

MEMORIAS Y EXPERIENCIAS DE ENFERMERAS EN INMUNIZACIONES

*Una publicación del Consejo Regional III Lima Metropolitana
del Colegio de Enfermeros del Perú*



2021 - 2024

Gestión Humanizada

MEMORIAS Y EXPERIENCIAS DE ENFERMERAS EN INMUNIZACIONES

*Una publicación del Consejo Regional III Lima Metropolitana
del Colegio de Enfermeros del Perú*



2021 - 2024

Gestión Humanizada

MEMORIA Y EXPERIENCIAS DE ENFERMERAS EN INMUNIZACIONES

Primera edición, diciembre de 2024

© Daniel Martín Centella Centeno y Vanessa Reyna Castañón Valdivia (editores)

Producido por:

Colegio de Enfermeros del Perú - Consejo Regional III Lima Metropolitana
Jr. León Velarde 890 - Lince

Dirección General:

Comité Científico e Informes Técnicos del CR-III Lima Metropolitana

Lic. Maribel Lilia Lindo Véliz (Presidente)

Dra. Olga Giovanna Valderrama Ríos

Mg. Noelia Chilin Rojas

© María del Carmen Reyna Mauriat/ María Ana Mendoza Araujo/ Consuelo Hurtado Monge/ Ana Espinoza Oscanoa/ Soledad Pacci/ Elsa Mamani Solorzano/ Lola Leon Cochas/ Victoria Eufemia Molina Espinoza/ Digna Palomino Sotelo/ Rosa Mayhua/ Eliana Medina Espinoza

Junta Directiva 2021-2024:

Lic. Medardo Rafael Chucos Ortiz - Decano

Mg. Erika María del Carmen Benavides Silva de Sender - Secretaria

Lic. Manuel Antonio Mendoza Quiche - Tesorero

Lic. Maribel Lilia Lindo Véliz - Vocal I

Mg. Alejandro Arroyo Medina - Vocal II

IMSERGRAF E.I.R.L.

Jr. Antonio Elizalde Nro. 470 Int. E-27

Cercado de Lima

Lima-Perú

1000 ejemplares

Hecho el depósito legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2024-12800

Revisión de estilo: Danny Rodolfo Deza Mendoza

Diseño y diagramación: William Gonzalez Huanacune

Oficina de Prensa y Comunicaciones:

Juan Carlos A. Piscocoya Quevedo

Andrea Marisol Haru Hurtado Noa

Los relatos y experiencias expuestas en este libro son de exclusiva responsabilidad del autor y no necesariamente reflejan la posición de los editores.

Impreso en el Perú/ *Printed in Perú*

PRESENTACIÓN

Desde su origen, los seres vivos en el planeta han luchado por sobrevivir y superar - salvaguardando la vida y la salud- las amenazas que representan otros seres vivos. Al principio la supervivencia estaba garantizada con relación a la fuerza física del individuo, pero con la evolución de la especie humana, va sosteniéndose -cada vez más- sobre las bases del intelecto hasta llegar al conocimiento.

Es a partir del intelecto y el conocimiento, del que surgen la enfermería y la medicina, como disciplinas orientadas a la restauración y preservación de las personas, frente a los riesgos accidentales y las amenazas de tipo bacteriológicas y virales. Por lo que, se hace de vital importancia LA INMUNIZACIÓN.

Esta actividad, ejecutada -con autonomía- por los profesionales Enfermeros, según la OMS, es importante porque -con su aplicación- “una persona se hace resistente a una enfermedad, tanto por el contacto con ciertas enfermedades, o mediante la administración de una vacuna.”

La importancia de las vacunas ha trascendido a lo largo del tiempo por siglos; tal es así que, en la actualidad la inmunización de la especie humana sigue siendo de vital importancia para su conservación. De ahí que, en el libro titulado: LAS PANDEMIAS Y SU TERAPÉUTICA de Alfredo Jácome Roca, se afirme: “No son el cáncer, las enfermedades cardiovasculares o las guerras las que diezman a la humanidad. Son las infecciones, muchas de las cuales fueron dominadas por vacunas y antibióticos.”

El referido autor señala que, la Europa medieval fue asolada por las hambrunas y las infecciones de sarampión, viruela y difteria; éstas últimas ya superadas, gracias a las campañas de vacunación a nivel global.

Las enfermedades que a la actualidad son prevenidas mediante la vacunación son: Cólera, COVID-19 (coronavirus), Dengue, Difteria, Hepatitis, Haemophilus influenzae tipo b (Hib), Virus del Papiloma Humano (VPH), Influenza, Encefalitis japonesa, Malaria, Sarampión, Meningitis meningocócica, Paperas, Tos ferina, Enfermedad neumocócica, Poliomielitis, Rabia, Rotavirus, Rubéola, Tétanos, Encefalitis transmitida por garrapatas, Tuberculosis, Tifoidea, Varicela y Fiebre amarilla,

Recientemente, el medicamento denominado como LENACAPAVIR, ha sido reconocido como el gran avance científico del 2024, ya que permite alcanzar inmunidad frente al VIH, con dos aplicaciones por año.

Pero ¿cómo es que se logra masificar la vacuna en las poblaciones hasta alcanzar la inmunidad plena ante una amenaza de infección? Los altos niveles de protección ante las enfermedades producidas por infecciones se alcanzan por las permanentes campañas de inoculación de vacunas que se aplican a gestantes, niños y adolescentes, labor que es

liderada y ejecutada por Enfermería.

Para recoger las experiencias en situaciones de distintos momentos de la historia reciente de nuestro país, hemos compilado la presente publicación titulada: “Memorias y Experiencias de Enfermeras en Inmunizaciones”. Esta colección de relatos nos recreará las circunstancias y métodos empleados en escenarios como la época del terrorismo y el contacto con la población en zonas rurales de nuestro país.

Con el objetivo de visibilizar el rol de la Enfermería y su perspectiva de cuidado, prevención y promoción de la salud en su papel sociocultural; por lo que esperamos que sea de agrado, ya que para nuestra profesión tiene un alto valor, pues rescata las experiencias vividas y el deber cumplido con el Perú.

Lic. Medardo Rafael Chucos Ortiz
Decano

Consejo Regional III Lima Metropolitana



JUNTA DIRECTIVA
2021-2024
Gestión Humanizada

MEMORIAS Y EXPERIENCIAS DE ENFERMERAS EN INMUNIZACIONES



índice

Prólogo	9
Memorias y experiencias de enfermeras en inmunizaciones	
La lucha por la salud en medio de un conflicto armado	11
Revolución de las inmunizaciones en Perú: memorias de una enfermera	15
Compromiso y lucha contra la poliomielitis y otras enfermedades	19
Cincuenta años en la lucha por la salud y la inmunización	25
Voces de salud en el corazón rural: experiencias de una enfermera en Tacna	27
Transformando comunidades: un viaje a la atención primaria en salud	31
Relatos de una enfermera en las primeras jornadas de atención y vacunación en el Perú profundo	35
Servicio en inmunización y salud comunitaria	43
Liderazgo en inmunización y salud comunitaria	47
La lucha contra la poliomielitis, un compromiso inquebrantable	55
Tres décadas de dedicación y superación en la lucha por la cobertura de vacunación infantil	59

Prólogo

A lo largo de la historia, las enfermeras no solo han resguardado con fervor la salud de la población, también han llevado esperanza y protección a través de las vacunas, siendo este uno de sus roles más valiosos. En este libro se reúnen los relatos de aquellas enfermeras dedicadas a la inmunización, desde las zonas urbanas hasta los rincones más remotos, quienes con valentía, entrega y compromiso han enfrentado desafíos de distancia, recursos limitados y momentos de crisis en el Perú.

Testimonios que permiten comprender la profundidad de las adversidades enfrentadas contra enfermedades devastadoras como la poliomielitis y el sarampión, donde las enfermeras han sido protagonistas esenciales. A través de un servicio incansable, muchas veces en regiones de difícil acceso y con recursos limitados, estas profesionales han mostrado una vocación inquebrantable, enfrentándose a la adversidad con el único propósito de preservar vidas y promover un futuro saludable para todos.

Este libro rinde homenaje a todos los enfermeros que dedicaron su vida a la inmunización y al control de enfermedades prevenibles. Sus testimonios son el legado vivo de una labor invaluable. A través de estas páginas, celebramos su entrega, dedicación y amor al prójimo, esperando que su historia inspire a las generaciones futuras de enfermeras, guardianas de la salud.

Memorias y experiencias de enfermeras en inmunizaciones

La lucha por la salud en medio de un conflicto armado

Maria del Carmen Reyna Mauriat

Desde finales de 1980 hasta 1995 formé parte del equipo de Inmunizaciones, conjuntamente con la Lic. Miriam Strull, quien se desempeñaba como coordinadora de la Estrategia Nacional de Inmunizaciones, época en la cual se reportaron casos de poliomielitis. Durante este período, muchas regiones de Perú estaban bajo el control de grupos subversivos, lo que limitaba considerablemente la acción del Estado.

En el año 1985 comenzó la campaña de erradicación de la poliomielitis, una enfermedad devastadora que afectaba a cientos de niños en el país y cuyo control se había convertido en prioridad para América Latina. La campaña fue liderada por el Ministerio de Salud, bajo la dirección del Dr. David Tejada de Rivero, teniendo como directora de Inmunizaciones a la Lic. Miriam Strull, dentro del equipo estábamos nosotros. El esfuerzo conjunto incluyó a instituciones clave como la Organización Panamericana de la Salud, el Rotary Internacional, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional y el Banco Interamericano de Desarrollo. Se conformó el Comité de Coordinación Interagencial, que resultó esencial para garantizar el financiamiento y la organización del programa. Este comité se apoyó en una comisión técnica de expertos, que trabajó estrechamente con el Programa de Inmunización de la Organización Panamericana de la Salud, lo que posibilitó la implementación de un plan para campañas nacionales de vacunación, los famosos “barridos”.

En la campaña de erradicación de la poliomielitis se utilizó la vacuna de Sabin (OPV), recomendada internacionalmente por ser la más accesible y de administración oral, hecho que la hacía más aceptada por la población, ya que la dosis administrada por vía oral eran de dos gotas y solo requería una capacitación básica para los vacunadores, por lo que las brigadas de vacunación urbana reclutaron no solo enfermeras, sino también estudiantes de enfermería, técnicos de enfermería, miembros del Rotary Club e incluso estudiantes de cuarto y quinto de secundaria.

Es importante remarcar que las herramientas centrales empleadas para la erradicación de la poliomielitis en el Perú fueron vacunaciones de alta novedad denominados “Van” y campañas de inmunizaciones en todos los niños menores de cinco años que habitaran en zonas donde se habían reportado casos de poliomielitis.

Al iniciar la jornada, los vacunadores recibían un croquis y un termo. El objetivo era cubrir un determinado número de manzanas diarias que generalmente eran cuatro o seis, dependiendo de cuántas casas tenía cada manzana. En caso de que faltara alguna manzana, la labor se terminaba al día siguiente. En las casas se colocaba una “X” cuando se había vacunado y una “O” cuando el vacunador no recibía respuesta al tocar la puerta de la vivienda. Esta información era “piloteada” en unas fichas que eran procesadas al final del día. Al terminar las manzanas, los supervisores se encargaban del “rastrillaje”; es decir, iban a las casas marcadas con “O” para vacunar a los niños que faltaban. Al concluir la jornada, los vacunadores recibían un estipendio, este servía para cubrir un refrigerio que incluía una gaseosa y un alimento. En las zonas rurales, el personal de salud enfrentó la escasa ayuda brindada por las autoridades locales; en muchos casos las autoridades huyeron de sus localidades por la subversión. El personal de salud buscó apoyo en los pobladores.

Se asignaba a un supervisor para realizar el “rastrillaje” y verificar las viviendas ya intervenidas, además de encargarse de la capacitación del equipo de vacunadores. En algunas zonas, los voluntarios solicitaban apoyo en víveres básicos como azúcar y sal, debido a la grave crisis económica en 1980.

Durante la época del terrorismo, los pobladores de la zona que asistían como vacunadores locales arriesgaban sus vidas al colaborar en la campaña de erradicación. Muchos dejaban instrucciones al personal de salud para que el pago de su trabajo se entregara a sus familias si les llegaba a suceder algo. La presencia de estos vacunadores en zonas rurales y en zonas de difícil acceso fue crucial para alcanzar a las comunidades más alejadas. Permitiendo ampliar la vacunación contra diversas enfermedades, contribuyendo así a una mejora general de las condiciones de salud del país y a una extensión del programa de inmunizaciones.

Durante la época del terrorismo los vacunadores se vieron entre dos frentes, uno era Sendero Luminoso (SL) y el Movimiento Revolucionario Túpac Amaru (MRTA), por lo que el personal de salud para evitar confrontaciones trabajaba solo en coordinación con la población evitando a las Fuerzas Armadas y policiales.

En algunos casos, las enfermeras tuvieron que enfrentar la presión no solo del Ejército peruano, Sendero Luminoso y el Movimiento Revolucionario Túpac Amaru, simultáneamente. El personal de salud tenía que negociar con los grupos armados para cumplir con la vacunación. En ciertas ocasiones algunos miembros eran retenidos para vacunar a alguien del grupo de ellos, para curar sus heridas o para administrar tratamiento. En algunas ocasiones, columnas terroristas protegieron al personal de salud de sus propias incursiones armadas. Muchos de los terroristas respaldaron al personal y expresaban su decisión de apoyar la vacunación.

Es innegable que la presencia de Sendero Luminoso significó un freno a la erradicación de la poliomielitis al distraer los recursos del Estado y debilitando la autoridad de los gobernantes locales que de otro modo habrían contribuido al esfuerzo de la vacunación. Esta interferencia constante ralentizó la iniciativa de inmunización en las regiones más afectadas, retrasando los avances y haciendo que el Perú se convirtiera en el último país de América en certificar el control de la polio.

Con la erradicación del terrorismo, el Perú pudo retomar el objetivo de controlar y eliminar la poliomielitis, consolidando campañas de vacunación. El éxito de estas campañas se debe a que se tiene que contar con la voluntad política y económica del Gobierno para apoyar la vacunación, haciendo uso de todo el aparato del Estado para sensibilizar y movilizar a la población para que acepte la vacunación. Sin el compromiso político firme y el apoyo total del Estado con toda su infraestructura no se garantiza el éxito de ninguna actividad de vacunas.

Revolución de las inmunizaciones en Perú: memorias de una enfermera

Maria Ana Mendoza Araujo

Egresé de la Universidad Cayetano Heredia como licenciada en Enfermería y comencé mi carrera profesional con dedicación, aunque tuve que interrumpirla temporalmente al casarme y convertirme en madre. No obstante, tuve la oportunidad de viajar fuera del país y tras mudarme al extranjero me enfoqué en el estudio y la investigación constante para entender cómo mejorar la atención a las necesidades de los niños, lo que me permitió conocer el éxito de varias vacunas implementadas en Norteamérica y Europa. Esta experiencia me motivó a impulsar mejoras en el sistema de inmunización de mi país. Mi compromiso con el Ministerio de Salud del Perú (Minsa) me hizo liderar iniciativas para garantizar que todos los niños peruanos, sanos o enfermos, accedieran a los beneficios de las vacunas, mejorando así su calidad de vida.

En 2005, asumí el cargo de directora nacional del Programa de Inmunizaciones del Ministerio de Salud, donde desempeñé un rol clave que mantuve exitosamente hasta el 2012, logrando avances significativos en la salud infantil en el país.

Durante mi gestión como directora de Inmunizaciones, tuve la oportunidad de mejorar significativamente el esquema nacional de vacunación. Implementé la inclusión de nuevas vacunas y optimicé las presentaciones de monodosis, lo que facilitó su uso individual y práctico. Gracias a estos esfuerzos, logramos conformar un esquema nacional de vacunación integral, alineado con los estándares de los países más avanzados en salud pública.

Los beneficios fueron significativos, ya que mejoramos las coberturas de vacunación, lo que permitió que tanto los niños sanos como los enfermos experimentaran una mejor calidad de vida. Esto se tradujo en un desarrollo y crecimiento óptimos, asegurando un futuro más prometedor para ellos, al considerar el impacto positivo en su nutrición y salud infantil. Las coberturas alcanzadas en el control de enfermedades inmunoprevenibles se tradujeron en un número considerable de niños protegidos con esquemas de vacunación completos para su edad. Además, la reducción de enfermedades prevenibles en la infancia tuvo un efecto favorable en el desarrollo social del país. En este contexto, fue necesario elaborar indicadores que midieran los resultados de las campañas de vacunación, así como establecer mecanismos de monitoreo que garanticen la vacunación segura, la vigilancia epidemiológica y la adecuada gestión de los laboratorios.

En el Ministerio de Salud, la Estrategia Nacional de Inmunizaciones (ESNI) realizó un trabajo arduo e incansable día y noche con el equipo. Nos enfrentamos a la oposición del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), pero logramos demostrar que cada centavo invertido en vacunas beneficiaba a los niños, tanto sanos como enfermos, al reducir los costos asociados a enfermedades infantiles. Las vacunas se convirtieron en el medio más efectivo en relación al costo de inversión. Para alcanzar este objetivo, conté con el apoyo de la Lic. Ana María Mendoza, quien poseía una sólida formación profesional en manejo presupuestal y un magíster en Gestión y Planificación. Su experiencia en presupuesto y su dominio de los procesos de compra y adquisiciones fueron fundamentales para la estructuración del mejor calendario de vacunas que se merecían los niños peruanos.

El número de vacunas del calendario infantil se incrementó de manera significativa, asegurando así la protección de los niños en

múltiples frentes, permitiendo la disminución de procesos diarreicos y neumonías, debido a la protección que se dio a los niños desde los dos meses al ser vacunados contra la neumonía y así disminuir el riesgo de adquirir esta enfermedad, así como prevenir diversas enfermedades como la poliomielitis, sarampión, rubéola congénita y tétanos neonatal. Este proceso condujo a la eliminación de la poliomielitis por virus salvaje y del virus del sarampión, así como al control de la rubéola congénita y el tétanos neonatal.

Así como se incrementó el número de vacunas para proteger a los niños, también se enfrentó la necesidad de tener el recurso humano suficiente que administrara la vacuna y es así que el presupuesto por resultados permitió el contrato de varios miles de enfermeras para inmunizaciones.

En el Perú, la situación de la cadena de frío era sumamente precaria, lo que llevó a la implementación de una transformación que uniformizó a nivel nacional el uso de termos con paquetes fríos para el transporte de vacunas, así como la incorporación de refrigeradoras y congeladoras exclusivas para este fin. Se establecieron también cajas transportadoras y equipos de control de temperatura, que variaban desde simples termómetros de alcohol hasta sofisticados dispositivos como los data loggers, capaces de registrar la temperatura cada minuto o cada cinco minutos, según la programación del usuario. Estos equipos fueron fundamentales para garantizar una cadena de frío eficaz y segura, lo que permitió que los peruanos recibieran vacunas efectivas al 100 %.

De igual manera, se equiparon a nivel nacional todos los establecimientos del lugar más apartado con equipos de tecnología avanzada, por ejemplo, a los lugares donde no hay electricidad se enviaron equipos que funcionan con energía solar y/o combustible. Durante esos años, el trabajo del personal de enfermería superó numerosos desafíos, dejando una huella imborrable en la histo-

ria de la salud en Perú. Los logros alcanzados en el marco de la estrategia de inmunizaciones y en la salud pública fueron significativos.

Compromiso y lucha contra la poliomielitis y otras enfermedades

Consuelo Hurtado Monge

Inicié mi trayectoria profesional en el primer nivel de atención, donde realicé el Servicio Rural Urbano Marginal en el año 1984, asumiendo el cargo de la Dirección de Normas y Programas de la Unidad Territorial de Establecimientos de Salud (UTES) en Puente Piedra, que tenía como área de jurisdicción los distritos de Ancón, Santa Rosa, Puente Piedra y una parte de Carabayllo, además de un hospital y seis establecimientos periféricos. Muchos de los centros y puestos de salud solo contaban con enfermeras y auxiliares de enfermería.

Las vacunas que teníamos era la BCG para el recién nacido, volviéndose a colocar a los seis y diez años de edad, luego la vacuna APO, conjuntamente con la DPT, que se colocaba a los dos, tres y cuatro meses y la vacuna SPR, que se administraba al año de edad. Entre 1985 y 1987 se organizaban las campañas de vacunación de alta calidad con el lema “Ven a van”, donde se garantizaba la cadena de frío de las vacunas, colocando cojines de agua que eran usados para el radiador de los vehículos y se llevaba a la fábrica de hielo de Puente Piedra para ser congelados. Además, se usaban cajas de tecnopor con un trozo de hielo seco en el fondo y sobre eso se colocaban los cojines de agua congelada. Estos cojines congelados se distribuían uno o dos días antes en casas y tiendas que tenían refrigeradoras para el recambio que se hacía cada dos horas. A cada brigada se le asignaba puntos de recambio de cojines de agua congelada, asegurando así la cadena de frío y la eficacia de las vacunas en todo momento.

En 1988, la Organización Mundial de la Salud (OMS) hizo un llamado para la erradicación global de la poliomielitis a través de campañas masivas, al que se unió el Rotary Internacional, el Centro para el Control de Enfermedades de Atlanta, la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y los gobiernos nacionales.

En Lima, el último caso de poliomielitis se registró en el asentamiento humano San Judas Tadeo en la jurisdicción de Zapallal. Se nos notificó del caso a través de una llamada telefónica y se organizó una respuesta rápida con el personal disponible. El jefe del centro de salud, Dr. Eduardo Martin Altuna, dio a conocer la situación local. Se tenía un vasto territorio geográfico y poco personal, a diario crecían las casitas de esteras y los nuevos asentamientos humanos, donde se trabajaba con los promotores de salud, promoviendo el lavado de manos, la higiene para preparar los alimentos y la lucha contra la desnutrición.

Era una época donde no había agua potable ni electricidad en Puente Piedra, uno de los distritos con mayor índice de pobreza de Lima Metropolitana. De inmediato, se visitó el domicilio del paciente con sospecha de poliomielitis, se construyó un mapa local y se distribuyó zonas por cada brigada; además, se comprometió a las madres de las Unidades Rurales de Organización y Servicios Comunales y personal de enfermería del establecimiento. Se inició el bloqueo y la búsqueda activa de casos y se vacunó a niños que se encontraban con calendario de vacunación incompleto.

Ante el caso confirmado de poliomielitis en el distrito de Puente Piedra, se organizó un barrido por los demás distritos. En esta actividad se contó con la participación activa del alcalde de ese entonces y se logró convocar a todas las representaciones organizadas de la comunidad. Se capacitó a las personas que querían parti-

cipar como informantes de campaña, vacunadores y registradores. Se informó sobre la forma de contagio de poliomielitis, secuelas, vacuna y cómo mantener la cadena de frío. Con ellos se hizo la identificación de puntos de recambio de paquetes congelados en viviendas que tenían refrigerador.

Se empezaba a las 8 de la mañana y concluíamos a las 4 de la tarde, cada brigada entregaba información de las casas intervenidas por manzanas. La Organización Panamericana de la Salud financiaba esta actividad mediante cheques girados al responsable de la organización y se cubrían los gastos de difusión, el pago a la fábrica que proporcionó el hielo y la congelación de cojines de agua, el pasaje y el refrigerio de los voluntarios. También, al personal que apoyó con sus unidades móviles se le reconocía el combustible y el día de trabajo. En suma, se hizo una gran movilización social en favor de la vacunación y así se logró la cobertura del 95 % al 98 % de la población objetivo.

La municipalidad reconocía una organización de personas discapacitadas por poliomielitis, compuesta por muchos jóvenes y adultos. Ellos fueron quienes nos apoyaron en esta campaña, se detuvieron en los lugares donde iban las brigadas, compartieron sus experiencias y pedían a los padres que vacunaran a sus hijos para protegerlos y evitar que sufrieran de polio.

Por circunstancias de la vida, me vi en la necesidad de dejar el ejercicio profesional, reincorporándome años después. Al regresar, el calendario de vacunación había cambiado y se estaba iniciando la campaña para controlar la hepatitis B, vacunando a niños desde los dos años hasta jóvenes de 18 años. Fue una campaña ardua, se combinó la estrategia de vacunación casa por casa y la vacunación de población cautiva en todos los colegios y universidades donde se encontraba este grupo etario. El ministro de la época informó que con esta vacunación se estaba protegiendo a los peruanos no

solo contra la hepatitis B, sino también contra enfermedades potencialmente mortales como el cáncer de hígado.

En 2008, se incorporaron las vacunas: pentavalente, neumococo y rotavirus, creando gran expectativa en todos los licenciados en Enfermería por el incremento de nuevas vacunas y el impacto en la salud pública. En 2009, ingresa al calendario la vacuna contra el virus del papiloma humano, lo cual crea la necesidad de incrementar el número de enfermeros en este campo. Entre 2010 y 2011 se implementó el presupuesto por resultados para la Estrategia Nacional de Inmunizaciones y se contrataron enfermeros dedicados a la administración de vacunas.

Este cambio duplicó el presupuesto inicial modificado del Programa de Crecimiento y Desarrollo, Programa Articulado Nutricional y Vacunas, que pasó de doscientos ochenta y ocho millones en 2009 a quinientos treinta y ocho millones en 2010. Al analizar el impacto, se observó que los niños nacidos a partir de 2009 tenían un 33 % más de probabilidad de completar su crecimiento y desarrollo, así como un 60 % más de tener su esquema de vacunación completo, en comparación con los niños nacidos antes de la intervención. Además, para un niño promedio, contar con las vacunas de neumococo y rotavirus completas redujo en cuatro puntos porcentuales la probabilidad de sufrir desnutrición, de 14 % a 10 %.

Estos eventos nos llenaban de gran ánimo para lograr los niveles ideales de cobertura, los cuales debían ser certificados a través de los monitoreos. Para la certificación del país como libre de polio y sarampión, se llevaron a cabo estrictos monitoreos, en los que no se podía tener más de tres niños sin vacunar; de superarse este límite, debíamos intensificar nuevamente la vacunación. Gracias al esfuerzo de nuestros colegas, nuestro distrito logró la certificación en el primer monitoreo, un hecho que nos llenó de gran satisfacción.

Programamos la vacunación en tres horarios: mañana, tarde y noche. A veces, no nos recibían, por lo que teníamos que aplicar nuestras habilidades verbales para convencer a los padres y poder vacunar a sus hijos. Siempre íbamos en grupo a vacunar, dejando todo en la cancha, y obtuvimos el resultado. Nuestra población vacunada alcanzó el 99,9 %; solo un niño se nos escapó porque no vivía permanentemente en la zona y llegó justo el día del monitoreo. Finalmente, lo vacunamos, logrando así el 100 %.

Esa época nos dejó grandes satisfacciones y sobre todo una gran unión con la población. Se movilizaba a todas las organizaciones locales, municipalidad, Policía Nacional del Perú, juez de Paz, madres del Vaso de Leche, comedores populares, presidentes y secretarios de los comités de localidades, así como profesores de los distintos colegios. Como coordinadora de Inmunizaciones de la Red Lima Norte IV, tuve la enorme satisfacción de certificar que la población infantil estaba libre de la amenaza de la poliomielitis y el sarampión.

Luego, vino la pandemia y nos asignaron a otra área, donde participábamos en la vacunación y campañas. Finalmente, hoy nos hemos integrado nuevamente a la Coordinación de Enfermería e Inmunizaciones, esta vez con nuevos colegas. Esperamos que nuestra experiencia acumulada les sea útil en este nuevo reto de la salud pública que iniciaremos en septiembre.

Cincuenta años en la lucha por la salud y la inmunización

Ana Espinoza Oscanoa

Actualmente, soy enfermera jubilada y trabajé para el Estado casi cincuenta años, ocupando diferentes cargos a lo largo de mi carrera profesional. Durante mis primeros años implementé el Servicio de Inmunizaciones como coordinadora responsable de la estrategia sanitaria de inmunizaciones del Hospital Arzobispo Loayza. En los últimos años, estuve designada como coordinadora de diferentes servicios en el mismo hospital.

También, trabajé en Ayacucho desde 1974 hasta 1979 en la Dirección de Salud de Huanta. La mayor parte de los establecimientos de salud de la jurisdicción en esa época no contaban con enfermeras y estaban a cargo de los sanitarios, quienes eran generalmente personas de la comunidad que recibían capacitaciones básicas en salud y que trabajaban bajo supervisión de enfermeras, de esta manera podía brindarse atención a la población.

Los sanitarios recogían las vacunas en cajas de transporte y utilizaban latas de metal como refrigerantes, acondicionadas para llevar las vacunas. Dentro de ellas colocaban aserrín y bloques de hielo para asegurar la duración de la cadena de frío durante el traslado. Una vez que las vacunas llegaban a los establecimientos, como no contaban con refrigeradoras, se mantenía la cadena de frío cavando un hueco en el lecho del río y acondicionando la lata allí, lo que permitía mantenerlas frías por más tiempo hasta que se usaran en su totalidad.

En ese entonces, en el Programa de Inmunizaciones solo se manejaban las vacunas contra la tuberculosis, difteria, pertussis y

tétanos en frascos multidosis, así como la vacuna antipolio oral y del sarampión.

El personal de enfermería tanto profesional como técnico era muy escaso, una de las mayores limitantes durante las campañas de vacunación en los alrededores de Huamanga, así como en los distritos y caseríos era el transporte. A menudo, para llegar a ciertos lugares teníamos que recurrir a caballos o caminar, ya que los vehículos no podían ingresar.

En esos primeros años, solo existía el Programa Nacional de Inmunizaciones, que no lograba alcanzar buenas coberturas. Posteriormente, con la implementación del Programa Ampliado de Inmunizaciones, se le dio mayor importancia y alcance. Durante ese periodo, se presentaron casos de sarampión, tétanos neonatal, tos convulsiva, un caso de difteria en un niño, tuberculosis infantil y niños con secuelas de poliomielitis. Enfrentábamos grandes desafíos en el transporte de las vacunas, ya que solo contábamos con termos transportadores KST, lo cual era muy limitado. Toda esta experiencia nos hizo más fuertes para enfrentar dificultades y superar limitaciones con el fin de prevenir enfermedades en la infancia.

Voces de salud en el corazón rural: experiencias de una enfermera en Tacna

Soledad Pacci

A fines de 1984, me gradué de la Escuela de Enfermería en Tacna, donde las docentes nos inculcaron la importancia de las actividades preventivas y promocionales en la comunidad. Fui asignada para realizar mi Servicio Rural Urbano Marginal en los puestos de salud de los distritos de Sama Las Yaras y Sama Inclán, en la provincia de Tacna, zonas rurales dedicadas principalmente a labores agrícolas.

En estos puestos de salud no había personal profesional de salud; solo trabajaron técnicos en enfermería capacitados para atender urgencias, administrar vacunas, realizar control de embarazos y tratar casos comunes de enfermedades diarreicas agudas e infecciones respiratorias agudas. Ante este escenario, asumí la responsabilidad en estos establecimientos de salud, organizando las actividades preventivo promocionales a realizar con la comunidad. Al inicio, dividí mis actividades, permanecía tres días en cada establecimiento de salud y pernoctaba allí.

Durante mi permanencia, la atención en el establecimiento de salud era de siete y media de la mañana a una y media de la tarde, después de este horario se realizaban actividades de educación extramurales y coordinación con los líderes y autoridades como alcalde, representantes de agricultores, docentes de las instituciones educativas y líderes de las organizaciones de base como club de madres.

Se realizó un censo a la población para conocer la distribución por grupos etarios, las necesidades sentidas y sus expectativas res-

pecto a la salud. Se pudo saber que el puesto de salud de Sama Inclán atendía a una población mayor que el de Sama Las Yaras, con familias completas que residían de manera permanente en la zona. En cambio, en el puesto de salud de Sama Las Yaras, la población estaba dispersa y muchos de los habitantes eran peones contratados temporalmente para las labores de siembra y cosecha, viviendo en el campo solo durante esas temporadas.

En el establecimiento de salud, una sola enfermera se encargaba de diversos programas como Crecimiento y Desarrollo, vacunación y captación de casos sintomáticos respiratorios, recogiendo muestras de personas con sospecha de tuberculosis para bacilosco-pía, las cuales se enviaban al laboratorio de Tacna para su análisis. También, gestionaba el Programa de Enfermedades Diarreicas Agudas e Infecciones Respiratorias Agudas, así como actividades de promoción, prevención y tratamiento.

La enfermera no solo realizaba el control prenatal de gestantes, atendía partos en la comunidad y brindaba planificación familiar a través de métodos naturales, hormonales y colocación de dispositivo intrauterino de cobre. Además, ofrecía charlas sobre la importancia del control y los métodos de planificación familiar. La atención incluía medicina básica y urgencias como suturas, curaciones, intoxicaciones y picaduras de insectos. El tiempo resultaba insuficiente para cubrir todas las atenciones cuando había muchos usuarios.

En el Programa de Inmunizaciones se aplicaba un esquema de cinco vacunas a los niños, BCG al recién nacido, antipolio oral, triple difteria pertussis y tétano a los niños de dos, cuatro y seis meses; contra el sarampión a los nueve meses, y a las gestantes se les vacunaba contra la difteria y tétano. Se realizaban visitas domiciliarias para el seguimiento de las vacunas y cuando no se encontraba a las gestantes se tenía que acudir a las chacras, en algunas ocasiones caminando y en otras con el apoyo de agricultores, ya sea en

moto o en camioneta. En el sector de Sama Las Yaras se llevaba el termo KST para cuidar la cadena de frío y conservar las vacunas.

En el sector de Sama se encontraba Coruca, una de las poblaciones más alejadas y de difícil acceso; sin embargo, se aprovechaba la movilidad que pasaba a las tres de la mañana para recoger la leche de ese lugar y de esa forma poder vacunar. La población se concentraba en la escuela con el apoyo de la docente y los dirigentes de la zona, lo que nos permitía vivir experiencias inesperadas como cuando se presentó un caso de carbunco y dimos las indicaciones a la población para que el animal sea quemado y enterrado y se les advirtió que no consuman su carne.

Las reuniones con la comunidad se hacían fuera de las horas de trabajo y se daban a conocer las actividades de promoción de la salud abordando la higiene, la alimentación, la prevención de anemia, la actividad física, la prevención de enfermedades, la vacunación y el control de crecimiento y desarrollo del niño. Los clubes de madres fueron los primeros en expresar la necesidad de conocer sobre primeros auxilios, lo que llevó a la realización de un curso teórico práctico.

En una ocasión, llegaron dos señoras trabajadoras del campo con un bebé en brazos, manifestando que el pequeño había estado lactando bien, pero que desde el día anterior ya no quería hacerlo. Al preguntarles sobre el parto, dijeron que fue atendido por una parturienta quien cortó el cordón umbilical con un vidrio. Al examinar al bebé, noté que su cuerpo estaba rígido, no respiraba y no tenía pulso. Anteriormente, había atendido a personas con tétano en el hospital de Tacna durante mi formación académica, por lo que relacioné la situación con un diagnóstico de tétano neonatal y procedí a realizar el certificado de defunción. Estas experiencias me sensibilizaron mucho y me motivaron a ofrecer charlas educativas para prevenir la aparición de estas enfermedades, que son evitables mediante la vacunación.

Transformando comunidades: un viaje a la atención primaria en salud

Elsa Mamani Solorzano

En 1980, asumí el trabajo en el primer nivel de atención, en el puesto de salud Cruz de Mayo, ubicado en las riberas del río Rímac, con una población pequeña de escasos recursos económicos. En este establecimiento era la responsable de la atención preventiva promocional e inclusive de medicina simplificada, por lo que se trabajaba en estrecha comunicación con el Centro de Salud Perú, con personal técnico y administrativo.

Fue una experiencia enriquecedora y muy positiva, especialmente el Programa Ampliado de Inmunizaciones, Crecimiento y Desarrollo, Control de Enfermedad Diarreica Aguda y de Infecciones Respiratorias Agudas, así como el trabajo comunitario que consistía en organizar a la población para promover la participación activa coordinando con las familias y los líderes locales.

En 1982, fui asignada al Centro de Salud Base San Martín, brindé apoyo a la Zona rural del Puesto de Salud Cerro Candela y Cerro La Regla, en donde dos veces por semana acudía con una ambulancia para brindar atención de enfermería en todos los programas. Posteriormente, en 1985, pasé al distrito Los Olivos, una zona expansiva que contaba con siete centros de salud, los cuales fueron incrementando a trece por la migración y la formación de nuevas asociaciones de vivienda y asentamientos humanos en estas áreas.

Además, estuve a cargo de las coordinaciones distritales para las campañas de vacunación y otras actividades de salud. Se trabajó

en conjunto con autoridades como el alcalde, Dr. Castillo, quien participaba activamente, además de organizaciones como los comedores populares, el Programa Vaso de Leche y otros colectivos. También, se contó con la colaboración del sector educativo a través de la UGEL y el Club de Leones, cuyos miembros debidamente capacitados participaron en los barridos de poliomielitis y sarampión como promotores, alcanzando las metas y objetivos programados. Cabe destacar la participación de los promotores de colegios, quienes realizaron actividades propias de salud pública, logrando resultados óptimos por las capacitaciones continuas a todos los grupos de la comunidad.



Figura 1. Para brindar educación sanitaria se aprovechan todos los espacios

Luego, me incorporé al Centro de Salud Carlos Phillips, un nuevo establecimiento en Los Olivos, que funcionaba como centro base para el distrito. Desde este centro, se coordinaba con ocho centros y puestos de salud de la zona. Tenía a mi cargo la coordinación de estrategias sanitarias preventivas promocionales como el Programa

de Inmunizaciones, Control de Enfermedades Diarreicas Agudas y Control de Infecciones Respiratorias Agudas.

La jurisdicción era amplia con numerosas urbanizaciones y zonas de expansión. Aún se estaban creando algunos centros de salud para atender estas áreas en crecimiento. Nuestra fortaleza era el apoyo de la comunidad organizada, autoridades locales e instituciones educativas, especialmente en las campañas de vacunación y los barridos de poliomielitis y sarampión. Se capacitó a promotoras de salud y también a promotores escolares, quienes fueron de gran ayuda sobre todo en la difusión de los barridos.



Figura 2. Los promotores de salud, gran oportunidad de apoyo para la difusión

Relatos de una enfermera en las primeras jornadas de atención y vacunación en el Perú profundo

Lola Leon Cochas

Mi experiencia en enfermería se remonta a 1978, cuando inicié el Servicio Civil de Graduandos para enfermeras. Todos los profesionales médicos y enfermeras debían cumplir con este servicio en zonas rurales y poblaciones urbanas marginales antes de graduarse. Según el sorteo, me correspondió trabajar en la Región de Salud Centro Medio en Huancayo, departamento de Junín, en el Centro de Salud La Oroya.

Nuestra labor estaba dirigida a la atención directa, salud preventiva promocional y trabajos con la comunidad, identificando líderes comunitarios, promotores de salud, curanderos y parteras. Fue una experiencia muy importante y enriquecedora, aunque no teníamos la preparación suficiente. Aprendimos en el camino y construimos conocimiento a medida que abordábamos las vacunas. Teníamos muchas dudas y escasos conocimientos que íbamos despejando a medida que avanzábamos, impulsados por la voluntad de desarrollar bien nuestro trabajo y la necesidad de conocer más. La falta de enfermeras en estos lugares es evidente y hasta normal. Con este programa de servicio civil se logró brindar, aunque de manera limitada, servicios profesionales de salud en algunas zonas.

El esquema de vacunación en 1977 y 1978 en el Perú, sobre todo en lugares alejados, no estaba organizado, mucho menos implementado. No se difundió el Programa Ampliado de Inmunizaciones que se dio en 1977 por el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de Salud. Encontramos el temor y la descon-

fianza de la población hacia las vacunas, nos enfrentamos a creencias por desconocimiento sobre las vacunas en las familias que vivían más dispersas.

La necesidad de atención en estas familias era prioridad, porque muy raras veces eran consideradas en visitas de salud. Acudimos con médicos y todo el equipo de salud que podíamos y atendíamos con mucho cariño a la población enfocados en brindarles una atención integral con énfasis en vacunas.

Previamente se coordinaba con las autoridades multisectoriales existentes en la zona, dirigentes de organizaciones de base y autoridades de colegios, en algunos asentamientos mineros muy alejados de la zona urbana intentábamos coordinar con las autoridades para transmitir la importancia de las vacunas en la prevención de enfermedades. En esta zona teníamos niños de cuatro años que no habían recibido ninguna vacuna.

El área jurisdiccional del Centro de Salud era tan amplia que resultaba difícil abarcar todas las zonas. No se contaba con una enfermera de manera permanente y la comunidad era atendida por sanitarios, quienes eran pobladores de la zona dedicados al trabajo de sus tierras. Las enfermeras que llegábamos teníamos mucho trabajo por organizar, ya que éramos las únicas profesionales que salíamos a campo y coordinábamos los equipos junto con los médicos cuando había este recurso.

Las vacunas eran enviadas desde el Hospital Domingo Olavegoya de Jauja de acuerdo con su programación. Sin embargo, se carecía de termos conservadores, paquetes fríos y termómetros y no había una refrigeradora exclusiva para las vacunas. Cuando salíamos a vacunar casa por casa, adaptábamos los maletines de visita domiciliaria, que eran de cuero con forro de tela. En el interior colocamos un bloque de hielo conservado en un envase de metal. El forro de tela ofrecía un espacio reducido para 2 o 3 frascos

de vacuna multidosis y en los bolsillos externos del maletín llevábamos otros implementos como jeringas, algodón, alcohol, lápiz, lapiceros y registros.

No conocíamos la programación anual ni las metas a alcanzar por grupos de edad. En 1980, tuve la oportunidad de asistir a un curso de Introducción a la Salud Pública en la antigua Escuela de Salud Pública, donde me identifiqué profundamente con la atención primaria. Los profesores eran muy motivadores y habían participado en la reunión de Alma Ata. Allí tomé la decisión de dedicarme a entender mejor la salud a través de los principios y propuestas del trabajo en el primer nivel. Éramos un grupo entusiasta, compuesto por jóvenes de diferentes disciplinas entre enfermeros, médicos, nutricionistas y asistentes sociales.

Terminamos el curso de dos meses en la Escuela de Salud Pública, llenas de ilusión y con la esperanza de contribuir a alcanzar estas metas. Han pasado más de cuarenta años y la situación parece empeorar cada día. No parece haber lecciones aprendidas para quienes dirigen las políticas de salud.

A finales del gobierno del presidente Fernando Belaunde en 1984, ingresé a trabajar en el Ministerio de Salud como parte del proyecto de Atención Primaria. Este proyecto incluía un equipo de profesionales conformado por médicos, enfermeras, técnicos y auxiliares de campo. Este proyecto estaba destinado a los distritos de San Martín de Porres y San Juan de Lurigancho, en Lima Norte. Fuimos asignados al Hospital de Apoyo Cayetano Heredia, que en ese entonces tenía bajo su administración los centros y puestos de salud periféricos de los distritos de Lima Norte.

El Centro de Salud México, ubicado en el distrito de San Martín de Porres, dependía de cinco puestos de salud que brindaban atención directa a la comunidad, principalmente a través de enfermeras y en algunos casos con apoyo de un médico. Estos puestos

estaban bien equipados con las estrategias sanitarias necesarias y funcionaban en estrecha colaboración con el Centro de Salud México en Condevilla del Señor.

Aplicando el modelo de Atención Primaria, en enero de 1985, después de tres meses de capacitación, iniciamos una organización detallada de la comunidad. Esto incluyó el contacto con líderes locales, la sectorización por manzana, la elaboración de planos, la asignación de personal de campo, la realización de un censo familiar y las visitas domiciliarias. Este proceso culminó con un informe de fin de año que fue presentado al Área de Salud Cayetano Heredia, a la que estábamos adscritos en ese tiempo. Fue una experiencia sumamente enriquecedora que nos permitió acercarnos a las familias y conocer en profundidad la situación de la población.

Este modelo de trabajo no continuó debido a decisiones políticas de alto nivel, cambios de gobierno y otros factores que afectan al sistema de salud. A pesar de que se había realizado un trabajo de campo dedicado y bien organizado, con visitas domiciliarias regulares para atención directa a niños y madres en el consultorio de crecimiento y desarrollo, así como el programa de vacunación, donde también se llevaba a cabo la vigilancia epidemiológica de enfermedades inmunoprevenibles, el esfuerzo no tuvo la continuidad necesaria.

Teníamos la responsabilidad de participar en la vigilancia epidemiológica activa de enfermedades inmunoprevenibles, donde observábamos casos de difteria, tétanos, tos ferina, sarampión, paperas, rubéola y poliomielitis. Estas enfermedades representaban grandes retos en términos de control y eliminación en las Américas, debido a la alta morbilidad infantil que causaban.

El servicio de enfermería, organizado bajo la dirección de la enfermera Sor Carmen Vidal, quien ejercía la jefatura de enfermería, estructuró de manera efectiva las estrategias sanitarias implementadas tanto en el centro como en los puestos de salud. Las

inmunizaciones se realizaban mediante la vacunación regular en el establecimiento, visitas casa por casa y campañas en la comunidad.

En 1987 fui asignada al Centro de Salud Infantas, ubicado en el distrito de San Martín de Porres y parte del distrito de Los Olivos. La jurisdicción comprendía comunidades antiguas dedicadas a la agricultura, además de asentamientos humanos, asociaciones de vivienda, urbanizaciones y áreas anteriormente usadas para cultivos, con terrenos agrestes, mucho polvo y acequias.

Infantas era originalmente un pequeño poblado que acogía a trabajadores agrícolas de antiguas haciendas, ubicado a orillas de la antigua Panamericana Norte. Contaba incluso con una casona vieja que era muy concurrida por la comunidad, donde funcionaba un comedor, Vaso de Leche e incluso una guardería infantil. La comunidad siempre estaba dispuesta a colaborar, lo que brindaba un fuerte respaldo a las iniciativas de salud.

El centro de salud no tenía infraestructura propia, sus paredes eran de adobe y techos de quincha, con un espacio reducido que obligaba a compartir las áreas para brindar diferentes servicios. En cuanto a las inmunizaciones, solo contábamos con un conservador que requería un cambio regular de paquetes refrigerantes. Teníamos un termo porta vacunas KST y utilizábamos cajas de tecnopor con cojines de agua destilada congelada para mantener la temperatura adecuada.

Durante las campañas de vacunación casa por casa, se trabajó estrechamente con la comunidad y organizaciones de base como los comedores y los programas de Vaso de Leche, lo que nos permitió avanzar y alcanzar resultados significativos. Las mismas familias colaboraban al permitirnos congelar nuestros paquetes de refrigeración en sus neveras o congeladoras, ya que la gran extensión de la jurisdicción hacía difícil regresar al centro de salud para el recambio de los termos.

En 1990, fui asignada al Centro de Salud Villa del Norte, un centro de salud nuevo creado originalmente por los líderes de la zona como un botiquín comunitario. Posteriormente, fue entregado al Ministerio de Salud para brindar atención integral y contar con un equipo de salud profesional completo.



Figura 3. Difusión de la Semana del Niño, Centro de Salud Villa del Norte

La jurisdicción de este centro estaba compuesta por urbanizaciones, asociaciones de vivienda y áreas en proceso de urbanización. También, había extensas zonas de propiedad privada que experimentaron una gran invasión en aquellos tiempos, como los asentamientos humanos Laura Callar Ibérico, Armando Villanueva, San Martín y otros tres más.

Durante la época del terrorismo estas áreas eran inaccesibles, solo cuando los pobladores comenzaron a sentir la necesidad de atención sanitaria nos llamaron. Para ingresar, debíamos identificarnos y contar con estrictas medidas de vigilancia. Había zonas donde se habían reportado seis casos de poliomielitis, los cuales ya

habían sido tratados y se encontraban en proceso de rehabilitación y apoyo social. Además, se presentaban casos de sarampión.

Se realizaron campañas de vacunación tres veces al año con las vacunas del Programa Ampliado de Inmunizaciones, donde se involucraba todo el personal del centro de salud, estudiantes de enfermería, promotoras de salud y miembros de la comunidad que colaboraron en roles de registro y vacunación, especialmente en la administración de la polio oral. Gracias a esta organización y al compromiso del equipo, las campañas se llevaron a cabo con éxito, aunque fue necesario realizar intensas capacitaciones en distintos horarios.

El barrido contra la poliomielitis fue una de las campañas más exitosas, dejándonos una valiosa experiencia y satisfacción por el trabajo en equipo, en coordinación con las autoridades de la Unidad Territorial de Salud. En esta unidad, una coordinadora de enfermería, junto con enfermeras responsables en los centros de salud distritales y los médicos jefes, se encargaban de asegurar que todos los centros y puestos de salud formen comités operativos.

La enfermera era responsable de la programación, la capacitación de vacunadores, la gestión de la cadena de frío y la logística, además de tener a cargo la dirección y la ejecución de la campaña. Semanas antes de iniciar la jornada, comparábamos el croquis de la zona para identificar nuevas áreas en expansión y asignábamos sectores a cada vacunador, calculando una cuota de 100 niños a vacunar por persona.

Se inició el trabajo de campo en la comunidad dividiéndolo por localidades y manzanas. Cada brigada compuesta por un vacunador y registrador salía con el croquis de las manzanas asignadas llevando un termo con vacunas, una caja de bioseguridad, registros nominales de vacunados y una hoja para anotar las casas visitadas, asegurándose de no dejar ninguna casa sin visitar. Las viviendas se

marcaban con letras para que el supervisor de campo pudiera identificar las casas cerradas, las rechazadas y las abiertas. Estas marcas se colocaban con tiza en la puerta, de manera que ninguna casa con hijos por vacunar quedaría sin atender.

El trabajo fue arduo. En las zonas donde no se alcanzaba la meta se realizaba un rastrillaje exhaustivo y se convencía a los padres que inicialmente rechazaban la vacuna. Se movilizó a todo el personal incluso de otros distritos. En mi caso, me asignaron ir desde Los Olivos hasta el Rímac.

Trabajamos con gran entusiasmo porque sentíamos el valioso apoyo técnico y logístico de organizaciones internacionales como la Organización Panamericana de la Salud, la Organización Mundial de la Salud, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y los Rotarios, quienes nos brindaron facilidades en la programación, ejecución y evaluación de nuestras actividades. El compromiso de las enfermeras en los diferentes niveles operativos hace la diferencia, gestoras como las licenciadas Miriam Strull, Maricarmen Reyna y Mariana Mendoza.

Aunque el Estado fue un actor que institucionalmente mostró enormes limitaciones en su accionar, la Organización Panamericana de la Salud y el Rotary Internacional fueron nuestros mejores aliados. Estas organizaciones proporcionaron la mayor parte del equipo necesario para la campaña, además de colaborar con el suministro de vacunas y la realización de exámenes de laboratorio. A nivel nacional, el esfuerzo de los voluntarios sumado al compromiso y la vocación de las enfermeras del Programa Ampliado de Inmunizaciones fueron elementos clave para el éxito de la campaña.

Servicio en inmunización y salud comunitaria

Victoria Eufemia Molina Espinoza

Comencé mi carrera profesional en 1999, en el Hospital Nacional Madre Niño San Bartolomé, como enfermera asistencial, puesto que desempeñé hasta el 2007, año en que asumí la jefatura del servicio, una responsabilidad que mantuve hasta marzo de 2020, cuando la llegada de la pandemia de COVID-19 a Perú me llevó a tomar una licencia. Retomé la jefatura el 2022, aportando toda mi experiencia y compromiso hasta la actualidad.

Durante esos años, el esquema de vacunación inicial incluía la vacuna contra el bacilo Calmette Guérin y la vacuna antipoliomielítica oral para los recién nacidos hasta 2007, luego se modificó para incorporar la vacuna contra la hepatitis B, junto con la vacuna contra el bacilo Calmette Guérin en recién nacidos a partir del 2008. Después se añadieron las vacunas contra la influenza y el rotavirus en 2009, para que finalmente en 2010, se empezara a administrar la vacuna contra el neumococo. Este esquema sigue vigente, junto con otras vacunas contra la difteria, pertussis, tétano, fiebre amarilla y sarampión. Como hospital nos adaptamos constantemente según las necesidades de la población y se elaboraba el plan operativo anual con metas físicas para el siguiente año considerando los avances históricos.

Además, participamos activamente en varias campañas de vacunación como el de las Américas, contra el sarampión y rubéola en el 2006, contra la influenza en 2013 y contra la hepatitis B en el 2017. Todas estas acciones fueron posibles gracias al apoyo sólido del Programa Presupuestal de Salud y la coordinación entre la

Dirección de la Institución, el Departamento de Enfermería, el Área de Logística, el Área de Campañas, el Área de Comunicaciones y el personal de limpieza y vigilancia.

Con el tiempo inicié labores en el Servicio de Inmunizaciones, junto a dos técnicas en enfermería. El equipo creció con la incorporación de más profesionales, asumiendo cada uno la responsabilidad del servicio desde nuestras respectivas competencias. En el servicio inicialmente contábamos con una refrigeradora doméstica, termómetros, cajas térmicas de KST y Lonani. Fue más adelante, que se adquirieron dos refrigeradores horizontales Ice Line y registradores de datos en 2020.

Se recibió apoyo de los directores de la institución, así como de las jefas del Departamento de Enfermería, Logística y la Unidad de Campaña del Servicio de Comunicaciones. Nuestro equipo se desplazó a los diferentes ambientes de la institución para llevar a cabo la vacunación de los usuarios internos, incluyendo al personal asistencial, administrativo, de limpieza y vigilancia, así como a los externos, como familiares y/o acompañantes, aprovechando las horas de visita. Nuestra meta era incrementar las coberturas de vacunación.

Se implementó como estrategia realizar reuniones con el personal para comunicar la norma técnica que especificaba el tiempo para la vacunación en recién nacidos. En coordinación con el Departamento de Enfermería y la Oficina de Personal, organizamos guardias durante domingos y feriados para las campañas nacionales de hepatitis B, influenza, sarampión y rubéola. El personal fue desplazado a universidades, institutos y fábricas cercanas al hospital en los turnos mañana, tarde y noche, considerándose este esfuerzo como un adicional en su labor.

Durante una de las supervisiones realizadas por la Dirección de Salud se observó que el personal era insuficiente, una enfermera

realizaba tanto funciones administrativas como asistenciales. Esto permitió gestionar el incremento de personal profesional, optimizando la atención en el servicio.

Recuerdo casos de tos convulsiva, procesos gripales y cuadros de deshidratación, la mayoría por rotavirus, que era lo más frecuente. Como hospital siempre hemos trabajado con proyección a la comunidad, especialmente llevando las vacunas a través de campañas organizadas por el Colegio de Enfermeros y el Hospital San Bartolomé. Entre las más destacadas se encuentra la Campaña de Salud Integral y Jornada de Vacunación en los distritos de Villa El Salvador, Pueblo Libre, Comatrana y el Caserío Huarango en Ica, en el 2007. Además, participé en la Campaña Multisectorial de Ofertas de Servicio organizada por el Ministerio de Salud, el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social y el Ministerio de Transportes y Comunicaciones, en 2009.

Liderazgo en inmunización y salud comunitaria

Digna Palomino Sotelo

Inicié trabajando como técnica de enfermería en el año 1991, en el Puesto de Salud Ex Fundo Naranjal, ubicado en el distrito de San Martín de Porres, perteneciente a la Dirección de Salud Lima Norte, que cubre una jurisdicción que en su momento formaba parte de la gran hacienda Fundo Naranjal, una propiedad agrícola en tiempos anteriores. Este establecimiento de primer nivel de atención no contaba con enfermeras solo con dos técnicas de enfermería, la escasez de profesionales de enfermería en ese momento fue lo que me impulsó a estudiar la carrera de Enfermería en la universidad, con la intención de brindar una respuesta más completa a esa labor tan esencial.



Figura 4. Ex fundo Naranjal o Cooperativa Naranjal

La enfermera coordinadora del Centro Base Los Olivos, con el que estábamos funcionalmente conectados en ese entonces, valoró nuestro trabajo. Ella me motivó a actuar con responsabilidad, alentándome a comprometerme con el primer nivel de atención para mejorar la salud de la comunidad.

En 1998, obtuve mi licenciatura en Enfermería y comencé a trabajar en el Centro de Salud Villa Norte hasta agosto de 2000. Posteriormente, fui trasladada al Centro de Salud Perú III Zona, donde trabajé hasta el 2011 como responsable de las estrategias de inmunizaciones, crecimiento y desarrollo, enfermedades diarreicas agudas, infecciones respiratorias agudas, tuberculosis y responsable de la jefatura del Servicio de Enfermería. Hasta la fecha, todas mis colegas rotan por el Servicio de Inmunizaciones.

En los establecimientos de salud de primer nivel generalmente solo había una enfermera encargada de todos los servicios asumiendo la responsabilidad de los programas correspondientes a enfermería. En el Programa Ampliado de Inmunizaciones tenía la responsabilidad administrativa de la programación, estableciendo las metas, coordinando internamente y conformando los comités. Además, trabajaba con la comunidad en actividades de participación comunitaria, colaborando con la asistente social y las promotoras de salud, asegurando la ejecución de las actividades en los días establecidos.

Las promotoras de salud desempeñaron un papel clave en la difusión de las campañas de inmunización pegando afiches alusivos a la vacunación que elaboraba el personal de salud. Nos apoyaban en las campañas recorriendo la comunidad y tocando puertas para informar a la población. Además, en los comedores populares y programas de Vaso de Leche se realizaba la vacunación a niños menores de cinco años y adultos, tras una previa coordinación y difusión con los responsables de estos programas.



Figura 5. Barrio nacional contra el sarampión

Del mismo modo, en el Centro de Salud Perú III Zona, también se organizaban actividades en coordinación con el párroco de la iglesia para la difusión de las campañas de vacunación, colocando un puesto de vacunación afuera de la iglesia. Además, se coordinaba con los dirigentes de los mercados para informar sobre la campaña y establecer un puesto fijo de vacunación en cada mercado, facilitando el acceso a la inmunización para la comunidad. En el área de inmunización de cada establecimiento de salud, era esencial organizar tanto el servicio regular de vacunación como las estrategias de campaña y seguimiento en campo. Comenzamos con el levantamiento de planos de cada localidad y sector, delimitados por manzanas, para garantizar que ninguna zona quedará sin cobertura.

Comenzamos con el levantamiento de planos de cada localidad y sector, delimitados por manzanas para garantizar que ninguna zona quedara sin cobertura. Nos reuníamos con colegas

de centros de salud cercanos para definir los límites de cobertura de cada equipo y trabajábamos en coordinación con los directores de centros educativos, promotores de salud comunitarios y organizaciones de base, como comedores y programas de Vaso de Leche.



Figura 6. Difusión del barrido nacional contra el sarampión

El esquema de inmunización en 1991 inició con la vacuna contra el bacilo de Calmette Guérin para recién nacidos, también se aplicaban las vacunas DPT (difteria, tos ferina y tétanos) y la polio oral a los dos, cuatro y seis meses de edad. A los nueve meses se administraba la vacuna contra el sarampión y a los seis años se aplicaba un refuerzo de vacuna contra el bacilo de Calmette Guérin. Para las mujeres gestantes y adultos, se incluía la vacuna contra la difteria y el tétanos, asegurando protección integral en cada etapa de vida.

En el año 2000, se añadió la vacuna contra la fiebre amarilla al calendario de vacunación, administrándola a los nueve meses de edad. En 2005, se introdujo la vacuna contra la hepatitis B aplicada a los recién nacidos, a los dos y cuatro meses. Para 2007, el esquema incluyó el primer refuerzo de la vacuna DPT (difteria, tos ferina y pertussis) y tétanos a los 18 meses y el primer refuerzo de la vacuna SPR (sarampión, paperas y rubéola) a los cuatro años.

En 2008, se añadieron al esquema de vacunación las vacunas contra el neumococo y el rotavirus, aplicadas a los dos meses de edad y con un segundo refuerzo a los cuatro meses. La vacuna contra la influenza se introdujo a los siete meses, seguida de una segunda dosis a los ocho meses y un tercer refuerzo de neumococo a los doce meses. En ese mismo año, también se incluyó la vacuna contra el virus del papiloma humano en un esquema de tres dosis para niñas de nueve años.

Debido al aumento de las vacunas en el 2010, el Ministerio de Salud contrató enfermeras exclusivas para la estrategia de inmunizaciones, respondiendo a la necesidad de personal especializado. Además, se mejoraron los equipos de la cadena de frío, enviándose refrigeradoras lineales Ice Line de la marca Vestfrost, así como termos KST y Losani a todos los centros de salud en los distritos de Rímac, San Martín de Porres y Los Olivos.

En 2013, se incorporó la vacuna inactivada contra la poliomielitis, administrándose la primera dosis a los dos meses y la segunda a los cuatro meses de edad. Actualmente, el esquema nacional de vacunación en el país incluye 17 tipos de vacunas y se implementaron estrategias como campañas de vacunación puerta a puerta, en centros educativos y concentraciones en los puestos de salud para aumentar la cobertura de inmunizaciones.

Cada dos meses realizábamos campañas de atención integral en la localidad de Huerto Paraíso, ubicada en el límite con el

Callao. El acceso era difícil, atravesábamos chacras de sembríos de hortalizas en una zona agrícola y debíamos caminar dos horas de ida y dos horas de regreso, llevando nuestro material, equipo y termos para la vacunación. En ese momento, el Programa Ampliado de Inmunizaciones tenía como objetivo principal el control de esta enfermedad, vacunando a las gestantes y mujeres en edad fértil. Sin embargo, la población mostraba resistencia a vacunarse, tanto por el temor a reacciones adversas como por el poco interés hacia su salud, incentivado por el desconocimiento. Esto nos mantenía alerta sobre el riesgo de enfermedades y nos motivaba a seguir adelante en nuestra labor como enfermeros encargados de las vacunaciones.

Recuerdo que cuando se presentó el primer caso de mortalidad por tétano en un adulto en la localidad de Chuquitanta, tuvimos que caminar treinta minutos para llegar a la población con nuestros termos, equipos y materiales de vacunación. Ante la preocupación de la comunidad por lo sucedido, se formaron largas colas para recibir la vacuna. Sin embargo, nos quedamos sin dosis a la una de la tarde. Fue entonces cuando la misma comunidad se organizó y me llevaron en una movilidad al puesto de salud para traer más vacunas, permitiéndonos continuar con la vacunación hasta las seis de la tarde, vacunando a todos los adultos.

Cuando se presentó el segundo caso de tétano en un adulto en Chuquitanta, recuerdo que cada vez que íbamos a vacunar, este señor se negaba a recibir la vacuna. Siempre decía: “vacunen a mi esposa, a mis hijos, pero yo no me voy a vacunar, porque no me voy a morir de tétano”. Aunque su esposa e hijos sí se vacunaron, mi sorpresa fue grande cuando nos informaron que había ocurrido una muerte por tétano en la comunidad. Al realizar la visita domiciliaria, descubrimos que el fallecido era precisamente este

señor que se había negado a vacunarse. Las enfermedades inmunoprevenibles, especialmente aquellas que afectan a la población infantil, eran frecuentes y causaban gran sufrimiento, incapacidad e incluso muerte en las familias de escasos recursos.



Figura 7. Localidad de San Juan Bautista y el camino a Chuquitanta

En el caserío Santa Cruz, ubicado lejos del centro de salud, se presentó un caso neonatal de tétano. La madre durante su embarazo no se había realizado los controles prenatales ni se había colocado la vacuna contra el tétano y dio a luz en su hogar. La desinformación parecía estar en contra nuestra, pero a pesar de las dificultades, no nos rendíamos. Sabíamos que, por más complicado que fuera acceder a alguna zona, teníamos que llegar a cada hogar para brindar la atención necesaria y evitar más tragedias.

Al principio, no contábamos con el apoyo financiero ni logístico adecuado, por lo que recurriríamos a la comunidad para obtener la ayuda necesaria. Realizamos campañas de vacunación deno-

minadas VAN, que comprendían primera, segunda y tercera fase, y que se llevaban a cabo anualmente, en las cuales logramos obtener un presupuesto económico y apoyo logístico de aproximadamente el 80 %. Nuestro objetivo era seguir vacunando a la población al 95 % para prevenir enfermedades inmunoprevenibles y mantener a la comunidad protegida.

La lucha contra la poliomielitis, un compromiso inquebrantable

Rosa Mayhua

En el año 1985 se realizaron grandes campañas en Perú para reducir las preocupantes tasas de morbilidad y mortalidad infantil causadas por enfermedades inmunoprevenibles, con un enfoque especial en erradicar el virus de la poliomielitis en niños. Ese año, debido a la necesidad de personal, fui designada para trabajar en el Programa Ampliado de Inmunizaciones, donde la licenciada Rita Segovia, enfermera con gran experiencia y conocimiento, asumía la coordinación. Aunque fue un honor haber sido seleccionada, sentí temor debido a mis limitados conocimientos y escasa experiencia en el área. A pesar de mi amplia trayectoria en los servicios de Emergencia y el Programa de Tuberculosis, me comprometí a dar lo mejor de mí en este nuevo servicio y opté por el autoaprendizaje, consultando libros, boletines y cualquier recurso disponible. Cuando surgían dudas, recurriría al Doctor Raúl Pataruco, inmunólogo del hospital, para recibir orientación.

Fue así como, durante mi búsqueda de información, encontré un poema titulado “Muleta mía, compañera de mi vida” de Cesar Vallejo, en el cual un niño con muletas expresa sus sentimientos al ver jugar a otros niños. El impacto de ese poema fue tan grande en mí que decidí trasladar la imagen del niño con sus muletas y la poesía escrita a plumón azul en un papelógrafo, el cual coloqué en la pared de un pasillo cercano a la puerta de ingreso a los consultorios, a hospitalización y al consultorio del Programa Ampliado de Inmunizaciones. Esta zona era muy transitada, con un promedio de mil personas al día, entre pacientes, familiares y

personal del hospital. Mientras tanto, tenía que organizar la implementación de 60 puestos en la comunidad y capacitar a 60 vacunadores y a 60 registradores para la campaña.

Recuerdo con cariño una anécdota sobre la licenciada Edita Zulema Gálvez Robles, quien sin saberlo sembró en mí una gran pasión por la actividad educativa. Fue una mañana, después de su turno de guardia, cuando se acercó al Programa Ampliado de Inmunizaciones y me comentó: “con tu letrero he visto a las personas leer y derramar lágrimas, yo misma me conmoví. Sabes que una colega de mi servicio me contó que después de leerlo sintió culpa, que al llegar a su casa abrazó a su hijo que ahora tiene doce años y lloró recordando que no le había completado las vacunas de niño y le mencionó además lo desdichada que sería ella, lamentándose, si a su hijo le hubiera afectado la poliomielitis, pues estaría como ese niño del poema. No retires esa pancarta, a veces ni nosotras nos damos el tiempo y prioridad a las vacunas, hay que concientizar a más personas”, me dijo con énfasis.

Fue entonces cuando comprendí por qué me sentí motivada a ofrecer charlas sobre vacunación en los 28 colegios cercanos al hospital. La creciente demanda de personas que se acercaban al consultorio del Programa Ampliado de Inmunizaciones para informarse y vacunar a sus hijos me mostró la importancia de proporcionar información accesible.

Además, confirmé que, en el ámbito de la salud pública, la educación, la información y la comunicación deben ser claras y sencillas. La consejería por parte de la enfermera es clave para internalizar el conocimiento y es esencial dedicar el tiempo necesario para asegurar que el mensaje sea comprendido adecuadamente. Como enfermera entendí también que tenía la oportunidad de contribuir a la prevención de enfermedades y mejorar la salud de las familias. También, es crucial contar con

voluntad política, el apoyo de las instituciones públicas y privadas, la participación activa de la población y el respaldo de los medios de comunicación para alcanzar los objetivos propuestos.

En el año 1986 fui invitada a participar en la promoción de la segunda jornada de vacunación “Ven a van”, en el spot televisivo a nivel nacional donde se incentivaba a la población a acudir a los centros de salud, puestos de vacunación temporales o eventos comunitarios para recibir las vacunas necesarias. Fue sin duda una de las experiencias más gratificantes. Agradezco profundamente todo lo aprendido durante esos casi dos años, que me permitieron crecer profesionalmente y aportar al bienestar de la comunidad.

Tres décadas de dedicación y superación en la lucha por la cobertura de vacunación infantil

Eliana Medina Espinoza

Mi primera experiencia profesional fue en 1988, cuando me tocó cumplir con el Servicio Rural Urbano Marginal de Salud en la provincia de Caylloma, Arequipa, en la sierra. El equipo básico de salud consistía en una enfermera y un técnico sanitario, y el trabajo se realizaba sin horarios fijos, ya que los pacientes acudían al puesto de salud en cualquier momento.

Aunque no contábamos con tecnología que nos permitiera conocer la distribución exacta de la población, aprovechábamos cada oportunidad para informar a los padres sobre la importancia de vacunar a los niños menores de cinco años. Nos reunimos con la comunidad, convocando a asambleas para hablar sobre las vacunas, sus beneficios y despejar dudas sobre los efectos en los niños, ya que había desconfianza debido a los atentados terroristas en la zona y al desconocimiento.

El acceso a las poblaciones más alejadas era extremadamente complicado, ya que algunas se encontraban en caseríos remotos, accesibles solo a pie por los angostos caminos del cañón del Colca. Transportábamos los termos con las vacunas en acémilas para conservar la cadena de frío, lo que se volvió un desafío debido a la lejanía y la dificultad de los terrenos. Aunque el puesto de salud contaba con un refrigerador doméstico, no era exclusivo para vacunas y teníamos que utilizar termos, que fueron muy útiles para mantener las vacunas en condiciones adecuadas. Los paquetes eran los paquetes con gel y los termos eran los KST, por cierto, muy útiles.

Esa fue mi primera experiencia. No se contaba con planos, calles y manzanas. Solo se tenía un estimado de la población y el apoyo de la comisaría. Esta experiencia, a pesar de las dificultades, fue una oportunidad de aprendizaje y un primer acercamiento a la importancia de la vacunación en zonas rurales y aisladas.

Mi segunda experiencia ocurrió en 1989, trabajando en la sierra de Moquegua, donde las condiciones eran aun más difíciles. No contábamos con red de agua ni electricidad, solo un motor que generaba electricidad durante seis horas al día. Esto complicaba aun más el trabajo, debíamos organizar los paquetes de vacunas, y cuando el motor no funcionaba teníamos que sacar las vacunas de los termos. Este proceso era diario y, como en la experiencia anterior, las poblaciones eran lejanas y de difícil acceso. No podíamos convocar a toda la población para realizar una vacunación masiva, así que nos trasladábamos de casa en casa, lo cual tomaba horas e incluso días.

Considerando que las comunidades eran pequeñas, la colaboración de los lugareños era esencial. Ellos eran reacios a permitir que el personal de salud vacunara a sus niños si no los conocían, por eso tuvimos que hacer alianzas con los propios habitantes para llevar a cabo la vacunación. Las campañas “Ven a van” fueron muy respetadas en esas zonas, nos permitieron tener un mayor contacto con la población y aprovechar el momento para sensibilizarlos sobre la importancia de la prevención y los cuidados de su salud.

El tercer momento, en Lima, representa una mejora considerable en comparación con las experiencias anteriores, contábamos con mayor soporte tecnológico, estadístico y comunicación, que nos permitía conocer mejor la realidad y el cumplimiento de las vacunaciones. Actualmente, no enfrentamos las dificultades previas con los equipos de cadena de frío, ya que

disponemos de tecnología moderna que facilita nuestro trabajo. Sin embargo, aún enfrentamos el desafío de una gran población concentrada en ciertas áreas, así como poco interés tanto de la población como de las autoridades. Además, seguimos teniendo limitaciones de espacio, equipos y personal suficiente para lograr una cobertura total, especialmente en la erradicación del virus de la poliomielitis en los niños.

A lo largo de la historia, las enfermeras no solo han resguardado con fervor la salud de la población, también han llevado esperanza y protección a través de las vacunas, siendo este uno de sus roles más valiosos. En este libro se reúnen los relatos de aquellas enfermeras dedicadas a la inmunización, desde las zonas urbanas hasta los rincones más remotos, quienes con valentía, entrega y compromiso han enfrentado desafíos de distancia, recursos limitados y momentos de crisis en el Perú.

Testimonios que permiten comprender la profundidad de las adversidades enfrentadas contra enfermedades devastadoras como la poliomielitis y el sarampión, donde las enfermeras han sido protagonistas esenciales. A través de un servicio incansable, muchas veces en regiones de difícil acceso y con recursos limitados, estas profesionales han mostrado una vocación inquebrantable, enfrentándose a la adversidad con el único propósito de preservar vidas y promover un futuro saludable para todos.