



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

**Barreras de acceso al Programa
Ampliado de Inmunizaciones, de la
población infantil asistente a las casas
vecinales de Tibabitá y Horizontes de la
localidad de Usaquén, Bogotá D.C., año
2008**

Martha Patricia Becerra Muñoz

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina
Bogotá, Colombia
Año 2011

Barreras de acceso al Programa Ampliado de Inmunizaciones, de la población infantil asistente a las casas vecinales de Tibabitá y Horizontes de la localidad de Usaquén, Bogotá D.C., año 2008

Martha Patricia Becerra Muñoz

Tesis o trabajo de investigación presentada(o) como requisito parcial para optar al título
de:

Magister en Salud Pública

Director:

MD Ph.D. Epidemiología, Fernando de la Hoz R.

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Medicina

Bogotá, Colombia

Año 2011

Dedicatoria

A Dios Todo Poderoso y al Espíritu Santo por la iluminación que me dieron para el desarrollo y finalización de esta tesis.

A mis padres, a mi esposo y mis hijos por su comprensión, colaboración y apoyo incondicional

Agradecimientos

Agradezco a los alumnos de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Ciencias Ambientales y Aplicadas UDCA, Práctica Niño y Adolescente, por la colaboración para la recolección inicial de datos, al personal de las Casa Vecinales de Tibabita y Horizontes por facilitar la información requerida y por su disposición para la realización de esta investigación.

A mi hijo Daniel Eduardo Castro Becerra por su valiosa colaboración al final de este proceso y el acompañamiento para la sustentación y culminación de este proyecto.

Resumen

Para identificar las barreras de acceso al Programa Ampliado de Inmunizaciones se realizó un estudio descriptivo transversal que incluyó la aplicación de una encuesta para indagar sobre las causas del incumplimiento o cumplimiento tardío del esquema de vacunación de los niños asistentes a dos casas vecinales de la Localidad de Usaqué. Con una población total de 208 niños, estratificados por grupos de edad, se evaluaron los esquemas de pentavalente, triple viral y refuerzos de polio y DPT. Las fuentes de información fueron las carnes de vacuna originales y las encuestas a los padres, adicionalmente se visitaron dos puntos de vacunación del Hospital de Primer Nivel de Atención para realizar observación no participativa. Dentro de los resultados se encontró que el 66% de los niños tienen esquema de vacunación completo, 21% completos tardíamente y 13% esquema incompleto. La mayor proporción de esquemas incompletos está en el régimen subsidiado con 57%. El cumplimiento del esquema de pentavalente es del 90%, triple viral 97% y para refuerzos de Polio y DPT del 85%. Las causas del incumplimiento en los esquemas de vacunación se agruparon en a) barreras dadas desde el servicio de salud y b) las relacionadas con la familia. Las barreras desde el servicio, se relacionan directamente con la actitud del personal que aplica el biológico, las experiencias negativas por eventos adversos y la presencia de estudiantes. Las barreras de la familia se relacionan con costumbres, cultura, creencias, barreras geográficas y aspectos socioeconómicos de la madre y/o el cuidador.

Palabras clave: vacunas, vacunación, programa ampliado de inmunizaciones, barreras de acceso, esquemas de vacunación.

Abstract

To identify the barriers to access to the expanded programme of immunization was a cross-sectional descriptive study which included implementation of a survey to investigate the causes of the failure or late implementation of the scheme of vaccination of children attending two neighbourhood houses in the locality of Usaquén. With a total population of 208 children, stratified by age group, were assessed schemes of pentavalent, triple viral and reinforcements of polio and DPT. The sources of information were the original vaccine meats and surveys parents, additionally visited two points of vaccination in the first level of care Hospital to perform non-participatory observation. Within the results found that 66% of the children have immunization schedule complete, 21% complete late and 13% incomplete scheme. The largest proportion of incomplete schemes is subsidized with 57% regime. The fulfillment of the pentavalente scheme is of 90%, viral triple 97% and for reinforcements of Polio and DPT of 85%. The causes of the breach in the vaccination schemes grouped in a) barriers given from the service of health and b) the related ones to the family. The barriers from the service are related directly to the negative attitude of the personnel who applies the biological one, experiences by adverse events and the presence of students. The barriers of the family are related to geographic customs, culture, beliefs, barriers and socioeconomic aspects of the mother and/or the caretaker.

Keywords: vaccines, vaccination, extended program of immunizations, barriers of access, and schemes of vaccination

Contenido

Pág.

Resumen	IX
Abstract.....	X
Lista de figuras y cuadros	XV
Lista de tablas	XVI
Lista de gráficas.....	XVIII
Introducción	1
1. Capítulo 1. Planteamiento del Problema	5
1.1 Antecedentes.....	5
1.1.1 La vacunación en la localidad 1 de Usaquén.	7
1.2 Justificación.	8
1.3 Propósito.....	9
1.4 Problema de investigación.	10
1.4.1 Equidad en el acceso	10
1.5 Lugar del Estudio.....	11
1.6 Objetivos.....	13
1.7 Metodología.....	14
1.7.1 Estudio transversal.....	14
1.8 Grupo focal.	14
1.9 Técnica-procedimiento.	15
1.9.1 Categorización de las variables	16
1.9.2 Recolección, procesamiento y análisis de la información	16
2. Capítulo 2. La importancia de la vacunación y el cubrimiento a la población dentro de un contexto social y político.....	19
2.1 La Vacunación.....	19
2.1.1 Las vacunas y su clasificación.	20
2.2 Programa Ampliado de Inmunización (PAI).....	21
2.2.1 El PAI dentro del PAB (PIC).....	22
▪ Acciones del PAI en el PAB (PIC).....	22
2.2.2 El PAI dentro del POS. Acciones:.....	23
2.2.3 Vacunas Incluidas en el PAI (esquema único de vacunación en Colombia).....	23
2.3 Definición de esquemas de vacunación.	23

2.4 Contexto científico, social y legal-político de la atención en salud (Inmunización).	26
2.4.1 Determinantes de la salud.....	27
2.4.2 Barreras de Acceso.....	29
2.4.3 Enfoque de la salud con participación social.....	32
2.4.4 Normas y estándares legales regionales sobre la salud.....	33
3. Capítulo 3. Resultados.....	39
3.1 Indicadores del cubrimiento del cuadro completo de vacunación para niños entre los 0 - 5 años	39
3.1.1 Esquema de vacunación por grupos (niños asistentes a las casas vecinales de Tibabitá y Horizontes), localidad de Usaquén, Bogotá D.C. Octubre de 2008	39
3.1.2 Esquema de vacunación (grupo Sala-cuna).....	41
3.1.3 Esquema de vacunación (grupo Caminadores)	42
3.1.4 Esquema de vacunación (grupo Párvulos)	43
3.1.5 Esquema de vacunación (grupo Pre kínder)	44
3.1.6 Esquema de vacunación (grupo Kínder)	45
3.2 Esquemas de Vacunación (Según Tipo de Familia, Régimen de Afiliación al SGSSS y Escolaridad Materna de los Niños asistentes a las Casas Vecinales de Tibabitá y Horizontes - Localidad de Usaquén, 2008)	46
3.2.1 Según Tipo de Familia.....	46
3.2.2 Según régimen de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud	50
3.2.2.1 Datos de la Casa vecinal de Tibabitá	50
3.2.2.2 Datos de la casa vecinal de Horizontes.....	51
3.2.2.3 Datos casas vecinales de Tibabitá y Horizontes por tipo de Aseguramiento (Total).....	53
3.3 Frecuencia de Esquema total de vacunación de los niños asistentes a las casas vecinales de Tibabitá y Horizontes (Localidad de Usaquén, Bogotá D.C., Octubre de 2008).....	54
3.4 Según escolaridad materna	56
3.5 Cobertura por biológico de los niños asistentes a las casas vecinales de Tibabitá y Horizontes. Localidad de Usaquén, Bogotá D.C., Año 2008.....	58
3.5.1 Cobertura de pentavalente en menores de 1 año	58
3.5.2 Cobertura de Triple viral en niños de 1 año hasta 18 meses.....	59
3.5.3 Cobertura de Triple viral en niños mayores de 18 meses hasta los 59 meses	60
3.5.4 Cumplimiento en la aplicación de refuerzos de Polio y DPT.....	61
4. Capítulo 4. Barreras de Acceso al Servicio de Vacunación según Encuestas aplicadas a Madres y/o Cuidadores de los Niños asistentes a las Casas Vecinales de Tibabitá y Horizontes (Localidad de Usaquén, Bogotá D.C., Año 2008)	65
4.1 Barreras de acceso al servicio de vacunación (Total aplicación)	66
4.1.1 Barreras de acceso de la madre y la familia.....	67
4.1.2 Las barreras de acceso dadas desde el servicio de vacunación.....	68
4.1.3 Observación directa en dos puntos de vacunación de la red adscrita a la Secretaría Distrital de Salud.....	70

5. Capítulo 5. Análisis y Discusión.....	73
6. Capítulo 6. Conclusiones y Recomendaciones.....	77
6.1 Conclusiones.....	77
6.2 Recomendaciones.....	81
A. Anexo: Encuesta para Padres y/o Cuidadores.....	83
Bibliografía.....	87

XIV Barreras de acceso al Programa Ampliado de Inmunizaciones, de la población infantil asistente a las casas vecinales de Tibabitá y Horizontes de la localidad de Usaquén, Bogotá D.C., año 2008

Lista de figuras y cuadros

Pág.

Figura 2-1: Modelo de Lalonde y Laframboise.....	28
Figura 2-2: Accesibilidad y Restricciones.....	30
Figura 2-3: Enfoque de la salud con participación social	33
Cuadro 1-1: Cobertura con vacunas, años 2000 y 2003. Bogotá D.C.....	6
Cuadro 1-2: Categorización de Variables.....	17
Cuadro 2-1: Esquema único de vacunación para Colombia. Año 2008.....	24

Lista de tablas

Pág.

Tabla 3-1: Esquema de vacunación por grupos (niños asistentes a las casas vecinales de Tibabitá y Horizontes), localidad de Usaquén, Bogotá D.C. Año 2008.....	39
Tabla 3-2: Esquema de vacunación grupo Sala cuna (niños asistentes a las casas vecinales de Tibabitá y Horizontes), localidad de Usaquén, Bogotá D.C. Año 2008.....	41
Tabla 3-3: Esquema de vacunación grupo Caminadores (niños asistentes a las casas vecinales de Tibabitá y Horizontes), localidad de Usaquén, Bogotá D.C. Año 2008.....	42
Tabla 3-4: Esquema de vacunación grupo Párvulos (niños asistentes a las casas vecinales de Tibabitá y Horizontes), localidad de Usaquén, Bogotá D.C. Año 2008.....	43
Tabla 3-5: Esquema de vacunación grupo Pre kínder (niños asistentes a las casas vecinales de Tibabitá y Horizontes), localidad de Usaquén, Bogotá D.C. Octubre de 2008.....	44
Tabla 3-6: Esquema de vacunación grupo Kínder (niños asistentes a las casas vecinales de Tibabitá y Horizontes), localidad de Usaquén, Bogotá D.C. Año 2008.....	45
Tabla 3-7: Esquema de Vacunación según tipo de familia, Casa Vecinal Tibabitá localidad de Usaquén, Bogotá D.C. Año 2008.....	47
Tabla 3-8. Esquema de Vacunación según tipo de familia, Casa Vecinal Horizontes localidad de Usaquén, Bogotá D.C. Año 2008.....	48
Tabla 3-9. Esquemas de vacunación por Régimen de Seguridad Social en Salud (niños asistentes a las casa vecinal de Tibabitá), localidad de Usaquén, Bogotá D.C. Año 2008.....	50
Tabla 3-10. Esquemas de vacunación por Régimen de Seguridad Social en Salud (niños asistentes a las casa vecinal de Horizontes), localidad de Usaquén, Bogotá D.C. Año 2008.....	51
Tabla 3-11: Esquemas de vacunación según tipo de aseguramiento (niños asistentes a las casas vecinales de Tibabitá y Horizontes), localidad de Usaquén, Bogotá D.C. Año 2008.....	53

Tabla 3-12: Frecuencia de esquemas de vacunación de los niños asistentes a las casas vecinales de Tibabitá y Horizontes. Localidad de Usaquén, Bogotá D.C., Octubre de 2008.....	54
Tabla 3-13: Esquemas de vacunación según escolaridad materna de los niños asistentes a las casas vecinales de Tibabitá y Horizontes. Localidad de Usaquén, Bogotá D.C., Año 2008.....	55
Tabla 3-14: Cobertura Vacuna Pentavalente en menores de 1 año.....	57
Tabla 3-15: Cobertura Triple viral en niños de 12 a 18 meses.....	58
Tabla 3-16: Cobertura de Triple viral en niños mayores de 18 meses.....	59
Tabla 3-17: Cobertura refuerzo de Polio y DPT niños mayores de 18 meses.....	60
Tabla 4-1. Clasificación de las barreras de acceso por grupo.....	63
Tabla 4-2. Frecuencia de las barreras de acceso al servicio de vacunación.....	64
Tabla 4-3. Barreras de Acceso Conjuntas (Madre y familia – servicios de salud).....	67

Lista de gráficas

Pág.

Gráfica 3-1:Esquema de vacunación por grupos (niños asistentes a las casas vecinales de Tibabitá y Horizontes), localidad de Usaquén, Bogotá D.C. Año 2008.....	40
Gráfica 3-2: Esquema de vacunación grupo Sala cuna (niños asistentes a las casas vecinales de Tibabitá y Horizontes), localidad de Usaquén, Bogotá D.C. Año 2008.....	41
Gráfica 3-3: Esquema de vacunación grupo Caminadores (niños asistentes a las casas vecinales de Tibabitá y Horizontes), localidad de Usaquén, Bogotá D.C. Año 2008.....	42
Gráfica3-4: Esquema de vacunación grupo Párvulos (niños asistentes a las casas vecinales de Tibabitá y Horizontes), localidad de Usaquén, Bogotá D.C. Año 2008.....	44
Gráfica 3-5: Esquema de vacunación grupo Pre kínder (niños asistentes a las casas vecinales de Tibabitá y Horizontes), localidad de Usaquén, Bogotá D.C. Octubre de 2008.....	45
Gráfica 3-6: Esquema de vacunación grupo Kínder (niños asistentes a las casas vecinales de Tibabitá y Horizontes), localidad de Usaquén, Bogotá D.C. Año 2008.....	46
Gráfica 3-7: Esquema de Vacunación según tipo de familia, Casa Vecinal Tibabitá localidad de Usaquén, Bogotá D.C. Año 2008.....	47
Gráfica 3-8. Esquema de Vacunación según tipo de familia, Casa Vecinal Horizontes localidad de Usaquén, Bogotá D.C. Año 2008.....	49
Gráfica 3-9. Esquemas de vacunación por Régimen de Seguridad Social en Salud (niños asistentes a las casa vecinal de Tibabitá), localidad de Usaquén, Bogotá D.C. Año 2008.....	50
Gráfica 3-10. Esquemas de vacunación por Régimen de Seguridad Social en Salud (niños asistentes a las casa vecinal de Horizontes), localidad de Usaquén, Bogotá D.C. Año 2008.....	52
Gráfica 3-11: Esquemas de vacunación según tipo de aseguramiento (niños asistentes a las casas vecinales de Tibabitá y Horizontes), localidad de Usaquén, Bogotá D.C. Año 2008.....	53

Gráfica 3-12: Frecuencia de esquemas de vacunación de los niños asistentes a las casas vecinales de Tibabitá y Horizontes. Localidad de Usaquén, Bogotá D.C., Octubre de 2008.....	55
Gráfica 3-13: Esquemas de vacunación según escolaridad materna de los niños asistentes a las casas vecinales de Tibabitá y Horizontes. Localidad de Usaquén, Bogotá D.C., Año 2008.....	56
Gráfica 3-14: Cobertura Vacuna Pentavalente en menores de 1 año.....	57
Gráfica 3-15: Cobertura Triple viral en niños de 12 a 18 meses.....	58
Gráfica 3-16: Cobertura de Triple viral en niños mayores de 18 meses.....	59
Gráfica 3-17: Cobertura refuerzo de Polio y DPT niños mayores de 18 meses.....	60
Gráfica 4-1. Barreras de acceso por grupo.....	64
Gráfica 4-2. Frecuencia de las barreras de acceso al servicio de vacunación.....	65
Gráfica 4-3. Principales causas de esquemas incompletos y completos tardíamente.....	66

XX Barreras de acceso al Programa Ampliado de Inmunizaciones, de la población infantil asistente a las casas vecinales de Tibabitá y Horizontes de la localidad de Usaquén, Bogotá D.C., año 2008

Introducción

El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), incluye actividades conjuntas de todas las naciones del mundo y de organizaciones internacionales, tendientes a proteger a toda la población, especialmente a los menores de cinco años a través de la vacunación para con ello, disminuir la morbimortalidad causada por enfermedades inmunoprevenibles.

Desde sus inicios, el PAI definió un esquema básico de vacunación destinado a brindar acceso a todos los niños y niñas menores de 5 años a través de un programa permanente de vacunación contra 6 enfermedades (tuberculosis, poliomielitis, Difteria, Tos Ferina (pertussis), Tétanos y Sarampión). En el transcurso de la última década este esquema se ha ido mejorando progresivamente con vacunas más seguras y eficaces, de tal forma que en la actualidad el programa incluye además, vacunas como Hepatitis B, Meningitis e infecciones por Haemophilus influenza tipo B (HiB), influenza viral y neumococo en menores de un año, rubéola, paperas, sarampión (triple viral) y fiebre amarilla en niños y niñas de un año (cf. OPS, 1990).

Dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), la inmunización es una de las actividades de obligatorio cumplimiento del POS (Plan Obligatorio de Salud). Complementariamente, el Plan de Atención Básica (PAB) actualmente denominado PIC (Plan de Intervenciones Colectivas), desarrolla actividades de vigilancia de enfermedades inmunoprevenibles, promoción del PAI y vacunación por concentración (jornadas nacionales y locales) para garantizar la inmunización en la población que por barreras geográficas, culturales o institucionales no ha tenido acceso a este servicio.

Las coberturas de vacunación del PAI ascendieron progresivamente de 15% en 1978, hasta lograr más del 92.3% en 1996 en todas las vacunas. A partir de 1997, las coberturas descendieron a porcentajes que varían entre 88% y el 75%, situación que

comenzó a recuperarse paulatinamente a partir del año 2000, a niveles cercanos al 93%. Sin embargo, pese a todos los esfuerzos por obtener coberturas útiles para todos los biológicos, es decir coberturas que estén entre el 95 y el 100%, este objetivo no se había podido conseguir hasta el año 2007.

Por tal motivo y teniendo en cuenta la normatividad vigente para la población menor de 5 años tanto en el sector salud como en el de educación, se pretende obtener desde el programa de la Secretaría Distrital para la Integración Social, “desde la gestación hasta los cinco años, tiempo oportuno para los niños y las niñas” (DABS, 2008.), una descripción de los factores que influyen en la no obtención de coberturas por encima del 95%, incluyendo algunos elementos cualitativos que faciliten la comprensión de los motivos por los cuales los niños menores de 5 años tienen incompleto el esquema de vacunación o un esquema completo tardíamente para la edad, es decir con periodicidad entre dosis superior a lo establecido en la norma del PAI, según resolución 412 y 3384 (cf. PAI, 2001). Para ello, se requiere partir del análisis del determinante de salud relacionado con la prestación de los servicios de salud y las barreras de acceso a los mismos.

Orden del trabajo. Inicialmente, el lector podrá encontrar una completa —aunque pertinente— exposición sobre el marco de referencia científico del objeto de estudio, en donde se ubica teóricamente el estado del arte de la vacunación, sus generalidades y características; la importancia de la vacunación y atención en salud para la población infantil, todo dentro de un marco legal y político, lo cual, en su conjunto, es de definitiva importancia para todo estudio como el propuesto por este trabajo.

Luego se presenta por medio de un cuadro y de una gráfica general, un esquema de vacunación por grupos de atención (caminadores, kínder, párvulos, pre kínder y sala cuna) que asisten a las casas vecinales de Tibabitá y Horizontes, identificando cuadros completos, completos inadecuados e incompletos de vacunación. Posteriormente se procede a exponer un análisis cuantitativo por medio de cuadros y gráficas, de cada uno de los grupos de atención por edad, riesgo de exposición y factores socioeconómicos (ver numerales 1.2 (justificación), 1.4. (Problema de investigación), 1.4.1 (Equidad en el acceso) y 1.5 (Lugar de estudio), que permiten una descripción y análisis de la población de estudio acorde con el objetivo central del presente trabajo.

Finalizada esta primera parte, el lector se encontrará con un cuadro para cada casa vecinal sujeta de estudio, el cual permite conocer en sus variables la dimensión familiar, cuya cuantificación diferenciada desde el punto de vista de los esquemas completo, completo tardío e incompleto de vacunación, propicia otro elemento de análisis que se ha considerado dentro de este estudio.

Posteriormente, se ofrecen cuadros y gráficas para diferenciar los datos de la población de estudio, discriminados también para las casas vecinales de Tibabitá y Horizontes, desde la variable de afiliación al régimen contributivo, y subsidiado y el no afiliado, lo cual es resumido en un cuadro y una gráfica general que reúne dichos datos, complementado por otro cuadro y gráfica general que muestra en su totalidad los esquemas completos e incompletos en el grupo focal sujeto de estudio.

Paso seguido, el lector encontrará un cuadro y una gráfica que describe los datos del cuadro anterior, pero ya desde el punto de vista de la escolaridad materna, lo cual genera una distinción cualitativa y cuantitativa.

En la penúltima parte se ofrece una presentación diferenciada en cuadros y gráficas, que expone diferenciadamente los datos estadísticos de cobertura, conforme a los biológicos que deben incluirse dentro del grupo focal de este estudio, para concluir en cuadros y gráficas que exponen las barreras de acceso, diferenciadas por grupos de atención en el Lugar de estudio, y un cuadro final de totalización de indicadores.

Luego, se ofrecen los resultados de la observación directa a dos puntos de atención distrital, incluyendo elementos que han de servir al análisis desde el aspecto logístico y de servicio.

Finalmente se encuentra el análisis y la discusión de los datos cuantitativos y cualitativos incluidos en el trabajo, lo cual ha de representar un preámbulo a las conclusiones finales.

1. Capítulo 1. Planteamiento del Problema

1.1 Antecedentes.

La situación en Bogotá en cuanto a coberturas de vacunación infantil durante el año 2004, alcanzó el 76% en menores de 5 años y el 78% en menores de un año. Las localidades que registraron coberturas más bajas fueron las de Barrios Unidos, Teusaquillo, Fontibón, Candelaria y Tunjuelito, situándose por debajo de lo que nacionalmente se considera una cobertura útil. El distrito ha implementado una serie de estrategias con el fin de fortalecer el PAI y disminuir las barreras de acceso a los servicios de salud: horarios extendidos de atención; estrategia extramural para vacunación casa a casa y fortalecimiento del trabajo intersectorial con la Secretaría de Integración Social, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Secretaría de Educación. Pese a las estrategias y a que las vacunas del esquema básico de vacunación son totalmente gratuitas, las coberturas de vacunación siguen siendo muy bajas y en eso se debe vincular a los padres de familia” (Secretaría de Salud de Bogotá, 2005).

Actualmente, existen 340 puntos de vacunación de la Red Distrital, 80 de ellos con horarios extendidos al día sábado en la mañana y varios equipos de trabajo bajo el programa de “Salud a su Hogar”, trabajando en aras de cumplir con los objetivos distritales de tener coberturas superiores al 95%.

En los últimos años, Bogotá no ha podido asegurar la inmunidad colectiva en toda su población, dado que las coberturas administrativas obtenidas en cada uno de los biológicos, son inferiores a las requeridas para lograr protección de la población. Igualmente, su medición se dificulta porque el sistema de información no permite realizar el cálculo de cobertura por localidad de residencia, sino por sitio de aplicación, lo que impide inferir los riesgos locales, debido principalmente a que no se puede asegurar una relación directa entre el lugar en que la población se vacuna y vive.

En la presentación de Juan Manuel Lozano, MD, MSc (Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística), se encuentran las siguientes coberturas del PAI para los años 2000 y 2003. Ver cuadro 1.

Cuadro 1-1. Cobertura con vacunas, años 2000 y 2003. Bogotá D.C.

BIOLÓGICO	AÑO 2000	AÑO 2003
BCG	84,2%	98,6%
Polio Oral	73,4%	88,7%
DPT	71,3%	87,6%
Triple viral	70,9%	89,7%

Fuente (Departamento de Pediatría de la Facultad de Medicina, Universidad Javeriana)

En otro estudio realizado en Bogotá para evaluar la adherencia al esquema de vacunación en la Clínica Infantil de Colsubsidio¹, se encontró que durante el 2005 acudieron al servicio de vacunación 7.686 niños (as) menores de 6 años.

De esta población, el 67,8% cumplieron el esquema para la edad, mientras que el 34,3% tenía aun el esquema incompleto para la edad. Al evaluar a la población por grupos de edad se encontró que los niños entre 1 y 2 años asisten mayormente al servicio de vacunación 2.380 (30,9%), mientras que aquellos entre los 4 y 5 años tan solo

¹Evaluación de la adherencia al esquema de vacunación Plan Ampliado de Inmunizaciones Clínica Infantil Colsubsidio, Ausberto Pardo Reyes, MD, Erika Janneth Cardoso Rodríguez, Sergio Alejandro Díaz Cediell, Lady Lorena Díaz Medina, Angélica María Montañez Mancera. Investigación realizada en el curso de Epidemiología con el apoyo de la oficina de Investigación y Docencia de la Clínica Infantil Colsubsidio, en asociación con el Departamento de Pediatría de la Universidad Colegio Mayor De Nuestra Señora del Rosario. Rev. Cienc. Salud. Bogotá (Colombia) 5 (1): 18-32, abril-junio de 2007

representan el 3,3%. Los niños entre los 6 meses y 2 años de edad son el grupo más afectado con el esquema incompleto (19,8%). Igualmente los niños de 5 a 6 años tienen esquemas incompletos (5,7%)(cf. Pardo, 2007).

1.1.1 La vacunación en la localidad 1 de Usaqué.

El Hospital de primer nivel de Usaqué ha presentando, desde el año 2001, un aumento constante en las coberturas de vacunación para las enfermedades inmunoprevenibles de una mayor ocurrencia en la población infantil. En el año 2003, se alcanzaron coberturas útiles en toda la población vacunada de la localidad, con un promedio superior al 90%. Al finalizar el año 2003, la cobertura acumulada alcanzada para la población menor de un año fue del 91%, y en el grupo de un año, del 89%, mientras que la cobertura en Hepatitis B y triple viral había cumplido con la meta establecida, llegando a cifras de 87% y 89%, respectivamente.

Las coberturas según el régimen de afiliación en el mismo año, mostraron que en régimen subsidiado se alcanzó el 83% en menores de un año, y 37% en participantes vinculados, datos que reflejan las debilidades en las estimaciones de población para la localidad en cada uno de los grupos.

La vacunación extramural ha permitido mejorar las coberturas en los grupos de 1 a 4 años en un 35%. Este tipo de actividad se ha hecho por concentración en el 100% de los jardines infantiles del DABS (Actualmente Secretaría de Integración Social), 23 Jardines o casas vecinales, y en el 100% de los de Hogares de Bienestar Familiar (282 HOBIS y 5 Hogares Infantiles).

Durante este periodo, se realizaron tres jornadas de vacunación casa a casa, en los barrios de la UPZ prioritaria de Verbenal, San Cristóbal, Toberín, Orquídeas, la zona de los cerros de la UPZ Usaqué, un importante barrido en los barrios visitados (64), Casas visitadas (15.221), Casas efectivas, es decir, (con menores hasta los 5 años: 1.359) y en menores vacunados. (Localidad de Usaqué, 2006).

1.2 Justificación.

Si se tienen en cuenta los Objetivos del Milenio de Naciones Unidas², marco que en su organismo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), propende por un mayor acceso a los servicios básicos de salud, (enfaticando en la atención infantil como una prioridad en la defensa de los derechos fundamentales, lo cual ha de redundar en la calidad de vida de las generaciones futuras), se llega a la conclusión de que los cambios en la situación de la Salud Pública, requieren de una reorientación de los servicios, tradicionalmente centrados en lo curativo, para que refuercen las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Colombia a través de su Plan Nacional de Salud Pública³ incluye dentro de sus propósitos: 1) Mejorar el estado de salud de la población Colombiana, 2) Evitar la progresión y los desenlaces adversos de la enfermedad; adicionalmente involucra el Enfoque de determinantes como el conjunto de factores que inciden de forma directa en el estado de salud de los individuos y de las poblaciones. El enfoque de determinantes plantea que los resultados en salud de los individuos, grupos y colectividades, dependen de la interacción de cuatro grupos de factores: ambientales, del comportamiento humano, de la herencia y de las respuestas de los servicios de salud. Este abordaje pretende

² En septiembre de 2000, se realizaron las sesiones de Naciones Unidas, denominadas “Sesiones del Milenio” y “Cumbre del Milenio”, en donde fue adoptada la “Declaración del Milenio”, la cual establece en los “Objetivos de Desarrollo del Milenio”, ocho metas mundiales a alcanzar antes de 2015, y en donde se considera la salud como derecho fundamental, cuya defensa y cumplimiento representará un gran avance hacia la consecución del desarrollo humano. Dentro dichos objetivos, el No. 4 está relacionado con la inmunización de los niños menores de 5 años, partiendo de una línea de base en cobertura del 92% en 1994, que es igual en la situación revelada en 2002, y cuya proyección deseada se estima en un 95% para el 2015 (cf. Naciones Unidas, 2008).

³ Decreto número 3039 de 2007. Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. El Plan Nacional de Salud Pública incluye: 1. Las prioridades, objetivos, metas y estrategias en salud, en coherencia con los indicadores de situación de salud, las políticas de salud nacionales, los tratados y convenios internacionales suscritos por el país y las políticas sociales transversales de otros sectores. 2. Define las responsabilidades en salud pública a cargo de la Nación, de las entidades territoriales, y de todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, que se complementarán con las acciones de los actores de otros sectores definidas en el plan nacional de desarrollo y en los planes de desarrollo territorial.

intervenir aquellos factores de riesgo que sean modificables. Para Bogotá se cuenta con el Plan Distrital de Salud el cual se rige por el Decreto 3039 donde una de las prioridades es la salud infantil, dentro de la estrategia promocional de calidad de vida y salud⁴, define un abordaje que tienen en cuenta a las personas según el ciclo vital.

De igual forma, como recomienda Patricia Arce⁵, se requiere realizar la evaluación de coberturas con representación local, para identificar áreas de riesgo y orientar acciones haciendo uso de las estrategias del PAI, como son la vacunación extramural, con sus componentes casa a casa, por concentración y jardines, tendientes a disminuir la población infantil vulnerable. Por lo anterior, este estudio pretende ser un punto de referencia para trabajos más amplios que tengan como fin la comprensión a nivel local de las exposiciones, así como los niveles de cobertura y las barreras de acceso a la misma. De ahí que en lo zonal, y dado que se desconocen las causas asociadas a la no vacunación y al incumplimiento en los esquemas del PAI de los niños menores de cinco años que asisten a las casas vecinales de Tibabitá y Horizontes de la localidad 1 de Usaquén (la cual se ajusta en la dimensión socio-económica objeto de estudio), este trabajo las tome como fuente de su grupo focal.

1.3 Propósito.

Identificar las barreras de acceso al PAI, que tiene la población de acuerdo al régimen de afiliación en seguridad social, de tal manera que se puedan adoptar nuevas estrategias, o

⁴ De Negri, Armando. La Estrategia Promocional de calidad de vida y salud. Conferencia. 28 de agosto del 2004.

⁵ En los últimos años, Bogotá no ha podido asegurar la inmunidad colectiva en toda su población, dado que las coberturas administrativas obtenidas en cada uno de los biológicos, son inferiores a las requeridas para lograr protección de la población (igual o superior al 95%). Igualmente, su medición se dificulta porque el sistema de información no permite realizar el cálculo de cobertura por localidad de residencia, sino por sitio de aplicación, teniendo en cuenta que la información se genera desde el sitio de aplicación, lo que impide inferir los riesgos locales, debido a que principalmente a que no se puede asegurar una relación directa entre el lugar en que la población se vacuna y vive. Informe Evaluación de coberturas de Vacunación, Boletín Epidemiológico Distrital, Volumen 9, No. 13, 5-12-2004 / 1-1-2005

fortalecer las ya existentes, para poder alcanzar y mantener coberturas útiles en vacunación.

1.4 Problema de investigación.

Para evaluar los efectos del nuevo sistema de salud sobre la equidad en el acceso y la utilización de los servicios de salud, se realizó un estudio⁶ donde se compararon dos cortes transversales de la población antes de la Ley 100 de 1993 y después de la misma. Los resultados obtenidos, revelan que entre 1993 y 1997, la cobertura del SGSSS aumentó del 23% al 57%. Dicho aumento fue más dramático entre los segmentos más pobres de la población: en los hogares del primer décil de ingresos, la cobertura aumentó del 3,1% al 43,7%, y el índice de concentración en la distribución de la afiliación al SGSSS se redujo a la mitad: del 0,34 a 0,17. En cambio, los indicadores de concentración correspondientes a la utilización de servicios variaron muy poco, inclusive luego del ajuste hecho por edad, género y necesidades. Estos resultados sugieren un impacto positivo del SGSSS sobre las inequidades en el acceso, pero los efectos sobre las inequidades en la utilización de los servicios de salud no son claros.

1.4.1 Equidad en el acceso

Para evaluar los resultados de la reforma sobre la equidad en el acceso a los servicios de salud, se evaluó la distribución de dos indicadores *Proxy*: 1) afiliación a la seguridad social en salud y 2) razones para no utilizar los servicios de salud. El comportamiento de la distribución en la afiliación a la seguridad social en salud, es un indicador de los resultados obtenidos por las políticas regulatorias sobre las barreras económicas al acceso. Las razones para no utilizar los servicios de salud proporcionan una visión

⁶ Efectos de la Reforma de la Seguridad Social en Salud en Colombia sobre la Equidad en el Acceso y la Utilización de Servicios de Salud Juan Eduardo Céspedes, Iván Jaramillo, Rafael Martínez, et al.

complementaria y miden la presencia de barreras económicas, funcionales y geográficas, que dificultan la accesibilidad a los servicios de salud. Se encontró entre los segmentos no cubiertos por la seguridad social en salud, la falta de dinero constituye la principal razón para no utilizar los servicios de salud, en tanto que entre los afiliados es la segunda razón más importante (Céspedes, 2000).

El SGSSS definido por la Ley 100 de 1993, ha tenido su mayor desarrollo en Bogotá. El porcentaje de población afiliada al Régimen Contributivo (RC) se ha sostenido cercano al 55% y, a diciembre 31 de 2003, se alcanzó una cobertura de afiliación al Régimen Subsidiado (RS) del 19,95%, equivalente a 1.369.970 personas.

Uno de los problemas graves de la reforma es la existencia de serias barreras de acceso a los servicios, de tipo geográfico, económico o administrativo, en especial para la población más pobre y vulnerable. En el marco del aseguramiento y en un modo de atención centrado en la enfermedad, el énfasis se ha puesto en los servicios de atención curativa individual y se ha debilitado la capacidad preventiva. La inversión en acciones preventivas por parte de las aseguradoras no alcanza los montos establecidos en la ley (10% de la UPC). El indicador más importante al respecto es el de cobertura de vacunación: entre 1998 y 2003, las coberturas de las vacunas del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) disminuyeron entre 5 y 25 puntos porcentuales. Aún hoy, a pesar de las campañas y la vacunación casa a casa, Bogotá no cuenta con coberturas útiles, después de haberlas logrado al comenzar los años noventa. (Documento “La Atención Primaria en Salud para garantizar el derecho a la salud en Bogotá”).

1.5 Lugar del Estudio.

En Bogotá la Localidad 1 de Usaquén, se encuentran las Casas Vecinales de Tibabita y Horizontes donde se realiza el estudio. Estas surgieron de un proceso de movilización social de las madres y educadoras comunitarias desde finales de los años 70. Legalmente son reconocidas como una modalidad de desarrollo social a partir de la

atención pre-escolar en los barrios de estrato 1,2, y 3 mediante el Decreto 116 de 1988⁷. Las Casas Vecinales de Tibabítá y Horizontes, adscritas a la Secretaria de Integración Social, llevan funcionando 15 años, sus líderes son mujeres de la comunidad que se han capacitado en Pedagogía, cada una de ellas tiene una capacidad instalada para aproximadamente 110 niños, cuentan con nutricionista para la elaboración de los menús diarios, trabajan articuladamente con el Hospital Usaquén Primer Nivel de Atención.

Estas dos casas se seleccionaron para el estudio por ser sitios de práctica de niño de los estudiantes de enfermería de la UDCA con las cuales se tenía en el 2008 convenio docencia asistencia, adicionalmente son los lugares que más capacidad instalada tienen para el cuidado de los menores de 5 años.

De acuerdo a los datos del Diagnóstico Local de Salud 2004, en Usaquén se identificaron, durante el periodo comprendido entre enero de 1998 y enero de 2003, un total de 5.182 habitantes pertenecientes al nivel I del SISBEN, que corresponden al 1,2% del total de habitantes de la localidad. Por su parte, en el nivel II, se clasifica el 19,1% de la población local. Lo anterior hace que la localidad se ubique en el puesto 11 en el Distrito en cuanto a participación de habitantes clasificados dentro de estos dos niveles. Las Unidades de Planeación Zonal (UPZ) con mayor número de niños y niñas menores de cuatro años, son San Cristóbal Norte y Verbenal, y las de menor población infantil Country Club y La Uribe. Según la Encuesta de Calidad de Vida (ECV), para el año 2003,

⁷ Capítulo I: De la definición y objetivos de Casas Vecinales. artículo 1º se definen las Casas Vecinales como Instituciones sociales organizadas y administradas por la comunidad, asesoradas y apoyadas por el Departamento Administrativo de Bienestar Social del Distrito Capital, que procuran, a partir de la atención preescolar, la solución de los problemas de orden social sentidos en la comunidad. Artículo 2º son objetivos de las Casas Vecinales: 1. Por el Departamento Administrativo de Bienestar Social: apoyar y asesorar los esfuerzos comunitarios dirigidos a la implementación de Programas de Bienestar y Desarrollo Social en sectores de la ciudad de Bogotá que se encuentran en desfavorable situación socio-económica, 2. Por la comunidad: a) Desarrollar procesos de participación e integración comunitaria y cívica alrededor de la solución de problemas sociales. b) Prestar atención integral al menor preescolar que requiera del servicio posibilitando su desarrollo como ser social. c) Desarrollar acciones de tipo preventivo en las áreas de la salud y nutrición. d) Promover y desarrollar actividades de integración comunitaria a través de los deportes y las actividades artístico-culturales. e) Implementar actividades de formación en artes y oficios. f) Desarrollo de eventos de capacitación y formación social como elemento fundamental del Desarrollo de la comunidad. g) Mantener una efectiva coordinación con las demás organizaciones comunitarias de tal manera que se logren vínculos de solidaridad e integración.

de las 48.858 personas en situación de pobreza, 1.611 eran niños y niñas, es decir 3.3% de la población, mientras que la población de 0 a 5 años con pobreza era de 9.503, esto es, un 19.4%.

En la Localidad de Usaquéen el 63.6% de los hogares tiene jefatura masculina, dinámica cercana a la del Distrito, y el 36.4%, restante de los hogares tiene por jefe de hogar a una mujer, superando la estimada para el Distrito que se mantiene en el 33.4%. De los hogares con jefatura de hogar mujer, el 29.4% no tiene cónyuge y el 11.9% de los hogares con mujeres sin cónyuge, tiene a cargo hijos menores de 18 años.

1.6 Objetivos.

General:

Identificar las barreras de acceso y los motivos por los cuales los niños menores de cinco años, asistentes a las Casas Vecinales de Tibabitá y Horizontes de la Localidad de Usaquéen, presentaban esquemas incompletos de vacunación para la edad, en el año 2008.

Objetivos Específicos:

- 1) Estimar las coberturas de vacunación para menores de 2 años.
- 2) Determinar el porcentaje de niños que han recibido oportunamente los diferentes biológicos del PAI.
- 3) Evaluar el porcentaje de niños que no han recibido oportunamente los diferentes biológicos del PAI.
- 4) Estimar el porcentaje de niños que no tienen el esquema de vacunación completo para la edad.

- 5) Identificar factores de la madre y/o del Servicio de Salud dentro de la definición de barreras de acceso, relacionados con los esquemas incompletos y los que se han completado inadecuadamente dentro del Programa Ampliado de Inmunizaciones.

1.7 Metodología.

Se realizó un *estudio epidemiológico observacional descriptivo-transversal*, el cual, con el desarrollo de un enfoque integrado a través de la combinación de análisis de datos cualitativos y cuantitativos, tiene como fin identificar las posibles barreras de acceso al servicio de vacunación, lo cual conlleva al incumplimiento en su esquema integral, o a su cumplimiento tardío.

1.7.1 Estudio transversal.

Un estudio transversal o estudio de prevalencia es aquí un estudio epidemiológico, observacional, descriptivo, en el que en un único momento temporal (Segundo semestre de 2008), se mide a la vez la prevalencia de la exposición y el efecto en una muestra poblacional, es decir, permiten estimar la magnitud y distribución de una enfermedad o condición en un momento dado. Para este estudio se toma el universo de las dos casas vecinales Tibabitá y Horizontes tomando datos del período comprendido entre Agosto y Octubre de 2008.

1.8 Grupo focal.

Como se identificó y sustentó en los numerales 1.2 (Justificación) y 1.5 (Lugar de estudio) respecto al lugar del estudio, se trabajó con población de 0 a 5 años que asiste a las casas vecinales de Tibabitá y Horizontes(localidad de Usaquén), las cuales cuantifican un total de 208 niños para el tiempo de la recolección de la información

(Agosto a Octubre de 2008). Estas dos casas vecinales cubren la población local con más factores de riesgo.

1.9 Técnica-procedimiento.

Para este estudio se utilizaron como fuentes de información las encuestas DABS, fotocopias y originales de carnés de vacunación, así como encuesta cualitativa (intervención directa) sobre los motivos que llevan a que la madre, padre y/o cuidador no asistan o lleven tardíamente al niño-a al servicio de vacunación. Se analizaron las coberturas de vacunación, los esquemas incompletos y los esquemas completos oportuna e inadecuadamente (aplicación tardía) de los niños que asisten a las casas vecinales de Tibabitá y Horizontes.

Para lograr los objetivos del estudio, la información se obtuvo inicialmente de las encuestas de caracterización DABS; luego se solicitaron los carnés de vacunación, los cuales se compararon con las copias adjuntas a la encuesta de cada niño. Esta información se ingresó a EpiInfo (2008), con variables como nombre de la casa vecinal, género del niño, grupo en el cual se encuentra, edad en meses cumplidos, clasificación del esquema, seguridad social, tipo de familia, nivel educativo materno.

Adicionalmente, se diseñó una encuesta para aplicarle a los padres de familia, en la cual se pregunta por el esquema de vacunación del niño, y algunas opciones de respuesta frente a la pregunta de *¿por qué no tiene el esquema completo o lo han completado tardíamente?*. Las encuestas fueron enviadas a todos los padres de familia para su diligenciamiento individual en casa y la respectiva devolución la cual se verificó contra el listado de cada uno de los grupos de las dos casas vecinales

De 208 encuestas enviadas se recibió el 66% (n=138) de las cuales 53 registraron el ítem no aplica, dado que el esquema de los niños estaba completo. Las 85 restantes que corresponde al 62% de las encuestas recibidas se analizaron clasificando las barreras de acceso en a) las relacionadas con el servicio y b) las relacionadas con la familia. (Ver Anexo 1)

Complementariamente, se realizó una observación directa en dos centros de vacunación del primer nivel de atención del Hospital de Usaquén – Localidad de Usaquén (UPA Usaquén y UPA San Cristóbal) para identificar posibles barreras de acceso generadas desde el servicio, se revisó el carné de vacunación para verificar el cumplimiento de la cita asignada y del esquema y cuando se identificó un cumplimiento tardío se preguntó por los motivos del mismo. Se registraron los hallazgos relevantes de la observación no participativa (lenguaje verbal y no verbal, actitud, educación, registros entre otros)

1.9.1 Categorización de las variables

Para la categorización de las variables se tuvo en cuenta la clasificación epidemiológica de persona, tiempo y lugar. Ver cuadro 2.

1.9.2 Recolección, procesamiento y análisis de la información

Fuentes Primarias: Encuesta para identificación de barreras de acceso al PAI.

Fuentes Secundarias: Encuesta del DABS para caracterización infantil según determinantes sociales, fotocopia carné de vacunas existente en la carpeta individual de cada niño y carné de vacunas original (solicitado a la madre previo aviso)

Procesamiento: Base de Datos en Software Epi-Info3.04 (versión agosto de 2008).

Análisis de Datos: Estratificación por grupos de edad (0-6 meses), (0 meses a 12 meses y 29 días) y (0 meses a 18 meses y 29 días). Cada grupo de edad se estratificará además por Régimen de Seguridad Social en Salud.

Cuadro 1- 2. Categorización de Variables

CONCEPTO	CATEGORIA DE LA VARIABLE	VARIABLE	INDICADORES
Variables Comunes	Persona	Edad	❖ 0-59 meses y 29 días
		Grupo	❖ Salacuna (edad entre 1 y 12 meses) ❖ Caminadores (desde los 13 hasta los 24 meses de edad) ❖ Párvulos (desde los 25 meses hasta los 36 meses) ❖ Pre kínder (desde los 37 meses hasta los 48 meses) ❖ kínder (desde los 49 meses hasta los 60 meses)
		Escolaridad Materna	❖ Primaria Incompleta ❖ Primaria Completa ❖ Secundaria Incompleta ❖ Secundaria Completa ❖ Técnico ❖ Profesional
		Tipo de Familia	❖ Nuclear completa ❖ Nuclear incompleta ❖ Nuclear extensa ❖ Madrastral ❖ Padrastral
		Esquema de vacunación	❖ Completo ❖ Incompleto ❖ Completo Tardío
		Seguridad Social	❖ Subsidiado ❖ No afiliado ❖ Contributivo
	Lugar	Casa Vecinal	❖ Tibabitá ❖ Horizontes

Fuente (Diseño actual)

2. Capítulo 2. La importancia de la vacunación y el cubrimiento a la población dentro de un contexto social y político

2.1 La Vacunación.

Las vacunas son medicamentos biológicos que aplicados a personas sanas, provocan la generación de defensas (anticuerpos) que actúan protegiéndole ante futuros contactos con los agentes infecciosos, evitando la infección o la enfermedad.

Mediante las vacunas se consiguió erradicar la viruela, se está finalizando la erradicación de la poliomielitis en el mundo, y el sarampión ha dejado de ser un problema frecuente en nuestro medio.

Los programas de vacunación merecen una alta prioridad en países en vía de desarrollo por los efectos que tienen sobre:

- 1) La mortalidad y la morbilidad infantil, sobre todo en grupos de menores ingresos.
- 2) La reducción de la carga de enfermedades en edad adulta.
- 3) La reducción de costos asociados a la atención de enfermedades prevenibles.

Además, la vacunación tiene un impacto importante en prevenir aquellos problemas de salud que aparecen muchos años después de tener la enfermedad. Estar expuesto a algunas enfermedades infecciosas prevenibles por vacunación durante la niñez puede causar daño biológico permanente con efectos adversos y crónicos durante la edad adulta.

Se destaca la importancia de los programas internacionales de vacunación para erradicar enfermedades transmisibles, tales como los programas para la erradicación de la poliomielitis, el sarampión y la rubeola en los países latinoamericanos, coordinados por la Organización Panamericana de Salud (OPS, 1990).

2.1.1 Las vacunas y su clasificación.

La mayoría de las vacunas son medicamentos elaborados a partir de los agentes infecciosos, tratados e inactivados para eliminar su capacidad de producir enfermedad, manteniendo su capacidad de estimular la respuesta protectora del sistema inmunológico de la persona vacunada. Existen vacunas para evitar las siguientes enfermedades: Hepatitis A; Hepatitis B; Difteria, Tétanos, Tos ferina, Poliomielitis, Sarampión, Rubéola y Parotiditis, Meningitis meningocócica C, Infección invasora por neumococo, Infección invasora por *Haemophilus Influenzae* tipo b; Varicela, Fiebre tifoidea; Fiebre amarilla y Gripe. Existen también otras vacunas aunque su uso es más limitado. Las vacunas, según su composición y forma de obtención, se clasifican en: víricas y bacterianas.

La vacunación ha controlado nueve enfermedades mayores: viruela, difteria, tétanos, fiebre amarilla, pertusis, poliomielitis, sarampión, parotiditis y rubéola. De las cuales ha erradicado una, la viruela, y se encuentra en vías de erradicar otra, la poliomielitis. Se calcula que la vacunación evita dos millones de muertes infantiles cada año en el mundo⁸. Por ello se considera que la vacunación es la medida que más ha influido en la salud en Occidente, quizás con la única excepción de la disponibilidad de agua potable, superando aún en importancia a la introducción de los antibióticos.

⁸ No obstante a los avances, se calcula que en 2002 murieron en todo el mundo 2,1 millones de personas por enfermedades que pueden evitarse mediante vacunas de uso generalizado. En esa cifra están incluidos 1,4 millones de niños menores de cinco años. De esas muertes infantiles, más de 500.000 se debieron al sarampión, cerca de 400.000 al Hib, casi 300.000 a la tos ferina y 180.000 al tétanos neonatal (www.oms.org).

2.2 Programa Ampliado de Inmunización (PAI).

Al lograr un éxito muy importante con la erradicación de la viruela, la Organización Mundial de la Salud (OMS), buscó medidas que pudieran tener ese mismo éxito con otras enfermedades infecciosas, y es así como en 1974 creó el Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI). En consecuencia, se estableció una acción conjunta con las naciones del mundo y organizaciones internacionales, con el objetivo de lograr coberturas universales de vacunación teniendo como fin, disminuir la morbimortalidad causada por enfermedades inmunoprevenibles.

En general, los esquemas de vacunación del PAI aplicados en la mayoría de los países de Latinoamérica están basados en los recomendados por el Centro de Control de Enfermedades en los Estados Unidos (CDC), a través del Comité Asesor de Prácticas de Inmunización (ACIP) y por las Academias Americanas de Pediatría y de Médicos Familiares (AAP-AAFP). Estos esquemas se basan en características de los productos inmunobiológicos, la epidemiología y el ataque de ciertas enfermedades. Se consideran también factores como costos de tratamiento y pérdidas de productividad (cf. Pardo, 2007). En Colombia⁹ existe desde 1974 el PAI¹⁰, programa que tiene a cargo la eliminación, erradicación y control de las enfermedades inmunoprevenibles, y que centra

⁹En Colombia, aunque se produjo un descenso de la tasa de mortalidad infantil entre 1970 y el 2000, gracias a la introducción de la vacunación en el año 1974, se considera que esta baja ha sido relativamente modesta en comparación con las experiencias de otros países latinoamericanos. Para junio de 2007, las coberturas de vacunación en Colombia no alcanzaron la meta esperada del 95% en todos los biológicos; se logró un porcentaje de cobertura nacional de 40,9% en BCG, 42,1% en polio y DPT, 42,2% en Hepatitis B y 42% Haemophylus influenzae tipo b, 41,3% en triple viral (SRP) y 34,8% en fiebre amarilla (cf. MPS, 2007).

¹⁰En Colombia, las coberturas de vacunación del PAI ascendieron progresivamente de 15% en 1978 hasta lograr más del 92.3% en 1996 en todas las vacunas (cf. Secretaria de Salud de Bogotá, 2005). A partir de 1997 las coberturas descendieron a porcentajes que varían entre 88% y el 75%, dando lugar al brote de enfermedades, en particular Sarampión, Tos ferina y Neumonía; situación que comenzó a recuperarse paulatinamente a partir del año 2000, a niveles cercanos al 93% gracias a las medidas que se tomaron para detener la tendencia hacia la disminución, y en consecuencia, las tasas nacionales de cobertura de algunas vacunas (DPT, Polio, Triple viral) recuperaron su tendencia positiva alcanzando niveles cercanos a los observados en 1996; llegando a más del 90% para todos los biológicos en el año 2003. Hay dos vacunas con las cuales se han logrado mayores avances: triple viral (91%) y tuberculosis BCG (95%) (Inmunizaciones, 2005)

su principal objetivo en disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad causadas por estas enfermedades en la población menor de 5 años.

2.2.1 El PAI dentro del PAB (PIC).

De acuerdo con la Ley 100, es necesario especificar las acciones prioritarias del PAI dentro del Plan de Atención Básica (PAB) actualmente denominado Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) y dentro del Plan Obligatorio de Salud (POS). Concertar con cada uno de los alcaldes y gobernadores las acciones propias del PAI dentro del PAB, las cuales son de obligatorio cumplimiento.

▪ Acciones del PAI en el PAB (PIC)

- Coordinar permanentemente las actividades del PAI con todas las Instituciones Promotoras de Salud (IPS).
- Evaluar mensualmente las coberturas de vacunación por biológico y municipio en menores de un año. Igualmente en el grupo de un año (Triple Viral), en el de embarazadas (TD), y en el de las mujeres en edad fértil de zonas en riesgo para la transmisión del Tétanos Neonatal (TD).
- Identificar mensualmente zonas que estén en riesgo por tener bajas coberturas de vacunación (inferiores al 95%). Esto con el fin de implementar inmediatamente los correctivos necesarios para mejorar los resultados.
- Implementar oportunamente las jornadas de intensificación de la vacunación, cuando se detecten brotes de alguna de las enfermedades inmunoprevenibles en las zonas de alto riesgo.
- Identificar grupos especiales de población con quienes es difícil implementar estrategias específicas para su vacunación y protección.

2.2.2 El PAI dentro del POS. Acciones:

- Coordinar con cada una de las Empresas Promotoras de Salud (EPS), las actividades propias del PAI dentro del POS. Estas son de obligatorio cumplimiento.
- Cubrir a toda la población objeto del PAI, con el esquema único de vacunación para el país.
- Divulgar por medios masivos de comunicación, los objetivos y actividades más importantes del programa.
- Garantizar permanentemente la Red de Frío.
- Evaluar el indicador nacional de "niños de 12 a 23 meses con esquema completo de vacunación".
- Evaluar mensualmente las coberturas de vacunación por biológico, según la población asignada o beneficiaria.

2.2.3 Vacunas Incluidas en el PAI (esquema único de vacunación en Colombia).

Este esquema único de vacunación del PAI, que debe ser aplicado gratuitamente en todas sus dosis, de acuerdo con las edades de los niños (as), es considerado uno de los mejores de América Latina. Su financiación está a cargo de la Nación de acuerdo con la Ley 100 de 1993 y 715 de 2001.

2.3 Definición de esquemas de vacunación.

- a) **Esquema completo adecuadamente:** Niños que tienen registrado en el carné de vacunas la aplicación de biológicos de RN (BCG, Hepatitis B, Polio), 2 meses (Pentavalente, Polio), 4 meses (Pentavalente, Polio), 6 meses (Pentavalente, Polio), año Triple Viral, Fiebre Amarilla) y 18 meses (Refuerzo de polio y DPT).

Cuadro 2-1. Esquema único de vacunación para Colombia. Año 2008

ENFERMEDAD	VACUNA	N° de DOSIS	EDAD	VIA Y SITIO DE APLICACIÓN	REFUERZOS
Tuberculosis	BCG	1	Recién Nacido	Intradérmica región supra escapular izquierda	No tiene
Poliomielitis	Anti poliomielítica VOP	4	Recién nacido 2, 4 y 6 meses	Oral	18 meses (1 año después de la 3° Dosis) 5 años (y en campañas masivas de refuerzos)
Difteria, Tos ferina y Tétanos	DPT	3	2, 4 y 6 meses	Intramuscular región antero lateral del muslo	18 meses (1 año después de la 3° dosis) y 5 años
Difteria, tos ferina y tétanos	Pentavalente	3	2, 4 y 6 meses	Intramuscular región antero lateral del muslo	Si después del año el niño no tiene esquema completo se le debe completar con dosis de HB y DPT monovalente.
Hepatitis tipo B			Recién nacido, 2, 4 y 6 meses		
Haemophilus influenza tipo B			2, 4 y 6 meses		
Sarampión, rubéola, paperas	Triple Viral (SRP)	1	Un año	Subcutánea / deltoides	5 años y en campañas de seguimiento
Influenza viral	Influenza	2	6 a 18 meses (2 dosis en primo vacunados), (1 dosis en vacunados anteriormente)	Intramuscular región antero lateral del muslo	1 refuerzo anual con las cepas vigentes
			Mayores de 65 años (Cautivos)	Intramuscular / deltoides	

Fuente (www.minprotecciónsocial.gov.co). Esquema definido 2008

- b) **Esquema completo inadecuadamente (aplicación tardía):** Niños que tienen registrado en el carné de vacunas la aplicación de biológicos de RN (BCG, Hepatitis B, Polio), 2 meses (Pentavalente, Polio), 4 meses (Pentavalente, Polio), 6 meses (Pentavalente, Polio), año Triple Viral, Fiebre Amarilla) y 18 meses (Refuerzo de polio y DPT), en edades diferentes a las estipuladas anteriormente.
- c) **Esquema incompleto:** Niños que no tienen todos los biológicos incluidos en el PAI para la edad.
- d) **Esquema completotardíamente para niños de 0 a 6 meses:** Niño que recibió oportunamente, es decir, cumplió con las fechas asignadas para la aplicación de los diferentes biológicos y que tiene a los 6 meses 1 dosis de BCG, 3 dosis de Polio, (3 dosis de DPT, 3 dosis de Hepatitis B, 3 dosis de Haemophilus Influenza), o 3 dosis de Pentavalente.
- e) **Esquema completo tardíamente para niños de 0a 6 meses:** Niño que no recibió oportunamente, es decir, no cumplió con las fechas asignadas para la aplicación de los diferentes biológicos y que tiene a los 6 meses 1 dosis de BCG, 3 dosis de Polio, 3 dosis de DPT, 3 dosis de Hepatitis B, 3 dosis de Haemophilus Influenza ó 3 dosis de Pentavalente.
- f) **Esquema incompleto para niños de 0 a 6 meses:**Niño al que cumplidos los 6 meses más 29 días, le falta aplicar una o más dosis de los biológicos incluidos en el PAI para la edad; (1 dosis de BCG, 3 dosis de Polio, (3 dosis de DPT, 3 dosis de Hepatitis B, 3 dosis de Haemophilus Influenza), o 3 dosis de Pentavalente).
- g) **Esquema completo adecuadamente para los niños de 1 año:**Niño que recibió oportunamente, es decir, cumplió con las fechas asignadas para la aplicación de los diferentes biológicos y que tiene al año 1 dosis de BCG, 3 dosis de Polio, (3 dosis de DPT, 3 dosis de Hepatitis B, 3 dosis de Haemophilus Influenza), ó 3 dosis de Pentavalente, 1 dosis de Triple Viral y 1 dosis de Fiebre Amarilla.
- h) **Esquema completo tardíamente para los niños de 1 año:**Niño que no recibió oportunamente, es decir, no cumplió con las fechas asignadas para la aplicación de los diferentes biológicos y que tiene al año 1 dosis de BCG, 3 dosis de Polio, (3 dosis de DPT, 3 dosis de Hepatitis B, 3 dosis de Haemophilus Influenza), ó 3 dosis de Pentavalente, 1 dosis de Triple Viral y 1 dosis de Fiebre Amarilla.
- i) **Esquema incompleto para niños de 1 año:** Niño al que cumplido 1 año más 29 días le falta aplicar una o más dosis de los biológicos incluidos en el PAI para la edad; (1 dosis de BCG, 3 dosis de Polio, (3 dosis de DPT, 3 dosis de Hepatitis B,

3 dosis de Haemophilus Influenza), ó 3 dosis de Pentavalente.) 1 dosis de Triple Viral y 1 dosis de Fiebre Amarilla.

- j) **Esquema completo adecuadamente para menores de 2 años:** Niño que recibió oportunamente, es decir, cumplió con las fechas asignadas para la aplicación de los diferentes biológicos y que tiene a los 18 meses 1 dosis de BCG, 3 dosis de Polio, 3 dosis de DPT, 3 dosis de Hepatitis B, 3 dosis de Haemophilus Influenza, 1 dosis de Triple viral, 1 dosis de fiebre Amarilla, 1 dosis de refuerzo de Polio y 1 dosis de refuerzo de DPT.
- k) **Esquema completo tardíamente para menores de 2 años:** Niño de 23 meses que tiene esquema completo para la edad, (1 dosis de BCG, 3 dosis de Polio, 3 dosis de DPT, 3 dosis de Hepatitis B, 3 dosis de Haemophilus Influenza, 1 dosis de Triple viral, 1 dosis de fiebre Amarilla, 1 dosis de refuerzo de Polio y 1 dosis de refuerzo de DPT) pero que tuvo intervalos entre las dosis de los biológicos superior a las 8 semanas establecidas de acuerdo al PAI.
- l) **Esquema incompleto para menores de 2 años:** Niño que con dos años o más no tiene aplicados los siguientes biológicos: 1 dosis de BCG, 3 dosis de Polio, 3 dosis de DPT, 3 dosis de Hepatitis B, 3 dosis de Haemophilus Influenza, 1 dosis de Triple viral, 1 dosis de de fiebre Amarilla, 1 dosis de refuerzo de Polio y 1 dosis de refuerzo de DPT.

2.4 Contexto científico, social y legal-político de la atención en salud (Inmunización).

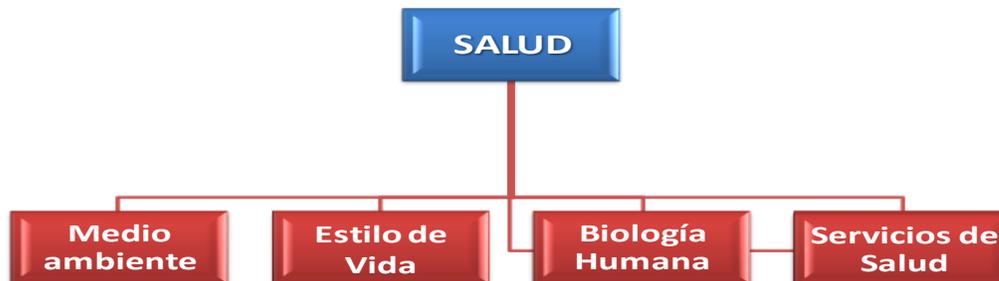
En el marco de la Salud Pública en un Estado Social de Derecho como el colombiano, se consideran problemáticas las condiciones críticas de pobreza y baja calidad de vida de un amplio número de familias en Bogotá, lo cual conduce a que sus integrantes, gesten y tengan a sus hijos (as) en condiciones inadecuadas para su nacimiento. En el 2001, según proyecciones del indicador de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), existían en Bogotá 233.419 mujeres pobres en edad reproductiva, de las cuales 38.505, cerca del 16,5%, se encontraban en condiciones de miseria. Así mismo, el número de mujeres en condición de pobreza que dieron a luz fue de 27.359.

Se estima que en la ciudad existen 1.504.383 niños y niñas entre 0 y 5 años que, debido a las condiciones de pobreza y vulnerabilidad de sus familias, viven su proceso de socialización primaria en situaciones adversas, crecen al margen de ambientes favorables para su desarrollo, expuestos a los riesgos de permanecer solos, en la calle, desnutridos, ser abusados, maltratados y sin garantía de su derecho prevalente al acceso a una educación y salud inicial digna.

2.4.1 Determinantes de la salud.

Con la definición amplia de salud propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como "el estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad", se plantean nuevas perspectivas epidemiológicas sobre la salud poblacional. Una de las más importantes por su carácter integrador y repercusión internacional en las políticas de Salud Pública, fue la perspectiva canadiense de Lalonde y Laframboise (1974), que definió un marco conceptual comprehensivo para el análisis de la situación de salud y la gestión sanitaria. Bajo el modelo de Lalonde, los factores condicionantes de la salud en la población se ubican en cuatro grandes dimensiones de la realidad, denominadas "campos de la salud": la biología humana, el ambiente, los estilos de vida y la organización de los sistemas de salud. Aunque existen modelos presentados posteriormente¹¹ para explicar los determinantes de la salud, se selecciona para el estudio el modelo Canadiense, dado que se relaciona con el enfoque de los determinantes que se incluye en el Plan Nacional de Salud Pública de Colombia para el período 2007 – 2010.

¹¹Desde 1973 hasta la fecha, numerosas han sido las entregas que abordan conceptual y/o operativamente el tema de los determinantes de los niveles de salud, sin embargo una gran mayoría de ella, por no decir su casi totalidad provienen de Canadá y algunos países Europeos. Autores de la talla de Dever, Blue, Evans, Stoddart, Marmot, Frank, Wilkinson, Raphael por sólo citar algunos, mucho han aportado a la conceptualización y a la operaconalización de este tema, aspectos enriquecidos con los enfoques de salud de las poblaciones desarrollado por el Canadian Institute for Advanced Research (CIAR) y de ecosistema de la salud humana, desarrollado por el International Development Research Center (IDRC), a los cuales se sumaron los resultados del Segundo Reporte de la Salud de los Canadienses o el Canadian Community Health Survey desarrollado por Statistics Canadá (ALVAREZ PEREZ, Adolfo Gerardo; GARCIA FARINAS, Anaí and BONET GORBEA, Mariano. Pautas conceptuales y metodológicas para explicar los determinantes de los niveles de salud en Cuba. *Rev. Cub. Salud pública* [online]. 2007, vol.33, n.2 [cited 2011-05-08], pp. 0-0 . Available from: <<http://www.scielosp.org/scielo.php>>

Figura 2-1: Modelo de Lalonde y Laframboise

Fuente (Lalonde y Laframboise, 1974)

Existe consenso en que el estado de salud de una población es producto de la interacción de múltiples factores que la incrementan, la preservan o la deterioran. Un modelo explicativo que mantiene vigencia es el de "campo de la salud" propuesto por Marc Lalonde y utilizado por Dever (1991), como base de su propuesta de "modelo epidemiológico para el análisis de una política sanitaria".

Para aprovechar estos aportes teóricos dentro de una dificultad en atención y eficiencia en salud y prevención como la que vive Colombia, y específicamente Bogotá, los modelos que hacen énfasis en una población determinada, en este caso: localidad 1 de Usaquén, son más homogéneos en su interior en términos de condiciones de vida, que los espacios superiores en la organización social, lo que determina que una buena parte de los problemas de salud y sus explicaciones, sean compartidos por la mayoría de la población del territorio. Esto se explica, siguiendo el modelo propuesto por Lalonde y Laframboise, desde el punto de vista de que para comprender los factores determinantes de una deficiencia en cobertura y cumplimiento de los presupuestos de atención a la población infantil (objeto de la muestra actual), es necesario evaluar los alcances del contexto medio ambiental, del estilo de vida (madres-padres), constitución biológica (representada en la información genética de x o y población), así como en un factor fundamental en el cual confluyen los anteriores, y que no es otro que la oferta y accesibilidad a los servicios de salud.

La identificación de grupos de población homogéneos, en cuanto a problemas de salud y sus explicaciones, es un requisito para realizar intervenciones focalizadas y por tanto más efectivas y guiadas por un sentido de equidad. Ello implica que se requiere de un estudio particular de los determinantes en cada caso para decidir las intervenciones, como es el caso del presente estudio.

2.4.2 Barreras de Acceso.

Entendiendo el acceso a servicios de salud como el "proceso mediante el cual puede lograrse que una necesidad de atención, bien sea por el deterioro en el estado de salud, un diagnóstico sobre el mismo o la promoción de su mejoramiento, se satisfaga completamente"¹², se pueden distinguir tres dominios o alcances para su estudio: 1) estrecho, que comprende la búsqueda de atención y el inicio de ésta; 2) intermedio, que además de lo anterior, adiciona la continuación de la atención; 3) amplio, que agrega el deseo por la atención y por ende comprende el proceso en su conjunto ¹³.

Completando esta concepción, Aday y Andersen ¹⁴ distinguen tres niveles de acceso que se relacionan a través de determinantes individuales, organizacionales y sociales: 1) Político: acciones planeadas y dirigidas por el Estado para mejorar el acceso a los servicios de salud. Muchas de las barreras que se presentan están asociadas con deficiencias institucionales del sistema, originadas por la falta de recursos, la mala asignación de los mismos, o como consecuencia de la definición del plan de beneficios y los procedimientos establecidos para hacer parte de la lista de beneficiarios; 2) Acceso potencial: interacción entre las características del sistema de salud y las del individuo, de la cual surgen barreras atribuidas a la oferta o sistema de prestación de servicios, que se presentan en la entrada, después del contacto inicial, y a la salida del sistema.

¹² Restrepo J, Echeverri E, Vásquez J, Rodríguez S. El seguro subsidiado y el acceso a los servicios de salud. Teoría, contexto colombiano y experiencia en Antioquia. Medellín: Centro de Investigaciones Económicas, Universidad de Antioquia; 2006.

¹³ Frenk J. El concepto y medición de la accesibilidad. Revista de Salud Pública de México 1985; 27(5):438-53.

¹⁴ Aday L, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. Health Services Research 1974; 9(3):208-20.

Respecto a la demanda intervienen factores como predisposición, necesidad y habilidad de los agentes; y 3) Acceso real: relaciona determinantes objetivos -cómo el sistema de salud resuelve las necesidades de los usuarios, y subjetivos de la utilización de servicios -satisfacción.

Dentro de las barreras de acceso identificadas actualmente en Bogotá se encuentra el hecho del desplazamiento – inmigrante; Según Bollini y Siem¹⁵, los colectivos de inmigrantes y/o desplazados” no sólo están expuestos a trabajos precarios y a pobres condiciones de vida, que, per. se, determinan un nivel de salud bajo, sino que además han visto como se reducían las facilidades de acceso a la salud, debido a razones políticas, administrativas y culturales, que no siempre están presentes para las poblaciones autóctonas y que además varían en diferentes sociedades. Distintos conceptos de salud y enfermedad, lenguaje o la presencia de racismo son ejemplos de estas barreras selectivas”. El conjunto de factores tanto internos como externos que actúan como barreras y dificultan que la persona disponga de una atención sanitaria adecuada definen las restricciones de acceso a los servicios de salud¹⁶.

Figura 2-2: Accesibilidad y Restricciones



¹⁵ Bollini, P.; Siem, H. No real Progress towards Equity: Health of Migrants and Ethnic Minorities on the eve of the year 2000, Soc.Sci. Med. Vol.41.

¹⁶ Ros M, Bada E. Restricciones internas y externas en la accesibilidad a los servicios de salud. Diciembre 1998

Las **restricciones internas**, son las que provienen del propio individuo, tendríamos en primer lugar lo que denominamos auto restricción primaria que consistiría en una serie de factores de carácter interno que influyen en la toma de decisión de la persona para acudir al servicio de salud. A partir de la percepción que la persona tiene de su situación y en función de lo que define como "actuación normal" puede darse una discrepancia con lo que los servicios de salud consideran necesario que hiciera. Esta diferencia de criterios se ve acentuada en la población inmigrante, dado que, entre otros factores se parte de unas definiciones de salud/enfermedad diferentes de las de la sociedad de acogida; la experiencia previa en los países de origen suele estar ligada a sistemas de salud con redes de atención primaria muy débiles y en muchas ocasiones falta una información clara sobre las posibilidades que brinda el sistema de salud de la ciudad de acogida. Es importante tener en cuenta que en este primer caso, la persona no tendría una vivencia de dicha restricción.

Las **restricciones externas** se manifiestan cuando ya se ha tomado la decisión de acudir a los servicios de salud. Las restricciones externas pueden ser generadas por dificultades de carácter legal administrativo (empadronamiento, carné de salud...), estructurales (concertación de citas, pruebas complementarias, visitas de control...), desconocimiento del sistema de salud, socio económicos (precariedad laboral, vivienda...), culturales (creencias, religión, tabú...), de comunicación (idioma, lenguaje no verbal, interpretaciones...) o de relación con el personal del centro (actitudes, estereotipos, tópicos...). Todos estos factores externos pueden generar a su vez un efecto de feedback negativo que provoque la aparición de una auto restricción de carácter interno, que también puede ser provocada por factores externos al sistema de salud: la auto restricción secundaria. En este caso la persona sí define la necesidad de acudir a los servicios de salud, pero la experiencia previa (sea por razones objetivas o subjetivas) hace que decida no asistir.

Partiendo del modelo presentado en el estudio del Amazonas de De la Hoz, Fernando, Pérez, Ligia, Wheeler, Jeremy G., de Neira, Marlen and Hall, Andrew J. (2005). y de acuerdo a las opciones de respuesta frente a los motivos del cumplimiento tardío y/o el no cumplimiento de esquema de vacunación se adoptó y adaptó la clasificación de las barreras de acceso del estudio en mención en las relacionadas con a) El Prescriptor = Servicio y b) Usuarios = La familia

2.4.3 Enfoque de la salud con participación social.

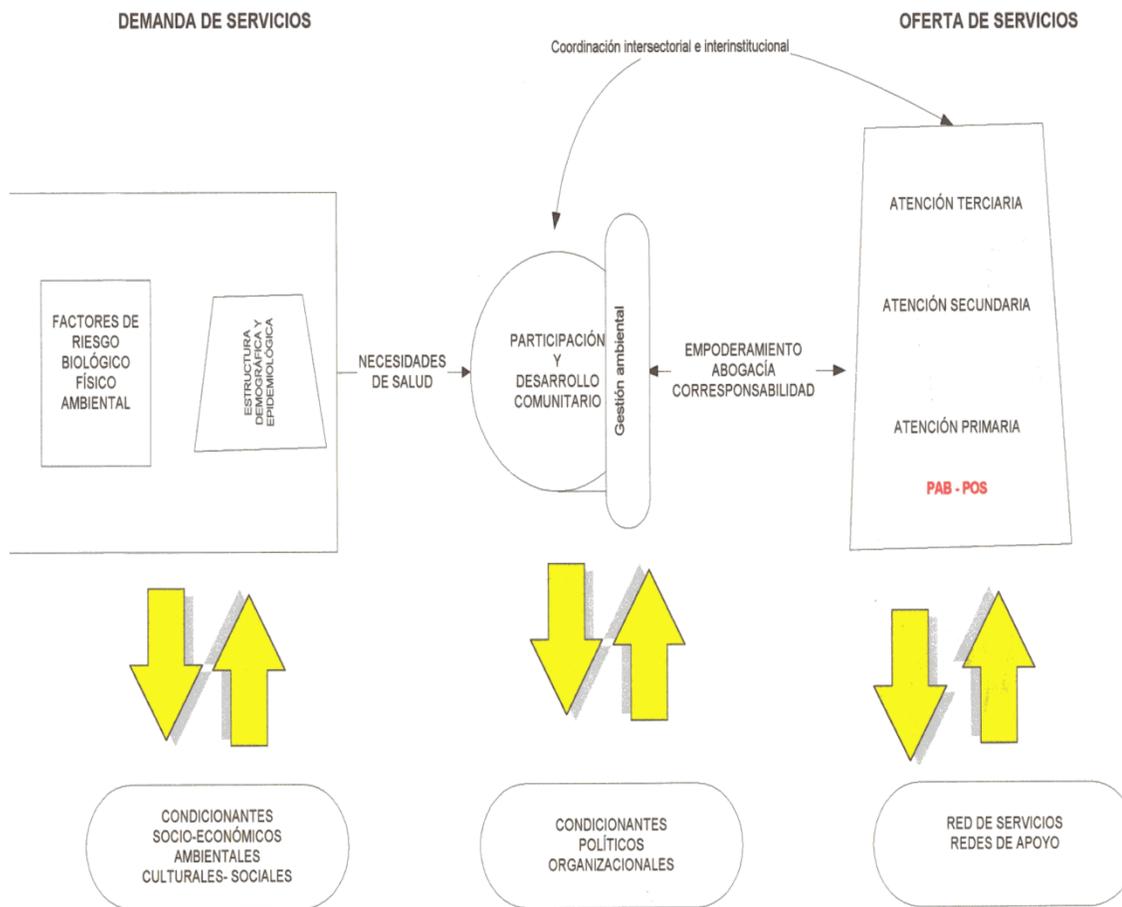
El modelo de salud, resumido en la figura 2-3 (abajo), representa el concepto de salud comunitaria en donde se busca el “mejoramiento paulatino de las condiciones de vida de una comunidad dada, mediante el desarrollo de actividades planificadas e integradas de promoción, prevención, atención, diagnóstico, rehabilitación y readaptación social, además de empoderamiento y liderazgo comunitario que permitan el desarrollo de la comunidad” (San Martín y Pastor, 1988: 233), y en donde el modelo:

Además de conjugar los elementos de la salud y la medicina comunitaria, integra a otras profesiones de la salud, para así ampliar su campo de acción al incluir otros factores condicionantes de la salud como son el medio ambiente, la situación económica y los aspectos culturales, que no son necesariamente de la competencia de los médicos. Trabaja en la mejoría de la calidad y oportunidad de los servicios de promoción de la salud, prevención y curación de enfermedades, así como la rehabilitación, ejecutadas por grupos interdisciplinarios, que buscan su coordinación para el logro del bienestar de la comunidad, y disminuir las barreras de acceso con un enfoque de atención primaria en salud. Se aparta del patrón tradicional de atención médica hospitalaria y especializada para individuos, entrando a prestar atención integral y permanente en la comunidad (FSFB, 1992: 5).

Como elementos claves para lograr el bienestar en un modelo integral de salud comunitaria, se requiere la interacción de tres factores críticos:

1. **No barreras de acceso** (oferta y demanda) de servicios de salud con acciones integrales de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.
2. Conservación del **medio ambiente** y el entorno.
3. Fortalecimiento de la **Participación social** y el empoderamiento de la comunidad.

Figura 2-3. Enfoque de la salud con participación social



Fuente: (Área de Participación Social SDS)

2.4.4 Normas y estándares legales regionales sobre la salud.

2.4.4.1 Constitución Política de 1991

En la Carta Fundamental se establecen con fuerza algunos aspectos significativos con relación a las pretensiones del presente estudio:

Artículo. 44. Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social¹⁷, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, al cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos. Gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia¹⁸. Los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás.

Seguidamente, se refiere a los derechos en materia de salud, de seguridad social, y en especial, la de los menores de un año, al indicar que:

Artículo 48. La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social¹⁹.

Artículo 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud²⁰.

Artículo 50. Todo niño menor de un año que no esté cubierto por algún tipo de protección o de seguridad social, tendrá derecho a recibir atención gratuita en todas las instituciones de salud que reciban aportes del Estado".

¹⁷ El subrayado es propio.

¹⁸ Dentro de los acuerdos internacionales que mayor relevancia tienen para la protección de la población y la niñez en distintos aspectos, incluyendo a la salud, se pueden mencionar: Declaración Internacional de los Derechos Humanos (Artículo 25), en cual se establece que toda persona tiene derecho a la salud y al bienestar; Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, firmado en abril de 1978 (Artículo 12), en el cual se establece: "la reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el **sano desarrollo de los niños**"; La Convención de los Derechos del Niño (Artículo 24), que establece la necesidad de "combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria en salud", y el protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador, firmado en 1995" (Artículo 9), que establece para los Estados parte: "reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho: la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas".

¹⁹ El subrayado es propio.

²⁰ El subrayado es propio.

2.4.4.2 Ley 100 de 1993 (Diciembre 23).

En el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) establecido en la ley 100 de 1993, la inmunización es una de las actividades de obligatorio cumplimiento del Plan Obligatorio de Salud (POS) de los regímenes contributivo y subsidiado. Complementariamente, el Plan de Atención Básica (PAB), desarrolla las actividades de vigilancia de enfermedades prevenibles por vacunación, promoción de la vacunación y vacunación por concentración (jornadas nacionales y locales de vacunación) para garantizar la inmunización en la población que por barreras geográficas, culturales o institucionales no ha tenido acceso a dichos servicios de salud.

2.4.4.3 Ley 715 de 2001 (diciembre 21):

Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros". **Artículo 44.** Competencias de los municipios. Corresponde a los municipios dirigir y coordinar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el ámbito de su jurisdicción.

El Distrito Capital, a través de la Secretaría Distrital de Salud, tiene grandes responsabilidades en materia de Salud Pública, y como ente rector en Bogotá, debe contribuir a que los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social, incluidas las empresas sociales del Estado, dirijan sus esfuerzos a garantizar las competencias que le corresponden al Distrito.

Finalmente, es importante señalar que la ley 715 de 2001, responsabilizó a la Nación de garantizar el suministro oportuno de vacunas e insumos críticos y fijó el logro de coberturas útiles de vacunación como criterio de eficiencia administrativa para la distribución de los recursos de Salud Pública del Sistema General de Participaciones.

2.4.4.4 Acuerdos Distritales.

- **Acuerdo 119 de 2004**: “Por el cual se adopta el Plan de Desarrollo Económico, Social y de Obras Públicas para Bogotá D.C. 2004 - 2008: *Bogotá Sin Indiferencia: Un compromiso social contra la pobreza y la exclusión*”.

En los apartes dedicados a la niñez, se establece **Artículo 4. Políticas Generales del Plan de Desarrollo**. Las orientaciones o directrices que regirán la gestión y la actuación pública son: **Punto 4.** Prevalencia de los derechos de las niñas y los niños

Los derechos de las niñas y los niños tendrán prioridad sobre los derechos de los demás y sobre todas las normas y consideraciones cuando ellas impidan su garantía o satisfacción.

Artículo. 7. Políticas del Eje Social. Punto 3. Ejercicio pleno de los derechos de los niños y las niñas: Se propiciarán las condiciones materiales y afectivas necesarias para garantizar el ejercicio pleno de los derechos de los niños y las niñas. Se adelantarán intervenciones integrales, interinstitucionales e intersectoriales para enfrentar problemas fundamentales que padecen los niños y niñas en situación de pobreza y vulnerabilidad. **Punto 7. Análisis del Impacto Fiscal.** De conformidad con lo establecido en el artículo 7 de la Ley 819 de 2003 y acorde con los pronunciamientos de la Secretaría Distrital de Salud los recursos por valor de \$200.000 millones para el suministro de las cinco (5) vacunas están garantizados.

Así las cosas, se tiene que desde el punto de vista fiscal, el Proyecto de Acuerdo no tiene inconvenientes financieros para su ejecución, por lo cual, dentro de los intereses de este estudio, las barreras de acceso no podrán ser determinadas desde el punto de vista económico del Estado y el Distrito.

Punto 8. Alcances del Proyecto de Acuerdo. Suministro gratuito de las nuevas vacunas por ser preventivas en enfermedades de interés en Salud Pública. El suministro se realizará hasta tanto dichas vacunas entren a formar parte del POS y/o que la Nación las asuma financieramente.

De manera puntual, el articulado del Proyecto de Acuerdo, comprende:

Objetivo: Implementación de acciones permanentes en la prevención en enfermedades de interés en Salud Pública. Se amplía el PAI del Distrito mediante el suministro gratuito de las vacunas contra neumococo, rotavirus, hepatitis A, influenza y VPH (virus del papiloma humano) a la población más pobre y vulnerable de la ciudad expuesta a tales enfermedades, perteneciente a los estratos económicos 1 y 2 de la población.

La definición de las metas de inmunización por localidad y vacuna se realizará anualmente y le corresponde a la Secretaría Distrital de Salud.

El Distrito Capital suministrará gratuitamente las vacunas establecidas en el artículo anterior hasta que las mismas formen parte del Plan Obligatorio de Salud y/o sean asumidas por la Nación.

Responsable Distrital: La Secretaría de Salud como ente rector del Sistema de Salud en el Distrito, coordinará con los demás actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud con presencia en el Distrito para garantizar el suministro de las vacunas.

- **Política por la calidad de vida de niños, niñas y adolescentes en Bogotá (“Quiéreme bien, quiéreme hoy”).**

La política para niños, niñas y adolescentes de la ciudad se centra en la garantía de los derechos para mejorar su calidad de vida. Dentro del ítem de “el inicio de una vida digna”, se encuentra puntualmente haciendo referencia a la vacunación lo siguiente:

En el primer año: para superar la meta del primer año en las mejores condiciones, la Alcaldía desarrollará a través de sus entidades, una amplia campaña de información y comunicación para promover y apoyar la lactancia exclusiva hasta el sexto mes de vida. La SDS comprometerá a los aseguradores de los dos regímenes y se hará responsable de las familias no aseguradas, para cumplir el mandato constitucional de garantizar el acceso, sin restricción alguna, a la atención integral en salud de niños y niñas menores de un año, apoyándose en el programa *Salud a su hogar*. Esto incluye el control de

crecimiento y desarrollo, *vacunación*, información y educación para la salud a la madre y la familia, la atención oportuna y de calidad según la necesidad y el diagnóstico temprano de limitaciones físicas y mentales para prevenir la discapacidad y garantizar el desarrollo adecuado. El DABS (actual Secretaría de Integración Social), ampliará la cobertura con subsidios para madres en condiciones de vulnerabilidad hasta los seis meses de vida del niño o la niña y los vinculará a los programas de atención de la primera infancia. Las familias y comunidades activarán las redes sociales de apoyo y conocerán las rutas institucionales para la atención oportuna de los niños y niñas menores de un año que la requieran.

▪ **Acuerdo 340 de 2006:**

Por el cual se implementan acciones permanentes en la prevención de enfermedades de interés en salud pública en el Distrito Capital mediante el suministro gratuito de las vacunas contra neumococo, rotavirus, hepatitis A, influenza y VPH (virus del papiloma humano) a la población en riesgo epidemiológico de los estratos económicos 1 y 2 de la ciudad.

Todo lo anterior es un marco de referencia que demuestra la importancia de articular las políticas públicas en atención en salud a la población (infantil), con un conocimiento razonable de los determinantes en Salud Pública, y las dificultades que conlleva la prestación y aplicación de un servicio cada vez más demandado como lo es la vacunación.

Ahora observemos cómo se desarrolla el PAI en el marco de la Salud Pública para el Distrito, teniendo en cuenta los aspectos mencionados anteriormente de pertinencia científica, normatividad en inclusión, equidad y acceso en el servicio para la población más vulnerable (analizada desde un grupo homogéneo). Los siguientes son indicadores de demanda y cubrimiento efectivo del PAI en una localidad específica del Distrito.

3. Capítulo 3. Resultados

3.1 Indicadores del cubrimiento del cuadro completo de vacunación para niños entre los 0 - 5 años

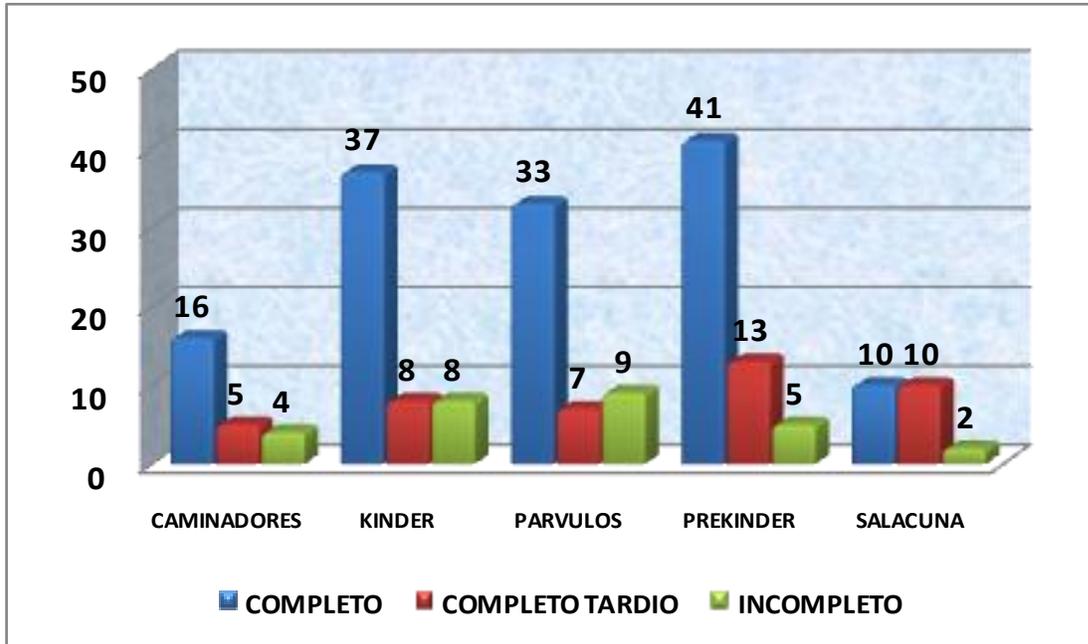
3.1.1 Esquema de vacunación por grupos (niños asistentes a las casas vecinales de Tibabitá y Horizontes), localidad de Usaquén, Bogotá D.C. Octubre de 2008

Tabla 3-1. Esquema de vacunación por grupos (niños asistentes a las casas vecinales de Tibabitá y Horizontes), localidad de Usaquén, Bogotá D.C. Año 2008

GRUPO	COMPLETO	COMPLETO TARDIO	INCOMPLETO	TOTAL
CAMINADORES	16	5	4	25
%	64	20	16	100
KINDER	37	8	8	53
%	69,8	15,1	15,1	100
PARVULOS	33	7	9	49
%	67,3	14,3	18,4	100
PREKINDER	41	13	5	59
%	69,5	22	8,5	100
SALACUNA	10	10	2	22
%	45,5	45,5	9,1	100
TOTAL	137	43	28	208
%	65,9	20,7	13,5	100

Fuente (Registros de vacunación de las casas vecinales enunciadas)

Gráfica 3-1. Esquema de vacunación por grupos (niños asistentes a las casas vecinales de Tibabitá y Horizontes), localidad de Usaquén, Bogotá D.C. Año 2008



Fuente (Registros de vacunación de las casas vecinales enunciadas)

Con un límite de confianza del 95% y una $p = 0,125$ se tiene que de 208 niños que asisten en total a las casas vecinales de Tibabitá y Horizontes durante el año 2008, el 65,9% (137 niños) tiene su esquema de vacunación completo para la edad de manera oportuna; el 20,7% (43 niños) tiene el esquema completo de manera tardía, y el 13,5% (28 niños) no tiene el esquema completo para la edad.

Los grupos con mayor porcentaje de esquemas completos son pre kínder 29,0% (41 niños), seguido de kínder 37,0% (27 niños), y el menor índice de esquemas completos se ubica en el grupo de los niños de sala-cuna con un 7,3% (10 niños).

Los esquemas completos inadecuadamente se concentran en los grupos de pre kínder y sala-cuna con porcentajes de 30,2% y 23,0% respectivamente.

Los esquemas incompletos se hallan en mayor porcentaje en párvulos y kínder con 32,1 y 28,6% respectivamente.

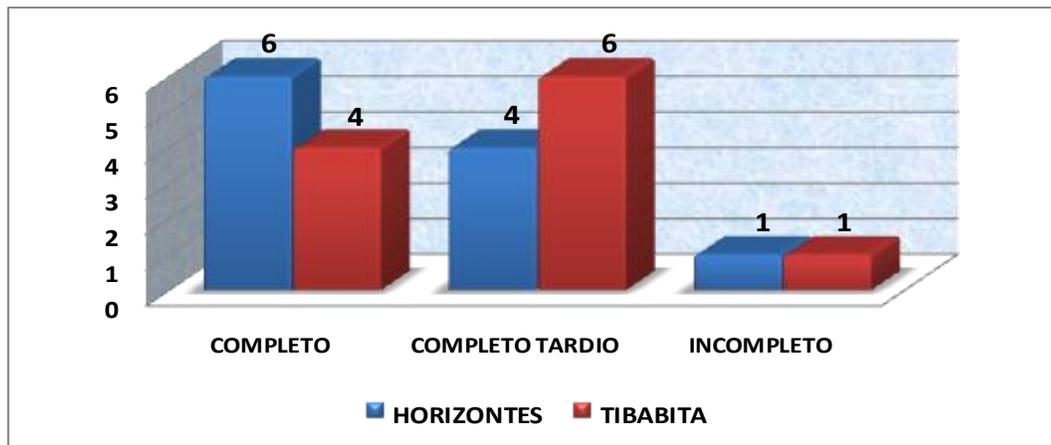
3.1.2 Esquema de vacunación (grupo Sala-cuna)

Tabla 3-2. Esquema de vacunación grupo Sala cuna (niños asistentes a las casas vecinales de Tibabitá y Horizontes), localidad de Usaqué, Bogotá D.C. Año 2008

CASA VECINAL	COMPLETO	COMPLETO TARDIO	INCOMPLETO	TOTAL
HORIZONTES	6	4	1	11
%	54,5	36,4	9,1	100
TIBABITA	4	6	1	11
%	36,4	54,5	9,1	100
TOTAL	10	10	2	22
%	45,5	45,5	9,1	100

Fuente: (Registros de vacunación de las casas vecinales enunciadas)

Gráfica 3-2. Esquema de vacunación grupo Sala cuna (niños asistentes a las casas vecinales de Tibabitá y Horizontes), localidad de Usaqué, Bogotá D.C. Año 2008



Fuente: (Registros de vacunación de las casas vecinales enunciadas)

Dentro del grupo de sala-cuna, con niños que tienen edades entre 3 y 13 meses, la mayor concentración de esquemas completos se encuentra en la casa vecinal Horizontes con un 60,0% (86 niños). Valor de $p = 0,67$

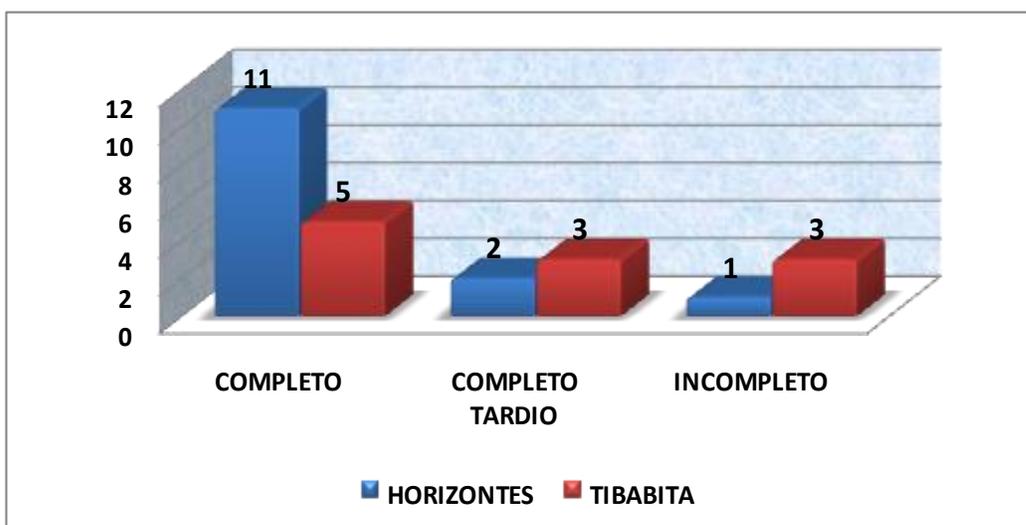
3.1.3 Esquema de vacunación (grupo Caminadores)

Tabla 3-3. Esquema de vacunación grupo Caminadores (niños asistentes a las casas vecinales de Tibabitá y Horizontes), localidad de Usaquén, Bogotá D.C. Año 2008

CASA VECINAL	COMPLETO	COMPLETO TARDIO	INCOMPLETO	TOTAL
HORIZONTES	11	2	1	14
%	78,6	14,3	7,1	100
TIBABITA	5	3	3	11
%	45,5	27,3	27,3	100
TOTAL	16	5	4	25
%	64	20	16	100

Fuente (Registros de vacunación de las casas vecinales enunciadas)

Gráfica 3-3 Esquema de vacunación grupo Caminadores (niños asistentes a las casas vecinales de Tibabitá y Horizontes), localidad de Usaquén, Bogotá D.C. Año 2008



Fuente (Registros de vacunación de las casas vecinales enunciadas)

En la tabla se observa que para este grupo de niños con edades de 13 a 18 meses, se tiene mayor porcentaje de esquemas completos en la casa vecinal de Horizontes con un 68,0% (11 niños de 14), esto puede obedecer a la mayor coordinación interinstitucional que se dan con el Centro de Salud cercano a esta casa vecinal, lo que facilita la vacunación constante de los niños previa autorización firmada de los padres. Valor de $p = 0,20$

3.1.4 Esquema de vacunación (grupo Párvulos)

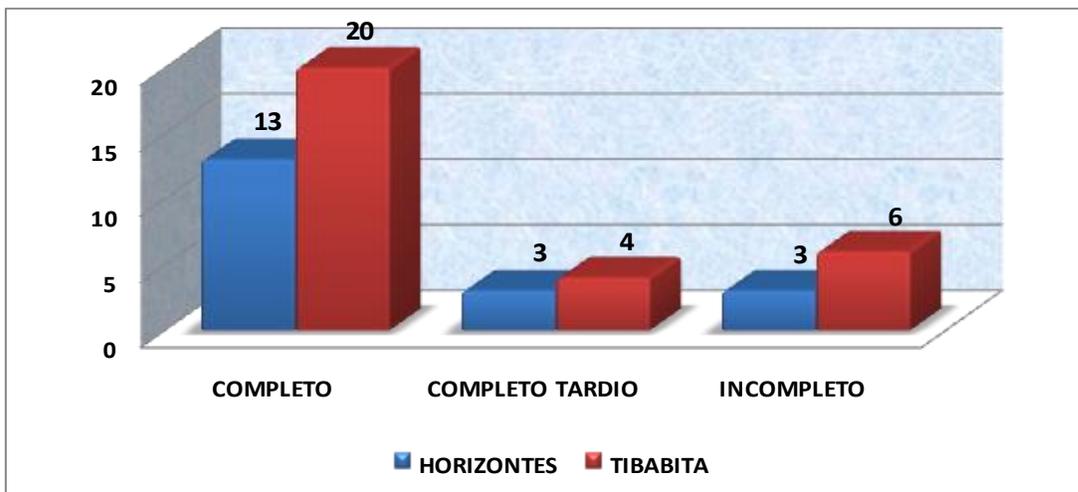
Tabla 3-4. Esquema de vacunación grupo Párvulos (niños asistentes a las casas vecinales de Tibabitá y Horizontes), localidad de Usaquén, Bogotá D.C. Año 2008

CASA VECINAL	COMPLETO	COMPLETO TARDIO	INCOMPLETO	TOTAL
HORIZONTES	13	3	3	19
%	68,4	15,8	15,8	100
TIBABITA	20	4	6	30
%	66,7	13,3	20	100
TOTAL	33	7	9	49
%	67,3	14,3	18,4	100

Fuente (Registros de vacunación de las casas vecinales enunciadas)

El grupo de párvulos con edades entre los 19 y 24 meses tiene mayor porcentaje de esquemas completos en la casa vecinal de Tibabitá con un 60,6% (20 niños) e incompleto en un 66,0% (6 niños) en la misma institución. Esto se relaciona además con el hecho de que la mayor concentración de niños de esta edad se encuentra en esta casa vecinal. Valor de $p = 0,92$

Gráfica 3-4. Esquema de vacunación grupo Párvulos (niños asistentes a las casas vecinales de Tibabitá y Horizontes), localidad de Usaquén, Bogotá D.C. Año 2008



Fuente (Registros de vacunación de las casas vecinales enunciadas)

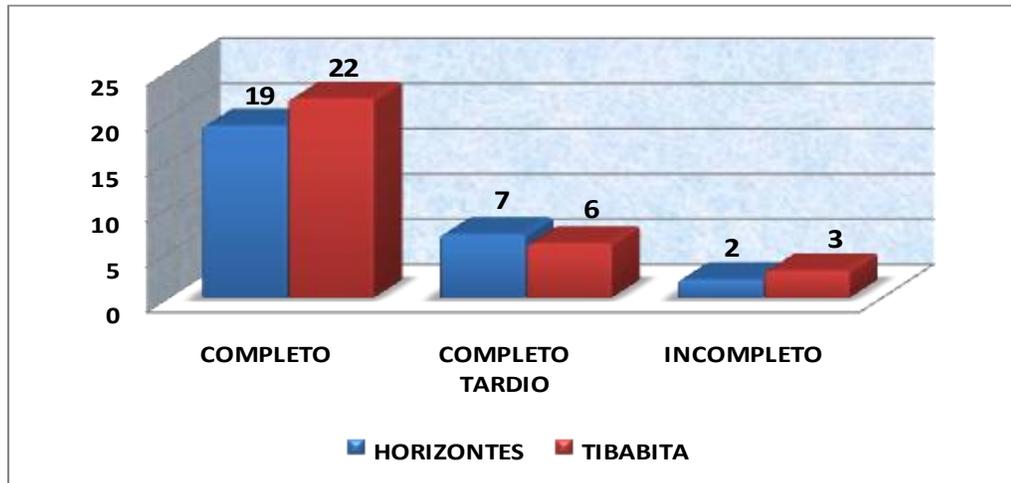
3.1.5 Esquema de vacunación (grupo Pre kínder)

Tabla 3-5: Esquema de vacunación grupo Pre kínder(niños asistentes a las casas vecinales de Tibabitá y Horizontes), localidad de Usaquén, Bogotá D.C. Octubre de 2008

CASA VECINAL	COMPLETO	COMPLETO TARDIO	INCOMPLETO	TOTAL
HORIZONTES	19	7	2	28
%	67,9	25	7,1	100
TIBABITA	22	6	3	31
%	71	19,4	9,7	100
TOTAL	41	13	5	59
%	69,5	22	8,5	100

Fuente (Registros de vacunación de las casas vecinales enunciadas)

Gráfica3-5: Esquema de vacunación grupo Pre kínder(niños asistentes a las casas vecinales de Tibabitá y Horizontes), localidad de Usaquén, Bogotá D.C. Año 2008



Fuente: (Registros de vacunación de las casas vecinales enunciadas)

Los esquemas completos representan el 53,7% (22 niños) en la casa vecinal Tibabitá, seguidamente se ubican los esquemas completos tardíamente 53,8% (7 niños) en la casa vecinal Horizontes, los esquemas incompletos para este grupo de edad se ubican con un 60,0% en la casa de Tibabitá. Valor de $p = 0,84$.

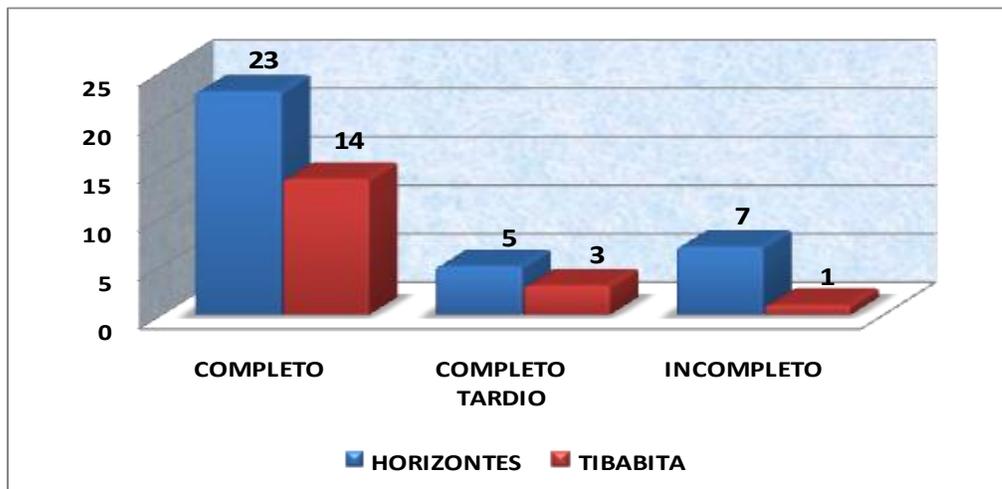
3.1.6 Esquema de vacunación (grupo Kínder)

Tabla 3-6: Esquema de vacunación grupo Kínder (niños asistentes a las casas vecinales de Tibabitá y Horizontes), localidad de Usaquén, Bogotá D.C. Año 2008

CASA VECINAL	COMPLETO	COMPLETO TARDIO	INCOMPLETO	TOTAL
HORIZONTES	23	5	7	35
%	65,7	14,3	20	100
TIBABITA	14	3	1	18
%	77,8	16,7	5,6	100
TOTAL	37	8	8	53
%	69,8	15,1	15,1	100

Fuente (Registros de vacunación de las casas vecinales enunciadas)

Gráfica 3-6: Esquema de vacunación grupo Kínder (niños asistentes a las casas vecinales de Tibabitá y Horizontes), localidad de Usaquén, Bogotá D.C. Año 2008



Fuente (Registros de vacunación de las casas vecinales enunciadas)

En el grupo de kínder de las dos casas vecinales se encuentra que el mayor porcentaje de esquemas completos se ubica en Horizontes con un 62,2% y los esquemas incompletos representan el 87,0% (7) en la misma casa. De lo anterior se concluye que su coordinación con el centro de salud cercano se ubica como un factor que influye en la mejor prestación del servicio. Valor de $p = 0,37$

3.2 Esquemas de Vacunación (Según Tipo de Familia, Régimen de Afiliación al SGSSS y Escolaridad Materna de los Niños asistentes a las Casas Vecinales de Tibabitá y Horizontes - Localidad de Usaquén, 2008)

3.2.1 Según Tipo de Familia

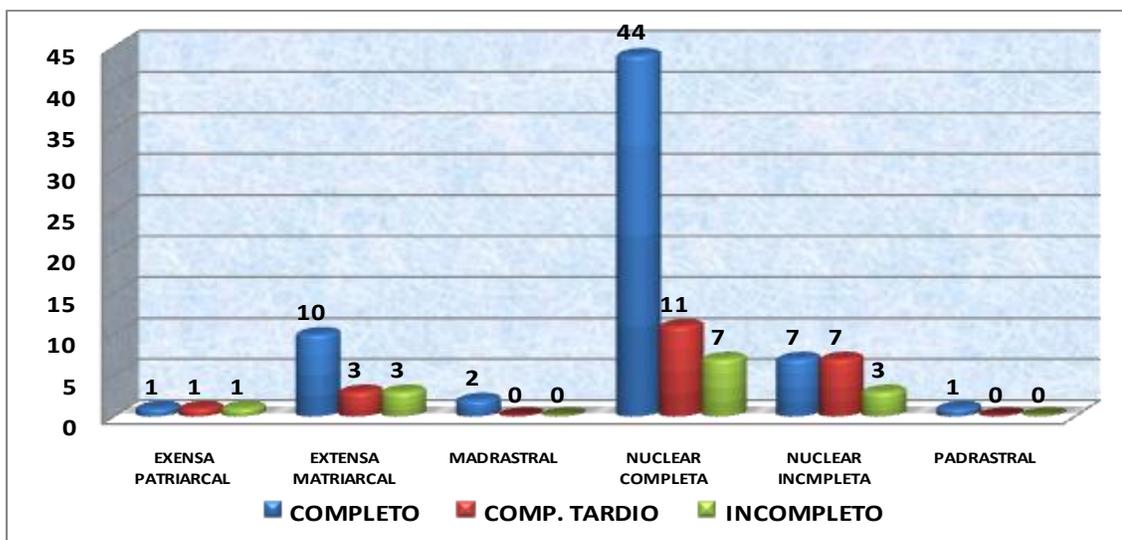
3.2.1.1 Datos de la casa vecinal de Tibabitá

Tabla 3-7: Esquema de Vacunación según tipo de familia, Casa Vecinal Tibabitálocalidad de Usaquén, Bogotá D.C. Año 2008

TIPO DE FAMILIA							
ESQUEMA DE VAC.	EXENSA PATRIARCAL	EXTENSA MATRIARCAL	MADRASTRAL	NUCLEAR COMPLETA	NUCLEAR INCMPLETA	PADRASTRAL	TOTAL
COMPLETO	1	10	2	44	7	1	65
%	1,5	15,4	3,1	67,7	10,8	1,5	100
COMP. TARDIO	1	3	0	11	7	0	22
%	4,5	13,6	0	50	31,8	0	100
INCOMPLETO	1	3	0	7	3	0	14
%	7,1	21,4	0	50	21,4	0	100
TOTAL	3	16	2	62	17	1	101
%	3	15,8	2	61,4	16,8	1	100

Fuente (Registros de vacunación de las casas vecinales enunciadas, encuestas)

Gráfica 3-7. Esquema de Vacunación según tipo de familia, Casa Vecinal Tibabitálocalidad de Usaquén, Bogotá D.C. Año 2008



Fuente (Registros de vacunación de las casas vecinales enunciadas, encuestas)

El tipo de familia que predomina en la Casa Vecinal Tibabitá es la nuclear completa, con un 61,4% (62 niños), seguida de la nuclear incompleta (madre cabeza de familia), con un 16,8% (17 casos), y la que menos se da es la de tipo padrastral con un 1,0% (1 niño). Asociado al tipo de familia se observa que los esquemas completos son mayores en las familias nucleares completas 67,0% (44 niños). Al igual que los esquemas completos inadecuadamente (11%), los esquemas incompletos, el 50,0% (7 casos), predominan mayormente en el tipo de familiar nuclear completa. Valor de $p = 0,5$

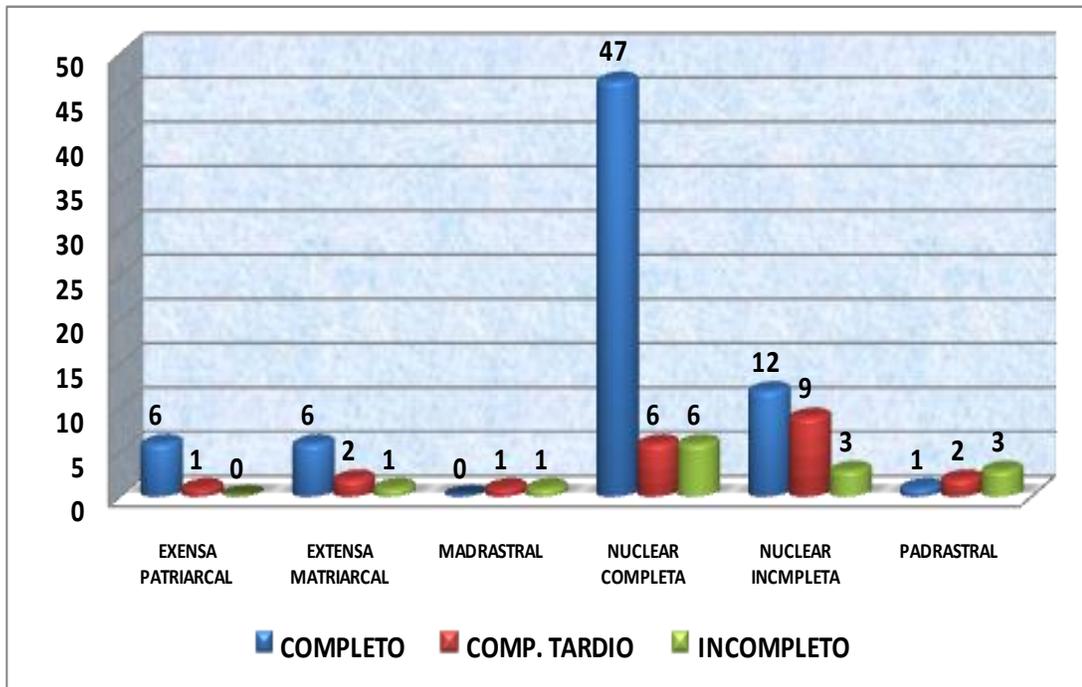
3.2.1.2 Datos de la casa vecinal de Horizontes

Tabla 3-8. Esquema de Vacunación según tipo de familia, Casa Vecinal Horizontes localidad de Usaquén, Bogotá D.C. Año 2008

TIPO DE FAMILIA							
ESQUEMA DE VAC.	EXENSA PATRIARCAL	EXTENSA MATRIARCAL	MADRASTRAL	NUCLEAR COMPLETA	NUCLEAR INCMPLETA	PADRASTRAL	TOTAL
COMPLETO	6	6	0	47	12	1	72
%	8,3	8,3	0	65,3	16,7	1,4	100
COMP. TARDIO	1	2	1	6	9	2	21
%	4,8	9,5	4,8	28,6	42,9	9,5	100
INCOMPLETO	0	1	1	6	3	3	14
%	0	7,1	7,1	42,9	21,4	21,4	100
TOTAL	7	9	2	59	24	6	107
%	6,5	8,4	1,9	55,1	22,4	5,6	100

Fuente (Registros de vacunación de las casas vecinales enunciadas)

Gráfica 3-8. Esquema de Vacunación según tipo de familia, Casa Vecinal Horizontes localidad de Usaquén, Bogotá D.C. Año 2008



Fuente (Registros de vacunación de las casas vecinales enunciadas)

El tipo de familia que predomina en la casa vecinal Horizontes es la nuclear completa con un 55,1% (59 niños), seguida de la nuclear incompleta (madre cabeza de familia) con un 22,4% (24 casos), y la que menos se da es la de tipo madrastral con un 2,0% (6 niño). Asociado al tipo de familia se observa que los esquemas completos son mayores en las familias nucleares completas 65.3% (47 niños); los esquemas completos inadecuadamente predominan en las familiar nucleares incompletas (mujeres cabeza de familia): 42,0% (9 casos). Los esquemas incompletos 42.9% (6 casos), igualmente predominan mayormente en el tipo de familiar nuclear completa. Valor de $p = 0,006$

En ambos casas vecinales, se observa la predominancia de esquemas completos en las familias nucleares completas, pero el indicador de este factor podría ser relativo y no determinante, así como no hay manera de analizarlo desde un punto de vista específico como el cultural, el logístico o el de servicio.

3.2.2 Según régimen de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud

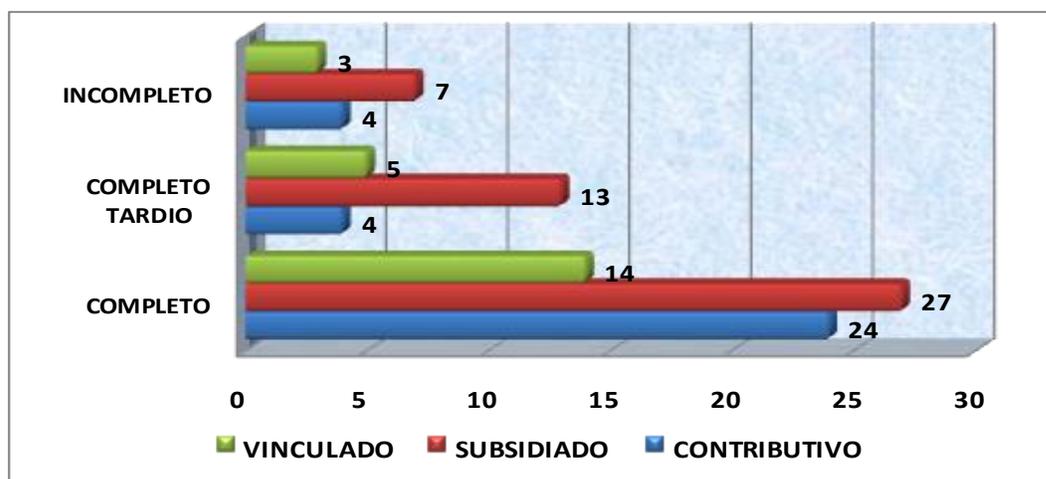
3.2.2.1 Datos de la Casa vecinal de Tibabitá

Tabla 3-9. Esquemas de vacunación por Régimen de Seguridad Social en Salud (niños asistentes a las casa vecinal de Tibabitá), localidad de Usaquén, Bogotá D.C. Año 2008

SEGURIDAD SOCIAL	COMPLETO	COMPLETO TARDIO	INCOMPLETO	TOTAL
CONTRIBUTIVO	24	4	4	32
%	75	12,5	12,5	100
SUBSIDIADO	27	13	7	47
%	57,4	27,7	14,9	100
VINCULADO	14	5	3	22
%	63,6	22,7	13,6	100
TOTAL	65	22	14	101
%	64,4	21,8	13,9	100

Fuente (Registros de vacunación de las casas vecinales enunciadas)

Gráfica 3-9 Esquemas de vacunación por Régimen de Seguridad Social en Salud (niños asistentes a las casa vecinal de Tibabitá), localidad de Usaquén, Bogotá D.C. Año 2008



Fuente (Registros de vacunación de las casas vecinales enunciadas)

Con un límite de confianza del 95% y un valor de $p = 0,05$ el tipo de afiliación al sistema general de seguridad social en salud que predomina en los niños de la casa vecinal Tibabitá, es el del régimen subsidiado con un 46,5% (47 casos), seguido del contributivo con un 31,7% (32 niños), y el de menor concentración es el grupo de vinculados con cargo a la Secretaría Distrital de Salud y la red pública de prestadores con un 21,8% (22 niños).

Asociado al tipo de afiliación al SGSSS, se observa que los tres tipos de esquemas definidos para el estudio (esquema completo, completo inadecuadamente e incompleto) predominan en el régimen subsidiado: esquemas completos 41,5% (27 niños), los esquemas completos inadecuadamente representan el 59,1% (13 niños) y los esquemas incompletos corresponden al 50,0% (7 niños).

3.2.2.2 Datos de la casa vecinal de Horizontes

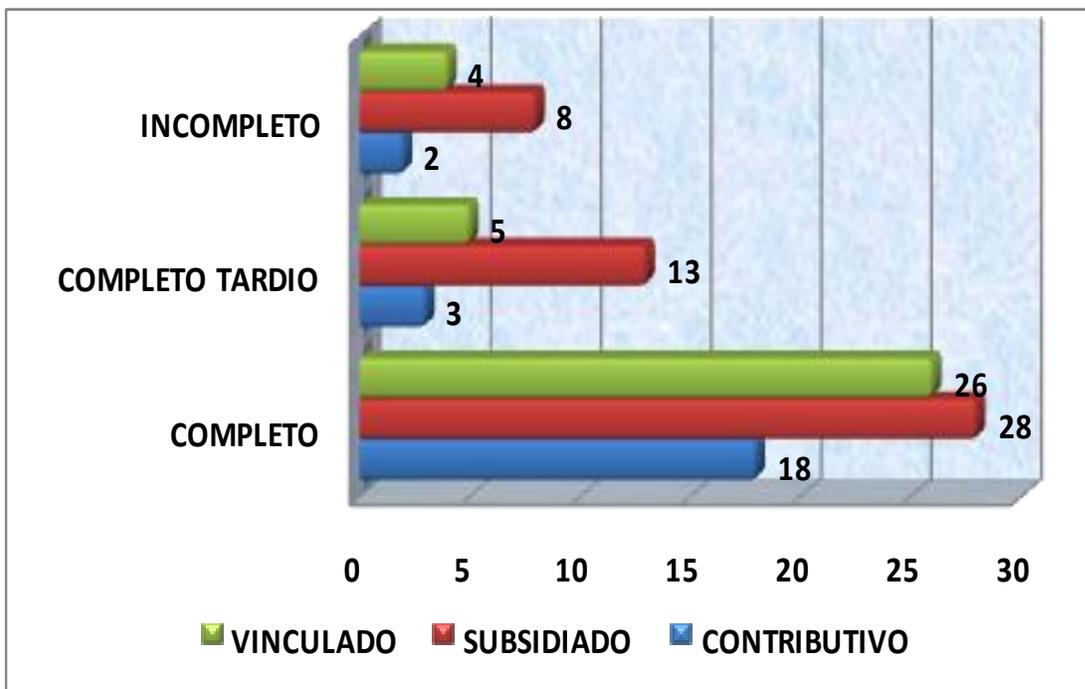
Tabla 3-10. Esquemas de vacunación por Régimen de Seguridad Social en Salud (niños asistentes a las casa vecinal de Horizontes), localidad de Usaquén, Bogotá D.C. Año 2008

SEGURIDAD SOCIAL	COMPLETO	COMPLETO TARDIO	INCOMPLETO	TOTAL
CONTRIBUTIVO	18	3	2	23
%	78,3	13	8,7	100
SUBSIDIADO	28	13	8	49
%	57,1	26,5	16,3	100
VINCULADO	26	5	4	35
%	74,3	14,3	11,4	100
TOTAL	72	21	14	107
%	67,3	19,6	13,1	100

Fuente (Registros de vacunación de las casas vecinales enunciadas)

El tipo de afiliación al sistema general de seguridad social en salud que predomina en los niños asistentes a la casa vecinal Horizontes, es el del régimen subsidiado con un 45,8% (49 casos), seguido del grupo de vinculados con cargo a la Secretaría Distrital de Salud y la red pública de prestadores con un 32,7% (35 niños), y el de menor peso porcentual es el régimen contributivo con un 21,5% (23 niños). Valor de $p = 0,035$

Gráfica 3-10 Esquemas de vacunación por Régimen de Seguridad Social en Salud (niños asistentes a las casa vecinal de Horizontes), localidad de Usaquén, Bogotá D.C. Año 2008



Fuente (Registros de vacunación de las casas vecinales enunciadas)

Asociado al tipo de afiliación al SGSSS, se observa que los tres tipos de esquemas definidos para el estudio (esquema completo, completo inadecuadamente e incompleto), predominan en el régimen subsidiado 38,9% (28 niños) tienen el esquema completo para la edad, los esquemas completos inadecuadamente representan el 61,9% (13 niños), y los esquemas incompletos 57,1% (8 niños).

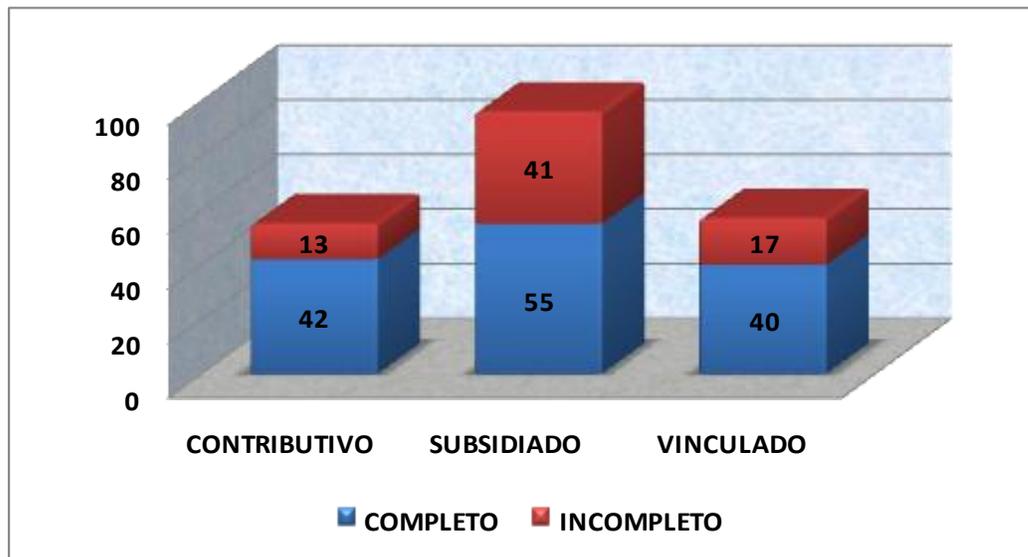
3.2.2.3 Datos casas vecinales de Tibabitá y Horizontes por tipo de Aseguramiento (Total)

Tabla 3-11: Esquemas de vacunación según tipo de aseguramiento (niños asistentes a las casas vecinales de Tibabitá y Horizontes), localidad de Usaquéen, Bogotá D.C. Año 2008

SEGURIDAD SOCIAL	COMPLETO	INCOMPLETO	TOTAL
CONTRIBUTIVO	42	13	55
%	76,4	23,6	100
SUBSIDIADO	55	41	96
%	57,3	42,7	100
VINCULADO	40	17	57
%	70,2	29,8	100
TOTAL	137	71	208
%	65,9	34,1	100

Fuente (Registros de vacunación de las casas vecinales enunciadas)

Gráfica 3-11: Esquemas de vacunación según tipo de aseguramiento (niños asistentes a las casas vecinales de Tibabitá y Horizontes), localidad de Usaquéen, Bogotá D.C. Octubre de 2008



Fuente (Registros de vacunación de las casas vecinales enunciadas)

El mayor porcentaje de esquemas incompletos se halla en el régimen subsidiado, con un 42,7% (41 casos), seguido del vinculado con un 29,8% (17).

El mayor porcentaje de esquemas completos se halla en el régimen contributivo con un 76,4% (42 niños) seguido del régimen vinculado con un 70,2% (40 niños). Valor de $p = 0,04$

3.3 Frecuencia de Esquema total de vacunación de los niños asistentes a las casas vecinales de Tibabitá y Horizontes (Localidad de Usaquén, Bogotá D.C., Octubre de 2008)

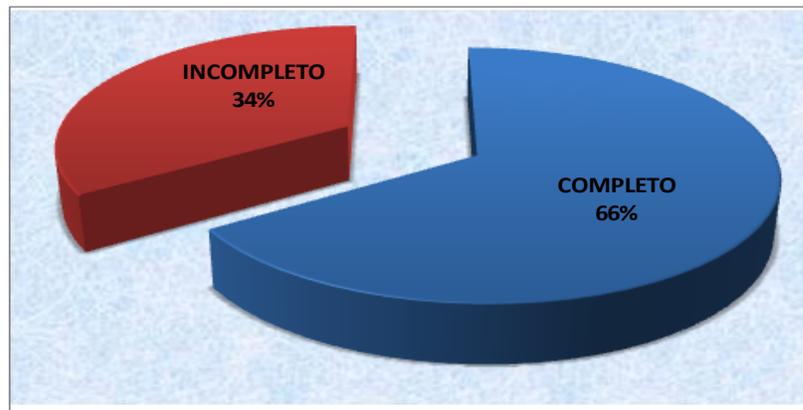
Tabla 3-12: Frecuencia de esquemas de vacunación de los niños asistentes a las casas vecinales de Tibabitá y Horizontes. Localidad de Usaquén, Bogotá D.C., Octubre de 2008

ESQUEMAS	Frecuencia	Frecuencia Relativa	%
COMPLETO	137	65,9%	65,9%
INCOMPLETO	71	34,1%	100,0%
Total	208	100,0%	100,0%

Fuente (Registros de vacunación de las casas vecinales enunciadas)

Al agrupar los esquemas de vacunación incompletos con los completos inadecuadamente, se observa que el 34% de los niños que asisten a estas casas vecinales, tienen el esquema de vacunación incompleto para la edad.

Gráfica 3-12:Frecuencia de esquemas de vacunación de los niños asistentes a las casas vecinales de Tibabitá y Horizontes. Localidad de Usaquén, Bogotá D.C., Año 2008



Fuente (Registros de vacunación de las casas vecinales enunciadas)

Con un límite de confianza del 95% se tiene que el esquema completo se evidencia en el 66% y los esquemas incompletos se encuentran en un 34%. IC para esquemas completos 59 – 72,3, IC para esquemas incompletos 27,7 – 41.

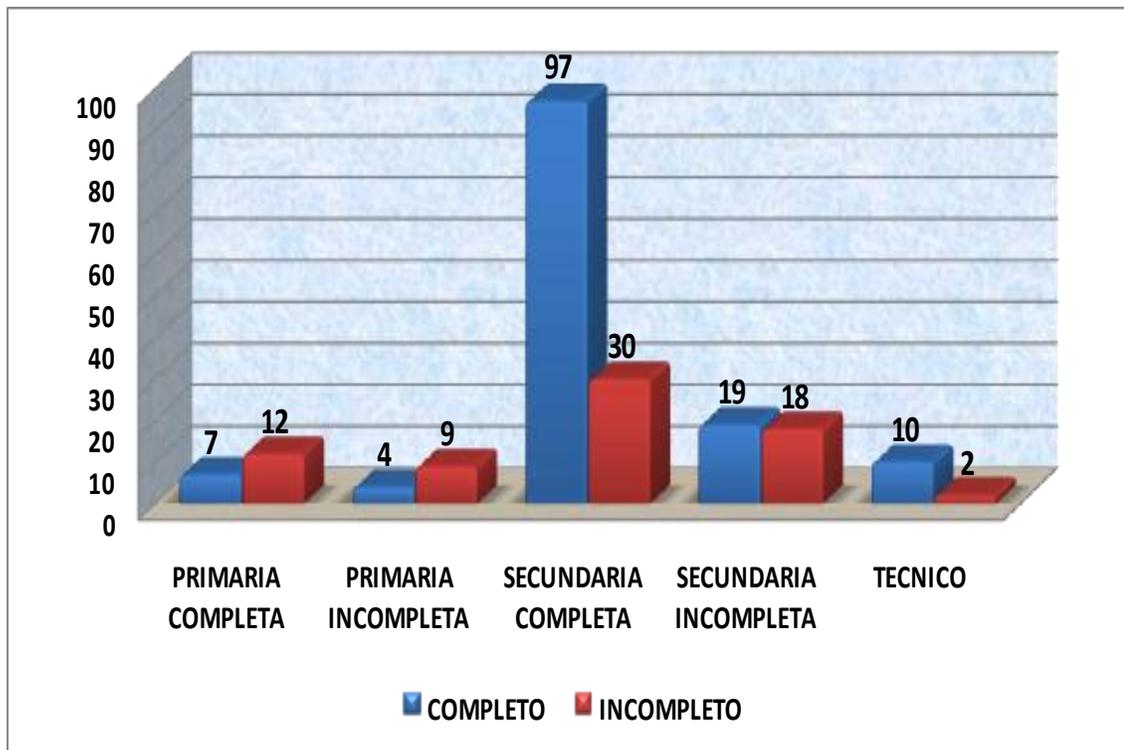
3.4 Según escolaridad materna

Tabla 3-13: Esquemas de vacunación según escolaridad materna de los niños asistentes a las casas vecinales de Tibabitá y Horizontes. Localidad de Usaquén, Bogotá D.C., Año 2008

ESCOLARIDAD MAMA	COMPLETO	INCOMPLETO	TOTAL
PRIMARIA COMPLETA	7	12	19
%	36,8	63,2	100
PRIMARIA INCOMPLETA	4	9	13
%	30,8	69,2	100
SECUNDARIA COMPLETA	97	30	127
%	76,4	23,6	100
SECUNDARIA INCOMPLETA	19	18	37
%	51,4	48,6	100
TECNICO	10	2	12
%	83,3	16,7	100
TOTAL	137	71	208
%	65,9	34,1	100

Fuente (Registros de vacunación de las casas vecinales enunciadas)

Gráfica 3-13: Esquemas de vacunación según escolaridad materna de los niños asistentes a las casas vecinales de Tibabitá y Horizontes. Localidad de Usaquén, Bogotá D.C., Año 2008



Fuente (Registros de vacunación de las casas vecinales enunciadas)

Con un nivel de confianza del 95% y un valor de $p = 0,0000$ de acuerdo a la escolaridad materna, se encuentra que el 70,8% de los niños con esquemas completos para la edad, tienen madres con estudios de secundaria completa; igualmente se encuentra en este grupo de madres el 42,3% de los esquemas incompletos.

3.5 Cobertura por biológico de los niños asistentes a las casas vecinales de Tibabitá y Horizontes. Localidad de Usaquén, Bogotá D.C., Año 2008

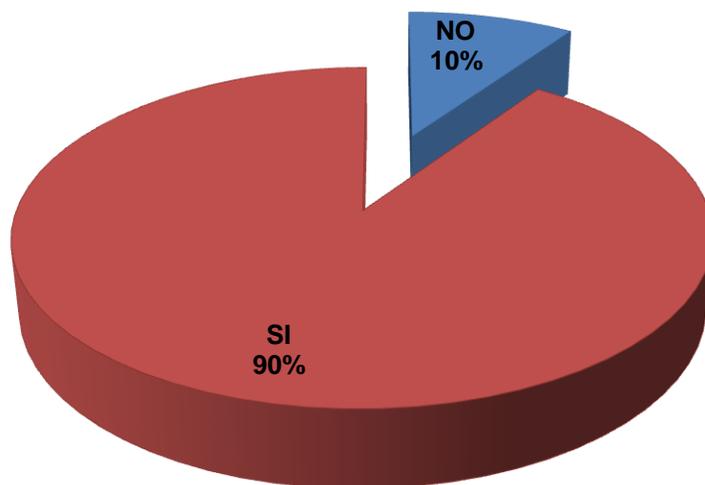
3.5.1 Cobertura de pentavalente en menores de 1 año

Tabla 3-14: Cobertura Vacuna Pentavalente en menores de 1 año

PENTAVALENTE 3 DOSIS	6 – 13 meses
NO	2
SI	19
TOTAL	21

Fuente (Registros de vacunación de las casas vecinales enunciadas)

Gráfica 3-14. Cobertura Vacuna Pentavalente en menores de 1 año



Fuente (Registros de vacunación de las casas vecinales enunciadas)

Con un 95% de confianza y un valor de $p= 0,0019$ se tiene que la cobertura de Pentavalente en los niños menores de 1 año (edades entre los 6 meses cumplidos y los 11 meses) es del 90,5%. IC para esquema completo de este biológico = 70.8 – 98.9. Idealmente se debería tener un 100% de cumplimiento en la administración de este biológico en una población cautiva como la estudiada. El porcentaje de esta cobertura es similar al reportado por la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá.

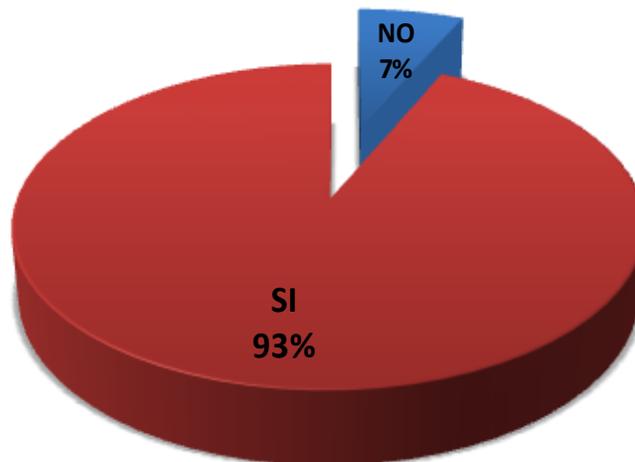
3.5.2 Cobertura de Triple viral en niños de 1 año hasta 18 meses

Tabla 3-15: Cobertura Triple viral en niños de 12 a 18 meses

TRIPLE VIRAL					
EDAD EN MESES	NO	%	SI	%	TOTAL
AÑO	1	7%	14	93%	15

Fuente (Registros de vacunación de las casas vecinales enunciadas)

Gráfica 3-15: Cobertura Triple viral en niños de 12 a 18 meses



Fuente (Registros de vacunación de las casas vecinales enunciadas)

La cobertura de triple viral en los niños de 12 hasta 18 meses es del 93,3% (n=14), el 6,7% representado por un niño no tiene este biológico después de cumplir un año de edad. IC para cobertura del 93,3 = 68,7 – 99,2

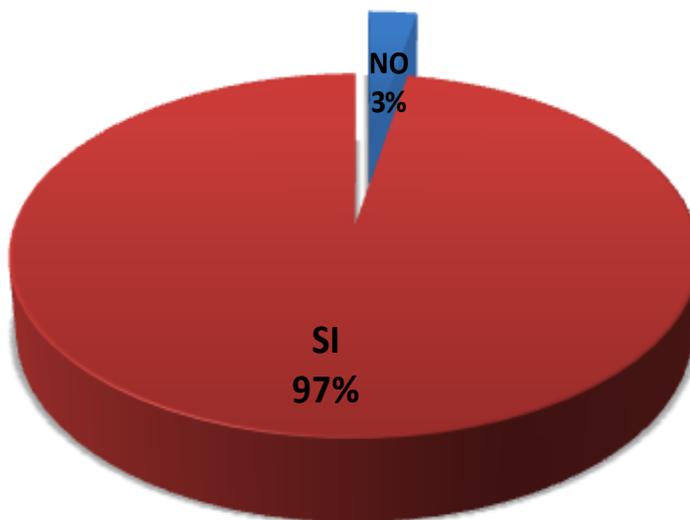
3.5.3 Cobertura de Triple viral en niños mayores de 18 meses hasta los 59 meses

Tabla 3-16: Cobertura de Triple viral en niños mayores de 18 meses

TRIPLE VIRAL					
EDAD EN MESES	NO	%	SI	%	TOTAL
MAYOR 18 MESES	5	3%	171	97%	176

Fuente (Registros de vacunación de las casas vecinales enunciadas)

Gráfica 3-16: Cobertura de Triple viral en niños mayores de 18 meses



Fuente (Registros de vacunación de las casas vecinales enunciadas)

En los mayores de 18 meses hasta los 59 meses se evidencia una cobertura de Triple viral del 97,2%. El 2,8 de estos niños (5) no ha recibido este biológico. En este grupo de edad la cobertura ideal de MMR es del 100%; sin embargo es una buena cobertura.

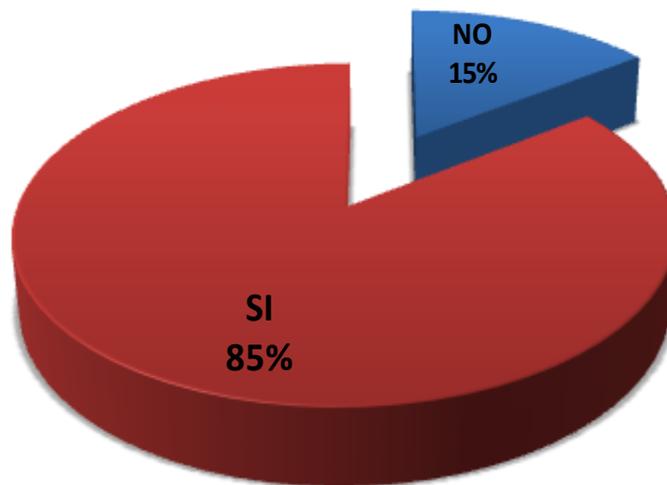
3.5.4 Cumplimiento en la aplicación de refuerzos de Polio y DPT

Tabla 3-17: Cobertura refuerzo de Polio y DPT niños mayores de 18 meses

REFUERZO POLIO DPT	MAYOR 18 MESES	%
NO	26	15
SI	150	85
TOTAL	176	100%

Fuente (Registros de vacunación de las casas vecinales enunciadas)

Gráfica 3-17: Cobertura refuerzo de Polio y DPT niños mayores de 18 meses



Fuente (Registros de vacunación de las casas vecinales enunciadas)

Los niños mayores de 18 meses tan sólo tienen un 85,2% de cumplimiento en la aplicación de los refuerzos de Polio y DPT, de los 18 meses de edad. El 14,8% (26), no tiene aplicados estos refuerzos pese a tener edades de hasta 59 meses, edad en la que se debería aplicar el segundo refuerzo de estos biológicos.

En ambas casas se encuentran niños (5) con esquemas completos de biológicos incluidos en el POS con esquemas NO POS, que incluyen Neumococo (3 dosis), Varicela y Hepatitis A.

4. Capítulo 4. Barreras de Acceso al Servicio de Vacunación según Encuestas aplicadas a Madres y/o Cuidadores de los Niños asistentes a las Casas Vecinales de Tibabitá y Horizontes (Localidad de Usaquén, Bogotá D.C., Año 2008)

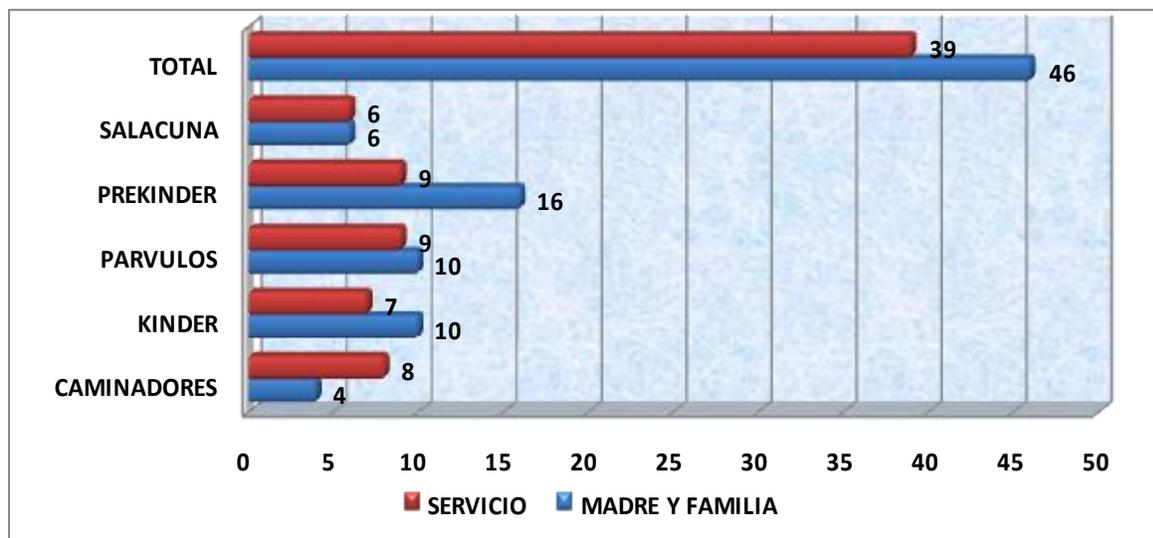
Tabla 4-1. Clasificación de las barreras de acceso por grupo

BARRERAS DE ACCESO	CAMINADORES	KINDER	PARVULOS	PREKINDER	SALACUNA	TOTAL
MADRE Y FAMILIA	4	10	10	16	6	46
NO APLICA*	10	14	11	10	8	53
SERVICIO	8	7	9	9	6	39
TOTAL	22	31	30	35	20	138

Fuente (Registros de vacunación y encuestas de las casas vecinales enunciadas)

* El ítem no aplica está dado por el cumplimiento oportuno en esquemas de vacunación.

Gráfica 4-1. Barreras de acceso por grupo



Fuente (Registros de vacunación de las casas vecinales enunciadas)

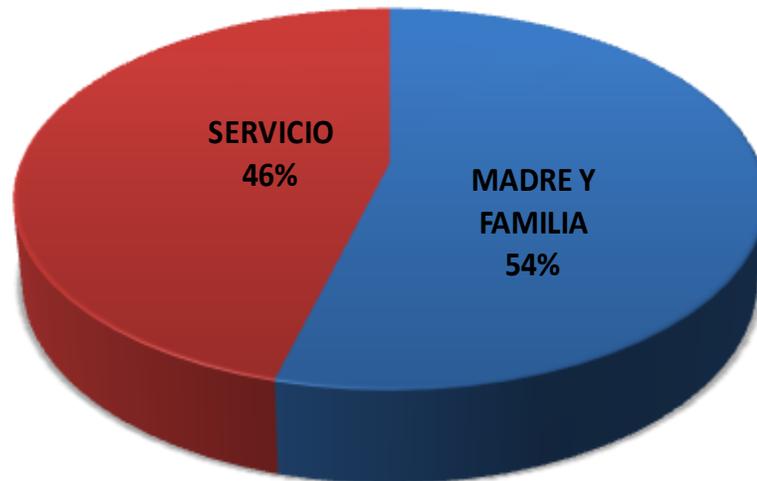
Las barreras de acceso de la madre y la familia en las dos casas vecinales, ocupan el primer lugar de dificultad en el cumplimiento oportuno y el incumplimiento en los esquemas de vacunación. Seguidamente se hallan las barreras dadas desde el servicio.

4.1 Barreras de acceso al servicio de vacunación (Total aplicación)

Tabla 4-2. Frecuencia de las barreras de acceso al servicio de vacunación.

BARRERAS DE ACCESO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MADRE Y FAMILIA	46	54,10%
SERVICIO	39	45,90%
Total	85	100,00%

Fuente (Registros de vacunación de las casas vecinales enunciadas)

Gráfica 4-2 Frecuencia de las barreras de acceso al servicio de vacunación.

Fuente (Registros de vacunación de las casas vecinales enunciadas)

Al analizar las barreras de la madre / familia y las del servicio, se tiene que las primeras tienen un 54% de representatividad y las segundas apenas el 46%.

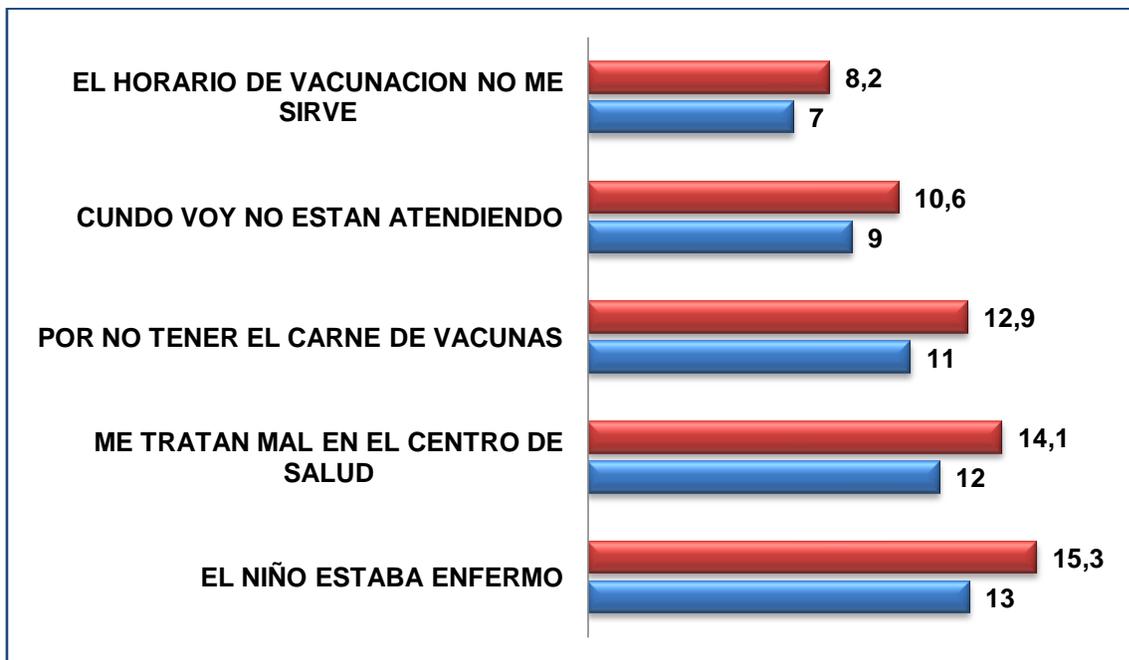
4.1.1 Barreras de acceso de la madre y la familia.

Están dadas por:

- a) El centro de salud queda lejos.
- b) El horario de vacunación no le sirve.
- c) El (la) niño (a) estaba enfermo (a).
- d) El niño es muy sano y no las necesita.
- e) Lo vacuna sólo cuando hay jornadas.
- f) No tiene a alguien que lleve a vacunar al niño.
- g) No tiene dinero para el transporte.
- h) Por su horario de trabajo.
- i) Por olvido.

- j) Porque le aplicaron mal una vacuna y el (la) niño (a) se enfermó, y
- k) porque pasan por la casa y/o el jardín y no le afana cumplir las citas o buscar la atención.

Gráfica 4-3. Principales Causas de Esquemas Incompletos y Completos Tardíamente



Fuente: Base de datos encuestas.

4.1.2 Las barreras de acceso dadas desde el servicio de vacunación.

Se agrupan en:

- a) Cuando van no están atendiendo.
- b) Les parece ofensivo el trato en el centro de salud.
- c) No le dieron información de la nueva cita.

- d) Le negaron la atención por no tener el carné de vacunas.
 e) Porque en el centro de salud no aplican todos los biológicos todos los días.

Tabla 4-3. Barreras de Acceso Conjuntas (Madre y familia – servicios de salud)

CAUSA	TOTAL	%
EL NIÑO ESTABA ENFERMO	13	15,3
ME TRATAN MAL EN EL CENTRO DE SALUD	12	14,1
POR NO TENER EL CARNÉ DE VACUNAS	11	12,9
CUNDO VOY NO ESTAN ATENDIENDO	9	10,6
EL HORARIO DE VACUNACION NO ME SIRVE	7	8,2
NO ME DIERON INFORMACION DE LA NUEVA CITA	6	7,1
PORQUE LE APLICARON MAL UNA VACUNA Y EL NIÑO(A) SE ENFERMO	6	7,1
POR OLVIDO	5	5,9
POR MI HORARIO DE TRABAJO	3	3,5
EL CENTRO DE SALUD QUEDA LEJOS	2	2,4
EL NIÑO ES MUY SANO Y NO LAS NECESITA	2	2,4
LO VACUNO SOLO CUANDO HAY JORNADAS	2	2,4
NO TENGO A ALGUIEN QUE LLEVE EL NIÑO A VACUNAR	2	2,4
PORQUE EN EL CENTRO DE SALUD NO APLICAN TODOS LOS BIOLOGICOS TODOS LOS DIAS	2	2,4
PORQUE PASAN POR LA CASA Y/O EL JARDIN, NO ME AFANA CUMPLIR CITAS	2	2,4
NO TENGO DINERO PARA EL TRANSPORTE	1	1,2
TOTAL	85	100,0

Fuente: Base de datos encuestas.

La información anterior fue recopilada y analizada con la mayor objetividad para evitar el sesgo de información, lo cual permite aseverar parcialmente (a pesar de la heterogeneidad en las barreras de acceso al servicio de vacunación que aducen las madres/padres y/o acudientes, teniendo un resultado del 54,1% cuyo determinante es la madre/familia, y observando las causas que aducen de las inconstancias en la asistencia a los servicios de vacunación), que hay un cierto factor cultural que impide la cobertura total del PAI en el grupo focal sujeto de este estudio. Sin embargo, lo anterior, sumado a las inconstancias e inconformidad con el servicio de salud que aducen como determinantes de las barreras de acceso, hace que sea necesario mirar este aspecto con detenimiento.

4.1.3 Observación directa en dos puntos de vacunación de la red adscrita a la Secretaría Distrital de Salud.

Durante 4 meses (marzo - junio de 2008) se hizo acompañamiento a dos puntos de vacunación del Hospital de Usaquén (UPA Usaquén y UPA San Cristóbal) evidenciando los siguientes aspectos:

- El servicio está ofertado desde las 7:00am hasta las 5:00pm, de lunes a viernes, y los sábados de 8am a 12am. Hay una hora de receso de 12am a 1pm.
- Se ingresan a diario los registros de los niños vacunados al sistema operativo del PAI, el cual permite revisar esquemas de vacunación, biológicos aplicados e informes que se deben pasar mensualmente a la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá.
- En época de pre-jornada de vacunación, se canalizan los niños a las fechas de jornada generando oportunidades perdidas.
- El tono y la forma en que se le habla a la madre y/o cuidador del niño influye en el hecho de volver al servicio.
- Ante la pérdida de carné se le solicita a las madres elementos de oficina como reglas, lápices, esferos, borradores, tajalápiz a cambio de un nuevo carné.

-
- No siempre se da la información suficiente ni la información pertinente con respecto a la indicación del biológico, efectos secundarios y adversos.
 - La presencia de estudiantes de enfermería en los servicios no genera confianza, máxime si estos demuestran inseguridad en el procedimiento de la aplicación del biológico creando barreras de acceso de tipo cultural.
 - Al revisar los registros en el operativo se evidencian errores en el ingreso de los datos, especialmente en las fechas de aplicación de biológicos. Sin embargo, son de gran ayuda cuando se presentan madres o cuidadores que reportan pérdida del carné de vacunas, ya que se facilita la expedición de uno nuevo con las fechas allí registradas. Estos datos sólo sirven para los niños nacidos a partir del año 2002.

5. Capítulo 5. Análisis y Discusión

Teniendo en cuenta que el presente trabajo de investigación tuvo como fin caracterizar la población infantil de las casas vecinales mencionadas en el estudio, con el fin de identificar las barreras de acceso al servicio de vacunación, es importante señalar que no obstante a que Bogotá como Distrito Capital, cuenta con una gran cantidad de programas de asistencia social para estratos socioeconómicos 1, 2 y 3 (que son cubiertos por la actual muestra), y conforme a los resultados del presente estudio, se ve que no ha sido posible completar para el Distrito los cuadros de vacunación en niños de 0 a 5 años.

El incumplimiento en los cuadros de vacunación en el Distrito Capital y según se mostrará en las conclusiones finales (caracterización de la población infantil según las barreras de acceso al servicio de vacunación), muestra que de acuerdo a como han mostrado otros estudios en Colombia, e incluso en el extranjero, una variable que podría denominarse confusora, como el factor social de “Tipo de Familia”, no reviste mayor significación ni cuantitativa ni cualitativa.

Al comparar las coberturas obtenidas con la vacuna pentavalente y triple viral del presente estudio, con el realizado por Patricia Arce (2004), se observa una mejora en la aplicación para estos biológicos y en las coberturas de vacunación pasando de 81,4 a 90,5% la cobertura de pentavalente (niños con edades entre 6 y 11 meses que tienen las tres dosis) y de 36,8% a 93,3% la cobertura de triple viral para niños con edades entre 12 y 18 meses; sin embargo pese a esta mejoría no se han logrado coberturas útiles superiores al 95%.

Al igual que en el estudio realizado en la Clínica Infantil de Colsubsidio en el año 2005, el grupo de edad con mayor incumplimiento en esquemas de vacunación está representado por los niños mayores de 13 meses, de ahí que la cobertura en los refuerzos de Polio y DPT de los 18 meses en adelante llega tan solo al 85,2%.

Dentro de los determinantes que más influyen para el no cumplimiento de esquemas de vacunación se encuentran, por ejemplo, el aseguramiento donde los usuarios del régimen subsidiado presentan el mayor porcentaje de incumplimiento con un 42,7%. Al representar ésta la población más vulnerable de los niveles del SISBEN, otros estudios a nivel regional y departamental, así como el presente, coinciden en que el determinante de la afiliación al SGSSS, sí representa un determinante de las barreras de acceso al cuadro completo de vacunación como objetivo del PAI.

De igual forma, y antes de entrar en las conclusiones finales, es importante precisar que de acuerdo a las observaciones que se realizaron en el presente trabajo, y reforzando algunas de las conclusiones de otros trabajos en Colombia, como el ya referenciado del Amazonas (cf. De la Hoz, Pérez, Wheeler, Neira and Andrew J. Hall, 2005), las barreras de acceso al servicio de vacunación para la población infantil, no son solamente un problema que demuestra una dificultad a los logros de los Objetivos del Milenio de la ONU en materia de salud, sino una clara ineficacia en las prácticas de las múltiples políticas públicas que Colombia posee en materia de Desarrollo Humano y salud²¹. Por ejemplo, según se expuso en este trabajo, el papel que el PAI tiene dentro del POS reviste la necesidad de coordinar entre los proveedores de los biológicos, las Empresas Prestadores de Salud (EPS), hospitales, clínicas y centros de salud comunal, y las actividades tendientes a masificar la importancia de cumplir con los cuadros completos de vacunación para la niñez, lo cual se ve demeritado en la observación directa que se da de los centros de atención autorizados para la prestación de los servicios a los usuarios del régimen subsidiado y contributivo.

²¹En el mismo estudio se asociaron como factores que influyen en la vacunación relacionados con los usuarios: la falta de Información sobre vacunas, creencias, dificultades de acceso o comunicación; y con los prescriptores: tipo de asegurador, información sobre vacunas, entrenamiento, carga de trabajo, presión para vacunar, creencias, dificultades de comunicación, etc., lo cual posee cierta coherencia con ciertas barreras y dificultades encontradas por este estudio.

De esta manera, en materia de Salud Pública, los parágrafos de la Ley 100 de 1993, que señalan la inmunización de manera obligatoria como parte del POS, revisten una clara dificultad en el proceso de garantía, si tenemos en cuenta las dificultades (barreras de acceso) para tener un vínculo eficaz entre las políticas públicas, los servicios de salud y los usuarios. De igual forma, y más allá de los apartados de la Constitución Política de Colombia de 1991, que señalan la obligatoria garantía de asistencia social para los niños en situación vulnerable (Estado Social de Derecho), la Ley 715 de 2001, artículo 44, que expone las competencias de los municipios, es clara en la responsabilidad en materia de Salud Pública para la Secretaría de Salud Distrital, ya que previamente se tiene en cuenta que el Estado es responsable a su vez en el suministro oportuno de vacunas e insumos.

En este mismo sentido, es importante tener en cuenta que las barreras de acceso parecen reflejar (según este trabajo), más una ineficacia en el manejo administrativo de la situación de salud en Colombia y en el Distrito, que una falta de programas y políticas que garanticen la atención y el cubrimiento del PAI. Ejemplo de ello el acuerdo distrital 119 de 2004, en el cual se suscribe la garantía presupuestal de \$200.000.000 para el suministro de las 5 vacunas que se han referenciado aquí como de obligatoria aplicación a los niños entre los 0 y 5 años. Se entiende que a la fecha, esta cifra ha debido crecer exponencialmente conforme al impacto demográfico que encuestas como las de PROFAMILIA y el DANE demuestran. Lo anterior representa no una falta de políticas y acuerdos en materia de asistencia social y atención en salud, sino una deficiencia administrativa que redundará en las cifras de cuadros incompletos de vacunación como los que se han expuesto aquí.

6. Capítulo 6. Conclusiones y Recomendaciones

6.1 Conclusiones

1. Respecto al análisis desde el tipo de familia, en la casa vecinal Tibabitá, se observa que los esquemas completos son mayores en las familias nucleares completas 67% (44 niños). Al igual que los esquemas completos inadecuadamente 11%, los esquemas incompletos 50% (7 casos), igualmente predominan mayormente en el tipo de familia nuclear completa. En la casa vecinal Horizontes, se observa que los esquemas completos son mayores en las familias nucleares completas 65.3% (47 niños). Los esquemas completos inadecuadamente predominan en las familiar nucleares incompletas (mujeres cabeza de familia), 42% (9 casos) y los esquemas incompletos 42.9% (6 casos), igualmente, predominan mayormente en el tipo de familiar nuclear completa.

De lo anterior se concluye que el factor del tipo de familia se podría considerar poco relevante para establecer las barreras de acceso al esquema completo de vacunación de los niños, ya que no se observa ninguna tendencia significativa frente a su incumplimiento. Por otra parte, esta variable no ha sido considerada en los estudios a nivel internacional y nacional, y se podría convertir en una variable confusora también a nivel de este estudio.

2. Según el tipo de afiliación al sistema de seguridad social en salud, en las dos casas vecinales, el mayor porcentaje de esquemas incompletos se encontró en el régimen subsidiado 55,6%, en la casa vecinal Tibabitá y 60% en la casa vecinal Horizontes. Datos similares reportan los estudios realizados en otros departamentos y en el Distrito Capital, lo cual permite encontrar una cierta relación generalizada entre el

aspecto del régimen de afiliación subsidiado y las limitaciones de su población cubierta para presentar los cuadros completos de vacunación (Dichas limitaciones se concluirán más adelante). Al comparar el régimen de afiliación a la seguridad social, se observa que en el subsidiado se presenta el mayor porcentaje de esquemas incompletos, o con cumplimiento tardío, hallazgo que es similar a los reportes de los estudios en Estados Unidos, donde la población sin aseguramiento es la que menor cobertura de vacunación tiene. Igualmente, se evidencia en estudios distritales, como el realizado en el 2003 por Patricia Arce, donde el régimen subsidiado es el que reporta menor porcentaje de cumplimiento de esquemas por grupos de edad. Sin embargo, actualmente esta diferencia no debiera ser tan marcada ya que la vacunación es una actividad transversal para toda la población sin importar el régimen de afiliación al sistema general de seguridad social, además de ser subsidiada por el Estado.

3. Con respecto al nivel de escolaridad materna, no se evidencian diferencias significativas con respecto al cumplimiento en el esquema de vacunación, la mayoría de madres tienen secundaria completa, seguido de secundaria incompleta tanto en esquemas completos como incompletos.
4. Con respecto a las barreras de acceso, se encuentra un gran porcentaje relacionadas con costumbres, cultura²², creencias, barreras geográficas y aspectos socioeconómicos²³ de la madre y/o el cuidador que son difíciles de manejar. Una de

²²Existen barreras de tipo cultural que influyen en el cumplimiento del esquema de vacunación de los menores de 5 años, y contra las cuales es difícil trabajar. Conclusiones similares se encontraron en los datos reportados por la UNICEF y los de la OPS, así como en estudios realizados para estimar coberturas de vacunación a nivel nacional como el del Amazonas (De la Hoz, Pérez, Wheeler, Neira and Andrew J. Hall, 2005: 322-329), donde se encontró que con una muestra aleatoria de 1.380, niños entre 1 y 11 años, al evaluar las tarjetas y/o carnés de vacunación, la BCG tenía un 91% de cobertura, Polio oral un 96%, DPT un 90%, Hepatitis B un 88%, Sarampión un 94%, valores todos que se encuentran cercanos al rango de coberturas útiles. Sin embargo, al evaluar esquemas completos, tan sólo el 78% de los niños tenía un esquema completo para la edad.

²³ En este aspecto, las presentes conclusiones son respaldadas por similares como las de la OMS, donde aquellos que se quedan al margen del PAI, son aquellos que viven en lugares aislados, barriadas pobres, grupos indígenas, poblaciones desplazadas, lo cual constituye barreras sociales que se suman a los índices de personas que carecen de información, motivación

ellas muy representativa son las malas experiencias anteriores por eventos adversos y secundarios relacionados con la aplicación del biológico. Pese a que hay programas ambulatorios por las casas vecinales, no siempre se cuenta con la autorización escrita y el carné de vacunas para completar esquemas, perjudicando esto el cumplimiento de metas y coberturas útiles.

5. Las barreras que se dan desde el servicio²⁴ de salud, se relacionan directamente con la actitud del personal que aplica el biológico, y la presencia de estudiantes en formación técnica y profesional de enfermería. Las madres y/o cuidadores no confían en los estudiantes y sienten temor por una mala técnica de aplicación de la vacuna. Es decir, parece existir una preconcepción con el servicio de salud, sobre todo cuando pertenece al régimen subsidiado y se le asimila con una baja calidad en la atención de los servicios: una mala experiencia, culturalmente generaliza ciertas costumbres y prejuicios en las madres y/o acudientes de los niños que necesitan oportunamente el cuadro completo de vacunas.
6. La solicitud de insumos de oficina como esferos, marcadores, borradores y reglas, que se da en algunos puntos de atención a cambio de la generación de un nuevo carné de vacunas, además de ser violatoria de las normativas institucionales, genera también barreras de acceso, ya que como se enunció anteriormente, algunas de las barreras maternas se relacionan con aspectos socioeconómicos que a pesar de las políticas de inclusión y cobertura social que se mencionaron, son difíciles de manejar desde el punto de vista de la Salud Pública, ya que a pesar de que estos factores afectan su campo de acción, están lejos de su objetivo y menesteres.

y que se niegan a vacunarse. Por otra parte, según la OPS, el descenso en las coberturas de vacunación ocurre en los departamentos con mayor índice de necesidades básicas insatisfechas y que tienen problemas de orden público. En la localidad que fue objeto de este estudio, se presentan serios problemas socioeconómicos y de seguridad.

²⁴Según la UNICEF, respecto a Colombia, se presentan factores determinantes en la prestación y efectividad del servicio como la sensibilización y movilización social. El motivo en el descenso del indicador obedece a la fragmentación de las actividades y los problemas con la reforma en el sector salud a través de la Ley 100 de 1993.

7. Otras barreras desde el servicio, están dadas por la actitud del personal de algunos auxiliares de enfermería, que en tiempos como el fin de mes, época en la que se realiza el informe mensual de vacunación, suspenden la atención al público, pudiéndose asignar esta actividad a otras personas y generando pérdidas para la aplicación de biológicos. Existen además otros factores asociados al personal de salud, como la falta de comunicación e información sobre efectos secundarios derivados de la aplicación de algunos biológicos, lo cual afecta la adherencia al PAI. Se concluye así, que las políticas sociales y cuerdos distritales, deben ser reforzados y complementados con mejoras en las regulaciones y manejos internos de la administración de salud, lo cual sí hace parte del marco de referencia de la Salud Pública y de un entramado cuyo determinante principal será siempre la población más vulnerable que requiere atención y coberturas oportunas a sus esquemas de vacunación.

De igual forma, el trabajo coordinado a nivel interinstitucional, favorece el cumplimiento de los esquemas, pero este debe ser dado en todos los ámbitos y con mayor constancia cuando se tiene acceso a poblaciones infantiles cautivas como jardines, colegios, etc.

8. Las jornadas especiales de vacunación son útiles para completar esquemas de vacunación, siempre y cuando se asocien con buenas estrategias de información y comunicación, las cuales sensibilicen a los padres y/o cuidadores frente a la importancia de tener esquemas completos de los niños menores de 5 años.
9. La información oportuna a la madre y/o cuidador frente a los componentes de los biológicos, contraindicaciones y efectos secundarios, es de vital importancia a la hora de vacunar a los niños. Esta actividad se puede realizar con la colaboración de estudiantes de enfermería o a través de folletos educativos que contengan esta información bien detallada y en un lenguaje inteligible para cualquier persona. En este mismo sentido, la actitud del personal de salud que coordina y ejecuta las actividades del PAI, influencia de manera directa la decisión de asistir a los servicios de salud de manera permanente, lo cual afecta la adherencia a los diferentes programas de promoción y prevención, entre ellos el PAI mismo.

10. Finalmente, y conforme a los resultados de la presente investigación, existe un problema latente que no se ha cuantificado y que valdría la pena estudiar a fondo en posteriores estudios de la misma problemática que se ha tratado aquí, y es el tema de la población desplazada. A través de la observación directa de puntos de vacunación, se evidencia que una barrera al acceso es el desplazamiento forzado, ya que las madres y/o cuidadores de los niños no traen consigo el carné de vacunas de los mismos, y no siempre hay registro para verificar el cumplimiento del esquema. Esto ocasiona serios desequilibrios no sólo en la atención sino en el seguimiento de la efectividad del PAI.

Es a la misma población desplazada a la que se le piden insumos de oficina en cambio de un nuevo carné con el registro de las vacunas, que, según ellos afirman recordar, han sido aplicadas a sus niños (as). Esto demuestra que en una situación como la colombiana, y especialmente la distrital, que a diario recibe a miles de emigrantes por diferentes motivos, es difícil determinar si el cubrimiento del PAI es completo y adecuado, ya que las variables cambian con las determinantes de la salud constantemente. Así mismo, este factor implica que exponencialmente, la curva de cubrimiento en esquemas completos de vacunación puede ser alterada por factores sociales externos, que hacen requerir de actualizaciones y complementaciones a los estudios transversales ya existentes para medir los impactos del PAI. De esta manera, se concluye, podrían las políticas en Salud Pública prever los factores que determinan los requerimientos a nivel cuantitativo y cualitativo de los biológicos, a la vez que atacar las barreras de acceso a los servicios de vacunación en el distrito, y ojalá en todo el país.

6.2 Recomendaciones

1. Garantizar atención en jornada continua, de lunes a sábado.
2. Con el apoyo del personal en formación técnico y profesional de Enfermería fortalecer la educación a padres y/o cuidadores en las Salas de espera de los

servicios de vacunación (esquema de Vacunación, importancia de las vacunas, efectos secundarios, custodia del carné de vacunas).

3. Durante el período de elaboración de informes apoyarse con personal de la Institución.
4. Generar estrategias para eliminar barreras dadas por el desplazamiento forzado, la pérdida del carné de vacunas.
5. Facilitar el entrenamiento de personal de la institución en aplicación de biológicos para garantizar el servicio permanente.
6. Realizar talleres de sensibilización y humanización en la prestación del servicio, que incluya el tema del lenguaje verbal y no verbal.
7. Asignar el personal calificado y con carisma para vacunar.
8. Aplicar encuestas de satisfacción para el servicio de vacunación, análisis periódico de las mismas y retroalimentación.
9. Eliminar la solicitud de insumos de oficina a cambio de carnés de vacunación
10. Fortalecer el trabajo Interinstitucional, incluir horarios de reunión con padres y/o cuidadores para hablar de la importancia de las vacunas, el consentimiento informado entre otros.

A. Anexo: Encuesta para Padres y/o Cuidadores

ENCUESTA PARA IDENTIFICACION DE MOTIVOS POR LOS CUALES LOS NIÑOS DE LA CASA VECINAL TIENEN ESQUEMA DE VACUNACION INCOMPLETO

El bienestar de los hijos es una responsabilidad que no se debe olvidar. Su salud y su educación son los pilares para la formación de buenos y mejores seres humanos, que en el futuro continuaran con el legado que ustedes les dejen en su hogar.

Para el personal de la salud es importante contribuir en el cumplimiento de sus compromisos con los niños, por tal motivo les solicitamos de una manera especial nos colaboren con el diligenciamiento de las siguientes preguntas:

NIÑO ___ NIÑA ___ EDAD _____ HERMANOS EN LA INSTITUCION? SI ___ NO ___ EDAD _____ NIÑO ___ NIÑA ___

1. Tiene su hijo(a) todas las vacunas para la edad?

- a) SI ___
b) NO ___

2. Ha cumplido con las citas asignadas para la aplicación de las vacunas de su hijo(a)?

- a) Siempre _____
b) A veces _____
c) Casi nunca _____
d) Nunca _____

Si marcó b, c o d conteste la siguiente pregunta

3. Por qué no se ha podido cumplir con las fechas asignadas para la aplicación de las vacunas?

- a) Por el horario de trabajo (salgo en la mañana y regreso hasta la noche) _____
b) El horario del servicio de vacunación no me sirve _____
c) No hay un adulto que me colabore para llevar al niño(a) a vacunar _____
d) El centro de salud queda lejos _____
e) Cuando voy a vacunar el niño no están atendiendo _____
f) El niño ha sido sano y por lo tanto no es tan importante estar al día con las vacunas _____
g) Porque se me olvida _____

- h) El niño(a) estaba enfermo(a), (fiebre, diarrea, gripa, hospitalización) _____
- i) El trato que me dan en el centro de salud no es cordial _____
- j) No me dieron información de cuando debía volver _____
- k) Tengo que coger bus para ir al centro de salud y no tengo dinero _____
- l) Para eso son las jornadas de vacunación, para ponerlos al día _____
- m) Porque pasan vacunando casa a casa y al jardín entonces no me afana cumplir la cita _____
- n) Porque en el centro de salud no aplican todas las vacunas todos los días, hay horarios o días especiales para algunas vacunas _____
- o) La ultima vez le aplicaron mal la vacuna y el niño estuvo enfermo _____

QUE SUGERENCIAS DARIA USTED COMO PADRE FRENTE A LA APLICACIÓN DE LAS VACUNAS EN LOS DIFERENTES CENTROS DE SALUD E IPS PARA MEJORAR EL CUMPLIMIENTO EN LA APLICACIÓN A LOS NIÑOS? SU OPINION ES MUY MPORTANTE _____

Por favor solicitamos adicionalmente enviar a más tardar el próximo lunes el original del carné de vacunas de su hijo(a).

Muchas gracias por su colaboración.

Bibliografía

1. Aday L, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *HealthServicesResearch* 1974; 9(3):208-20.
2. Arce Guzmán, Patricia (2004). Informe evaluación de coberturas de vacunación. *Boletín Epidemiológico Distrital, Vol. 9 No. 13. Enero de 2005.* Bogotá:
- 3.
4. Cespedes, JuanEduardo y otros (2000). Efectos de la Reforma de la seguridad social en salud en colombia sobre la equidad en el acceso y la utilización de servicios de salud. *Rev. Salud Pública.*
5. CONPES (2005). *Informe 3338 de Febrero de 2005.* Autorización a la Nación para contratar empréstitos externos con la Banca multilateral hasta por US\$133,7 millones con el fin de financiar el Programa Ampliado de Inmunizaciones – PAI. 2005 - 2008
6. Craps, Lucien (1993). *The Birth Inmirmnolgy, qv.Sandez Baffle.*
7. Cruz, Luis Fernando, Girón, Luz Nelly, Velásquez, Rodrigo, García, Lina María, Alzate, Alberto (2003). Coberturas de vacunación en el Valle del Cauca, 2002. *Colombia Médica, Vol. 34 No. 1.*
8. De la Hoz, Fernando, Pérez, Ligia, Wheeler, Jeremy G., de Neira, Marlen and Hall, Andrew J. (2005). *Vaccine coverage with hepatitis B and other vaccines in the Colombian Amazon: do health worker knowledge and perception influence coverage?*

9. De Negri, Armando. La Estrategia Promocional de calidad de vida y salud. Conferencia. 28 de agosto del 2004
10. DABS (s.a). *Desde la gestación hasta los cinco años: Tiempo oportuno para los niños y las niñas* (Proyecto 374). Recuperado el 24 de Abril de 2008 de www.dabs.com.co
11. Dever, Alan G.E. *Epidemiología y administración de servicios de salud*. Maryland: Aspen Publishers 1991
12. Fundación Santa Fe de Bogotá (1992). *Salud comunitaria, una Experiencia de 10 años.*: División de Salud Comunitaria, pág. 5. Localidad de Usaquén y Chapinero. Bogotá
13. Frenk J. El concepto y medición de la accesibilidad. *Revista de Salud Pública de México* 1985; 27(5):438-53.
14. Gómez, María Angélica (s.a). *Contexto del Sistema de Salud - Determinantes de la Salud*. Recuperado el 18 de Agosto de 2008 de www.ops.com
15. Gordon, Ada L (1989). *Vaccines. Fundamental Immunology*(Second edition), Chap 36. New York, EEUU:William E Paul. Rayen Press.
16. Grossman, Moses (s.a). *Immunization*. Medical Immunology (9 Edición), Cap. 55. Pags. 772-795. Stites D, Ten A.
17. Guishays Ruiz, Gladys Cecilia (2000) *Variables relacionadas con las coberturas de vacunación en los municipios Colombianos*. *Revista Avances en Enfermería*. Vol. XXI No. 2 Julio – Diciembre 2003. Páginas 43-53
18. Hospital Usaquén (2006). *Boletín Informativo # 1*.
19. Inglis, Brian (1968). *Historia de la Medicina*. Barcelona: Grijalbo.

20. Lalonde, M. A.(1974). *New Perspective on the Health of Canadians*. Ottawa. Canada: Health and Welfare.
21. Lemer, Richard A. (1983). Vacunas sintéticas. Revista *Investigación y ciencia*, No. 79, 38-48.
22. Localidad de Usaquén (2006). *Diagnóstico Local de Salud con Participación Social*.
23. Lyons, Albert S&Petrucci R. Joseph (1980). *Historia de la Medicina*. Barcelona: Doyma.
24. Naciones Unidas (2008). *Cumbre del Milenio: sesiones en el marco de la Asamblea del Milenio*. Recuperada el 12, de Julio del 2008, desde www.un.org/spanish/millenniumgoals/.
25. MPS (2007). *Documento del marco: semana de la vacunación en las Américas: "Ámalos, protejelos, vacunalos"*. Septiembre.
26. OPS (1990). *Presente y Futuro de las Inmunizaciones*. Washington D. C., EEUU: Serie Paltex.
27. PAI (2001). *Norma Técnica– Resolución 412 y Resolución 3384*.
28. Pardo, Ausberto y otros (2007). Evaluación de la adherencia al esquema de vacunación Plan Ampliado de Inmunizaciones Clínica Infantil Colsubsidio. *Revista Ciencias de la Salud*, 18-32.
29. Patarroyo, M. E., Romero P., Torres, M. L.(1987).Induction of protective immunity against experimental infection with malaria using synthetic peptides. *Nature*, No. 328, 629- 632.
30. Parslow,I(1997). *T G. Appleton Lange*. Stamford.
31. Plotkin, S. L., Plotkin, S. A. (1988). A short History of Vaccination. *Vaccines*. Plotkin S A, Mortimer R A. W-B, 1-7. Landen: Saunders.

32. Profamilia (2005). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud*. Recuperada el 30 de Junio de 2008 de www.profamilia.com.
33. Ramírez, Humberto, Vélez, Sergio, Vargas, Virgilio, Sánchez, Carlos, Lopera, Jaime. *Evaluación de la cobertura en aseguramiento y accesibilidad a los servicios de salud de los afiliados al régimen subsidiado en el municipio de Medellín*.
34. Restrepo J, Echeverri E, Vásquez J, Rodríguez S. *El seguro subsidiado y el acceso a los servicios de salud. Teoría, contexto colombiano y experiencia en Antioquia*. Medellín: Centro de Investigaciones Económicas, Universidad de Antioquia; 2006.
35. Ristori, Conrado (1991). Programas de Vacunación. *Pediatría, Cap. 81*, 512-523. Santiago de Chile: J. Meneghello.Mediterráneo.
36. Ros M, Bada E. *Restricciones internas y externas en la accesibilidad a los servicios de salud*. Diciembre 1998
37. San Martín, Hernán y Pastor, Humberto (1988). *Salud Comunitaria: Teoría y Práctica*, OPS/OMS, pág. 233.
38. Secretaria de Salud de Bogotá D.C. (2005). *Alcanzar las metas de Vacunación sin la ayuda de los padres de familia será imposible*. Convenio DABS-UNICEF. Boletín No. 25.
39. Universidad Javeriana. *Proyecto: "Factores condicionantes y determinantes del acceso a los servicios de salud para la población afiliada al régimen subsidiado y los participantes vinculados del nivel tres del sisben en las localidades de Chapinero, Santafé, Tunjuelito, Bosa, Kennedy, Fontibón, negativa, Barrios Unidos, Teusaquillo, Los Mártires, Antonio Nariño, Puente Aranda, La Candelaria y Sumapaz de Santafé de Bogotá."*