



Rediseños de registros domésticos que funcionaron

Lecciones de Madagascar y Etiopía



Los registros domésticos (HBR) son un instrumento importante para lograr, supervisar y mantener la cobertura de vacunación, pero a menudo han sido desaprovechados en los programas nacionales de inmunización. A lo largo de los años, muchos países han utilizado un formato tradicional que puede no ser fácil para los trabajadores de la salud completar de manera exacta y legible, o para que los cuidadores o los padres comprendan los datos registrados. Además, puede que no todos los usuarios comprendan o perciban el valor de estos documentos.

En algunos países, los enfoques de rediseño han logrado satisfacer las necesidades de los trabajadores de la salud, los cuidadores y el sistema de salud, al tiempo que aumentan la disponibilidad y utilización de estos importantes registros (con el objetivo general de aumentar la cobertura de inmunización). En los siguientes estudios de casos, se destacan las experiencias de Madagascar y Etiopía, donde la tarjeta de vacunación tradicional se rediseñó e incorporó a un instrumento integrado de comunicación. Compartimos estas experiencias para informar a los países que pueden estar interesados en llevar a cabo sus propios rediseños como referencia en relación con las partes interesadas, las etapas del proceso y los puntos clave que deben examinarse.

CONTEXTO

Los registros domésticos (HBR) son un importante instrumento de recopilación y vigilancia de datos que sirve múltiples propósitos para el cuidador, el trabajador de la salud y el sistema de salud. Estos registros pueden: a) ayudar a los trabajadores de la salud a documentar y rastrear las vacunas que se han dado a un niño; b) facultar a un progenitor o cuidador para que desempeñe un papel en la salud de sus hijos y tenga información documentada sobre la historia de vacunación de sus hijos y cuando regrese por servicios; c) servir como instrumentos de vigilancia de la salud pública sobre la cobertura de vacunación mediante encuestas domésticas y de otro tipo (algo cada vez más importante, dado que hay más vacunas/antígenos en el sistema). Como se señaló en la reciente investigación realizada por David Brown y otros, «la tarjeta de inmunización infantil suele no ser totalmente aprovechada o mal utilizada por los padres y los trabajadores de la salud y, por lo tanto, no siempre cumple con su objetivo previsto¹.» Se han identificado múltiples problemas, entre ellos:

1. Escasez y agotamiento de existencias en los HBR, lo que da lugar a que ciertos niños nunca reciban un HBR.
2. Falta de información o de énfasis en la importancia de la tarjeta, lo que a su vez puede dar lugar a que los cuidadores pierdan, dañen u olviden llevar el HBR al centro de salud.
3. Los HBR no son cumplimentados exacta o totalmente por el trabajador de la salud.
4. Información insuficiente sobre las acciones (como las fechas de regreso al centro) o el espacio para la introducción de datos.

Se están incorporando más vacunas en los programas nacionales de inmunización, con la administración de múltiples antígenos en cada contacto. Por lo tanto, este registro de los antígenos particulares que ha recibido una persona es cada vez más importante, tanto para el mantenimiento de registros personales como para la comprobación cruzada durante las encuestas y otras visitas de seguimiento o evaluación (en particular, dadas las posibles dificultades de los padres para recordar qué vacunas se han administrado). Los HBR ahora tienen una importancia creciente en cuanto a su utilidad para el seguimiento de datos y la adopción de decisiones dentro del ecosistema más amplio de datos de inmunización.

LOS HBR SIRVEN
MÚLTIPLES PROPÓSITOS
PARA DIFERENTES USUARIOS

EL SISTEMA
DE SALUD
utiliza datos de los HBR
para estimar y verificar la
cobertura mediante
encuestas a hogares

LOS
TRABAJADORES DE
LA SALUD
utilizan para documentar
y dar seguimiento a las
vacunas que un
niño ha recibido

LOS PADRES Y CUIDADORES
los utilizan como recurso de
comunicación e información, y los
registros les otorgan poder para
obtener información sobre el
papel que desempeñan en la
salud de sus hijos

¹ "Child Immunization Cards: Essential Yet Underutilized in National Immunization Programmes", David Brown. The Open Vaccine Journal, 2012.

INTRODUCCIÓN

En este documento se resumen dos esfuerzos exitosos de rediseño de HBR en Madagascar y Etiopía, incluidos los antecedentes y fundamentos para considerar un rediseño, las partes interesadas y las medidas que se han completado en el proceso para rediseñar y poner en marcha un HBR revisado. También hemos incluido desafíos y lecciones aprendidas de ambos países.

Aunque las rutas fueron similares en Madagascar y Etiopía, nuestras entrevistas informativas demostraron que la sostenibilidad a largo plazo y el uso de los «nuevos» HBR diferían mucho: Madagascar ha seguido utilizando el HBR rediseñado con pequeñas modificaciones y adiciones, mientras que Etiopía utiliza una versión similar del HBR rediseñado, pero como herramienta de comunicación para promotores de salud (es decir, no como un registro de vacunación que se completa para cada niño), y la versión rediseñada nunca



Un promotor de la salud en Madagascar explica el Diploma de Inmunización a una nueva madre.

reemplaza completamente la tarjeta de vacunación más antigua de la «OMS» para la entrada de datos. Ambos países introdujeron el HBR rediseñado como parte de un paquete de intervención y una estrategia de comunicación más amplia. Por lo tanto, el impacto de sólo el HBR rediseñado es difícil de medir, pero las conclusiones del proyecto mostraron una mayor cobertura correlacionada con el nuevo HBR.

Aprovechando las experiencias de Madagascar y Etiopía, se han diseñado tarjetas similares en Ghana, Liberia, Myanmar y otros lugares.

LA EXPERIENCIA DE MADAGASCAR

En Madagascar, antes de que el nuevo diseño del registro doméstico comenzara, alrededor de 1997, el Programa Ampliado de Inmunización (EPI) utilizaba la tarjeta estándar de vacunación de la OMS. La razón inicial del rediseño del HBR fue aumentar su utilización como instrumento de comunicación para los cuidadores y trabajadores de la salud comunitarios, y como registro de las vacunas recibidas y otros servicios de salud infantil. Con el apoyo del proyecto de Jereo Salama Isika², financiado por la USAID, se estaban elaborando varias tarjetas de orientación de Gestión Integrada de Enfermedades en la Infancia (IMCI) que serían utilizadas por promotores de salud dentro del sistema de salud de Madagascar. El rediseño de los HBR se completó después de que se desarrollaron estas tarjetas, como parte del mismo conjunto de herramientas para la comunicación y el seguimiento de actividades y de los principales indicadores de salud. A medida que se utilizaban y racionalizaban estos materiales, el HBR se convirtió en uno de los instrumentos principales.

Para supervisar los materiales de comunicación que están elaborando los asociados, el Ministerio de Salud inició un Grupo de Tareas sobre Información, Educación y Comunicación (IEC). Una actividad inicial del Grupo de Trabajo fue reunir a personas de varios programas del Ministerio de Salud, UNICEF, proyectos financiados por USAID y ONG para un taller en el que los asociados compartieron copias de sus materiales y mensajes actuales. A partir de estos, se acordó un conjunto final de mensajes clave durante este taller. También se elaboró una guía (Figura 1) que incluía esos mensajes y medidas clave que las ONG y los asociados podrían elegir a partir de la elaboración de materiales adicionales. Cualquier mensaje futuro o material nuevo o revisado que las ONG desearan incorporar o crear debía ser aprobado primero por el Grupo de Trabajo sobre CEI. Esto incluía cualquier cambio en el HBR.

El enfoque centrado en el usuario fue parte integral del desarrollo del nuevo HBR.

Se contrató a un diseñador local a través del proyecto de Apoyo Básico para Institucionalizar la Supervivencia Infantil (BASICS)³ durante el rediseño inicial del HBR. Esta persona ha seguido elaborando materiales de comunicación de salud para muchos proyectos y el Ministerio de Salud, lo que ha contribuido a la coherencia y el reconocimiento de las ilustraciones del HBR y otros materiales de salud.

Los primeros diseños de HBR se compartieron con trabajadores y comunidades de salud mediante debates de grupos de discusión organizados con representantes comunitarios y cuidadores para conocer sus opiniones. Estos aportes se discutieron luego con el Grupo de Trabajo sobre IEC y el diseñador, y luego se hicieron revisiones en función de estas opiniones. Se probaron al menos dos versiones diferentes de un diseño para obtener el mejor modelo (es decir, no sólo para probar si el prototipo era «bueno» o no, sino más bien si era un modelo fácil de entender frente a otras opciones).



Figura 1. Guía de IEC de Madagascar.

² 1998-2003

³ USAID, BASICS I 1993-1999, BASICS II 1999-2004

El enfoque centrado en el usuario fue parte integral del desarrollo del nuevo HBR. Se celebraron reuniones de las aldeas para: 1) fomentar la participación de la comunidad, 2) orientar a los participantes respecto de los indicadores y mensajes/acciones de salud incluidos en el HBR, y 3) aumentar el valor que se asigna a los programas de salud materno-infantil, incluido el HBR. La experiencia de Madagascar demostró que las familias y las comunidades podían participar mediante pequeñas acciones viables que se incluyeron en instrumentos clave como el HBR para referencia y uso por parte de los trabajadores de la salud. En Madagascar, agentes comunitarios voluntarios fueron movilizados y animadores, y se convirtieron en casos diferentes positivos («familias modelo») que podían reforzar el uso de estas herramientas.

Se desarrolló una campaña de promoción para la estrategia de IEC y HBR, que incluyó un intenso marketing entre las familias.

Tras seleccionar y probar un diseño final, se estableció un cronograma para la transición del antiguo HBR a la nueva versión. Este no fue un proceso rápido, y se dedicó tiempo suficiente para esta transición y para garantizar el énfasis en el nuevo HBR más allá de la aprobación del nuevo diseño; para la gestión de acciones y la disponibilidad, y para familiarizar a los usuarios con la nueva versión y los cambios. Se necesitaba una coordinación clara dentro del Ministerio de Salud entre diferentes unidades (es decir, inmunización, salud infantil, nutrición y planificación familiar) para garantizar la disponibilidad suficiente del nuevo

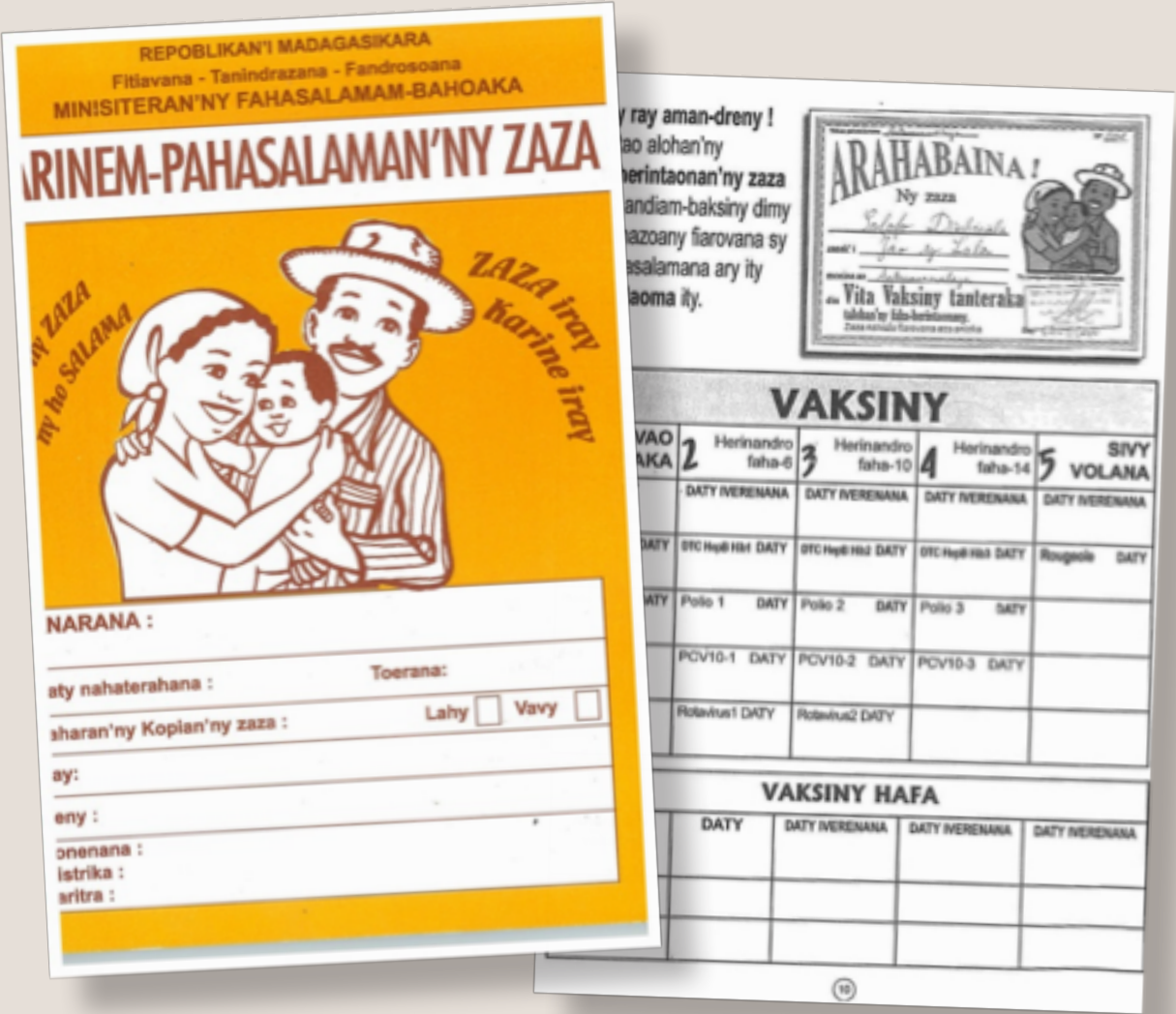


Figura 2. Rediseño de la portada del HBR y la página de vacunación de Madagascar.

La experiencia de Madagascar demostró que las familias y las comunidades podían participar mediante pequeñas acciones viables que se incluyeron en instrumentos clave como el HBR para referencia y uso por parte de los trabajadores de la salud.

HBR. Esta transición de una tarjeta de inmunización al folleto integrado tomó entre 2 y 3 años. Las revisiones posteriores fueron más rápidas, dado el acuerdo inicial sobre formato y diseño; sin embargo, era importante mantener la comunicación y el activismo para garantizar esto.

Hubo cierto desacuerdo inicial sobre el proceso de implementación del nuevo HBR. Originalmente, se tomó la decisión de venderlo en los mercados. Se organizaron actividades de promoción y marketing para informar a las comunidades, pero el Ministerio de Salud y los asociados decidieron luego que el HBR debía ser gratuito y no venderse, lo que causaba más confusión y retrasos. El HBR de Madagascar debe proporcionarse gratuitamente, pero la ausencia de uniformidad o financiación ha causado faltas de existencias en los últimos años.

Una vez que los nuevos HBR se imprimieron y distribuyeron a los centros de salud y/o movilizadores comunitarios, una campaña publicitaria fue clave para introducir la nueva tarjeta y asegurar la aceptación y el uso por parte de la comunidad. Se desarrolló una campaña de promoción que incluyó un intenso marketing entre las familias. Se desarrollaron mensajes para mostrar que el nuevo HBR era moderno y potenciador: como instrumento para que las familias conozcan el estado de salud de su hijo y como documento que los propios padres pueden revisar y poseer (es decir, el contenido no sólo es para los trabajadores de la salud o los movilizadores). Las evaluaciones rápidas de los proyectos demostraron que una vez que el 20% o más de las familias comenzaron a utilizar el HBR, comenzó a hacerse popular, dado que estas «familias modelo» promovieron la importancia del HBR para otros.

Aunque el Ministerio de Salud, los asociados para el desarrollo y las personas encargadas del cuidado de los niños han valorado y continúan valorando el HBR (que se conoce localmente como la tarjeta «Zaza Salama»), la financiación anual para la impresión y distribución es ad hoc y poco uniforme. Esto ha dado lugar a desafíos con la disponibilidad del HBR rediseñado. En Madagascar, existen muchos materiales diferentes para capacitar a promotores de salud independientes del HBR. La multitud de documentos no es sostenible y es difícil de gestionar, tanto logísticamente para garantizar la distribución completa del HBR como para que los promotores de la salud lo utilicen eficazmente. Esto desacredita entonces el HBR integrado y sugiere la necesidad de que el Ministerio de Salud y los asociados vuelvan a centrarse en este aspecto como instrumento central para los trabajadores de la salud y los cuidadores.



Una madre en Madagascar muestra orgullosamente el HBR de su hijo.

Este deseo de un registro de vacunación que fuera sencillo para su uso y comprensión por parte de los trabajadores y los promotores de la salud, y los cuidadores fue el centro de los procesos de rediseño tanto en Etiopía como en Madagascar.

LA EXPERIENCIA DE ETIOPÍA

Después de unos años de colaboración (incluyendo el rediseño del HBR) en Madagascar, varios miembros del antiguo equipo del proyecto Jereo Salama Isika se trasladaron a Etiopía y, poco después, el principal homólogo de USAID también se trasladó. Alrededor de 2002, este grupo estaba interesado en reproducir el éxito del rediseño de HBR con el Ministerio de Salud y asociados en Etiopía. En Etiopía se utilizaron al menos 6 versiones diferentes de tarjetas, por lo que el proyecto de Servicios Esenciales para la Salud (ESHE)⁴ financiado por USAID reunió a diferentes asociados y llevó a cabo un taller de armonización. Además de incorporar mensajes de IMCI al HBR, también se expresó preocupación por el hecho de que los cuidadores no entendieran todos los casilleros «en blanco» y no podrían determinar si un niño había completado la serie de vacunas. Este deseo de un registro de vacunación que fuera sencillo para su uso y comprensión por parte de los trabajadores y los promotores de la salud, y los cuidadores fue el centro de los procesos de rediseño tanto en Etiopía como en Madagascar.

El mismo diseñador malgache que desarrolló el HBR de Madagascar fue enviado a Etiopía para apoyar su rediseño original, y trabajó con un diseñador local etíope que luego completó revisiones/actualizaciones posteriores. Al igual que en Madagascar, la participación de los usuarios finales fue una parte integral del desarrollo del HBR.

En Etiopía, el nuevo HBR incluyó imágenes detalladas y mensajes de supervivencia y nutrición de niños (Figura 3), lo que les facilitó a los trabajadores y promotores de la salud atraer el interés de las madres, especialmente de aquellas que no estaban alfabetizadas. Este HBR fue apoyado por el proyecto LINKAGES⁵ y posteriormente por el Programa Integrado de Salud Familiar (IFHP)⁶.

El Grupo de Tareas sobre Supervivencia Infantil promueve la rendición de cuentas entre los asociados y supervisa los instrumentos, incluido el HBR, del cual el Ministerio de Salud es responsable.

Con excepción del agregado de una nueva vacuna, cualquier otro cambio en el HBR es complejo y

debe ser aprobado por el gobierno. Esto ayuda a mantener el control de versiones, especialmente en un país grande como Etiopía, donde muchos socios pueden querer realizar cambios.

En las regiones financiadas por la USAID, el HBR se utilizó en el curso de actualización del Programa Ampliado de Inmunización (EPI) para trabajadores de la salud, a fin de asegurar que sabían cómo utilizarlo y entendían su importancia como instrumento de presentación de informes y comunicación. El HBR fue el centro del programa y se utilizó durante toda la formación de

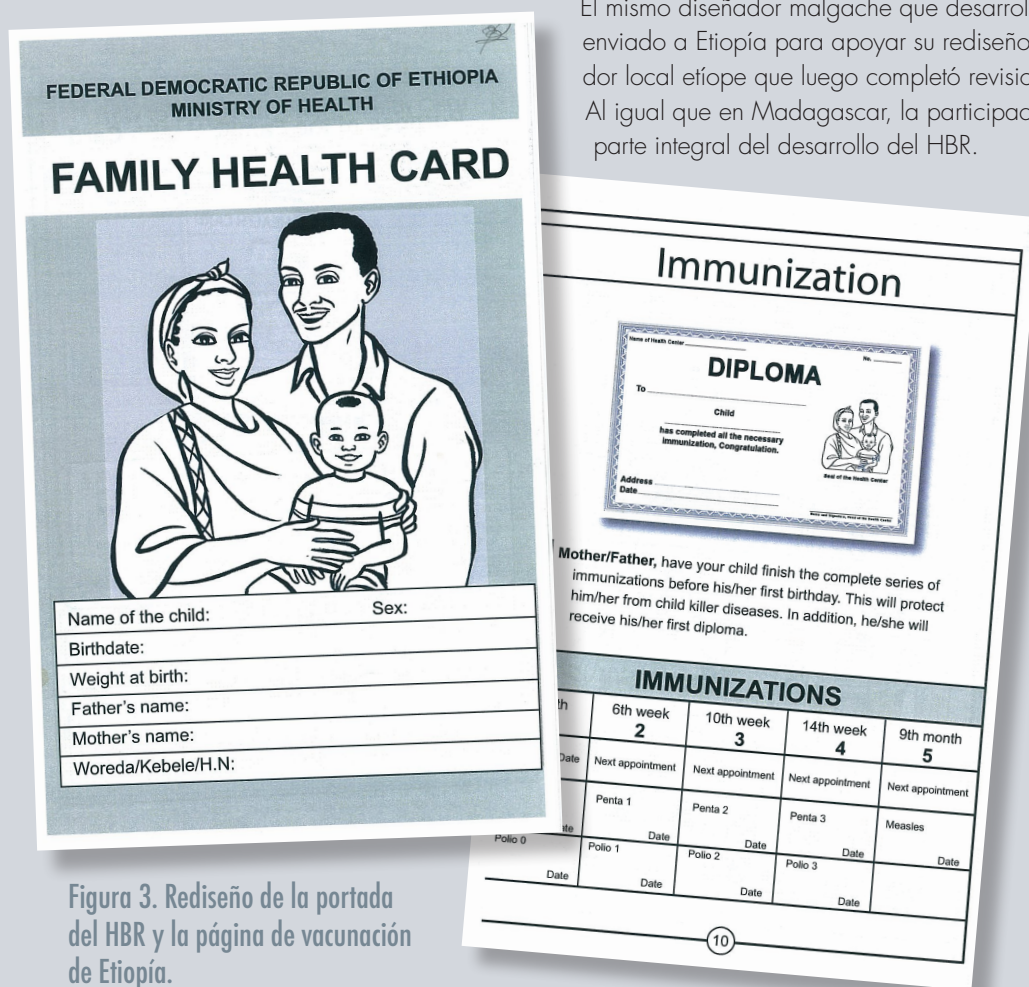


Figura 3. Rediseño de la portada del HBR y la página de vacunación de Etiopía.

⁴ USAID ESHE I 1995-2003, ESHE II 2003-2008

⁵ USAID, 2003-2006

⁶ USAID, 2008-2016

Además, nuestros informantes clave consideraron que el HBR puede no haber sido utilizado frecuentemente por las familias en Etiopía porque tal vez no hayan entendido cómo utilizarlo. Actualmente, el Ejército de Desarrollo de la Salud (HDA) está empezando a distribuir el HBR integrado a las mujeres embarazadas y lo están analizando con ellas y sus familias, pero esto no sólo de la salud y el HDA necesitan orientación adicional.

Otro desafío para el éxito de los HBR rediseñados en Etiopía ha sido la falta de financiación sostenida. Los proyectos financiados por donantes cubrieron los gastos de impresión y distribución de los HBR en las regiones donde se implementaron, y UNICEF proporcionó tarjetas para el resto del país.

Figura 4. Tarjeta de inmunización de la OMS en Etiopía.

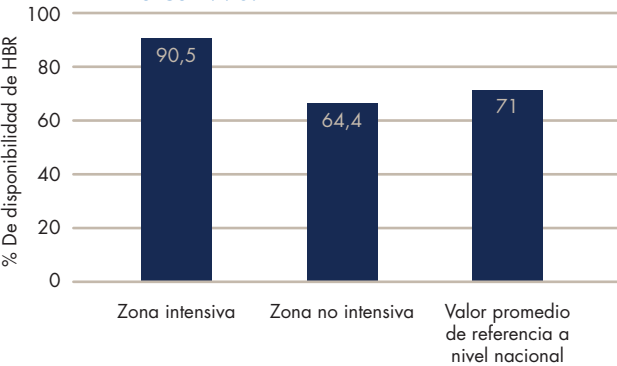
de manera uniforme en todo el país. Los trabajadores de extensión de salud hacen hincapié en el uso del HBR entre las familias. Los centros de salud tampoco piden que se vea el HBR o se complete, lo que disminuye el valor que se le asigna. Sin apoyo a nivel regional, incluida la capacitación y la aplicación práctica, los trabajadores de extensión de la salud pueden no reconocer la importancia de esta nueva herramienta. Además, como se está desarrollando la carpeta familiar separada en Etiopía para utilizarla en instalaciones de salud (lo que incluye el seguimiento de las inmunizaciones), existe una posible desconexión entre el registro

Figura 5. Página del HBR de Etiopía que muestra el diploma de inmunización y los mensajes clave.

MEDIR EL IMPACTO DEL REDISEÑO Y LA IMPLEMENTACIÓN

A pesar de la importancia de los datos de los HBR utilizados en las encuestas, en la mayoría de los países, no se ha dado suficiente importancia al impacto de un HBR rediseñado. Los proyectos que han apoyado los esfuerzos de rediseño del HBR han comparado la retención antes y después del rediseño como medida de su éxito. Sin embargo, los rediseños han sido parte de un paquete de intervención más amplio, por lo que puede ser difícil medir el verdadero impacto del nuevo HBR en relación con la cobertura de inmunización y separarse de otras intervenciones.

Figura 6. Disponibilidad de HBR en Madagascar. BASICS 1998.



inédito que destaca las conclusiones de Jereo Salama Isika documenta además un aumento de la cobertura de inmunización entre 1999 y 2003 en diez distritos de Antananarivo y Fianarantsoa. Como se muestra en la Figura 7, las comparaciones de las tasas de inmunización de la Encuesta Demográfica de Salud (DHS) a través del tiempo en cada provincia mostraron un cambio significativo en la proporción de niños de 12 a 23 meses que estaban totalmente inmunizados en el momento de la encuesta (del 63% al 76% en Antananarivo y del 19% al 65% en Fianarantsoa)⁹.

En cuanto a la retención de tarjetas, la disponibilidad de HBR fue mayor en las zonas de intervención que en las zonas de no intervención en ambas regiones (ver cuadro 1). Entre los niños de 12 a 23 meses encuestados, el 56% de quienes pertenecían a las zonas de intervención de Antananarivo tenía un HBR, en comparación con sólo el 10% de las zonas de no intervención. En Fianarantsoa, el 31% tenía un HBR en las zonas de intervención, en comparación con el 22% de las zonas de no intervención.

Además, en Antananarivo, los niños de la zona de intervención que poseían un HBR tenían 2,5 veces (88% frente al 36%) más probabilidades de ser vacunados por completo en un año de edad, en comparación con los que no poseían un HBR. En Fianarantsoa, tenían un 75% más de probabilidades (68% frente a 39%) de ser completamente vacunados.

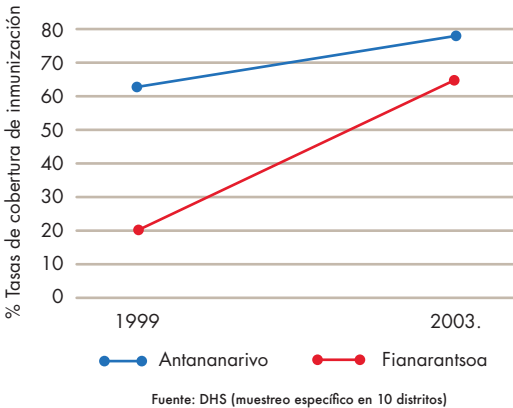
En ambas regiones, los datos de la DHS de 2003 demostraron que más del 90% de los niños de 12 a 23 meses de edad en las zonas de intervención habían recibido vacunas BCG y DPT1, en comparación con aproximadamente el 75% de niños que habían recibido la vacuna BCG y el 77% de niños que habían recibido la vacuna DPT1 en las zonas de no intervención. En comparación con los niños

Tabla 1

	Antananarivo	
	Intervención	Ausencia de intervención
Es más probable que tenga todas las vacunas al cumplir un año de edad	88	36
Cobertura de la vacuna BCG	96	73
Cobertura de la vacuna DPT1	96	74
Tenía un HBR	56	10

En Madagascar, una encuesta realizada en dos distritos de BASICS en 1998⁷ demostró que la disponibilidad de HBR era del 90,5% (algo muy significativo con $p < 0,000001$) en la zona intensiva, mientras que las zonas no intensivas tuvieron una reducción no significativa al 64,4% en la cobertura en relación con la media de referencia del país 71% (Figura 6). Sobre la base de la experiencia de estos distritos, como parte de una estrategia más amplia de salud materno-infantil aplicada por el proyecto Jereo Salama Isika de USAID a partir de 1998, se consideró que el HBR revisado había contribuido a mejorar las tasas de inmunización en las dos provincias.⁸ Un manuscrito

Figura 7. Aumento de las tasas de cobertura de inmunización en diez distritos de Antananarivo y Fianarantsoa. Jereo Salama Isika de USAID.



⁷ Encuesta a Hogares sobre Salud y Estado Nutricional de los Niños, Antsirabe II y Fianarantsoa II, septiembre de 1998.

⁸ Nota: Aunque la encuesta se llevó a cabo en coordinación con el Departamento de Salud, a lo largo de las esferas de intervención, este análisis de la encuesta de cobertura no tuvo en cuenta otras posibles diferencias entre las poblaciones que podrían confundir o influir en la relación observada y los efectos sobre la cobertura de inmunización.

⁹ Datos de referencia regionales a partir de la DHS 1997 y final a partir de la DHS 2003, con muestras separadas de zonas de intervención.

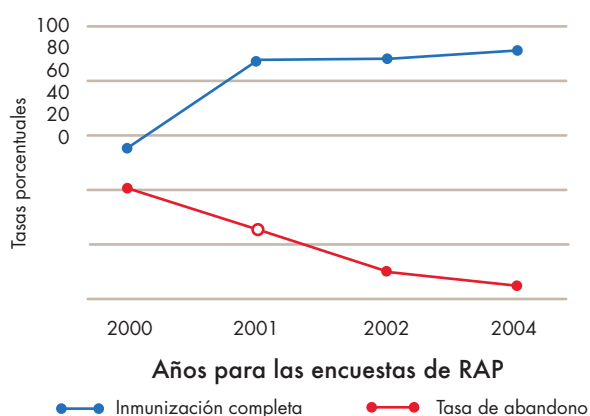
En un estudio realizado en 2004 en el marco del proyecto LINKAGES en las provincias de Antananarivo y Fianarantsoa, en Madagascar, también se registraron importantes mejoras y se mantuvo la cobertura de vacunación.

según si tenían tarjeta o solo debían recordarlo) más alta que en las zonas de no intervención. En Fianarantsoa, la administración de la vacuna BCG fue 15 puntos porcentuales más alta en la zona de intervención y la administración de la vacuna DPT1 fue 11 puntos porcentuales superior.

En un estudio realizado en 2004 en el marco del proyecto LINKAGES en las provincias de Antananarivo y Fianarantsoa, en Madagascar, también se registraron y se mantuvieron importantes mejoras en la cobertura de vacunación. Como se muestra en la Figura 8, la tasa de referencia de lactantes que fueron completamente vacunados (niños que recibieron BCG, tres dosis de DTP y vacunas contra la poliomielitis y el sarampión) en 2000 fue sólo del 55%; sin embargo, la tasa básica de vacunación de BCG fue del 92%, pero sólo el 57% se vacunó contra el sarampión.

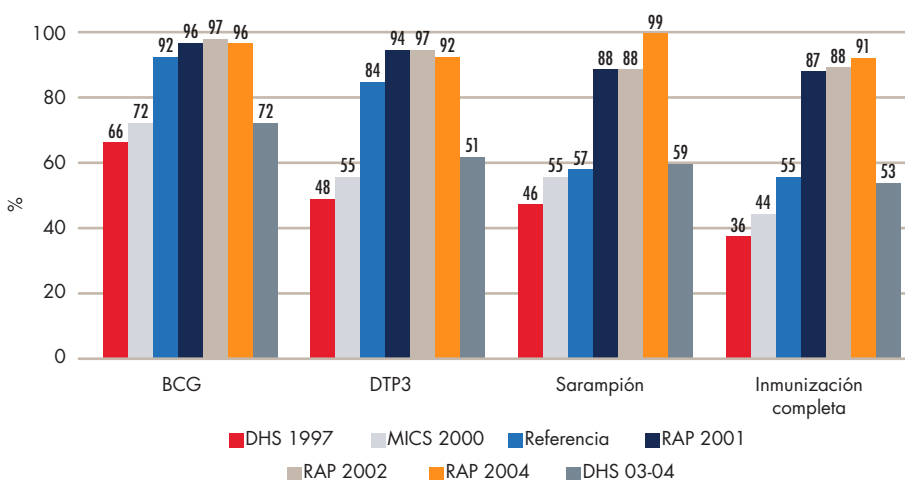
En las encuestas anuales de progreso (RAP) realizadas por el proyecto en 2001, 2002 y 2004, los resultados mostraron que la vacunación completa de los niños de 12 a 23 meses en las provincias aumentó cada año, del 87% y 88% al 91%¹⁰ respectivamente. La tasa de abandono escolar (BCG - MCV) en el nivel inicial fue del 40%, y los resultados de las RAP 2004 demostraron que la tasa de abandono se redujo a un nivel muy bajo, 5% (respecto de 10%), en 2002.

Figura 9. Mejoras en la cobertura de vacunación en Antananarivo y Fianarantsoa Estudio RAP de LINKAGES



que viven en zonas de no intervención, más niños recibieron también la tercera dosis de vacunas DPT y para la poliomielitis en las zonas de intervención de ambas regiones. Como se muestra en la Figura 8, en Antananarivo la administración de la vacuna BCG fue 23 puntos porcentuales más alta (96% frente a 73%) en la zona de intervención y la administración de la vacuna DPT1 fue 22 puntos porcentuales (96% frente a 74%

Figura 8. Cobertura de inmunización de niños (12 a 23 meses)



En Etiopía, una evaluación comunitaria en «woredas» (distritos) centrados en ESHE determinó que la disponibilidad de tarjetas de vacunación aumentó del 31% en el momento de la base de referencia de ESHE (2004) a 54% en la evaluación comunitaria de 2006¹¹. En Amhara, el acceso a los servicios de inmunización, definido por la DPT1, mejoró significativamente, del 63% al 84% ($p < 0,01$). El porcentaje de niños de 12 a 23 meses que estaban completamente inmunizados registró un aumento significativo, del 40% al 48% ($p < 0,05$). La tasa de abandono de la DPT1 a la DPT3 había mostrado una mejora significativa respecto de la base de referencia de la evaluación comunitaria (22% a 13%). Del mismo modo, en la Región de las Naciones, Nacionalidades y Pueblos del Sur (SNNPR), el acceso a los servicios de inmunización aumentó al 93% en comparación con el 66%, y el porcentaje de niños totalmente inmunizados aumentó del 38% al 54%. La tasa de abandono de la DPT 1 a la DPT3 también mostró una mejora significativa con respecto a la base de referencia en las zonas de proyectos, del 29% al 12%.

¹⁰ "Assessing a Behavior Change Strategy for The Essential Nutrition Actions, Immunization and Family Planning — Antananarivo and Fianarantsoa Provinces, Madagascar." RAP 2004 Final Report.

¹¹ Community Assessment in Selected ESHE Focus Woredas in Amhara, Oromia & SNNP Regions, Ethiopia, USAID, ESHE and LINKAGES Projects, June 2006.

CONSIDERACIONES DE ESTAS EXPERIENCIAS DE REDISEÑO DE HBR

Compromiso de los interesados

Una de las lecciones más importantes de las experiencias de Madagascar y Etiopía es la participación activa de los diversos interesados en el proceso de rediseño. Un Grupo de Trabajo sobre IEC es útil para coordinar y guiar el proceso, y debe incluir a las numerosas organizaciones diferentes y a un diseñador. Este grupo de trabajo debería dirigir los procesos de desarrollo de mensajes y de rediseño de tarjetas. Si se integrara el nuevo HBR, también sería importante incluir a alguien de cada una de las áreas del programa (es decir, inmunización, nutrición, salud infantil, etc.) para asegurar las aprobaciones oportunas. Los usuarios finales también deben ser considerados desde los pasos iniciales en un rediseño, y se necesita una participación frecuente con cada grupo de usuarios para asegurar que se tengan en cuenta sus experiencias e interacciones con el HBR.

También se necesitan actividades de activismo en todos los niveles del sistema para asegurar la adopción satisfactoria de un HBR recién diseñado, así como para asegurar la sostenibilidad, incluida la financiación, más allá de la impresión inicial.

PRINCIPALES PARTES INTERESADAS INVOLUCRADAS EN EL REDISEÑO

- Usuarios finales: Trabajadores de la salud, padres y cuidadores, y el sistema de salud
- EPI y otros programas (p. ej. MNCH) con secciones del HBR
- UNICEF, OMS y otros asociados (p. ej., USAID y otras partes bilaterales o donantes)
- Ministerio de Finanzas
- Diseñador gráfico

Rediseño: diseñadores y elementos para considerar

Los diversos informantes clave destacaron que un diseñador competente y profesional es esencial para rediseñar un HBR. Varias personas señalaron que vale la pena el dinero extra que se debe invertir para encontrar un diseñador que pueda crear un diseño sencillo y claro, y trabajar a través del proceso de prueba y revisión hasta que se seleccione un diseño final. Un diseñador altamente cualificado también podrá incorporar y organizar visualmente grandes cantidades de información en un formato fácil de usar.

ELEMENTOS DE REDISEÑO RECOMENDADOS PARA CONSIDERAR

- Diseñador profesional
- Diseño y formato sencillos
- Minimizar las ilustraciones a las que son significativas para los usuarios
- Utilizar sólo información clave que pueda grabarse y supervisarse para la acción
- Probar los HBR con varios grupos de usuarios antes de elaborar la versión final

Además de contar con un diseñador talentoso, es fundamental mantener el diseño sencillo utilizando menos recuadros y eliminando información no importante o no supervisada (o mover otro contenido menos usado a la parte posterior de una tarjeta de múltiples páginas). Al rediseñar un HBR, se debe revisar el contenido existente para determinar si es esencial o si puede eliminarse o incluirse en otros materiales de comunicación de cambio de comportamiento (BCC) o herramientas de presentación de informes ¹². El diseño también debe adecuarse a las necesidades de los usuarios, incluida la forma en que los trabajadores de la salud están registrando información y cómo otros grupos utilizan la tarjeta para tomar decisiones. Otra

¹² Por ejemplo, el peso de niños y niñas separado por edad y altura para los gráficos de edad ahora está incluido en el HBR de Madagascar. Sin embargo, los colores y las páginas adicionales han aumentado el costo de las tarjetas, y los cuadros del HBR no están siendo completados por el personal de los centros de salud; además, se informaron faltas de existencias de tarjetas en 2014 y 2015. La encuesta de cobertura de inmunización de 2013 también reveló una disponibilidad del 55% de las tarjetas promedio en todo el país (comparado con >70% de la encuesta de cobertura de inmunización de 2008).

información que se haya incluido anteriormente puede ser menos importante (o no se completará sin la debida formación y supervisión), por lo que es bueno ser estricto e implacable al decidir qué mantener en un nuevo HBR, especialmente, para reducir los costos de producción. Un buen diseño sigue el pensamiento lógico, contiene indicios visuales e incluye un detonador para recordar a los cuidadores su próxima fecha de regreso. Un buen especialista en comunicaciones puede ayudar a determinar qué información debe incluirse y qué puede dejarse fuera o trasladarse a otra sección.

Las ilustraciones son excelentes para ayudar a las poblaciones de baja alfabetización con mensajes específicos y crear más valor y apropiación del HBR por parte de diversos usuarios. Como con todo diseño, las ilustraciones deben mantenerse muy sencillas y atractivas. Las ilustraciones pueden reducirse a un mínimo, como sólo la información clave para la acción, o pueden estar limitadas a la portada. Las fotografías son otra opción para incluir, pero pueden no tener el mismo efecto que las ilustraciones, que se consideran más genéricas y aceptables para llegar a un público más amplio y quizá culturalmente diverso. Cualquier imagen que se utilice debe ser probada antes de finalizar el rediseño del HBR para asegurar que sea reconocible por todos los usuarios.

Importancia de las tarjetas como parte de una estrategia de comunicaciones

Tanto Madagascar como Etiopía se han centrado en el aspecto de comunicación del HBR mediante el diseño de una tarjeta que puede utilizar el sistema de salud para el seguimiento y la presentación de informes, así como para facilitar el trabajo de los promotores de salud e informar a los padres. Los HBR, por lo tanto, no sólo sirven como herramienta para el sistema de salud y los cuidadores, sino también como recurso fundamental dentro de una estrategia global de comunicación en la que los HBR forman parte de un paquete de materiales de referencia por parte de trabajadores de la salud, movilizadores comunitarios y educadores. (Ver imagen, que muestra varias herramientas en uso en Madagascar: las tarjetas de salud materno-infantil, el diploma de vacunación, las tarjetas de archivo de registros para generar listas de regresos y otros formularios de seguimiento.) Por lo tanto, aunque la tarjeta fue concebida originalmente como un registro de inmunizaciones (y otros servicios de salud) recibidos por un niño, la función del HBR se ha ampliado a otros fines, como el de un instrumento de comunicación para cambiar comportamientos. En muchos casos, la motivación para iniciar un rediseño del HBR está impulsada por determinadas intervenciones o como parte de una estrategia de comunicación más amplia; sin embargo, durante este proceso de rediseño, es importante recordar el uso diario del HBR como un registro de inmunizaciones y una herramienta de elaboración de informes (véase la estrategia de IEC de Madagascar en el anexo I).

Tanto en Madagascar como en Etiopía, el nuevo HBR se introdujo como parte de una intervención más amplia que incluía un diploma que las familias recibieron una vez que su hijo estaba totalmente inmunizado. En ambos países, se demostró que el diploma era un instrumento eficaz y un incentivo para alentar a los padres a seguir acudiendo a los centros de salud para recibir inmunizaciones y servicios de salud infantil, con su comprensión de que recibirían el diploma cuando sus hijos terminaran la serie completa de vacunas (es decir, mediante el contacto con el sarampión) antes del primer cumpleaños del niño. En junio de 2006, el ESHE realizó una evaluación comunitaria en sus «woredas» en la región de SNNP, Etiopía, que incluía la evaluación de los efectos del diploma en los comportamientos de familias modelo. Entre quienes recibieron el diploma impreso, es más probable que los comportamientos se mantengan 6 a 12 meses después. Incluso con esta medida de éxito, el proyecto decidió no seguir imprimiendo el diploma porque era difícil asegurar su entrega en el puesto de salud. En la encuesta de cobertura de 2008 en Madagascar, aproximadamente el 46% de los niños encuestados tenían un diploma. El diploma todavía está en uso en el país; sin embargo, su impresión y distribución no se garantizan regularmente en todo el país.



Varias herramientas utilizadas en Madagascar, como tarjetas de salud materno-infantil, diplomas de vacunación, tarjetas de archivo de registros para generar listas de regreso y otros formularios de seguimiento.

Sostenibilidad de las tarjetas

La logística y la impresión de tarjetas y materiales de BCC son siempre un problema, como se demuestra en ambos ejemplos de países. Si UNICEF o los donantes dejan de imprimir tarjetas u otros materiales, partes del país experimentan falta de existencias que pueden durar meses e incluso años, (como ha ocurrido intermitentemente en algunas partes de Madagascar desde 2011). La falta de garantías de financiación para la impresión y difusión a largo plazo es otro factor disuasorio para el éxito. La financiación de los HBR es ad hoc y frecuentemente depende de UNICEF, Gavi o proyectos (por ejemplo, financiados por USAID en determinadas zonas). Además, a menudo, la unidad EPI debe tomar la iniciativa para garantizar la impresión y distribución, aunque hay otros elementos integrados en el HBR que han aumentado el tamaño y el costo y para los cuales otras unidades del Ministerio de Salud deben ser responsables y cofinanciar.

La falta de garantías de financiación para la impresión y la difusión de los HBR a largo plazo es otro factor disuasorio para el éxito.

At birth 1	6th week 2	10th week 3	14th week 4	9th month 5
Date	Next appointment	Next appointment	Next appointment	Next appointment
BCG	Penta 1	Penta 2	Penta 3	Measles
Date	Date	Date	Date	Date
Polio 0	Polio 1	Polio 2	Polio 3	
Date	Date	Date	Date	Date

Sección de inmunización del HBR integrado de Etiopía.

desafíos (como se señaló anteriormente con Madagascar), ya que incrementan los costos (páginas y colores) y el uso de estas secciones no se supervisa juiciosamente. Además, si el HBR está integrado con múltiples páginas y colores, todos los programas que han incluido contenidos deben compartir el costo sostenido de producción y difusión, y supervisar la disponibilidad y utilización de los HBR para evitar faltas de existencias y asegurar disponibilidad para cada nueva cohorte de nacimiento.

En los últimos años, muchos países han optado por avanzar hacia una tarjeta de salud infantil integrada en lugar de tener múltiples tarjetas para diferentes programas. Los beneficios de una tarjeta integrada se han documentado en otros artículos¹³. Sin embargo, nuestros informantes clave también compartieron algunos de los desafíos que plantea una tarjeta integrada. Por ejemplo, la inmunización puede perderse en una tarjeta integrada más amplia y las revisiones pueden retrasarse (p. ej., para la inclusión de nuevas vacunas o si se necesitan múltiples aprobaciones y alineación con áreas del programa). Se podría argumentar que este ha sido el caso en Etiopía, donde solo media página se dedica a la inmunización, y no hay espacio para que los trabajadores de la salud enumeren y registren las fechas de cada antígeno (por ejemplo, PCV, rotavirus, etc.) que ha recibido un niño.

Si se introducen cambios en un HBR integrado, a menudo se requieren exámenes y aprobación de cada programa que tenga una sección en la tarjeta. Esto crea numerosas demoras en la aprobación y puesta en marcha de nuevos diseños, en particular, si un Grupo de Trabajo sobre IEC o sobre la Supervivencia Infantil (como se ha destacado anteriormente) no dirige y coordina bien este proceso en forma oportuna, que tenga en cuenta las necesidades de cada programa. Por ejemplo, los programas de vacunación necesitan HBR para cada niño en la cohorte de nacimiento y para cada vacuna dada, por lo que los retrasos en la producción causan el riesgo de que no se registren algunos antígenos y/o que las tarjetas no estén actualizadas. Los cambios en los gráficos de vigilancia del crecimiento y la introducción de tarjetas separadas para niños y niñas también han sido

Parte del proceso de introducción es la planificación inicial y la obtención de financiación para imprimir y distribuir a plazo más largo. Sin estos recursos, sin importar cuán bien diseñado esté el nuevo HBR, no tendrá éxito.

Resumen de lecciones aprendidas

Los informantes clave entrevistados para este estudio de caso compartieron varias de las lecciones aprendidas de sus experiencias con el rediseño de los HBR en Madagascar, Etiopía y otros países en los últimos 15 a 20 años. La lección más importante que comparten todos es que sólo rediseñar un HBR no basta para garantizar una mayor disponibilidad y uso. Muchos otros factores intervienen en el rediseño y la puesta en marcha con éxito, entre ellos: 1) velar porque las tarjetas se impriman en un suministro suficiente y a largo plazo; 2) coordinar la distribución a los distritos, luego a los centros de salud y, por último, a los promotores y cuidadores de la salud; 3) impartir capacitación sobre por qué las tarjetas son herramientas importantes; y (4) apoyar las reuniones de seguimiento y la supervisión formativa para hacer hincapié en el uso de las tarjetas. Esto requiere un compromiso sostenido del Ministerio de Salud para garantizar el éxito y, a menudo, el apoyo de otros asociados.

También es importante limitar y simplificar los mensajes que se incluyen, ya que las familias pueden verse abrumadas por la cantidad de medidas sanitarias

que deben adoptar, y los promotores de la salud necesitan orientación sobre cómo utilizar el HBR. Los HBR más exitosos tienen un equilibrio entre mensajes de cambio de comportamiento y como herramienta de presentación de informes para los servicios recibidos. Algunos HBR, como ocurre actualmente en Etiopía, se utilizan principalmente para la comunicación, mientras que otros sólo son un registro de los servicios de salud. Al combinarlos, un HBR puede poner información en manos de una familia, al tiempo que sirve como herramienta para los trabajadores de la salud y los informes de servicio.

Entre los resultados específicos relacionados con los elementos de diseño, se incluyen asegurar que el HBR sea fácil de utilizar y comprender por parte de los padres, lo que puede incluir la codificación por color de cada sección y el uso de gráficos e imágenes/fotos aceptables. El diseño también debería ser sencillo para que los promotores y los trabajadores de la salud los consulten y completen. Por último, al

diseñar una nueva tarjeta o rediseñar una existente con contenido adicional, es importante crear oportunidades y financiación para el seguimiento y la evaluación a fin de dar seguimiento a la disponibilidad y el uso. Esto debería ser una responsabilidad compartida por todos los programas del Ministerio de Salud que tengan contenidos en el HBR.

ELEMENTOS FUNDAMENTALES PARA EL REDISEÑO DE HBR

- **Ministerio como campeón**
- **Estrategia de BCC para acompañar el rediseño y la difusión**
- **Calendario convenido para actualizar, finalizar y asegurar la impresión y difusión; incluye la financiación a largo plazo**
- **Estrategia logística para la difusión y vigilancia de la distribución de tarjetas y los niveles de existencias**

RECURSOS PARA REDISEÑAR UN REGISTRO DOMÉSTICO

[Practical Guide for the Design, Use and Promotion of Home-Based Records in Immunization](#), World Health Organization, June 2015

[Records for Life](#), Bill & Melinda Gates Foundation, 2014

La información para estos estudios de casos se reunió a través de una serie de entrevistas informativas realizadas por Lora Shimp y Kirstin Krudwig, JSI Research & Training Institute, Inc, con los contactos clave y sus afiliaciones en el momento del rediseño de HBR que se indica en la lista siguiente. La investigación incluyó también una revisión de los informes, artículos y otros materiales publicados o producidos durante los períodos de rediseño de HBR. Los autores desean dar las gracias a estas personas por dedicar su tiempo y brindar acceso a sus archivos y documentos, así como reconocer especialmente al personal de Madagascar y a sus colegas y comunidades que trabajaron y colaboraron con estos proyectos.

LISTA DE ENTREVISTAS

Mary Carnell, JSI, proyecto Jereo Salama Isika y ESHE II

Agnes Guyon, JSI, LINKAGES

Peter Gottert, anteriormente AED, trabajó en varios proyectos en Madagascar y Etiopía

Brian Mulligan, JSI, ESHE II

Alban Ramiandrisoa Ratsivalaka, diseñador gráfico malgache

Wuleta Betemariam, proyecto JSI L10K

Kassahun Mitiku, proyecto JSI L10K

Jaures Rabemanantena, Jereo Salama Isika e IMMUNIZATIONbasics

Josoa Ralaivo, Jereo Salama Isika y SanteNet

RECOMENDACIONES CLAVE Y HALLAZGOS

Diseño y proceso

- La participación de los usuarios finales es parte integral del desarrollo de un HBR. Concretamente, la experiencia de Madagascar demostró que las familias y las comunidades podían participar mediante pequeñas acciones viables que se incluyeran en el HBR para los cuidadores y los trabajadores de la salud.
- Al rediseñar un HBR, es altamente recomendable que se contrate a un diseñador gráfico competente y profesional que pueda crear un diseño sencillo y claro, y trabajar mediante un proceso de prueba y revisión antes de seleccionar un diseño final.
- En los HBR, deben incluirse ilustraciones simples y atractivas que sean reconocidas por todos los usuarios, especialmente, para ayudar a llegar a poblaciones de baja alfabetización con mensajes específicos.
- Es importante construir con tiempo suficiente para apoyar la transición de un antiguo HBR a la nueva versión, lo que incluye tiempo para la gestión de existencias, la disponibilidad y familiarización de los usuarios con los cambios.

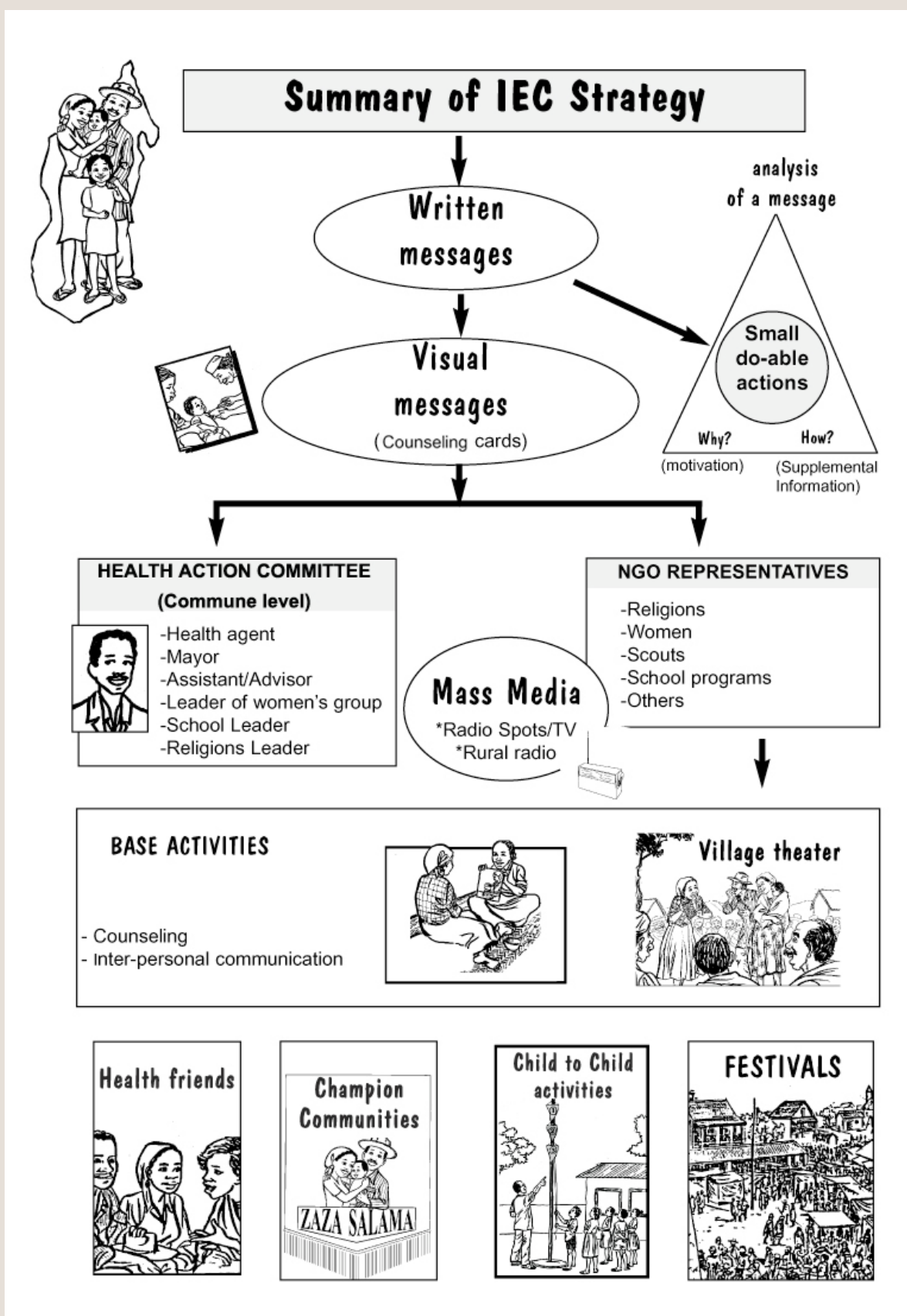
Financiación, disponibilidad y uso

- La coordinación entre diferentes unidades dentro del Ministerio de Salud (es decir, inmunización, salud infantil, nutrición y planificación familiar puede ser necesaria para garantizar la disponibilidad suficiente del nuevo HBR.
- Es fundamental garantizar una fuente de financiación sostenible para apoyar la impresión y difusión de las tarjetas a largo plazo. Además de la unidad EPI, otras unidades del Ministerio de Salud deben ser responsables y cofinanciarse.
- Se necesitan esfuerzos de promoción en todos los niveles del sistema para asegurar la captación exitosa de un HBR recién diseñado.
- Involucrar a los movilizadores en las comunidades para reforzar el uso de estas herramientas: Los trabajadores comunitarios de extensión de la salud en Etiopía y los agentes comunitarios en Madagascar se convirtieron en influenciadores positivos (familias modelo) y hicieron demostraciones a los usuarios de sus comunidades.
- Considere e incluya, si es necesario, orientación adicional (p. ej., durante la formación y supervisión) para que los trabajadores de la salud hagan hincapié en el uso de HBR con las familias y les ayuden a reconocer la importancia del instrumento.

Lecciones aprendidas

- En Etiopía, el deseo de un registro de vacunación que fuera sencillo para su uso y comprensión por parte de los trabajadores y promotores de la salud, y los cuidadores fue el centro de los procesos de rediseño.
- En Etiopía, la rendición de cuentas y la responsabilidad por el proceso de rediseño de tarjetas del Ministerio de Salud ayudaron a mantener el control de versiones de la tarjeta.
- En Madagascar, una campaña publicitaria fue clave para introducir la nueva tarjeta y garantizar la aceptación y el uso por parte de la comunidad.
- En Madagascar y Etiopía, el diploma de vacunación terminada resultó ser un instrumento eficaz y un incentivo para alentar a los padres a seguir recibiendo inmunización y servicios de salud infantil.
- Los HBR integrados presentan sus propios desafíos singulares que no se ven en tarjetas de solo inmunización. Por ejemplo, si se necesitan cambios en una tarjeta integrada, las demoras se deben a la revisión y aprobación de múltiples unidades de programas. La inmunización también puede perderse en una tarjeta integrada más amplia. Además, no todos los contenidos de los HBR integrados se rastrean o vigilan para garantizar su terminación y uso, lo que podría aumentar el costo de impresión para la información que no se recopila.
- El HBR, tanto en Madagascar como en Etiopía, es parte fundamental de una estrategia integral de comunicación.

Anexo I: Estrategia de IEC de Madagascar





1616 N. Fort Myer Drive, 16th Floor

Rosslyn, VA 22209-3110

Teléfono: 1.703.528.7474

Fax: 1.703.528.7480

www.jsi.com/immunization