

IDENTIFICACIÓN DEL ESTADO DE VACUNACIÓN EN NIÑOS Y NIÑAS

menores de 5 años de zona urbana del Departamento de Risaralda durante el año 2003

Luz Marina Merchán Correa*

Resumen

Existen enfermedades contagiosas que pueden causar epidemias e incluso muertes en los niños y las niñas, las cuales pueden ser evitadas por medio de la vacunación. En Colombia desde el año 1974, el Estado se ha comprometido con la distribución gratuita de algunos biológicos, para la inmunización de la población infantil menor de 11 años y con la reducción de las enfermedades inmunoprevenibles¹.

Con el fin de verificar el estado vacunal en la población infantil menor de 5 años en la zona urbana de los 14 municipios del departamento de Risaralda, se realizó este estudio descriptivo durante el año 2003, utilizando un muestreo por conglomerados; se evaluaron las condiciones inmunológicas en la población menor de 5 años, tomando como referencia la norma técnica del programa ampliado de inmunizaciones (PAI)², esquema de vacunación aprobado por el Ministerio de la Protección Social³, la verificación en el carné de vacunas en 3429 niños y niñas, con una metodología avalada por la Organización Panamericana de la Salud OPS y el Ministerio de la Protección Social, denominada monitoreo rápido de coberturas de vacunación (MRCV)⁴.

Al realizar el análisis se compararon los resultados obtenidos con las coberturas alcanzadas en cada uno de los municipios y con las diferentes cifras poblacionales (proyecciones de población realizadas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE, y el Instituto Nacional de Salud)⁵. También se identificaron los motivos que influyen en la desmotivación y poco interés de los acudientes del menor de 5 años, para desplazarse con éste a las instituciones de salud.

Se recomienda entre otros, para cada uno de los entes municipales, establecer un sistema permanente de vigilancia de las coberturas de vacunación, utilizando la estrategia de monitoreo rápido, que de acuerdo con la circular externa No 18 de 2004, puede ser incluida en los Planes de Atención Básica territoriales.

Palabras clave: Vacunación, monitoreo rápido de coberturas de vacunación, Programa Ampliado de Inmunizaciones, cobertura de vacunación.

* Especialista en Epidemiología.
Docente de Enfermería Fundación Universitaria del Área Andina

Introducción

La estrategia de vacunación es considerada en atención primaria en salud como la mejor en cuanto a costo-efectividad, para la reducción de las enfermedades inmuno prevenibles⁶. En Colombia la ley 715 de 2001⁷ hace de nuevo énfasis en la salud pública, que entró en crisis a partir de la ley 100 de 1993; resalta también la importancia de contar con coberturas útiles en vacunación como un indicador de eficiencia administrativa⁸. Además la circular externa del Ministerio de La Protección Social N° 18 de 2004, establece las prioridades en salud pública y define como primera prioridad nacional la “reducción de las enfermedades inmunoprevenibles, prevalentes de la infancia y mortalidad infantil”.

Las metas señaladas en la citada ley han sido de difícil logro para algunos municipios, para lo cual se aducen algunas razones, entre ellas las siguientes: actualmente en Colombia se trabaja con las proyecciones del censo de población DANE 1993; poca coherencia entre los denominadores poblacionales con el descenso de la tasa de fecundidad; la disminución en los nacimientos según estadísticas vitales⁹ y el proceso de desplazamiento permanente de la población en el país. Lo anterior causa preocupación en algunos gobernantes municipales, al no alcanzar coberturas útiles en vacunación, y por ello muchos aducen que se les está evaluando con denominadores poblacionales poco coherentes con la realidad municipal.

El indicador a través del cual es posible evaluar el cumplimiento de las metas que se han trazado en el PAI, es el porcentaje de coberturas alcanzadas por biológico y por municipio en me-

nores de 5 años. El desempeño óptimo para este indicador es el porcentaje en coberturas iguales o superiores al 95%.

En Colombia, en los últimos 9 años las coberturas de vacunación han tenido una disminución importante sin lograr un margen de utilidad¹⁰. Esta disminución llevó al gobierno nacional a estimar como prioridad la reducción de las enfermedades inmunoprevenibles y la evaluación permanente de las acciones desarrolladas en cada uno de los entes territoriales.

En Risaralda, departamento con 14 municipios existen iguales inconvenientes respecto a los denominadores poblacionales que para el resto del país, llevando a un cálculo irreal de las coberturas de vacunación por las siguientes razones: contar con un censo nacional de población realizado hace más de 10 años, del cual se han venido realizando proyecciones que no parecen estar acordes con los procesos demográficos del país en la última década; por lo cual, este estudio permitió tener una aproximación a la realidad del departamento en las áreas urbanas con relación a los indicadores de evaluación del PAI para el año 2003.

Como los entes territoriales carecen de un sistema de vigilancia de las coberturas, de forma tal que permita permanentemente generar información para la acción y para la toma de decisiones referentes a la reorientación de actividades o implementación de estrategias para modificar el comportamiento del indicador, este trabajo presentó un análisis de lo observado en la zonas urbanas de los 14 municipios de Risaralda en materia de vacunación. Por ello las reformas administrativas del Estado colombiano, el proceso de descentralización y la reforma del sistema de sa-

lud de 1993, son considerados como factores externos al PAI que han tenido algún impacto negativo, en las coberturas de vacunación.

Finalmente este estudio descriptivo brindó elementos para la toma de decisiones con relación a las coberturas de vacunación en cada uno de los municipios de Risaralda, además de utilizar una metodología que permitió medir la real gestión en el nivel local, con el acompañamiento y asistencia técnica de las autoridades de salud regionales, puesto que la distribución de los recursos está directamente ligada al compromiso municipal de alcanzar coberturas útiles en vacunación en la población infantil menor de 5 años, como una forma de demostrar la eficiencia de cada ente territorial. También estuvo ligado a un proceso de educación permanente al usuario sobre los antígenos requeridos de acuerdo a la edad.

Materiales y Métodos

Tipo de estudio: Descriptivo

Tipo de muestreo: muestreo probabilístico por conglomerados; entendiéndose como tal un grupo de población que comparte una o más características y que se selecciona aleatoriamente según su localización geográfica, por barrios, por municipio, calles y edificios.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha desarrollado esta metodología para realizar estimación de las coberturas de vacunación en la población objeto del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). La metodología está basada en técnica de muestreo por conglomerados en las cuales se seleccionaron aleatoriamente 30 conglome-

rados, es decir grupos de población que comparten ciertas características, y dentro de cada uno de estos 30, se seleccionan 7 niños en las edades requeridas en los cuales se revisa el estado de vacunación de acuerdo con su carné. En total 210 niños en 13 municipios y 210 niños en cada uno de los 3 conglomerados de la ciudad de Pereira.

Por tanto, el valor estimado de la muestra en población infantil menor de 5 años es de $(210 \times 13) + (210 \times 3) = 2730 + 630 = 3.360$ niños evaluados con carné de vacunación. En algunos municipios donde no existía una persona mayor que diera la información, se agregaron otros pequeños para un total de 3429 infantes evaluados. La OMS ha definido que a través de este tipo de muestreo se obtiene una precisión del 10%, alrededor de una certeza estimada del 50%, de esquemas de vacunación completos.

Este tipo de muestreo tiene validez para la identificación de prevalencias frecuentes, es decir, no tiene validez para la identificación de eventos raros. La cobertura de vacunación es un evento frecuente en la población menor de cinco años, y tiene como ventaja que al tiempo identifica el numerador y denominador para el cálculo de la prevalencia de vacunación.

Metodología

La evaluación de los esquemas se realizó mediante la recolección de información en un instrumento que incluía variables de fácil identificación en los carnés de vacunación, de acuerdo con la siguiente definición por grupo de edad:

1. El esquema adecuado para los menores de 6 meses en recién nacido:

una dosis de BCG (Bacilo Calmette Guerin), que previene contra la tuberculosis meníngea, una dosis adicional de VOP (vacuna oral contra la poliomielitis) y una dosis de HB (previene contra la hepatitis B).

2. En niñ@s de 2 meses: una dosis de BCG, una dosis de VOP, una dosis de DPT (difteria, tosferina, tétanos), una dosis de Hib (Haemophilus influenza tipo b, previene contra neumonías y meningitis), dos dosis de HB.
3. A los 4 meses: una dosis de BCG, dos dosis de VOP, dos dosis de DPT, dos dosis de Hib, dos dosis de HB.
4. El esquema adecuado para niñ@s de 6 a 11 meses: una dosis de BCG, tres dosis de VOP, tres dosis de DPT, tres dosis de Hib, tres dosis de HB.
5. El esquema completo para niñ@s de un año: una dosis de BCG, tres dosis de VOP, tres de DPT, tres dosis de Hib, tres dosis de HB y una dosis de triple viral (previene contra sarampión, rubéola y parotiditis).
6. El esquema completo para niñ@s entre 2 y 4 años: una dosis de BCG, tres dosis de VOP, tres de DPT, tres dosis de Hib, tres dosis de HB y una dosis de triple viral.
7. Tenencia del carné de vacunación.
8. Motivo de no vacunación del menor.

En los 14 municipios de Risaralda se estimaba que existían 96556 menores de 5 años en el 2003, de acuerdo a las proyecciones del DANE; según la proyección de población departamental un total de 104174 menores de 5 años. En estas cifras se puede apreciar una diferencia de 7618 personas, lo cual obliga

con mayor razón, a realizar vigilancia permanente en las coberturas de vacunación.

Se creó una base de datos en Epiinfo versión 6.0 4d, y se realizaron análisis univariados y bivariados de los 14 municipios de Risaralda; se complementó el análisis con el programa SPSS que permite una mayor combinación de variables, obteniendo análisis por cohortes en las coberturas de vacunación por municipio. En total se evaluaron 3429 registros.

Se calculó la prevalencia de vacunación dividiendo el total de niños vacunados sobre el total de niños encuestados. De acuerdo con la base de datos se estratificó por los siguientes grupos de edad: menores de 6 meses; de 6 a 11 meses; de un año y de 2 a 4 años; se calcularon en cada uno de ellos las frecuencias de esquemas adecuados o completos, las coberturas por biológico, los motivos de no vacunación y no posesión del carné.

Resultados

Se encuestaron 3429 acudientes de menores de 5 años de la zona urbana de los 14 municipios de Risaralda así: Apía 217, Balboa 210, Belén de Umbría 210, Dosquebradas 227, Guática 210, La Celia 210, La Virginia 210, Marsella 203, Mistrató 210, Pereira 650, Pueblo Rico 203, Quinchía 221, Santa Rosa 239, Santuario 209.

Por lo tanto la validez de los resultados es para cada municipio, y el total de ellos corresponde a la cobertura de vacunación para Risaralda.

Se encontró esquema adecuado para la edad así:

Tabla No 1. Coberturas con esquema completo de vacunación y de acuerdo a la edad por municipio en Risaralda.

Municipio	Esquema Adecuado en <6 meses	Esquema Adecuado en Niñ@s de 6 Meses a 11 Meses	Esquema adecuado en Niñ@s de 1 a 4 años
Apía	94,4	100	80,6
Balboa	100	90	100
Belén de Umbría	69,9	73,3	87,9
Dosquebradas	77,8	73,7	96,4
Guática	78,9	76	97
La Celia	77,8	84,4	98,8
La Virginia	84	85	97
Marsella	93,1	73,7	92,9
Mistrató	96,2	87,5	96,4
Pereira	68,3	74,1	97
Pueblo Rico	87,5	88,9	96,1
Quinchía	63,6	76,7	88,8
Santa Rosa	81,5	70,6	87,9
Santuario	79,3	84,4	98,8
TOTAL DEPTO.	82,31	81,31	93,97

Es de resaltar que en el departamento la mejor cobertura se obtuvo en la población infantil de 1 a 4 años, siendo la más baja en menores de 6 meses en los municipios de Belén de Umbría (69.9%), Pereira (68.3%) y Quinchía (63.6%). Las coberturas óptimas en: Balboa (100%), Apía (94.4%), Mistrató

(96.2%). Vale la pena tener en cuenta que en el departamento el grupo entre 1 y 4 años que presentó las coberturas de vacunación más altas es del 93.97%, lo cual lleva a pensar que los niños y niñas finalmente se vacunan, aunque no en las edades definidas por el programa.

Tabla No 2. Coberturas de vacunación en menores de 1 año por municipio y por biológico en Risaralda.

Municipio	Bcg	Vop	Dpt	Hb	Hib
Apía	94,4	88,4	89	89	89
Balboa	100	89,5	89,5	89,5	89,5
Belén de Umbría	98,1	81,8	81,5	81,5	81,5
Dosquebradas	93,8	76,9	75,8	75,8	75,8
Guática	99	87,1	87,1	87,1	87,1
La Celia	99,5	88,6	88,6	88,6	88,6
La Virginia	100	86,3	83,8	83,8	83,8
Marsella	98	80,3	81,8	81,8	81,8
Mistrató	99	85,7	85,3	85,3	85,3
Pereira	96,6	78,8	78,9	78,9	78,9
Pueblo Rico	100	89,2	90,1	90,1	90,1
Quinchía	92,8	83,3	83,8	83,3	83,3
Santa Rosa	97,9	84,5	85,4	85,4	85,4
Santuario	99,5	84,2	84,8	84,8	84,8
Total	97,8	84,6	84,7	84,6	84,6

Se puede apreciar las coberturas con BCG en menores de 1 año en cada uno de los municipios de Risaralda y de acuerdo al MRCV, la mayoría obtuvo coberturas óptimas.

Las coberturas más altas se encuentran en los municipios de: Balboa, La Virginia, Pueblo Rico con el 100%; las más bajas en los municipios de: Apia 94.4%, Quinchía 92.8%.

Se observa que el 97.8% de los menores de 1 año tiene la vacuna de BCG.

Para el caso de VOP las coberturas más altas están en los municipios de: Balboa con 89.5% y Pueblo Rico con 89.2%, las coberturas más bajas están en los municipios de: Dosquebradas con

76,9%, Pereira 78.8% y Belén de Umbría con 81.8%, con un promedio en el departamento de 84.6%.

En DPT los municipios con las coberturas más altas son: Balboa 89.5%, Pueblo Rico con 89.2%, La Celia con 88.6%; los municipios con las coberturas más bajas en este biológico son: Dosquebradas 76.9% y Pereira 78.8%.

El promedio en el departamento de Risaralda es de 84.7%. El comportamiento de cobertura con este biológico es similar en los menores vacunados con los biológicos de Hib y HB, lo que es de esperar teniendo en cuenta que se está aplicando la vacuna pentavalente desde el año 2.002.

Tabla N° 3. Coberturas en menores de 5 años vacunados con triple viral en los municipios de Risaralda.

Municipio	1 año	2 años	3 años	4 años	total
Apía	97,8	97,1	97,8	97,9	97,7
Balboa	100	100	100	95,7	98,8
Belén de Umbría	87,2	97,4	100	100	96,5
Dosquebradas	85,7	92,1	94,6	85,9	88,8
Guática	90,9	100	97,6	100	97
La Celia	94,7	95,2	100	97,1	96,9
La Virginia	85,7	92,3	100	91,2	95,5
Marsella	81,6	95	97,6	100	93,5
Mistrató	87,8	100	97,9	93,5	94,7
Pereira	62,7	73,2	72	71	69,6
Pueblo Rico	95,7	100	98,2	100	98,3
Quinchía	85,7	100	86,1	84,8	88,8
Santa Rosa	68,8	93,5	90,7	89,4	85,6
Santuario	90,7	100	97,4	94,7	95,6
Total	86,7	95,4	94,9	92,9	92,7

Para vacunación con triple viral (sarampión, rubeola y parotiditis), en el grupo de menores entre 1 y 4 años de edad; en 1 año el promedio del departamento de Risaralda es de 86.7%; en el grupo de 2 años el promedio es de 95.4%; en los niños de 3 años cobertura de 94.9%, y en los niños de 4 años la co-

bertura es de 92.7%, lo cual indica que los niños sí son vacunados con triple viral, pero no exactamente al primer año de edad. Realizando MRCV después de cada jornada de vacunación, se podría analizar el impacto real de éstas en este grupo de población.

Tabla N° 4. Coberturas de vacunación con antipolio entre 1 y 4 años

Municipio	1 Año	2 Años	3 Años	4 Años	Total
Apía	95,6	100	97,8	100	98,3
Balboa	100	100	100	100	100
Belén de Umbría	82,1	100	92,7	96,2	92,9
Dosquebradas	85,7	81,6	91,9	81,3	84,6
Guática	100	100	97,6	100	99,4
La Celia	100	97,6	100	100	99,4
La Virginia	95,9	96,2	100	100	97,6
Marsella	92,1	95	95,2	97,1	94,8
Mistrató	91,8	100	97,9	100	97
Pereira	89,6	86,6	94,4	90,3	90,2
Pueblo Rico	97,9	97,3	98,2	100	98,3
Quinchía	93,9	100	88,9	91,3	93,5
Santa Rosa	93,8	100	100	95,7	97,4
Santuario	97,7	100	94,7	100	98,1
TOTAL	94,0	96,7	96,4	96,6	95,8

Al analizar las cohortes de vacunados por edades simples entre 1 y 4 años con antipolio en el departamento de Risaralda y cada uno de los municipios, se observaron en promedio las coberturas de vacunación más altas en el municipio de Balboa con el 100% y las más

bajas en el municipio de Dosquebradas con el 84.6%. En el grupo de 1 año presentó las cifras más bajas: Belén de Umbría con el 82.1% y en promedio de los 4 grupos de edad, el porcentaje más bajo lo tiene el municipio de Dosquebradas con un promedio de 84.6%.

Tabla N° 5. Coberturas de niños entre 1 y 4 años vacunados con DPT

Municipio	1 Año	2 Años	3 Años	4 Años	Total
Apía	97,8	100	95,7	100	98,3
Balboa	100	100	100	100	100
Belén de Umbría	82,1	97,4	90,2	98,1	92,4
Dosquebradas	85,7	81,6	89,2	81,3	84
Guática	100	100	97,6	100	99,4
La Celia	100	97,6	100	100	99,4
La Virginia	95,9	94,2	93,3	100	95,8
Marsella	94,7	95	97,6	100	96,8
Mistrató	91,8	97,6	100	100	97
Pereira	88,8	86,6	94,4	90,3	90
Pueblo Rico	97,9	100	98,2	100	98,9
Quinchía	95,9	100	83,3	91,3	92,9
Santa Rosa	95,8	100	100	97,9	98,5
Santuario	97,7	100	97,4	100	98,8
TOTAL	94,6	96,4	95,5	97,1	95,9

En promedio en las cohortes por edades simples en menores entre 1 y 4 años la vacunación es del 95.9%, siendo las más bajas en Dosquebradas con el 84%. El porcentaje más bajo por edades sim-

ples se observa en los niños de 1 año en el municipio de Belén de Umbría con el 82.1%, Dosquebradas con el 85.7% y Pereira con el 88.8%.

Tabla N° 6. Coberturas de vacunación en menores entre 1 y 4 años con Hib

Municipio	1 Año	2 Años	3 Años	4 Años	Total
Apía	93,3	97,1	89,1	93,6	93
Balboa	100	100	100	100	100
Belén De Umbría	74,4	76,3	70,7	84,6	77,1
Dosquebradas	79,6	73,7	86,5	70,3	76,6
Guática	100	97,9	97,6	97,1	98,2
La Celia	100	95,2	89,4	91,2	93,8
La Virginia	89,8	88,5	93,3	85,3	89,1
Marsella	94,7	97,5	95,2	88,6	94,1
Mistrató	73,5	92,9	95,7	90,3	87,6
Pereira	83,6	77,2	76,8	68,5	76,7
Pueblo Rico	95,7	100	96,4	89,4	95,5
Quinchía	95,9	100	75	91,3	91,1
Santa Rosa	87,5	93,5	88,9	85,1	88,7
Santuario	97,7	100	97,4	100	98,8
Total	90,4	92,1	89,4	88,2	90,0

En la tabla 6 se observa la vacunación con Hib, las coberturas más bajas en la cohorte de 4 años, seguida por los menores de 3 años. En promedio se observa la más baja cobertura en el municipi-

pio de Dosquebradas de 76.6% y Pereira 76.7%; las más altas en Balboa donde se encontró el 100% de los niños vacunados y en Santuario el 98.8%.

Tabla N° 7. Coberturas de vacunación con HB en menores entre 1 y 4 años

Municipio	1 Año	2 Años	3 Años	4 Años	Total
Apía	84,4	67,6	56,5	78,7	72,1
Balboa	100	100	100	100	100
Belén de Umbría	74,4	42,1	56,1	67,3	55,9
Dosquebradas	79,6	81,6	89,2	81,3	84
Guática	90,9	100	100	94,1	78
La Celia	97,4	59,5	57,4	47,1	65,2
La Virginia	77,6	55,8	70	70,6	67,9
Marsella	71,1	57,5	66,7	57,1	63,2
Mistrató	73,5	45,2	53,2	58,1	55,6
Pereira	79,1	74,8	86,4	80,6	80,2
Pueblo Rico	80,2	45,9	56,4	56,4	56,7
Quinchía	73,5	44,5	27,8	43,5	49,1
Santa Rosa	89,6	87	77,8	91,5	86,2
Santuario	79,1	61	71,1	91,5	55,3
TOTAL	82,2	65,9	69,2	72,7	69,2

Se pueden apreciar en la tabla No 7 las cohortes de vacunación con el biológico contra la HB en el grupo comprendido entre 1 y 4 años; las más altas en promedio de los 4 años las tiene el municipio de Balboa con el 100%, seguido

por el municipio de Santa Rosa con el 86%, y las más bajas se observan en el municipio de Quinchía de 49.1%, Santuario con el 55.3% y el municipio de Belén de Umbría con el 55.9%.

Es conveniente tener en cuenta que para HB a partir del 2002 con la introducción en el esquema de vacunación del biológico con pentavalente, se aplican 4

dosis de HB; la dosis del recién nacido ya no se considera de esquema sino como dosis adicional.

Tabla N° 8. Coberturas en menores vacunados con antisarampión en Risaralda

Municipio	1 Año	2 Años	3 Años	4 Años	Total
Apía	91,1	79,4	95,7	95,7	91,3
Balboa	100	100	97,7	100	99,4
Belén de Umbría	61,5	55,3	56,1	63,5	59,4
Dosquebradas	69,4	78,9	75,7	50	75,5
Guática	79,5	97,9	95,2	100	92,8
La Celia	78,9	78,6	93,6	82,4	83,9
La Virginia	67,3	80,8	76,7	70,6	73,9
Marsella	94,7	95	92,9	100	95,5
Mistrató	57,8	69	61,7	80,6	65,7
Pereira	37,3	40,2	47,2	54	44,5
Pueblo Rico	74,5	86,5	80	82,1	80,3
Quinchía	89,8	97,4	86,1	89,1	90,5
Santa Rosa	89,6	80,4	81,5	74,5	81,5
Santuario	86,4	90,2	94,7	97,4	92,5
Total	77,0	80,7	81,1	81,4	80,5

En la tabla No 8 se aprecian las coberturas de vacunación en Risaralda con antisarampión por cohortes en los niños entre 1 y 4 años; las más altas se observan en los niños de 3 años con 81.1%, y las más bajas en los niños de 1 año de edad de 77%. Las más bajas en el municipio de Pereira 37.3% y Mis-

trató con el 57.8%. Las coberturas más altas en el municipio de Balboa de 100% seguida por Marsella con el 94.7%. Se pudo apreciar dificultades en el registro del carné de vacunación, porque aparecen varias dosis de triple viral y no registro de antisarampión.

Discusión de Resultados

Vale la pena resaltar que en el departamento de Risaralda existen menores de 5 años con esquema de vacunación inadecuado para su edad, lo cual representa un número de susceptibles importantes para rescatar mediante la estrategia de vacunación casa a casa y aprovechando oportunidades perdidas en

las instituciones de salud cuando el menor de 5 años requiere atención en una entidad de salud por consulta externa, urgencias y/o por hospitalización. Además es conveniente exigir el carné de vacunación al ingreso del infante a la escuela, jardines infantiles y hogares comunitarios.

CONCLUSIONES

- Este tipo de estudios ha evaluado coberturas de vacunación en otras épocas. El Ministerio de Protección Social durante el año 2002 reportó las coberturas de vacunación para Pereira, Dosquebradas y Quinchía¹¹, y las coberturas reportadas en ese momento fueron inferiores a las reportadas por esta publicación que se realiza un año después, evidenciando un aumento de las acciones de vacunación en la región.
- Se encuestaron 3429 menores de 5 años, muestra que permite contar con una buena aproximación a la situación de vacunación de la población objeto del Programa Ampliado de Inmunizaciones en Risaralda.
- En los municipios donde se encontró que el 95% de los menores encuestados contaba con esquema adecuado de vacunación, y que al comparar con las coberturas entregadas por la Secretaría de Salud de Risaralda encontró diferencias notables por encima o por debajo, sería conveniente realizar monitoreos rápidos en la zona rural, y en caso de obtener un comportamiento similar se podría pensar que la población del municipio está subestimada o inflada.
- Se aprecia cómo los niñ@s menores de 1 año tienen esquemas incompletos, mientras que en las cohortes de 1, 2, 3 y 4 años en Risaralda las coberturas son superiores al 95%, lo cual indica que no se cumple la aplicación del biológico exactamente desde los 2 meses, pero que los niñ@s finalmente son inmunizados antes de cumplir 5 años. Estas altas coberturas explicarían por qué no se presentan reportes de epidemias por estas patologías objeto del Programa Ampliado de Inmunizaciones.
- Es de resaltar que el 60.4% de la población encuestada corresponde al régimen subsidiado, lo cual no es consecuente con la información del Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI, consolidada en la Secretaría de Salud del Departamento, donde el porcentaje más alto corresponde a los no afiliados (vinculados), lo que permite expresar las dificultades de denominadores que se tienen para la planeación de actividades por el Sistema General de Seguridad Social

RECOMENDACIONES

- La reducción de las enfermedades prevalentes en la infancia es considerada la primera prioridad nacional, y los objetivos del PAI se alcanzan mediante la conjugación de recursos humanos, técnicos y administrativos, como también por el establecimiento y clara definición de estrategias que permitan vacunar a la totalidad de susceptibles.
- Por esto es necesario enmarcar estrategias de vacunación en el contexto de la Atención Primaria en Salud, donde componentes como la participación de la comunidad, la educación en salud y la coordinación intra y extra sectorial, se encuentren involucrados tanto en su aspecto conceptual como material.

- Fue posible encontrar diferencias notables entre las coberturas de vacunación por MRCV y las que se encuentran consolidadas en la Secretaría de Salud de Risaralda. En varios municipios como en Apia, los resultados de las encuestas muestran coberturas superiores al 90%, mientras que al comparar con la población DANE se obtienen a diciembre de 2003 cifras de 68% y/o Instituto Nacional de Salud de 84%, lo que es coherente con las cifras de estadísticas vitales.
- Conviene revisar las actividades ejecutadas en el programa regular de vacunación, así como las estrategias adoptadas en aquellos municipios que por monitoreo no cumplen con las coberturas útiles en vacunación, iguales o superiores al 95%.
- La evaluación de coberturas de vacunación es un proceso cuyo propósito fundamental es hacer auto evaluación del desempeño del PAI en el municipio; por lo tanto no basta con establecer el cumplimiento de coberturas y un análisis de factores determinantes, si no se plantean planes de respuesta que permitan modificar la situación encontrada.
- Si los resultados arrojados son positivos, es muy importante identificar qué estrategias y actividades se han implementado para impactar de forma adecuada el logro de las metas, porque esto permite estimular buenas prácticas y difundirlas como herramientas de apoyo en otros lugares, donde no se han conseguido los resultados esperados.
- El hecho de obtener buenos resultados no significa que las actividades de seguimiento y evaluación dejen de realizarse; por el contrario debe generarse un plan en el cual de forma periódica se estén implementando verificaciones de las coberturas de vacunación en terreno, de manera que permita identificar rápidamente las dificultadas y así proceder a ejecutar acciones de apoyo o correctivas oportunamente.(6)
- Todas las personas e instituciones que participan de las actividades del PAI, deben estar permanentemente informadas de los avances en los planes establecidos, así como de las actividades que se realicen en la evaluación de coberturas de vacunación. Estos procesos de retroalimentación son parte fundamental de la articulación de los diferentes actores y del mantenimiento de canales de comunicación.(7)
- La estrategia de MRCV debe ser utilizada en los entes territoriales con el fin de realizar evaluación del PAI después de cada jornada de vacunación, como lo plantea la circular externa No 18 de 2004 del Ministerio de Protección Social, y debe realizarse tanto en el área rural como urbana.(8)(9)
- Es importante dar una buena orientación y motivación al acudiente del menor, con el fin lograr resultados satisfactorios en el PAI y aprovechar todas las oportunidades perdidas en vacunación.
- Se debe solicitar al ingreso del menor de 5 años a jardines, hogares, comunitarios o instituciones con grados de preescolar, el carné de vacunación de acuerdo con el decreto No 2287 de 2003 del Ministerio de la Protección Social.

- Se debe capacitar en el esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones y en la interpretación de los carnés de vacunación a jardineras, docentes de preescolar y madres comunitarias, con el fin de garantizar que efectivamente los niños están vacunados.

REFERENCIAS

- ¹ Ministerio de La Protección Social. Circular externa No 18 de 2004. *Lineamientos y Prioridades en Salud Pública*.
- ² Ministerio de Salud, resolución 412 de 2000. Norma técnica Programa Ampliado de Inmunizaciones.
- ³ Organización Panamericana de la Salud. (2003) Instituto Nacional de Salud. I Encuentro Regional Eje Cafetero, Programa Ampliado de Inmunizaciones.
- ⁴ República de Colombia, Ministerio de Salud. Dirección General de Salud Pública. Instituto Nacional de Salud. Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública. SIVIGILA. Semana Epidemiológica No 50. Monitoreo rápido de Coberturas de Vacunación. Diciembre de 2002.
- ⁵ Gobernación de Risaralda. Secretaría de Salud. Sección Epidemiología. 2003.
- ⁶ Asociación Colombiana de Insectología, Consenso para la inmunización del niño en Colombia. (2002) GlaxoSmithkline.
- ⁷ República de Colombia. Poder Público -Rama Legislativa. Ley 715 de 2001, Diario Oficial. Artículos No 43 y 52.
- ⁸ Idid.
- ⁹ Gobernación de Risaralda. Secretaría de Salud. Sección de epidemiología. Estadísticas Vitales. 2003.
- ¹⁰ Ministerio de Salud. Programa Ampliado de Inmunizaciones. 2001.
- ¹¹ Ministerio de Salud. Instituto Nacional de Salud, Boletín Epidemiológico Semanal, Semana No 50. Monitoreo Rápido de Coberturas de Vacunación, Posterior a jornada de vacunación. Diciembre 2002.