénita en Costa Rica. Informe técnico preliminar, Costa Rica, Agosto 2000.

<sup>3</sup> Mencher GT, Madriz JJ. Research and Expansion of Services in the Developing World: A Costa Rican Experience. *Journal of Speech-Language Pathology and Audiology*. 1999;23(4);184-204.

<sup>4</sup> Morice A. Un acercamiento a la situación de los derechos a la salud en la niñez en Costa Rica. En: *Reforma en salud y derechos de la niñez*. UNICEF, 1ª ed. San José, CR: Unicef 2000, p. 53.

