



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**Eficacia de la inmunización casa por casa contra
Sarampión en niños menores de 05 años, Jurisdicción
Red de Salud Lima Ciudad, año 2016**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud**

AUTOR:

Br. Rodríguez del Águila, Tania

ASESOR

Dr. Jacinto Joaquín Vértiz Osoreo

SECCIÓN:

Ciencias médicas

Línea de investigación

Gestión de los servicios de la salud.

LIMA 2017

Página del jurado

Dr. William Sebastián Flores Sotelo
PRESIDENTE

Dra. Gliria Susana Méndez Ilizarbe
SECRETARIO

Dr. Jacinto Joaquín Vértiz Osores
VOCAL

DEDICATORIA

En la vida de las personas las oportunidades de poder servir a la sociedad y ser útiles rompiendo esquemas que impiden el desarrollo de instituciones, está presente cuando uno menos lo espera y lo ideal es no desaprovecharlas.

Habiendo desarrollado este proyecto desde mi puesto como Directora Ejecutiva de la Red Lima Ciudad, como funcionaria del más alto rango, me siento en la obligación de cumplir con esa función con mucha dedicación y esfuerzo; aprovechando los conocimientos que poseo y que se han visto reforzados con esta maestría.

Sin embargo, hay personitas que han tenido que verme menos y muchas veces yo disfrutar poco de esos momentos de alegría de madre, por eso mi más profundo agradecimiento a mi pequeña hija Isabella de Fátima y a mi esposo Dago, a quienes dedico este trabajo, que han sabido entender el reto que me puso la vida.

T.R.A.

Agradecimiento.

Un especial agradecimiento al señor docente Dr. Joaquín Vértiz Osores por las enseñanzas y apoyo

Un agradecimiento adicional a todo el personal de salud que contribuyó en lograr la mayor cobertura en esta vacunación casa por casa

Declaración de autenticidad

Yo, **Tania Rodríguez Del Aguila**, maestranda del Programa Maestría en Gestión de los Servicios de Salud, de la Escuela de Postgrado de la Universidad Cesar Vallejo, identificado con DNI N° 09803049, con la tesis titulada: **Eficacia de la inmunización casa por casa contra Sarampión en niños menores de 05 años, Jurisdicción Red de Salud Lima Ciudad, año 2016**

Declaro bajo juramento que:

- 1.- La tesis presentada es de mi autoría.
- 2.- Se ha respetado la normatividad internacional de citas y referencias para las fuentes consultadas. Por ende, la tesis no ha sido plagiada en ninguna parte de su contenido.
- 3.- La tesis no ha sido autoplagiada: lo que significa que no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
- 4.- Tanto el enfoque como los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados y por tanto estos resultados presentados en la tesis se constituirán indefectiblemente en aportes a la realidad investigada.

De identificarse fraude (datos falsos, plagio, información sin citar autores), auto plagio (presentar como nuevo algún trabajo de investigación propio que ya ha sido publicado), piratería (uso de información ilegal o ajena) o falsificación (representar falsamente las ideas de otros), asumo la consecuencia y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad Cesar Vallejo.

Lima, Diciembre del 2017

Firma.....

Br. Tania Rodríguez del Águila

DNI N° 09803049

PRESENTACION

Señores miembros del Jurado:

En cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo se presenta ante ustedes la Tesis titulada “Eficacia de la inmunización casa por casa contra Sarampión en niños menores de 05 años, Jurisdicción Red de Salud Lima Ciudad, año 2016”, la misma que someto a vuestra consideración esperando que cumpla con los requisitos de aprobación para obtener el Grado de Maestra en Gestión de los servicios de la salud.

Los contenidos que se desarrollaron fueron: Introducción, donde podemos encontrar antecedentes, fundamentación científica, técnica o humanística, justificación, problema, hipótesis y objetivos. Asimismo en el marco metodológico está compuesto por variables, operacionalización de las variables, metodología, tipos de estudio, diseño, población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, método de análisis de datos.

En la parte de resultados se tuvieron en cuenta el análisis descriptivo, análisis inferencial. Asimismo se tuvieron en cuenta la discusión, conclusiones y recomendaciones.

Espero señores miembros del jurado que esta investigación se ajuste a las exigencias establecidas por la Universidad y merezca su aprobación.

La Autora

Índice

	pág.
Página del jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Declaratoria de autenticidad	v
Presentación	vi
Índice	vii
Lista de tablas	ix
Lista de figuras	x
Resumen	xi
Abstract	xii
I. Introducción.	
1.1. Antecedentes	14
1.2. Marco teórico referencial	19
1.3. Marco espacial	26
1.4. Marco temporal	27
1.5. Contextualización: histórica, política, cultural, social.	27
II. Planteamiento del problema.	
2.1 Aproximación temática: observaciones, estudios relacionados, preguntas orientadoras.	35
2.2. Formulación del problema de investigación.	37
2.3. Justificación	40
2.4. Relevancia	42
2.5. Contribución	42
2.6. Objetivos	42
III. Marco metodológico	
3.1. Metodología	44
3.2. Matriz de Categorización	46
3.3. Tipo de estudio	46

3.4. Escenario de estudio	47
3.5. Categorización de actores	47
3.6. Trayectoria metodológica	47
3.7. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos	48
3.8. Tratamiento de la información.	49
IV. Resultados	
4.1. Análisis de Datos: Los hallazgos.	56
V. Discusión	62
VI. Conclusiones	65
VII. Recomendaciones	67
VIII. Referencias Bibliográficas	69
Anexos	73

Lista de tablas

Pág.

Tabla 1. Matriz de categorización de la variable.

46

Lista de figuras	pág.
Figura 1. Modelo de la utilidad de servicios.	23
Figura 2. Jurisdicción de Lima Ciudad (Fuente: Red de salud Lima Ciudad)	27
Figura 3. Influencia de la Red Lima Ciudad, diciembre 2016	29
Figura 4. Establecimientos de salud que conforman la Red de salud Lima Ciudad	29
Figura 5. Cobertura Mundial 2014EMR (Región Mediterráneo Oriental), EUR (Región de Europa), WPR (Región del Pacífico Occidental)	35
Figura 6. Notificación de casos de Sarampión y Rubeola	36
Figura 7. Proceso de la Vacunación	39
Figura 8. Puesto de Vacunación de campaña	50
Figura 9. Vacuna SR, presentación	50
Figura 10. Cadena en Frío en maletines del personal de salud	51
Figura 11. Carné de vacunación	51
Figura 12. Cartilla de Recolección de datos	52
Figura 13. Correlación para control y lograr meta de cobertura	52
Figura 14. Coberturas de vacunación año 2013 al año 2015	54
Figura 15. Momento de vacunación subcutánea de vacuna SR	54
Figura 16. Tasa de incidencia de sarampión al 2004	56
Figura 17. Datos oficiales de vacunación en menores de 03 años	57
Figura 18. Casos notificados según distrito	57
Figura 19. Preparando la vacuna para administrarla	58
Figura 20. Momento necesario de la inmunización	59
Figura 21. Estrategia y programación en vacunación 2016	60

Resumen

Las mejores estrategias para prevenir y controlar las enfermedades infecciosas es la vacunación, y es válido para el control del sarampión, según la propuesta de la OMS, esta debe tener una cobertura del 95%, lo que permitirá no solo evitar cientos de miles de muertes, sino la eliminación de la transmisión. En nuestro país, la NTS N° 080 MINSA/DGSP-V.04 que establece el Esquema Nacional de Vacunación, sigue esta propuesta.

A pesar de los esfuerzos solo se ha podido llegar a una cobertura menor del 90% en el año 2015, usando la vacunación intramural o de establecimientos, por lo que en el presente trabajo se desarrolló una metodología de vacunación extramural o de casa por casa confiando en que con la misma, al ser domiciliaria, se puede alcanzar la meta de 95% a más de cobertura de vacunación contra sarampión, con la intención de eliminar la transmisión, y aprovechan la Semana de la Vacunación en las Américas.

Palabras Clave: Inmunizaciones, cobertura, sarampión y vacunación

Abstract

The best strategies to prevent and control infectious diseases is vaccination, and it is valid for the control of measles, according to the WHO proposal, this should have a coverage of 95%, which will not only prevent hundreds of thousands of deaths, but the elimination of transmission. In our country, NTS N ° 080 MINSA / DGSP-V.04 that establishes the National Vaccination Scheme, follows this proposal.

Despite the efforts, it has only been possible to reach a coverage of less than 90% in 2015, using intramural or institutional vaccination, which is why in the present work an extramural or house-to-house vaccination methodology was developed. in that with the same, being domiciliary, you can reach the goal of 95% plus measles vaccination coverage, with the intention of eliminating transmission, and take advantage of the Vaccination Week in the Americas.

Keywords: Immunizations, coverage, measles and vaccination

I. INTRODUCCION

1.1. Antecedentes

1.1.1. Antecedentes Internacionales

En Ecuador, Cuenca (2017) realizó un estudio titulado, *Determinantes que influyen en el incumplimiento del esquema de vacunación y estrategias para mejorar los índices de cobertura* determinó que los factores que influyen en la población que impiden se lleguen a una cobertura óptima del esquema de vacunación. Y así poder crear estrategias más acordes a la realidad de las comunidades vulnerables; emparejadas con los lineamientos que establece ENI. Utilizó una metodología descriptiva de corte transversal. El estudio concluyó que existen factores sociales, económicos, culturales y demográficos que hacen cada vez más difícil el trabajo del personal de enfermería, el aprendizaje del manejo del biológico, lineamientos y técnicas serán los conlleven al éxito a la ENI, asimismo se debe provechar oportunidades en la consulta externa sin límite de hora, captar de formar oportuna a los niños que acompañen a sus madres a diferentes servicios en el centro de salud disminuyendo las oportunidades de pérdidas de vacunas. Seleccionar al personal brinde una atención con calidad y calidez y así logre desarrollar empatía con el usuario logrando confianza y adherencia al programa de vacunación. La información recolectada en las campañas de vacunación debe manejarse de forma minuciosa y organizada asegurando el dato seguro y registro correcto.

En Colombia, Bossa y Carrasquilla (2015) en su estudio titulado *Determinantes de la vacunación completa y oportuna en población menor de cinco años en Colombia*, estimaron los determinantes de la vacunación completa/finalizada en menores de cinco años de Colombia. Se trató de un estudio descriptivo y exploratorio, correlacional, se tomó como muestra la encuesta nacional de cobertura de vacunación con un 99% de la población civil residente en hogares particulares de las zonas urbana y rural del país. El presente estudio encontró que las coberturas de vacunación completas fue del 79.02% y para esquema oportuno de 31.27%. Además, se encontró que las variables socioeconómicas y de características del hogar afectan la cobertura de vacunación completa, a saber, estrato 2 y 3, edad en meses, etnia de la madre, n° hermanos, vinculado, R. S Especial y familia desplazada. Del mismo modo, la edad en meses, que la madre no tenga estudios, el n° hermanos, ser vinculado al sistema de salud y residir en el departamento de Casanare afectan negativamente y las variables estrato 2, estrato

3, nivel educativo igual a secundaria completa, técnico/tecnólogo incompleto, técnico/tecnólogo completo y universitario completo influyen positivamente la probabilidad de tener esquema oportuno. Entre las variables que influyen en las coberturas de vacunación de esquema oportuno a destacar es el nivel educativo de la madre, pues se encontró que los hogares con madres con mayor educación, los niños presentan mayor probabilidad de estar vacunados con esquemas oportunos. Estudios previos han mostrado una asociación significativa entre las coberturas de vacunación y la educación de la madre

En Guatemala, Robles (2014) en su tesis titulada *Asistencia al programa de medicina preventiva (Vacunación) de niños de 0 a 5 años en el Centro de Salud Zona 3, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social*, dio a conocer las razones que motivaron ese interés, se realizó la aplicación de un cuestionario, validado por las autoridades del centro, a 60 padres o encargados de los niños. El objetivo de conocerlas es valioso para mejorar la atención al usuario y lograr mayor impacto en el desarrollo de programas y promociones de salud. El estudio fue de diseño no experimental, transversal descriptivo. Dentro de los principales hallazgos destaca que tanto en Guatemala, como en otras latitudes la consejería, sensibilización a padres y encargados del cuidado de los niños y capacitación al personal sanitario sobre la vacunación y cuidado general de los niños es importante para su salud, crecimiento y desarrollo. La mayoría de personas que llevan niños a la clínica de vacunación son madres de familia, en edades que oscilan entre 15 y 35 años, el procedimiento de vacunación es aceptado en la comunidad y comprendido como un beneficio para la salud, el crecimiento y desarrollo de los niños. La capacitación, consejería, información, sensibilización en salud, higiene, dieta (lactancia materna) y vacunación, al personal sanitario (enfermeras) y encargados de dar las charlas educativas y consejería, fue bueno. Habrá que reforzar la información con campañas masivas de información, inclusive en idiomas mayenses, diseñadas desde el nivel Central o en del propio Centro de salud

En Ecuador, Benavides (2013) en su tesis de maestra titulada *Impacto en las tasas de morbilidad por enfermedad diarreica aguda de la vacunación contra rotavirus en niños menores de dos años. Area de Salud N° 2, Pichincha*; describió los impactos en las tasas de morbilidad por enfermedad diarreica aguda, de la vacunación vacunación contra rotavirus en niños menores de dos años. Área de Salud N°2 Pichincha 2009-

2012; tiene el propósito de medir la eficiencia de una las estrategias de salud pública implementada, para la disminución de la morbilidad por Enfermedad Diarreica Aguda por rotavirus. La población más susceptible a enfermar, son los niños entre 6-24 meses de edad, la muestra constituyen menores de 2 años, que demandaron atención por EDA, en el año 2009 antes de la introducción de la vacuna hasta el año 2012, donde la cobertura de vacunación alcanza el 95%, se investigará variables como: edad, sexo, esquema de inmunización recibido, lugar de la inmunización, inmunización simultánea, y presencia de la enfermedad pos vacunación, realizando el levantamiento de información 2009 hasta el 2012, existente en los archivos. El estudio planteado es un estudio descriptivo de corte transversal, con procesamiento a través del programa estadístico EPI INFO, que nos permitirá determinar si la hipótesis de nuestro estudio, que la vacunación con rotavirus es eficiente para la disminución de las tasas de morbilidad por EDA por rotavirus, en menores de 2 años

En México, Díaz-Ortega et al (2013) en su estudio titulado *Cobertura de vacunación en niños y adolescentes en México: esquema completo, incompleto y no vacunación*, evaluó la cobertura de vacunación en niños y adolescentes. Se trató de un estudio exploratorio, descriptivo, basándose en los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del 2012. En sus resultados se evidenció que la cobertura en menores de un año fue mayor a 70% para tres vacunas, y menor a 50% para cinco vacunas. En niños de 15 a 23 meses fue 59.8% para cuatro vacunas y 51% para seis, a los seis años 93.2% tenían una dosis de SRP. Cobertura para tres vacunas en adolescentes fue menor a 50%. Proporción de no vacunados fue 4.7% en menores de un año, 0.2% en 15 a 23 meses, 6.8 % a los seis años y 37% en adolescentes. Cobertura de BCG, HB y neumococo en menores de un año y de SRP a los 15 a 23 meses fue mayor a 80%. El no tener un seguro de salud sumado al analfabetismo materno y de adolescentes fueron variables explicativas de esquema incompleto. El estudio concluyó que se requiere fortalecer el sistema de información, promoción de la salud, capacitación y vacunación diaria sin horarios restrictivos, asegurando en ello más apertura en las oportunidades y abastecimiento de vacunas.

Becerra (2011) en su tesis titulada *Barreras de acceso al Programa ampliado de inmunizaciones de la población infantil asistente a las casas vecinales de Tibabitá y Horizonte de la localidad de Usaqué, Bogotá*; identificó las barreras de acceso al

Programa ampliado de inmunizaciones, se trató de 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 Usaquén. 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

1.1.2. Antecedentes Nacionales

Rojas y Silva (2016) en su estudio titulado *Conocimiento materno sobre inmunizaciones y cumplimiento del calendario de vacunas en el niño menor de 5 años del Centro de salud Liberación Social, Trujillo*; determinó la relación entre el conocimiento materno hacia las inmunizaciones y cumplimiento del calendario de vacunas del niño menor de 5 años. Es un de tipo descriptivo, correlacional. La población estuvo constituida por 250 madres asistentes al consultorio de CRED del Centro de Salud Liberación Social, la muestra estuvo conformada por 77 madres de niños menores de 5 años. Para la recolección de datos se utilizó el Carnet de Vacunación del niño y como instrumento, el cuestionario. Los resultados obtenidos muestran que la variable conocimiento presenta un nivel medio (46.8%); nivel bajo (41.5%) y nivel alto (11.7%) en relación a la variable cumplimiento se aprecia que si cumple (54.5%) y no cumple (45.5%). Relacionando ambas variables muestra un nivel bajo (51.4) de madres que no cumplen

con el calendario de vacunación y un nivel medio (45.3%) de madres que si cumplen con el calendario de vacunas, evidenciando una relación significativa ($p<.05$) entre dichas variables

García (2015) en su estudio titulado factores de riesgo asociado a una vacunación incompleta de niños entre 6 a 36 meses en una comunidad de la sierra peruana, identificó y analizó los factores de riesgo asociados a vacunación incompleta. Se empleó 23 casos y 46 controles fueron incluidos en el estudio. La edad promedio fue de 21.3 meses y en el análisis bivariado la edad del cuidador principal menor de 19 años ($p=0.01$), el estado civil soltero ($p=0.03$) y el ser el primer hijo en la familia ($p=0.01$) tuvieron asociación significativa con el estado de vacunación incompleta. Los resultados de este estudio abren las puertas para continuar las investigaciones relacionadas el tema en la búsqueda de lograr mayores coberturas de vacunación en nuestra población. En conclusión, en este estudio de casos y controles en una comunidad de la Sierra Peruana los factores que tuvieron asociación significativa con una vacunación incompleta fueron la edad del cuidador principal menor a 19 años y el estado civil soltero del cuidador principal, por lo que se debe prestar especial atención al estado de vacunación de niños cuyos cuidadores principales presenten estas características. Los resultados de este estudio abren las puertas para continuar las investigaciones relacionadas el tema en la búsqueda de lograr mayores coberturas de vacunación en nuestra población.

Upiachihua (2015) en su tesis titulada *Factores sociodemográficos culturales y el cumplimiento del calendario de inmunizaciones en lactantes, Puesto de Salud I – 2, Masusa. Punchana*, determinó la relación que existe entre los factores sociodemográficos, culturales y el cumplimiento del calendario de inmunizaciones en lactantes P.S. I-2 Masusa; La metodología que empleó fue cuantitativa, cuyo diseño no experimental de corte transversal correlacional. Su muestra se conformó por 154 madres que acudieron al programa de inmunizaciones. El estudio concluyó que los resultados evidenciaron un aporte científico que conducirá a ejecutar investigaciones a posteriori, más aun permitirá a las instituciones prestadoras de salud y a los profesionales de enfermería en particular, desarrollar acciones que permitan alcanzar una mayor cobertura en vacunación y por ende el cumplimiento del calendario de inmunizaciones, logrando de esta manera disminuir el riesgo a enfermar en los niños.

Pélaez y Soto (2013) realizó un estudio titulado: *“Factores asociados al cumplimiento de metas programáticas de las estrategias sanitarias nacionales en la Microred La Victoria, Chiclayo”*; determinó los factores que intervienen en el cumplimiento de metas programáticas de las estrategias sanitarias nacionales en la Microred La Victoria, Red Chiclayo Años 2012-2013. El método fue un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo y de corte transversal. Con resultados: Factores institucionales (48,3%), factores personales (45,1%), factores motivacionales (43.78%), factores sociales (51.11%) si intervienen para el cumplimiento de metas programáticas de las estrategias sanitarias. El estudio concluyó que un aspecto importante para la gestión de la Microred es identificar los factores que intervienen para cumplir con las metas programáticas y realizar el abordaje con un enfoque a corto, mediano y largo plazo.

1.2. MARCO TEÓRICO REFERENCIAL.

Barrido (Vacunación Casa por casa)

Se entiende como barrido a la actividad complementaria de vacunación masiva, que se realiza con el objetivo de desarrollar una barrera sanitaria en un determinado ámbito geográfico en riesgo epidemiológico, por la presencia de un caso confirmado de una enfermedad, en este caso del sarampión, sujeta a erradicación o eliminación o frente a la acumulación de susceptibles.

Según los especialistas del Minsa (2016):

La vacunación barrido, se realiza empleando diferentes tácticas de vacunación: casa por casa, puestos fijos y móviles, siendo la vacunación casa por casa, la táctica por excelencia y el ámbito de su ejecución puede ser distrital, provincial, regional o nacional. (p.4)

La vacunación, en efecto, comprende a toda la población objetivo, a quienes se administrará la vacuna sin considerar su estado vacunal previo. Su ejecución debe ser rápida en un lapso de 2 a 4 semanas como máximo, dependiendo de ser área urbana o rural.

Vacunación

Los niños son los más vulnerables para adquirir enfermedades; no obstante, a lo largo del siglo XX, uno de los éxitos en nuestro país principalmente de la salud pública, con la única salvedad de la depuración del agua para el consumo humano, no ha tenido mayor trascendencia que el impacto de la reducción de la mortalidad, que las vacunas.

Para la Organización Mundial de la Salud (2017) los programas de vacunación deben alcanzar la cobertura requerida para detener y en efecto controlar la propagación de las enfermedades; para ello es importante que los programas de vacunación sean monitorizados por los profesionales de la salud.

Para Ortega *et al.* (2002):

Las vacunas son los fármacos termolábiles que previenen enfermedades ya sea en la etapa inicial como en adultos para casos de enfermedades epidemiológicas y para garantizar su inmunogenicidad y eficacia protectora dentro de los programas de los programas de inmunización, es imprescindible el control de la cadena de frío. (p.334)

No obstante, la connotación de este concepto considera que las vacunas se relacionan con la cadena de frío. Sin embargo, el término “vacuna” proviene del vocablo latino “Vaccinia” que en principio sirvió para inmunizar contra la viruela humana. Hoy en día, ese “término es usado para la administración de cualquier medicamento inmunobiológico, muy independiente que el receptor desarrolle inmunidad” (Bernal, 2015; p. 29).

La vacunación en nuestro país está basada en la Norma Técnica de Salud N° 080-MINSA/DGSP V.04 que Establece el Sistema Nacional de Vacunación, cuya última revisión tiene RM. N° 446-2017 MINSA, teniendo como finalidad contribuir en la mejorar del nivel de salud de la población mediante la prevención y control de las enfermedades prevenibles por vacunas.

La importancia de la vacunación radica en las intervenciones sanitarias más potentes y eficaces en referencia con el costo; desde luego el hecho que prevenga enfermedades y las posibles discapacidades se convierte en un fin para salvar millones de vidas cada año. Más aún, se está inmunizando cada vez a más niños en los últimos años, por tanto, el acceder a la vacunación y desde luego a las inmunizaciones se convierte desde ya en una política de Estado. Sin embargo, aún existe por más esfuerzos que se hace cada día, hay aún lugar donde es difícil que la vacunación pueda alcanzar.

Por ende, para Garcia (2015):

Las coberturas de vacunas son el resultado de toda una programación dinámica que implica la experiencia de interacción entre la población y los servicios de vacunación; ello exige confianza o desconfianza en el poder de las inmunizaciones para proteger enfermedades, y desde luego lograr la aceptación por parte de los pobladores. (p. 34)

Calendario de vacunación

Comprende la secuencia cronológica de vacunas que se suelen administrar de modo programático a toda la población en un país o en un espacio geográfico con la finalidad de lograr una inmunización adecuada en la población frente a las enfermedades para las que se dispone de una vacuna eficaz. De acuerdo a la Norma Técnica de Salud (NTS) del Perú, el Esquema Nacional de Vacunación.

Sarampión

El sarampión es una enfermedad de causa viral, del tipo eruptiva exantemática, de tipo morbiliforme, que se disemina por toda la piel, pero sobre todo disminuye las defensas durante su desarrollo como enfermedad, ocasionando infecciones respiratorias graves como las neumonías. Es altamente contagiosa, e históricamente ha producido epidemias mundiales con las consiguientes muertes. A la actualidad en muchas partes del mundo aún se encuentra presente, con el temor de que se vuelva a convertir en un problema de salud pública, por su fácil diseminación, en la población infantil, y la severidad del cuadro en los adultos.

Con el advenimiento de las vacunas, el proceso de la vacunación y la inmunización de los sujetos, se ha logrado contrarrestar los efectos devastadoras de este flagelo viral. En el mundo, la vacuna antisarampión con su aparición ha salvado millones de vida, permitiendo que la morbilidad y la mortalidad asociadas hayan disminuido en 90%. A principios de este siglo medio millón de personas en su mayoría niños murieron por sarampión. En el 2012 se redujo a 122000 muertes (75%). La meta de la OMS fue eliminar el sarampión por completo a fines del 2015, lo que no ha sucedido, ampliando esa perspectiva para el 2020. Por ende para cumplir con esa meta, se exige una cobertura del 95%.

El Perú no puede ser ajeno a esta lucha frontal y esfuerzo de la estrategia mundial contra el sarampión, por lo que nuestro país necesita lograr cada año una cobertura del 95%, con su norma técnica de la Estrategia Nacional de Inmunizaciones, con coberturas técnicas a alcanzar, y que sean sostenibles, permitiendo la inmunidad de las poblaciones cada vez más interconectadas.

De esto se desprende la importancia de cumplir con esa meta de 95% de vacunados de la población jurisdiccional, por lo cual es puesta en práctica y evaluada en sus resultados la metodología de la vacunación de casa por casa, lo que permite que el vacunador llegue al niño en su domicilio, y no sea llevados por sus padres a los centros de vacunación.

Al existir en nuestro país diferentes sistemas de salud bajo la regencia del MINSA, por primera vez la Dirección de Salud Lima Ciudad con sus centros de salud jurisdicionados, logró articular esfuerzos con otras entidades como ESSALUD, clínicas particulares (EPS), Fuerzas Armadas y Policiales, trabajando en forma coordinada y no duplicando esfuerzos logramos concretar nuestro objetivo.

Teorías relacionadas al tema

a) Modelo de la Utilidad de Servicios

De acuerdo a Andersen (citado por Bernal, 2015, p. 15) su modelo de la utilidad de servicios es el más aceptado por su claridad y eficiencia en su capacidad explicativa:

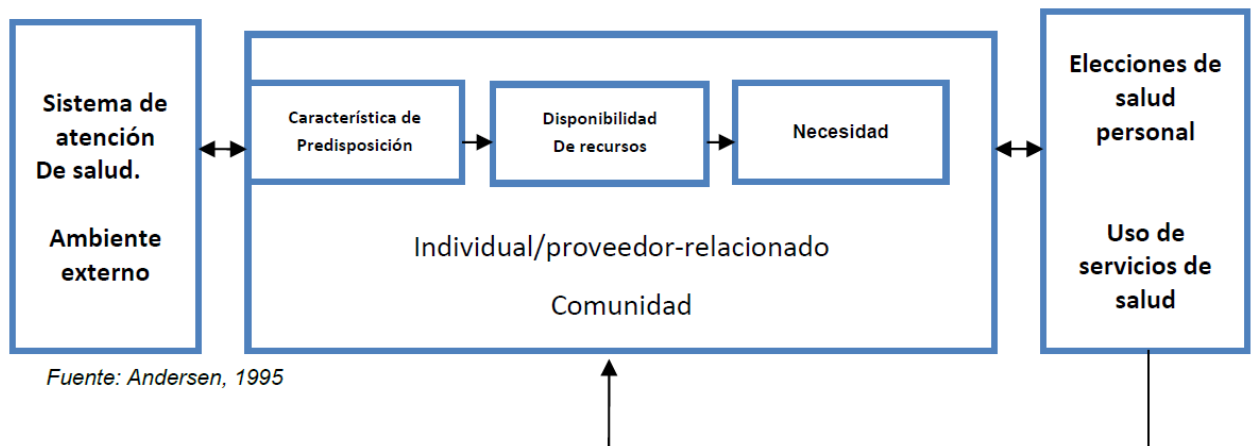


Figura 1. Modelo de la utilidad de servicios.

Para Andersen (1995) descubrir las condiciones o factores facilitarían o impedirían su utilización. De modo que el acceso potencial se define como presencia de recursos disponibles, estos condicionan los medios para acrecentar la probabilidad de que su utilización tenga un lugar.

En este sentido, Andersen (1995):

La utilización del flujo muestra una mejoría en el estado de salud o la satisfacción del consumidor relativo a la cantidad de servicios de atención que se presta en el mercado. Desde esta mirada el acceso a la atención médica es considerado como indicador social en el desarrollo y actitud de la persona mediante este sistema de atención médica. (p.27)

El comportamiento de este modelo demuestra que el acceso a la atención, las características de desarrollo de sistema de salud (recursos propios y la organización) y la población en situación de riesgo, son indicadores de proceso, mientras que la utilización de servicios y satisfacción con la atención como indicador de resultado.

Para Andersen (1995) su modelo considera que el uso de los servicios de salud tiene diferentes funciones propiamente de:

- Necesidad propia de atención; cuyos factores se asocian al proceso de salud enfermedad; desde esta perspectiva se contemplan dos aspectos fundamentales: necesidad percibida por el paciente (va en función de la cantidad de días de incapacidad o por el contrario de la antipercepción del sistema general de salud; y lo otro es la necesidad evaluada por el personal de salud en la medida de los conocimientos.
- Factores predisponentes: Comprende la variables sociodemográficas relacionadas con las actitudes y creencias en torno a salud y la enfermedad, tales como la integración familiar, edad, sexo, estado civil, estatus social, instrucción, etc.
- Factores de capacitación: comprende los elementos que tienen que ver con la condición socioeconómica subdividiéndose en recursos familiares, ingreso, ahorro, seguros, etc.

En efecto, la percepción de Andersen (1995) es fundamental para comprender que además de los factores administrativos, están los determinantes de los servicios de salud, factores para tomarlos en cuenta al momento de recopilar la información en los resultados.

b) Teoría del derecho fundamental a la salud

El derecho fundamental de la salud se basa en el estado natural del ser humano, puesto que lo que está en juego la vida.

Al respecto, Montiel (2004) señaló:

La premisa que los derechos humanos se encuentran inducidos por intereses de ideologías, que jamás podrán ser entendidas separados de su cultura, por ejemplo cuando hecho fenomenológico se acepta y obtiene reconocimiento jurídico, entonces se niega su carácter ideológico, sacándolo del contexto, se universaliza,

sustrayendo su oportunidad de transformarse y mutar al mundo desde el punto diferente a la hegemónica. (p.85)

Las características son, el Derecho a la Salud considerado como aquel que circunscribe no solo la premisa de curar una enfermedad, sino más ampliamente como el de prevenir, es así que por tanto el espectro social, físico del ser humano logra obtener una gran relevancia en este derecho:

(...) implica una mayor protección del ser humano, para lo cual hay instrumentos internacionales, se inició con la Declaración Universal de los DD.HH. en 1948 que estipula en el Art. 25 que toda persona posee el derecho a una vida y de un elevado nivel que se asegure a él y a su familia a un completo bienestar en su salud” (citado por Montiel, 2004, p. 27).

Además, Montiel (2004) refiere otro aspecto de suma importancia como lo es el completo bienestar de la mujer en todo el tiempo de su gestación así como la maternidad y también el de la niñez en general, tienen una consideración muy especial por ser sectores de mayor vulnerabilidad.

Por otro lado, otro instrumento internacional está en la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial (1963), y la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (1965).

c) **Teoría del bienestar colectivo**

Seligman (2014) reformuló sus ideas sobre psicología positiva y propuso una nueva, la teoría del Bienestar. Es una teoría cuya contribución se basa en “la elección sin coerción, ésta tiene tres propiedades: contribuye al bienestar, las personas lo buscan por sí mismo, y no solo para obtener cualquiera de los otros elementos y se define independientemente de los demás elementos” (p. 233).

En efecto, el bienestar es un constructo basado en el tiempo que comprenden asimismo cinco elementos mensurables que la constituye:

1. Emociones positivas: se trata de experimentar más emociones positivas que negativas, éstas son la felicidad, gratitud, amor y alegría.
2. Compromiso/involucramiento las experiencias optimas o flow son actividades que nos generen alta concentración donde pongan en juego nuestras habilidades en grandes retos.
3. Relaciones Positivas: Es el elemento que con mayor correlación con la felicidad, es la manera en cómo nos comportamos y relacionamos con otras personas; bondad, compasión, altruismo, empatía son algunos temas que aborda este elemento.
4. Sentido/Significado: Es el elemento más subjetivo y abstracto, la única manera de conocer el propósito y sentido de vida de las personas es preguntarle de manera directa. El propósito es una meta y el sentido es el significado del porqué tú quieres alcanzar esa meta.
5. Logros: Tener objetivos que perseguir dan sentido y orientación a nuestras vidas, las personas con metas bien planteadas y a largo plazo tienden a ser más perseverantes y exitosas en sus vidas.

Ningún elemento define por sí solo el bienestar, pero cada uno de ellos contribuye a alcanzarlo. Algunos aspectos de estos cinco elementos se miden de manera subjetiva por medio de información dada por uno mismo pero otros aspectos se miden objetivamente.

En consecuencia, el bienestar no puede existir sólo en nuestra mente: el bienestar es una combinación de sentirse bien y de tener realmente sentido en alguna actividad que nos guste o apasione, además de mantener buenas relaciones interpersonales y contar con metas que nos sean retadora para que se puedan convertir en logros. La forma de experimentar el mayor bienestar en nuestras vidas es maximizando los cinco elementos en su totalidad.

1.3. MARCO ESPACIAL

Este estudio se ha logrado realizar tomando en cuenta la efectividad de la estrategia de barrido “casa por casa” para la prevención y control de la Sarampión en la jurisdicción de la Red de Salud de Lima Ciudad que comprende los distritos capitalinos: San Borja, San Isidro, Miraflores, San Luis, Cercado de Lima, Breña, Lince, Jesús María, Magdalena del Mar, Pueblo Libre, Surquillo, San Miguel y La Victoria,

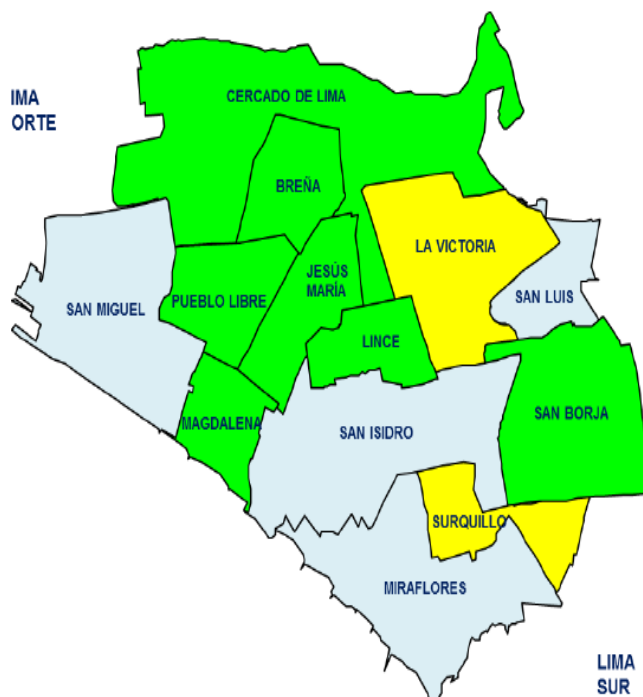


Figura 2. Jurisdicción de Lima Ciudad (Fuente: Red de salud Lima Ciudad)

1.4. MARCO TEMPORAL

Este estudio abarca el periodo comprendido los dos semestres del 2016, en los cuales se ha logrado recopilar datos de los informantes y del trabajo de campo no solo en la asignada semana de las Américas, sino de todas las coberturas del barrido de vacunación

1.5. CONTEXTUALIZACIÓN: HISTÓRICA, POLÍTICA, CULTURAL, SOCIAL.

Marco histórico.

El sarampión es una enfermedad vírica sumamente contagiosa, la vacunación se inició con una dosis en los países en desarrollo a mediados de los años setenta, desde entonces, muchos países del primer mundo y varios en desarrollo añadieron una segunda dosis que se administra a los niños entre 1 a 5 años, según el país. Para el año

2000, el 72% de los niños del mundo estaba recibiendo al menos una dosis de vacuna (frente al 16% en 1980), esto llevo a que el número anual de casos disminuya en un 80%. Para el 2002 toda la Región de Las Américas de la OMS había eliminado el sarampión, a pesar de esto en África se producía el 60% de muertes por esta enfermedad. El 2004, la iniciativa amplio su mandato a otras regiones, en particular Asia, con intención de cobertura por encima del 90%, realizando campañas masivas, con medidas dirigidas a niños entre 9 meses y 14 años. Todas estas medidas dieron como resultado que en el año 2005 se redujera las muertes por sarampión en un 60%, y en el 2010 a un 90%.

A escala mundial, la cobertura no ha cambiado en los últimos 5 años, persiste estancada en el 84%, la cifra es lo bastante elevada para evitar cientos de miles de muertes, pero no es suficiente para eliminar la transmisión. La incidencia del sarampión se ha reducido a la mitad en los últimos 3 años, pero el número de países donde la transmisión persiste solo ha disminuido levemente.

La región de Las Américas (AMR) eliminó el sarampión en 2002, pero la infección ha reaparecido en el Brasil y la transmisión ha continuado allí por más de un año.

Paralelamente se diseña el Plan de Acción Mundial sobre Vacunas (PAMV), para aunar esfuerzos en las metas de erradicación de muchas enfermedades que se pueden controlar con vacunación, reforzando las antiguas vacunas, introduciendo vacunas nuevas, y sobre todo acabar con la inequidad de la vacunación en el mundo, y como consecuencia salvar millones de vidas.

En nuestro país el Ministerio de Salud o MINSA, es el órgano regente de los lineamientos, programas y normatividades con las que se regirán todas los establecimientos de salud, independientemente del sistema administrativo al cual correspondan (ESSALUD, Militares, Policiales, EPS, etc.). La Red de Salud Lima Ciudad ente jurisdicionado a regir la salud en lo que es Lima ciudad, está conformada por 25 Centros de Salud y 9 Puestos de Salud, ateniendo una población de un millón 324 mil habitantes, que la hace una de las Redes más grandes de Lima. Esta Red fue creada con Oficio N° 456-2007-EF/79.14 de la Dirección Nacional de Presupuesto Público del Ministerio de Economía y Finanzas, autoriza la creación de la Unidad

Ejecutora N° 053 : Red de Salud Lima Ciudad y con Oficio N° 4561-2007-DG-CT-DISA V-LC, del Director General del DISA V Lima Ciudad solicita la transferencia presupuestal a la Unidad Ejecutora 053: Red de Salud Lima Ciudad; con Resolución Ministerial N° 703-2007/MINSA del 03 de Setiembre del 2007

La Red de Salud Lima Ciudad ejerce autoridad sobre las siguientes Microrredes:

- (1) N° 1: Cabecera Microrred: C.S Mirones. (2) N° 2: Cabecera Microrred: C.S. Magdalena (3) N° 3: Cabecera Microrred: C.S. El Porvenir (4) N° 4: Cabecera Microrred: C.S. Surquillo.

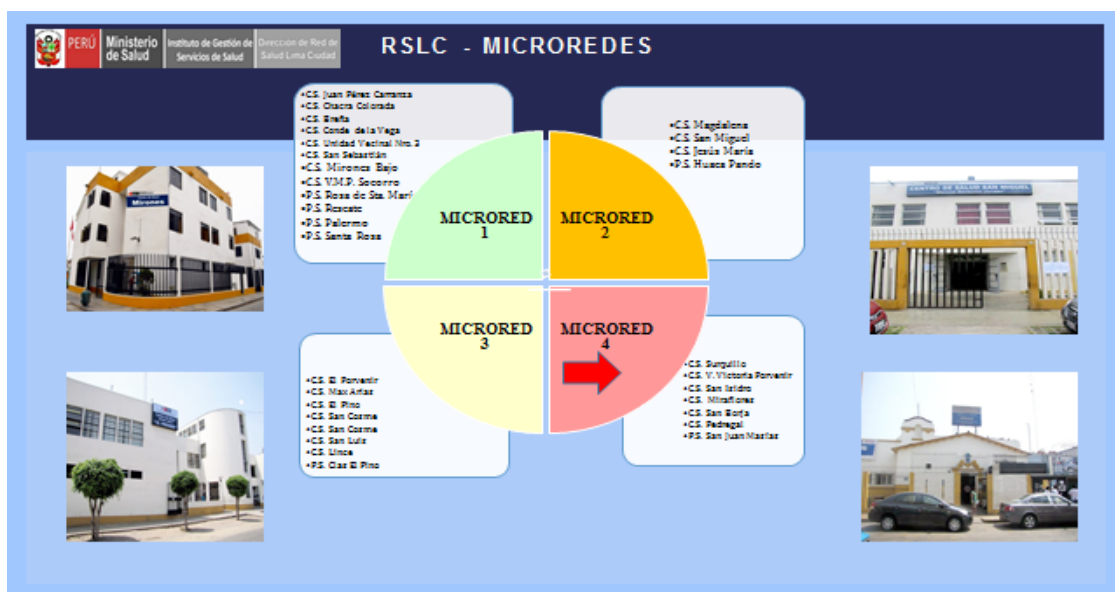


Figura 3. Influencia de la Red Lima Ciudad, diciembre 2016

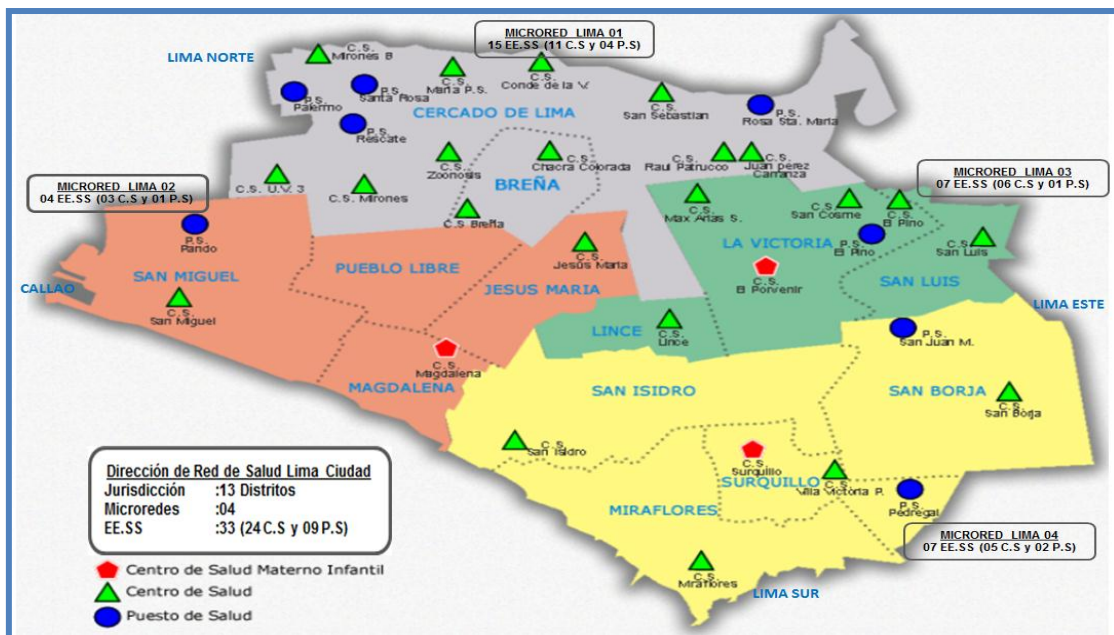


Figura 4. Establecimientos de salud que conforman la Red de salud Lima Ciudad
PROGRAMA DE VACUNACIÓN.

En nuestro país, la vacunación se basa en el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), que se implementa acabando la década del 70, con coberturas promedio casi al 20%; a partir de los 80 hay un aumento significativo y sostenido de las coberturas de protección como resultado de fortalecer esta estrategia. En los años 90 se amplió la vacunación a las mujeres en edad fértil. Ingresó la vacuna contra el Sarampión, Rubéola, Parotiditis (SPR), en el 2004 se incorporó la vacuna de Sarampión Rubéola (SR) dirigida a la población adolescente para eliminar la Rubéola y el Síndrome de Rubéola Congénita.

Se estima que entre 2000 y 2014, la vacuna contra el sarampión evitó 17,1 millones de muertes, lo que la convierte en una de las mejores inversiones en salud pública

Categoría 1: Inmunizaciones

El Perú a través del Ministerio de Salud creó la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones con la Resolución Ministerial N° 771-2004/MINSA con el propósito de señalar la prioridad política, técnica y administrativa que el Estado reconoce en las inmunizaciones como procesos estratégicos para erradicar las enfermedades.

De acuerdo a los especialistas del Minsa (2017) Inmunización es la actividad de salud pública que ha demostrado ser la de mayor costo beneficio y costo efectividad en los últimos dos siglos. Aunque se admite que las vacunas no son completamente eficaces, constituyen las intervenciones más seguras en salud.

La viruela y la poliomielitis son enfermedades que han sido erradicadas del Perú y el continente americano y en cuanto al sarampión en el Perú desde marzo del 2000 no se confirma un caso. Las meningitis y formas miliares de tuberculosis, la tos convulsiva, el tuétano y tuétano neonatal no son problemas de salud pública.

El compromiso de recursos económicos públicos con la inmunización o vacunación se ha realizado típicamente sobre la base de la ética y derechos humanos (ausencia de enfermedad, ahorro en gastos por prestaciones, medicamentos y hotelería hospitalaria); estos mismos argumentos económicos a pesar de su esfuerzo han sido limitados en diversidad e impacto.

En estos últimos años se ha evidenciado y emergido una justificación aún más poderosa como teoría y evidencia indicando que la buena salud en una población condiciona el crecimiento económico, sugiriendo que el retorno económico de invertir en inmunizaciones está entre el 12 al 18%, poniéndose a la par de la educación básica como un instrumento de crecimiento económico y desarrollo.

Estas estimaciones sugieren que expandir el acceso a la inmunización y o vacunación podría desencadenar un espiral de salud y riqueza, contribuyendo a que los países salgan de la pobreza al mismo tiempo de promocionar una de las metas para el milenio señaladas por las Naciones Unidas.

Por lo tanto la salud y por ende la prevención de enfermedades a través de vacunación son elemento crucial en el desarrollo de las naciones pobres, condicionando a su vez:

- Un incremento en la producción.
- Mejor educación.
- Mejora en la inversión pública y;
- Un impacto positivo en la demografía.

Categoría 2: Conocimientos:

Los antiguos filósofos se referían al conocimiento como el “ARJE”, el principio de todo principio; se explicaba que cada cosa tenía su por qué y por tanto la ciencia no solo se basaba en lo empírico, sino en principios que explicaban el origen de cada fenómeno. Razón de ello, tenía el areopagita cuando al referirse a la ciencia argumentaba que la metafísica da origen a la ciencia (Jager, 1987, p. 12).

En este sentido, la ciencia y el conocimiento surge de la constante necesidad del ser humano desde sus orígenes para explicar su misma naturaleza y sobre todo el mundo que lo rodea.

Con la evolución de todas las ciencias, hoy en día es seguro afirmar que los conocimientos no solo se han logrado separar del quehacer científico, por sus premisas, o por sus relaciones con los conceptos mágicos religiosos. Sin embargo, se puede decir que cada persona tiene sus propios conocimientos, lo que hace la diferencia de aquel, es el carácter metódico que realiza el científico que ensayar no solo su teoría, sino de aplicarlo en múltiples contextos.

Al respecto la OMS (2009) refiere que el conocer es conseguir un dato o una noticia sobre algo (p. 3). Por tanto en todo conocimiento se puede distinguir cuatro principios:

- El individuo que conoce
- El objeto conocido
- La operación en sí misma de conocer
- El resultado obtenido de la información recabada acerca del objeto.

En efecto, el individuo que se logra poner en contacto con el objeto y lograr obtener información acerca del mismo, aun cuando existe congruencia o adecuación entre el objeto y la representación propia, interna correspondiente, se puede decir a ciencia cierta que hay una posesión de una verdad.

Categorización 3: Planificación

El quién planifica piensa con antelación en las metas y acciones, generando de esta manera un nuevo proyecto a ejecutar en la práctica. Al tratarse de entidades públicas, por lo general los planes que se desarrollan objetivos organizacionales, con el fin de establecer procedimientos para alcanzar las metas.

En efecto, son guías que orientan para obtener recursos que se requieren para alcanzar los objetivos. La planificación es un proceso que tiene como fin último el cumplimiento de metas programadas en un determinado tiempo/espacio. En su sentido más universal comprende tener uno o varios objetivos a realizar en conjunto las acciones requeridas para lograr el éxito de la empresa.

Arias (2010) afirmó que “la planificación es un proceso de toma de decisiones para alcanzar un futuro deseado, teniendo en cuenta la situación actual y los factores internos y externos que pueden influir en el logro de los objetivos” (p.33). Este autor dio un giro gradual al círculo de los procesos; va de lo simple o lo más complejo; condicionado por el contexto; una acción importante en la gestión que refiere a los planes y proyectos en sus diferentes niveles de ejecución, y que en cierta manera no solo le compete al gerente, sino a toda la organización. Al planificar las actividades, tareas y objetivos, la organización prevé su futuro.

En efecto, la planificación es aquella aplicación racional que nace de la mente humana, para la toma de decisiones con antelación, fundándose en los previos conocimientos de la realidad, controlando acciones presentes en prevención de posibles consecuencias futuras, canalizadas en los logros de los objetivos deseados satisfactoriamente.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1. Aproximación temática: observaciones, estudios relacionados, preguntas orientadoras.

Las últimas grandes epidemias de sarampión ocurrieron en China, Filipinas y Vietnam (WPR) en el año 2013, lo que trae al presente la estrategia impartida por la OMS de cumplir con una cobertura contra el sarampión del 95% a más. En el año 2014, se aseguró que la cobertura no ha cambiado en los últimos 5 años, persistiendo estancada en el 84%, este porcentaje es lo bastante alta que logra evitar cientos de miles de muertes, pero no llega a ser suficiente para eliminar su transmisión.

En la actualidad, más de lo 4 quintos casos de sarampión se encuentran concentrados en Etiopía, India, Indonesia, Nigeria, Pakistán y República Democrática del Congo. Es satisfactorio que la Región de Las Américas (AMR) eliminó el sarampión en 2002, pero la infección ha reaparecido en Brasil y la transmisión ha continuado allí por más de un año. La región del Sudoeste asiático (SEAR), la de África (AFR) y la EMR siguen teniendo una cobertura del 80% o menos

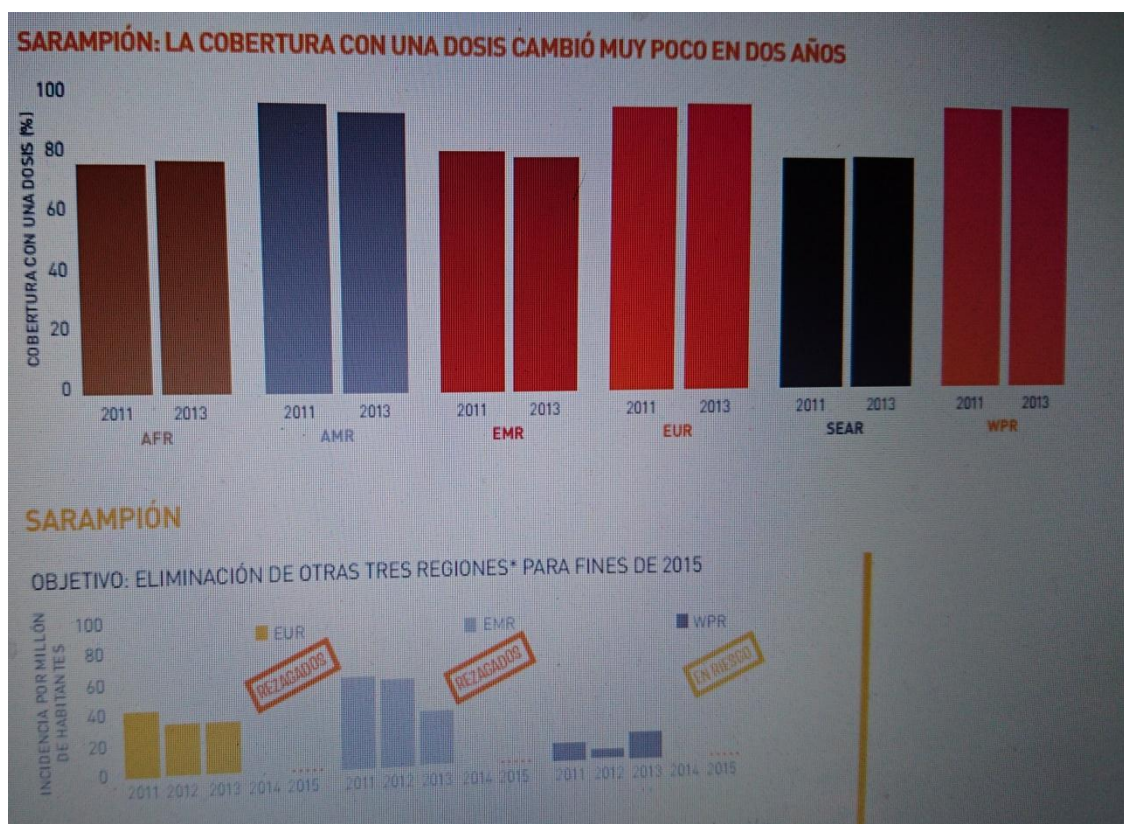


Figura 5. Cobertura Mundial 2014 EMR (Región Mediterráneo Oriental), EUR (Región de Europa), WPR (Región del Pacífico Occidental)

En 2010, la Asamblea Mundial de la Salud estableció tres hitos en el camino hacia la erradicación del sarampión que deberían lograrse en 2015: aumentar la cobertura sistemática de los niños de 1 año con la primera dosis de vacunas con componente anti sarampión en un 90% o más a nivel nacional, y en un 80% o más a nivel distrital o de unidad administrativa equivalente; reducir y mantener la incidencia anual del sarampión en menos de 5 casos por millón; y reducir la mortalidad estimada del sarampión en más de un 95% con respecto a las estimaciones de 2000.

Entre 2000 y 2014, con el apoyo de la Iniciativa Sarampión y Rubéola (ISR), la vacunación contra el sarampión evitó una cifra estimada de 17,1 millones de muertes. En 2014, aproximadamente 219 millones de niños fueron vacunados contra el sarampión en campañas de vacunación en masa llevadas a cabo en 28 países. En la actualidad, todas las Regiones de la OMS tienen objetivos establecidos para eliminar esta enfermedad mortal prevenible para 2020.

La ISR, presentada en 2001, es una iniciativa mundial encabezada por la Cruz Roja de los Estados Unidos de América, la Fundación pro Naciones Unidas, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos de América, el UNICEF y la OMS. La Iniciativa se ha comprometido a lograr que ningún niño muera de sarampión o nazca con síndrome de rubéola congénita; a reducir la mortalidad por sarampión en un 95% para 2015, y a lograr la eliminación de ambas enfermedades en al menos cinco regiones de la OMS para 2020.

Casos notificados de Rubéola y Sarampión según tipo de diagnóstico, Dirección de Red de Salud Lima Ciudad, 2008*-2016*											Casos de Rubéola y Sarampión según establecimientos notificante, Dirección de Red de Salud Lima Ciudad, 2015-2016*							
Diagnostico	Tipo de Diagnostico	Años									Total	Establecimiento de Salud	RUBÉOLA		SARAMPIÓN		Total	
		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016			F	M	F	M		
RUBÉOLA	Confirmado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2015		27	22	5	3	57
	Descartado	37	24	31	53	26	8	18	34	11	242	C.S. CONDE DE LA VEGA	1		1		2	
	Probable	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	C.S. EL PORVENIR		1			1	
SARAMPIÓN	Confirmado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	C.S. LUNCE	1		1		2	
	Descartado	0	0	0	0	3	0	1	8	1	13	C.S. SAN ISIDRO		1			1	
	Probable	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	C.S. SAN MIGUEL	5		1		6	
Notificados		37	24	31	53	29	8	19	42	12	255	C.S. VILLA VICTORIA PORVENIR	3	1	1		5	
*Hasta la semana 40 en todos los años.											CLI. ANGLoAMERICANA	2				2		
											CLI. CENTENARIO PERUANO JAPONES		3		1	4		
											CLI. EL GOLF	1				1		
											HOSP. DOS DE MAYO		2			2		
											HOSP. EMERGENCIAS PEDIATRICAS	3		2		5		
											HOSP. SANTA ROSA	8	12			20		
											P.S. HUACA PANDO	1		1		2		
											POLICLINICO RAMON CASTILLA- ESSALUD	2	2			4		
											2016	5	6	0	1	12		
											C.S. JUAN PEREZ CARRANZA	1				1		
											C.S. VILLA VICTORIA PORVENIR	1	1			2		
											HOSP. EMERGENCIAS PEDIATRICAS	1	1			2		
											HOSP. SANTA ROSA	3	2			5		
											P.S. SAN ATANASIO DE PEDREGAL		1			1		
											DGE				1	1		
											Total general	32	28	5	4	69		

*Fuente: NotiWeb- VEA. Elaborado: Equipo de Epidemiología -DRSLC. Semana: 40

52

Figura 6. Notificación de casos de Sarampión y Rubeola

En nuestro país las coberturas y todo lo referente a los procesos de vacunación, se encuentran en:

- NTS N° 080 MINSA/DGSP-V.04
- RM 259-2017/MINSA Semana de Vacunación en Las Américas

Finalmente en este espacio, la última alarma presentada en nuestro país estuvo relacionada a un caso de sarampión confirmado por IgM positivo en una mujer alemana de 20 años de edad residente en Chorrillos (6 meses), y notificado el 13 de junio 2015 en la Clínica Angloamericana, la paciente niega viajes al extranjero en el periodo de residencia en el país. Refieren que un compañero de trabajo de la paciente, hace 15 días desarrolla un cuadro similar con fiebre y erupción dérmica. Ambos trabajan en un colegio en el distrito de Chorrillos. El INS obtuvo muestra de suero, hisopado faríngeo y orina, comunicando al día siguiente que el resultado de suero era positivo a IgM. Es importante recordar que el último caso de Sarampión en el país fue en el año 2000

2.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

La vacunación en nuestro país está basada en la Norma Técnica de Salud N° 080-MINSA/DGSP V.04 que Establece el Sistema Nacional de Vacunación, cuya última revisión tiene RM. N° 446-2017 MINSA, cuya finalidad es contribuir a mejorar el nivel de salud de la población mediante la prevención y control de las enfermedades prevenibles por vacunas. Suma su objetivo, de establecer un esquema y calendario ordenado de vacunación de cumplimiento obligatorio a nivel nacional, que facilita las intervenciones de la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones (ESNI). Esta normativa menciona entre otras cosas, como recomendación acorde a las políticas de la OMS, que el estándar esperado para la cobertura de la vacuna es del 95% a más, otra recomendación importante refiere que si se ha interrumpido el calendario ordenado de vacunación, no se debe reiniciar el esquema ni dar más dosis, solo se debe completar la serie del esquema nacional. Igualmente, ante intervalos mayores entre dosis está demostrado que no se reduce la respuesta, pero intervalos menores pueden reducir la respuesta o aumentar las reacciones adversas.

El Perú a pesar de la recomendación de mantener una cobertura del 95% para la vacuna contra el sarampión, se ha demostrado después de los estudios correspondientes

en el año 2015, con datos proporcionados por el INEI-ENDES, que aún no alcanzamos al menos el 90% de vacunación para asegurar la protección de la población. A nivel mundial la cobertura no ha cambiado en los últimos 5 años, persiste estancada en el 84%, donde la cifra es lo bastante elevada para evitar cientos de miles de muertes pero no es suficiente para eliminar la transmisión.

Si bien es cierto en Las Américas se había desterrado el sarampión, queda latente la importación de casos de nuestros países vecinos, sobre todo de Brasil quien cuenta con una gran afluencia de turismo y desarrollo económico como país parte del primer mundo, situación que nos tiene en alerta frecuente.

Al existir una disposición mundial de mantener una cobertura contra el sarampión mediante la vacunación e inmunización del 95% de niños menores de 5 años como meta anual, la cual se encuentra incluida en nuestra normatividad, y al encontrarnos en la actualidad en un 90% de cobertura, es que dispusimos que nuestra meta de cobertura para ese año 2016 fuera del 95% en la jurisdicción de Lima Ciudad, para lo cual se iba a realizar una metodología de vacunación extramural, llegando al domicilio de los niños menores de 5 años, método que se denomina Vacunación casa por casa.

Un fenómeno importante que se da en nuestro continente es la llamada Semana de Vacunación en Las Américas, que entre otros, manda un Plan Nacional de Sostenibilidad de la Eliminación de Sarampión, Rubeola, y Síndrome de Rubeola Congénita, la que tiene su par en la semana mundial de la vacunación, donde se hacen los máximos esfuerzos para llegar a estas coberturas estándar, semana que aprovecharemos para hacer uso de nuestra metodología de vacunación casa por casa como estrategia, como dicen: cuando la vacunación alcanza una cobertura lo suficientemente elevada, el virus de sarampión ya no tiene a quien infectar.

Dentro de las probables razones, que pueden haber llevado a no alcanzar las metas del 95% a más de cobertura, están el que muchas veces no se llega a niños que no han sido vacunados por vivir en zonas aisladas o de difícil acceso (inequidad), y también podremos mencionar, a niños que han sido parcialmente vacunados, o sea han recibido alguna dosis pero no quedan protegidos como es debido.



Figura 8. Proceso de la Vacunación

Entre las alternativas de solución, estarían el contar con un suficiente personal debidamente capacitado, contar con registros formales, tener una adecuada cadena de frío, y finalmente gestores capacitados. Todas de manejo gestor. Pero la más importante es como logras vacunar al niño menor de 5 años, y se ha demostrado que la intramural o del establecimiento es muy limitada, porque hay que esperar, en cambio la extramural o casa por casa es la que permite lograr coberturas altas, quizás cercanas o porque no del 95% a más, metodología que no se ha estado usando.

Frente a esta realidad, cabe la pregunta: ¿Cómo lograr una mayor efectividad de barrido para incrementar las coberturas de inmunizaciones contra la Sarampión en la Red de Salud Lima Ciudad?

De la misma se puede desglosar las siguientes:

¿Cómo planificar una mejor estrategia para el barrido de inmunizaciones contra el Sarampión en la Red de Salud Lima Ciudad?

¿De qué modo los conocimientos colectivos permiten lograr mayor efectividad en el barrido de inmunizaciones contra Sarampión en la Red de Salud Lima Ciudad?

¿Basta con la participación en el barrido de inmunizaciones contra Sarampión del personal de la Red de Salud Lima Ciudad para incrementar la vacunación?

2.3. Justificación.

El Perú a pesar de la recomendación de mantener una cobertura del 95% para la vacuna contra el sarampión, se ha demostrado después de los estudios correspondientes en el año 2015, con datos proporcionados por el INEI-ENDES, que aún no alcanzamos al menos el 90% de cobertura en la vacunación, por lo que no podemos asegurar la protección de la población y sobre todo poder acabar con la transmisión. A nivel mundial la cobertura no ha cambiado en los últimos 5 años, persiste estancada en el 84%, donde la cifra es lo bastante elevada para evitar cientos de miles de muertes pero no es suficiente para eliminar la transmisión. Hemos podido leer en la introducción del presente documento, la necesidad de preservar y de prevenir las enfermedades infectocontagiosas virales por medio de la vacunación, sobre todo en el caso del sarampión, necesitando neutralizar los casos importados de otras partes del mundo, generalmente Asia y África, por la globalización, la geopolítica y la economía de corte mundial actual.

Se debe recordar la importancia de la vacunación casa por casa, donde existe una visita domiciliaria, en la que necesariamente se va a brindar servicios de calidad, verificando la identidad y el domicilio del usuario; convirtiéndose en una atención personalizada y real. Esta metodología extramuros logra ubicar el objetivo que es el menor de 5 años, con lo que suma a cumplir con una cobertura real, tanto en cantidad como con la calidad de la atención propuesta y desarrollada.

En marzo 2013, hace 13 años se notificó el último caso confirmado de sarampión en el distrito de Ventanilla en el Callao y a 5 años del último caso importado; preocupa la presencia de brotes en los países fronterizos y de alta circulación comercial y turística como Brasil, Ecuador y EEUU, con la posibilidad de casos importados los cuales podrían originar brotes en nuestro país, obligando a garantizar coberturas de vacunación igual o mayor al 95%. En junio del 2015, el Ministerio de Salud emite alerta epidemiológica, ante el riesgo de presentarse casos importados de sarampión procedentes de Chile, país donde tuvo lugar la Copa América

Finalmente, en el objetivo propuesto de interrumpir la circulación endémica del virus del sarampión y lograr su erradicación, el grupo Técnico Asesor de OPS/OMS sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación, recomienda la implementación de

campañas de vacunación para niños menores de 05 años, abriendo la posibilidad que los esfuerzos metodológicos para este fin sean determinados y ejecutados por cada región, siendo en nuestro caso la vacunación casa por casa.

Justificación legal

- NTS N° 080 MINSA/DGSP-V.04
- RM 259-2017/MINSA Semana de Vacunación en Las Américas
- OMS Vacunas e inmunización: situación mundial Tercera edición, 2010
- OMS 2014 Informe de evaluación del Plan de Acción sobre la vacunación
Grupo de Expertos de asesoramiento estratégico sobre inmunización
- OPS Cobertura vacunación en Cuba 2016
- OPS Cobertura vacunación en México 2016

Justificación Técnica

Cumplimiento de cobertura de 95% a más de vacunación contra sarampión en niños menores de 05 años de Lima Ciudad en concordancia a lo propuesto por la OMS, OPS y la NTS N° 080 MINSA/DGSP V.04.

Justificación Económica – Financiera.

Vacunas SR (sarampión rubeola) de distribución y colocación gratuitas, financiadas por el gobierno y los programas de inmunizaciones y sus estrategias.

Justificación Social

El impacto social será altamente positivo, ya que se podrá mantener caso cero en sarampión en nuestro país y en Lima ciudad, lugar de realización del proyecto, recordando que el último caso autóctono de sarampión fue en el año 2000, y en el 2002 la OMS/OPS declaró al Perú libre de sarampión. Además la búsqueda de inmunización de los niños menores de 05 años ante el sarampión, con la tendencia a una cobertura de vacunación del 95% a más por medio de vacunas, permitirá evitar aparición de brotes por casos importados.

2.4. RELEVANCIA

Se considera de suma importancia mejorar la efectividad de las inmunizaciones contra el sarampión en la Red de Salud Lima Ciudad, por la alta demanda que existe en una metrópoli como es Lima, más aún de una enfermedad como el sarampión conocida también como la enfermedad pediátrica, por ende es una enfermedad que la parecen por lo general los infantes de 0 a 5 años de edad.

2.5. CONTRIBUCIÓN

Esta investigación pretende contribuir en la toma de decisiones sobre las inmunizaciones en la Red de Salud, contra sarampión. Por otro parte, se convierte en un documento de consulta para los futuros investigadores.

2.6. OBJETIVOS

2.6.1. Objetivo General

Proponer una estrategia para una mayor efectividad de barrido para incrementar las coberturas de inmunizaciones contra el Sarampión en la Red de Salud Lima Ciudad

2.6.2. Objetivos Específicos

Elaborar un plan para mejorar la estrategia para el barrido de inmunizaciones contra el Sarampión en la Red de Lima Ciudad

Identificar los conocimientos colectivos que permiten lograr mayor efectividad en el barrido de inmunizaciones contra el sarampión en la Red de Salud Lima Ciudad

Describir la participación de los actores sociales en el barrido de inmunizaciones contra el Sarampión en la Red de Salud Lima Ciudad

III. MARCO METODOLÓGICO.

3.1. Metodología.

Dado que la riqueza hermenéutica de la interpretación de las leyes se sustenta el aparato crítico de una investigación, este estudio comprende una investigación de enfoque cualitativa. Explorar este campo de acción, muchas veces hace que el investigador ser autor de manera objetiva de sus propios fundamentos epistemológicos. Por lo general, una investigación cualitativa comprende un todo, más aún si nuestro objeto de estudio es la población en su performance, y como tal, exige que el investigador sea imparcial, emplee asimismo un análisis exploratorio, indague la naturaleza y proceda a su discurso científico.

Desde esta perspectiva, “la metodología cualitativa se distingue de la cuantitativa, en tanto que se interesa de modo objetivo, de la forma que tiene el mundo al ser experimentado por un sujeto” (Flick, 2004, p. 24). Comprendido de este modo, los participantes, el contexto, los procesos estructurales que se tratan de un método cualitativo es flexible además el material o el producto de campo lo realiza un hermeneuta, un exegeta que reproduce el contexto social.

Por tanto, señaló Vasilachis de Gialdino (2006):

La finalidad del investigador es descubrir algo nuevo, desarrollando para ello teorías fundamentadas empíricamente como imágenes complejas y holísticas de la realidad, siendo esta la relación que se establece como una teoría, dependiendo de su ampliación y superación, la que lo hace más relevante. (p. 47)

El enfoque cualitativo posee diversas características, no obstante, sirven como fuente para la recopilación de datos en un proceso de interpretación: investigación naturalista, fenomenológica, hermenéutica y etnográfica; es una suerte de “paraguas”, que no solo incluye variedad de concepciones, visión, técnicas y estudios no cuantitativas (Grinell citado por Hernández et al., 2010, p. 77)

Por su parte, Neuman (1994) hizo una síntesis sobre las actividades fundamentales del investigador social: “el investigador es aquel que observa los eventos ordinarios, y de manera cotidiana, va reflejando en su acción, describiendo los acontecimientos de manera natural, sin tergiversar las condiciones fenomenológicas de los hechos” (p. 34).

Por otro parte, Guber (2001) sostuvo:

el investigador tiene la principal tarea de ser el portador de los datos recopilados, sin alterar ningún criterio de selección, analiza de manera crítica y objetiva los hechos que le suceden y observa: adquiere un punto de vista “interno”, manteniendo una mirada analítica, a una distántica como un observador más. No obstante emplea diversas técnicas de indagación, y habilidades sociales de modo flexible, dependiendo siempre de las circunstancias de la realidad; produciendo datos de manera extensas, diagramas, mapas, entre otros detalles. (p. 14)

Flick (2004) es del criterio que el investigador social, suele seguir una mirada más holística donde los fenómenos se circunscriben en un todo, y no solo en las partes, va más allá de lo individual (p. 34)

Asimismo, Tamayo y Tamayo (1999) argumenta que los participantes son objeto de estudio en la medida que va desarrollando empatía hacia los mismos investigadores, no registrando para ello, meros objetos “frívolos” (p. 23).

En efecto, se mantiene una doble perspectiva, en principio se analizan aspectos que están explícitos, conscientes y manifiestos, como también de aquellos que de algún modo implícito, inconsciente, y subyacente. Bajo esta mirada, podemos decir que los datos observados no se pueden irrumpir, o alterar de modo extremo, por el contrario, son percibidos como parte de los actores dentro de un sistema social de desarrollo científico.

3.2. Matriz de Categorización

Tabla 1. *Matriz de categorización de la variable.*

Categoría		Sub categoría		Técnica / Instrumento	Preguntas
Código	Denominación	Código	Denominación		
C1	Inmunizaciones	C1.1	Vacunas	Entrevistas	¿Recibe su niño/a todas las vacunas?
		C1.2.	Sarampión		¿Recibe su niño/a la vacuna de sarampión?
		C2.1	Comunidad		¿Qué es para Usted el sarampión
C2	Conocimientos colectivos	C2.2.	Profesionales	Cuestionario	¿Cómo es la cosmovisión de la población a la cual vacuna?
					¿Considera que es necesario los saberes de las personas?
C3	Planificación	C3.1	Actores sociales		¿Tiene mapeado los actores de su comunidad?
		C3.2.	Competencias de gestión		¿Los Centros de salud conocen temas de gestión?
		C3.3.	Estrategias		¿Qué criterios utiliza ud para formular estrategias?

3.3. Tipo de estudio.

Esta investigación es de tipo Exploratorio, porque no existe semejante ejemplar, que aborde el tema del barrido de inmunizaciones en la jurisdicción de la Red de Salud Lima Ciudad, por tanto su carácter es etnográfico, utilizando la observación participante se logra establecer nexos de interpretación de los hechos tal cual se muestran en la realidad.

No obstante, sus estudios son diversos en la medida de los criterios de intervención metodológica. Dicha investigación será un plan piloto. Ante ello,

Hernández *et al.* (2010) señala que se investiga por primera vez, un estudio que tiene esta característica comprende la temática específica de ser pionero (p. 54)

3.4. Escenario de estudio

Este trabajo se ha efectuado tomando en cuenta la Jurisdicción de la Red de Salud Lima Ciudad, mediante las microredes de salud y por ende de los centros de salud de atención primaria. El total de población que atiende la Red es de Lima Ciudad y son adscritos al Ministerio de Salud el 60% del total de la población

3.5. Caracterización de actores

Este trabajo abarca a todos los Centros de Salud que realizan el barrido de inmunizaciones contra el Sarampión de la Red de Salud Lima Ciudad. Se comprende que todos los actores sociales se involucran en el quehacer de esta estrategia, siendo los protagonistas los niños menores de cinco años, cuyas madres son en gran parte las responsables de llevarlos a los centros de vacunación que Minsa programa durante el transcurso del año, más aun teniendo en cuenta el calendario de vacunación conforme a lo programado también por el Programa de Crecimiento y Desarrollo (CRED).

La población es el 100% de niños menores de 05 años de la jurisdicción de la Red de Lima ciudad, la muestra a alcanzar es el 95% de estos niños menores de 05 años, que deberán ser vacunados. La población objetivo es de 55787 niños correspondientes a los 31 establecimientos de salud que componen la red de Lima Ciudad. La muestra corresponderá necesariamente la meta a alcanzar o sea una cobertura del 95%, que corresponderían a 52998 niños menores de 05 años jurisdiccionada a la red Lima ciudad.

3.6. Trayectoria metodológica.

El enfoque cualitativo opta por la construcción de datos descriptivos para atender un abanico de posibilidades en el camino de la exploración, dando mayor énfasis a la

indagación en profundidad para, no solo captar los hechos reales, sino también el avance en la comprensión de los diversos elementos que se relacionan con la problemática de interés (Flick, 2004, p. 76).

Desde luego, con la investigación cualitativa podemos explorar un universo tan rico en su estructura primigenia, sin perder la originalidad de los acontecimientos reales. Desde nuestro interés esto es fundamental, nos permitirá aprehender/comprender qué temas/asuntos/procesos/condiciones se han/van/irán construyendo en el devenir de la vida de las personas y que afectan/comprometen el proceso salud/enfermedad; este es el complemento para el sustrato de una propuesta de curso de acción.

Para este estudio se tendrá en cuenta dos métodos, el sentido práctico de la hermenéutica, que comprende a criterio de Gadamer (1973) a interpretación del texto desde su naturaleza científica, como una exégesis propio de los textos legales, o normas legales, y al ser éste un estudio de análisis legal, exige en su estructura tener en cuenta este criterio científico (p. 234).

Además se ha empleado el método heurístico, puesto que analiza el problema en su complejidad, desde un todo, de una manera integral en su forma y contenido. Por tanto, comprende una unidad temática, cuyas categorías se pueden disipar en la medida que se va esclareciendo los criterios de interpretación en el momento de analizar los resultados de los participantes.

3.7. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.

En el presente trabajo, se ha utilizado la Técnica del trabajo de campo de Haddon, cuyos instrumentos han sido las encuestas y las entrevistas a los actores sociales, en este caso a madres de familia que tienen hijos menores a cinco años de edad.

Para la recolección de datos, el investigador a estado in situ, inserto en la comunidad, observando el comportamiento de la población y recopilando sus pareceres, opiniones, sugerencias y variedades de conocimientos colectivos. De acuerdo a Guber (2001) eso “es en realidad lo más rico de la investigación cualitativa” (p. 87). No obstante, previamente se ha tenido que realizar una guía de preguntas.

La técnica usada para vacunar los niños menores de 05 años de la jurisdicción de Lima Ciudad, está determinada en la metodología ya descrita de vacunación casa por casa, esto significa que para lograr un niño vacunado el proceso se inicia con la ubicación domiciliaria del niño, el intercambio de expresiones entre el equipo vacunador y el o los adultos responsables del menor, la vacuna a ser utilizada transportada por una cadena de frío adecuada, el consentimiento de la colocación de la vacuna SR, la colocación de la vacuna en región subcutánea deltoidea, y finalmente la observación de que el niño quede sin molestias o efectos adversos inmediatos.

Entonces tenemos la visita domiciliaria de inmunización casa por casa, en la jurisdicción Lima ciudad con sus 04 microrredes

3.8. Tratamiento de la información.

La información conformada por la normativa emitida y la documentación cursada y recibida, ha sido analizada desde lo estipulado por el Ministerio de salud mediante la Resolución Ministerial N° 651-2016/MINSA, el mismo que fundamenta la importancia del barrido de inmunizaciones priorizando, claro está la vacunación de Sarampión dentro del calendario de vacunas a nivel nacional. En la conformación del mismo y que han conllevado al planteamiento del problema planteado en el presente estudio.

Para este trabajo se ha tomado en cuenta la información obtenida de las normas del Ministerio de Salud, participación de la comunidad y las observaciones en campo por parte del investigador.

Si bien es cierto los barridos o vacunaciones casa por casa, tenían como finalidad llegar a los domicilios de los niños menores de 05 años, a veces se llegaba y no se ubicaba al niño o algún adulto responsable para ejecutar la vacunación, comprometiéndose a ir los pobladores de ese domicilio a puestos temporales localizados, cercanos a los domicilios por lo que no se perdía la posibilidad de la vacunación.



Figura 8. - Puesto de Vacunación de campaña

La vacuna anti sarampión rubeola (SR), es una vacuna doble viral o SR, elaborada utilizando virus vivos atenuados (debilitados) de sarampión, preparados en células humanas o en células de embrión de pollo y virus vivos atenuados de rubéola, preparados en células humanas. La respuesta vacunal se produce entre 7 a 14 días y la reacción máxima de anticuerpos se produce entre 4 a 6 semanas después de la vacunación.

Vacuna SR

- Vacuna contra el sarampión y la rubeola
- Vacuna de virus del sarampión atenuados
- Vacuna subcutánea

- Presentación:
- Frasco Unidosis



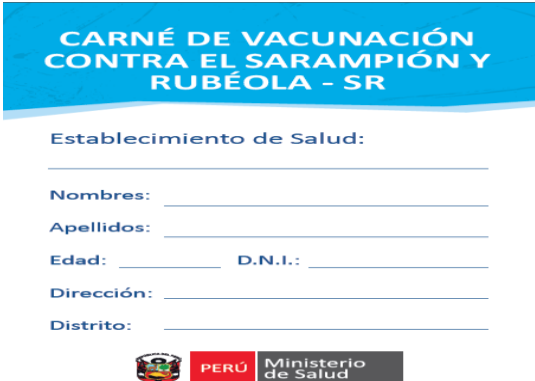
Figura 9.- Vacuna SR, presentación

Se hace uso de una cadena de frío adecuada para la preservación y transporte de las vacunas SR, lo que permite que las vacunas no pierdan su estabilidad como compuesto, su potencia para lograr desarrollar inmunización en el vacunado, y puedan ser transportados. Esto también permite que no se presenten eventos adversos inesperados a la administración de las vacunas. Finalmente permite mantener en forma almacenada la vacuna por un tiempo de horas que permita el uso de la vacuna en buenas condiciones.



Figura 10. Cadena en Frío en maletines del personal de salud

El objetivo para poder cumplir la cobertura es el niño vacunado. Cada niño vacunado será contabilizado y acreditada su vacunación por la ficha de control o carnet de vacunación, instrumento que sirve de control del niño menor de 05 años, de todas las vacunas que recibe como la del SR, que lo convierte en niño inmunizado



**CARNÉ DE VACUNACIÓN
CONTRA EL SARAMPIÓN Y
RUBÉOLA - SR**

Establecimiento de Salud: _____

Nombres: _____

Apellidos: _____

Edad: _____ D.N.I.: _____

Dirección: _____

Distrito: _____



 **PERÚ** Ministerio de Salud

Figura 11. Carné de vacunación

Vacunar un niño menor de 05 años de la jurisdicción de la red de lima ciudad, traducirá que cada acción de esta naturaleza (vacunar) podrá ser medida, y el método de vacunar se halla estandarizado internacionalmente, el cual es de colocación por vía subcutánea (s.c.). Esta información será colocada en cartillas validadas por el MINSA como la que tenemos a continuación, que significará un registro real y que posteriormente deberá ser informatizado.


"CAMPAÑA DE SEGUIMIENTO DE ALTA CAUDA DE VACUNACIÓN CONTRA EL SARAMPIÓN Y RUBÉOLA, A LAS NIÑAS Y NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS, A NIVEL NACIONAL - 2016"
FORMULARIO 01: REGISTRO DIARIO NOMINAL DE VACUNACIÓN CONTRA SARAMPIÓN Y RUBÉOLA

A- DISEÑO/EMBA/OD _____ **P- DEPARTAMENTO** _____
B- RDS _____ **Q- PROVINCIA** _____ URYSS PUYCCO
C- COMUNIDAD _____ **R- DISTRITO** _____ RIVERO Hospital de la Universidad
D- ESTABLECIMIENTO _____ **S- UNIDAD DE VACUNACIÓN** _____ Unidad P.I.S., P.I.P. Universidad/CDS
E- FECHA DE VACUNACIÓN _____ **(Sustituir y/o llenar)** _____

SELECCION: _____

N°	N° de DNI	Apellidos y Nombre	Fecha de Nacimiento	SEXO		Dirección (Indique Referencia)	Distrito	EDADES PUNTUALES				N° de Lote: Vacuna DM	Observaciones
				M	F			2 años	3 años	4 años	5 años		
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
TOTAL								TOTAL					

EMBOLO	CASAS	FALTES	TOTAL	%
001	AGRIENTAS CON NIÑO (1) que vacunó a la familia			
002	AGRIENTAS CON NIÑO (2) que vacunó a la familia			
003	AGRIENTAS CON NIÑO (3) que vacunó a la familia			
004	AGRIENTAS CON NIÑO (4) que vacunó a la familia			
005	AGRIENTAS CON NIÑO (5) que vacunó a la familia			
006	AGRIENTAS CON NIÑO (6) que vacunó a la familia			
007	AGRIENTAS CON NIÑO (7) que vacunó a la familia			
008	AGRIENTAS CON NIÑO (8) que vacunó a la familia			
009	AGRIENTAS CON NIÑO (9) que vacunó a la familia			
010	AGRIENTAS CON NIÑO (10) que vacunó a la familia			
011	AGRIENTAS CON NIÑO (11) que vacunó a la familia			
012	AGRIENTAS CON NIÑO (12) que vacunó a la familia			
013	AGRIENTAS CON NIÑO (13) que vacunó a la familia			
014	AGRIENTAS CON NIÑO (14) que vacunó a la familia			
015	AGRIENTAS CON NIÑO (15) que vacunó a la familia			
016	AGRIENTAS CON NIÑO (16) que vacunó a la familia			
017	AGRIENTAS CON NIÑO (17) que vacunó a la familia			
018	AGRIENTAS CON NIÑO (18) que vacunó a la familia			
019	AGRIENTAS CON NIÑO (19) que vacunó a la familia			
020	AGRIENTAS CON NIÑO (20) que vacunó a la familia			
TOTAL				

NOMBRE DEL VACUNADOR: _____ DNI: _____ FIRMA: _____
 NOMBRE DEL ANOTADOR: _____ DNI: _____ FIRMA: _____
 NOMBRE DEL SUPERVISOR: _____ DNI: _____ FIRMA: _____

(*) Información para el trabajo en paralelo de las unidades móviles de salud.
 NOTA: Se debe de determinar la fecha de vacunación. Las Unidades registran en las casas con el símbolo (C) y (F) al fin de vacunar a las niñas y niños, según sea el caso. (CDS). Se debe en todas y registrar respectivo.

Figura 12. Cartilla de Recolección de datos



Figura 13. - Correlación para control y lograr meta de cobertura

La problemática al momento de la recolección de datos en la realización de los trabajos de investigación se centra en la construcción de los elementos a emplear con esta finalidad, de manera que permitan recabar información válida y confiable. Ser confiable significa que un instrumento de medición, independiente de su objetivo, siempre debe medir lo mismo, bajo las mismas condiciones. En el presente proyecto la parte final del proceso de vacunar casa por casa, no es solo captar un niño menor de 05

años, sino vacunarlos, lo que es válido para cumplir con la meta del trabajo de lograr una cobertura de inmunización de 95 % a más en estos niños.

Entonces un niño vacunado es el dato recolectado que da confiabilidad, el haber sido vacunado con la metodología de colocación subcutánea en el deltoides en cantidad de 0.5cc, es reconocida a nivel mundial como la forma de hacerlo le da la validez. El instrumento de medición será vacuna colocada, y su grado de precisión o exactitud de la medida es exclusivamente colocar la vacuna. En nuestro trabajo el instrumento de colocar una vacuna a un niño menor de 05 años para lograr el objetivo, el rendimiento será cada acción de colocar la vacuna, por lo que cada vacunación significará una acción que acumulará un rendimiento.

Limitaciones a tomar en cuenta: si bien es cierto el objetivo es el niño vacunado, no podemos dejar de encontrar algunas circunstancias que podrían influir en los resultados finales (1) Informática: la integración de resultados de niños menores de 05 años vacunados en la jurisdicción de la red Lima ciudad no debería ser un problema, pero al haberse descentralizado el uso de la vacuna SR por otros sistemas de salud con el subsiguiente beneficio a su población cautiva, tenemos que integrar los datos que ellos manejan, en un consolidado que nos permita tener una lectura real de la cobertura alcanzada en la vacunación. (2) También debe tomarse en cuenta la cadena de frío, la cual ha sido mejorada desde el año 2009, fecha en que el MINSA distribuyó equipos y complementos de cadena de frío, en 2012 se implementan refrigeradoras. (3) La desinformación y desconocimiento de la población sobre los beneficios de la vacunación aún persisten, además se adiciona el hecho de que existe desconfianza por las vacunas del ministerio en cierto sector de la población, todo por falta de una información adecuada y actualizada, por lo cual se deberá trabajar en estrategias comunitarias que romperán con la inseguridad, temor, desconfianza, que dificultan las actividades de Salud Pública (4) Reiterando lo mencionado en relación a que otros sistemas de salud también vacunan de manera particular, muchas de las cuales no son informadas oportunamente, impidiendo una interpretación y evaluación real, dando una falsa idea que no se logran las coberturas debidas, se está trabajando en la articulación con los otros sistemas de salud, para consolidar y determinar si se llega a la cobertura del 95%, porque no se debe vacunar doblemente en un corto tiempo.

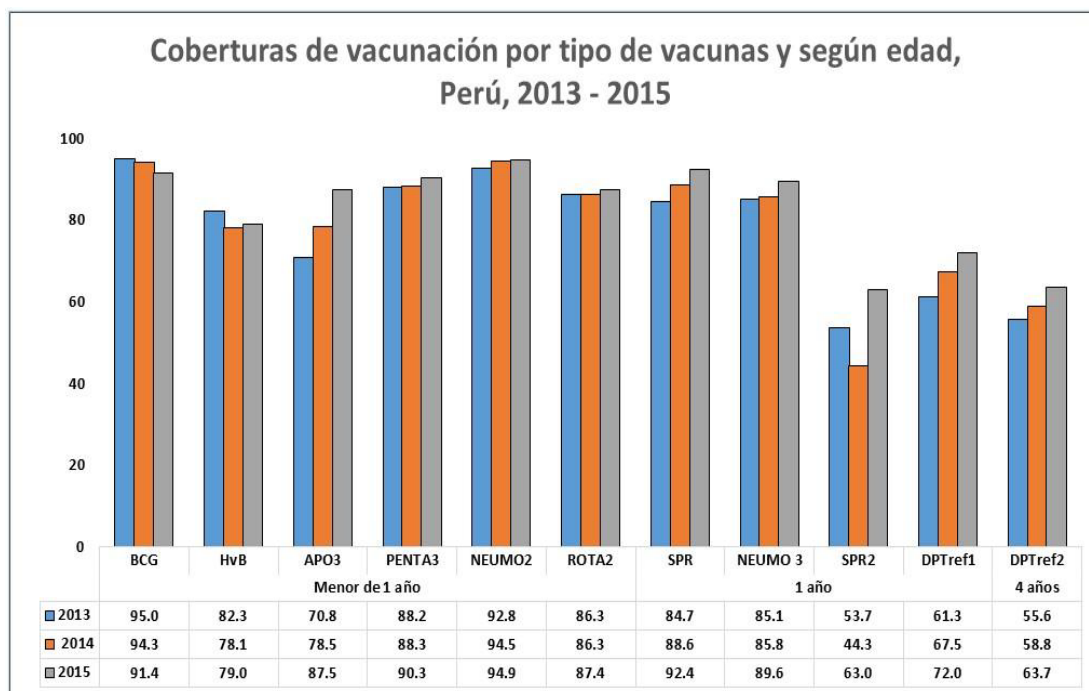


Figura 14. Coberturas de vacunación año 2013 al año 2015



Figura 15. Momento de vacunación subcutánea de vacuna SR

IV. RESULTADOS

4.1. Análisis de Datos: Los hallazgos

En el presente proyecto se consideró hacer uso la metodología de vacunación de casa por casa o también conocida como barrido, con la cual según la literatura se puede lograr coberturas de inmunización muy altas, en este caso de 95 % a más, en relación a las estrategias mundiales de erradicación de enfermedades virales transmisibles, como el caso del sarampión.

La lucha ha sido constante con cambio de la realidad de la cobertura constantes que de una u otra forma han dado resultado, se cortó la cadena de muertes por sarampión, se disminuyó las tasas de morbilidad, pero no se logró interrumpir la transmisión.

Mapas. Casos confirmados de sarampión por direcciones de salud. Perú 1992-2004

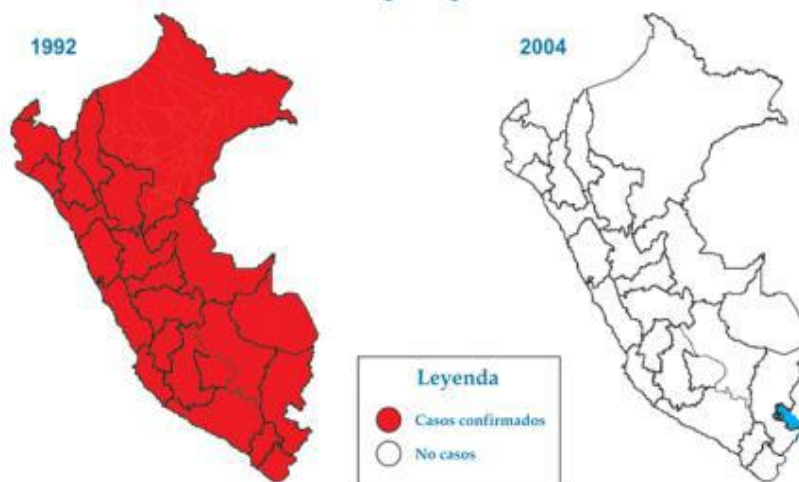


Gráfico 1. Tasa de incidencia de sarampión y cobertura de vacunación en el grupo de edad de 1 año. Perú. 1986-2004*

Figura 16. Tasa de incidencia de sarampión al 2004

La población jurisdiccionada a la red de salud lima ciudad, a los cuales debe intervenir con campañas de vacunación, debiéndose tomar en cuenta que para el análisis final, hay que recordar que la inmunización actualmente no es un privilegio del MINSA y sus establecimientos, sino que hay otras instituciones que coberturan e inmunizan a diferentes grupos de edades, como los niños menores de 05 años, lo que en años anteriores significaba un problema para la recolección de datos y su procesamiento, entendiéndose análisis de los mismos, porque se duplicaba la información y no solo los esfuerzos desarrollados, por lo que fue parte de la preocupación de la suscrita, el articular esfuerzos con instituciones públicas no MINSA y con instituciones privadas,

aparte de gobiernos locales, lo que permitió hacer consolidados más reales de cobertura alcanzados.

Los datos oficiales del INEI-ENDES PPR 2016 indicaron que la cobertura continuó recuperándose entre los años 2015 y 2016. En el 2014, de una cobertura de vacunación estimada en 61.1% de los niños menores de 36 meses, subió a 69.4% en el 2015 y continuó incrementándose, a un 70.3% en el primer semestre 2016 y a un 71.4% al cierre del año 2016, con los cual se recuperó los niveles alcanzados del año 2011. Al primer semestre del año 2017 se tiene una cobertura de 73.5%. Ver Cuadro 1.

CUADRO 1. Proporción de menores de 36 meses con vacunas básicas completas para su edad, Años 2011-2016.*

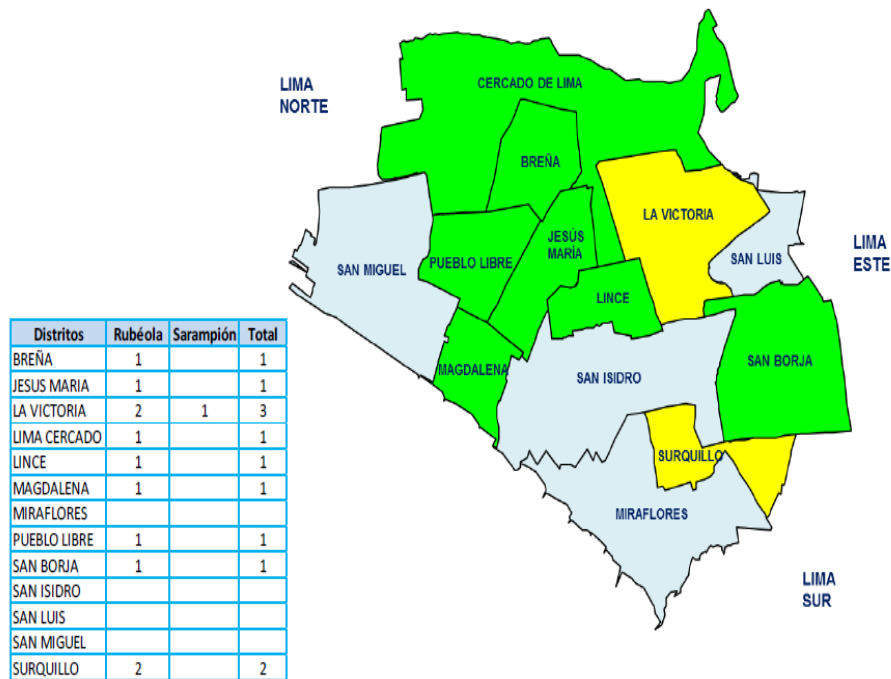
2011	2012	2013	2014	2015	2016-I Semestre	2016	2017-I Semestre	Evolución 2011-2016		Evolución 2015-2016	
								Reducción total en puntos%	Reducción proporcional	Incremento total en puntos%	Incremento proporcional
71.5	72.8	66,1	61.1	69.4	70.3	71.4	73.5	-0.1	-0.1%	2	2.9%

*Vacunas Básicas Completas incluye: 1 dosis de BCG, 3 dosis de DPT, 3 dosis contra la Poliomeilitis y 1 Dosis contra el Sarampión. Fuente: Instituto Nacional de Estadística e informática: Indicadores de resultados de los Programas Estratégicos 2016 y Primer Semestre 2017.

Figura 17. Datos oficiales de vacunación en menores de 03 años

Una imagen que trasciende, presentada a continuación, nos permite ver que las coberturas nacionales no eran lo esperado en los menores de 03 años, motivo adicional que impulsa la necesidad de realizar campañas de vacunación tipo barrido en los menores de 05 años, como un correctivo a lo dejado de hacer, y para pretender evitar se continúe con la transmisión del virus de sarampión.

Casos notificados de Rubéola y Sarampión según distrito de residencia,
Dirección de Red de Salud Lima Ciudad – 2016*



*Fuente: NotiWeb- VEA. Elaborado: Equipo de Epidemiología -DRSLC. Semana: 40

53

Figura 18. Casos notificados según distrito

El personal que ejecuto las vacunaciones, es un personal capacitado y calificado para tal fin, y las metodologías de visita domiciliaria y administración de la vacuna fueron acordados según estándares internacionales. Se determinó cuantos niños deberían ser vacunados por días, presentándose en algunas oportunidades las limitaciones que describimos, súmese el hecho de que el recurso humano podía ausentarse por enfermedad y altera la secuencia del proceso de vacunación casa por casa



Figura 19. Preparando la vacuna para administrarla

En el Perú, tenemos la firme esperanza que los esfuerzos realizados y los venideros permitirán mantener cero casos de sarampión, y tener una actitud armada ante cualquier brote o caso importado. La tendencia de eliminar el sarampión en el mundo en el 2015 no ha dado sus frutos aún aunque todas las estrategias están dirigidas a que entre el 2020 al 2025 ya no hayan casos de sarampión en el mundo. No olvidar que el sarampión es muy contagioso, y son necesarios grandes esfuerzos persistentes para mantener el actual nivel de control.

Como ya expresamos, los objetivos trazados se han podido lograr, gracias al esfuerzo del personal de salud, quien ejecutó las acciones de vacunación, con una planificación previa y capacitación para cumplir con lo propuesto.



Figura 20. Momento necesario de la inmunización

Cada niño menor de 05 años vacunado y anotado significó la sumatoria de la condición de llegar a una cobertura de vacunación contra sarampión de 95% a más

Finalmente la OMS y la OPS, proponen siempre evaluar las coberturas alcanzadas, por lo que si mencionamos algo en relación a esto, encontramos que El objetivo del monitoreo de las coberturas administrativas es determinar si se alcanzó el nivel requerido y si no se logró, realizar las intervenciones para elevarlas y mantener coberturas altas y homogéneas con datos de calidad

DEPARTAMENTO/PROVINCIA/DISTRITO	2 AÑOS		3 AÑOS		4 AÑOS		5 AÑOS		TOTAL	DIAS (11 DIAS)	VACUNADORES (11 DIAS)	ANOTADORES (11 DIAS)
	POB.	NIÑOS A VACUNAR X DIA	POB.	NIÑOS A VACUNAR X DIA	POB.	NIÑOS A VACUNAR X DIA	POB.	NIÑOS A VACUNAR X DIA				
MICRORED1	4,593	418	4,664	38	4,702	427	4,708	428	18,667	1,697	68	68
C.S. Juan Perez carranza	989	90	1,005	8	1,014	92	1,015	92	4,023	366	15	15
P.S. Rosa de Santa Maria	202	18	205	2	207	19	207	19	821	75	3	3
C.S. conce ce la Vega Baja	587	53	596	5	601	55	601	55	2,385	217	9	9
C.S. Mirones Bajo	305	28	310	3	313	28	313	28	1,241	113	5	5
P.S. Rescate	87	8	89	1	89	8	89	8	354	32	1	1
P.S. Palermo	87	8	88	1	89	8	89	8	353	32	1	1
C.S. Mirones - LIMA	506	46	513	4	520	47	521	47	2,060	187	7	7
C.S. San Sebastián	329	30	335	3	337	31	337	31	1,338	122	5	5
C.S. Villa María Perpetuo Socorro	199	18	203	2	204	19	204	19	810	74	3	3
P.S. Santa Rosa	76	7	77	1	78	7	78	7	309	28	1	1
C.S. Chacra Colorada	432	39	437	4	440	40	442	40	1,751	159	6	6
C.S. Breña - BREÑA	566	51	575	5	577	52	579	53	2,297	209	8	8
C.S. Unidad Vecinal No.3	228	21	231	2	233	21	233	21	925	84	3	3
MICRORED2	3,173	288	3,252	26	3,292	299	3,305	300	13,022	1,184	47	47
C.S. San Miguel - SAN MIGUEL	1,291	117	1,322	11	1,336	121	1,340	122	5,289	481	19	19
C.S. Magdalena - MAGDALENA	855	78	880	7	894	81	901	82	3,530	321	13	13
C.S. Jesús María - JESUS MARIA	737	67	753	6	762	69	764	69	3,016	274	11	11
P.S. Huaca Pando	290	26	297	2	300	27	300	27	1,187	108	4	4
MICRORED3	3,682	335	3,723	30	3,730	339	3,716	338	14,851	1,350	54	54
C.S. El Porvenir	780	71	781	6	779	71	774	70	3,114	283	11	11
C.S. Max Arias Schreiber	730	66	733	6	731	66	726	66	2,920	265	11	11
C.S. San Cosme	397	36	399	3	398	36	395	36	1,589	144	6	6
C.S. El Pino	286	26	287	2	286	26	284	26	1,143	104	4	4
P.S. Clas El Pino	237	22	238	2	237	22	236	21	948	86	3	3
C.S. San Luis	791	72	808	7	814	74	811	74	3,224	293	12	12
C.S. Lince	461	42	477	4	485	44	490	45	1,913	174	7	7
MICRORED 4	3,205	291	3,275	26	3,303	300	3,297	300	13,080	1,189	48	48
C.S. Todos los Santos San Borja	467	42	482	4	488	44	486	44	1,923	175	7	7
C.S. Villa Victoria Porvenir	563	51	580	5	588	53	587	53	2,318	211	8	8
P.S. San Juan Masias	95	9	98	1	99	9	99	9	391	36	1	1
C.S. Surquillo	801	73	820	7	828	75	826	75	3,275	298	12	12
P.S. San Antonio Pedregal	251	23	257	2	259	24	259	24	1,026	93	4	4
C.S. Miraflores	617	56	618	5	615	56	611	56	2,461	224	9	9
C.S. San Isidro	411	37	420	3	426	39	429	39	1,686	153	6	6
RED SALUD LIMA CIUDAD	14,653	1,332	14,914	121	15,027	1,366	15,026	1,366	59,620	5,420	217	217

Figura 21. Estrategia y programación en vacunación 2016

Si los datos indican que no se han alcanzado las metas de cobertura, es necesario formular un plan de trabajo para reorientar las acciones y alcanzar los objetivos esperados. Si, por el contrario, la información evidencia que los resultados son positivos, se deben analizar las estrategias y actividades que han permitido lograr las metas, así como identificar las buenas prácticas y las lecciones aprendidas para reforzarlas y compartir las experiencias.

Podemos observar tablas relacionadas a los hallazgos en cobertura y metas logradas en los anexos.

V. DISCUSIÓN

Enfermedades como el Sarampio o la Rubeola, son enfermedades netamente que afecta a los niños menores de los 5 años de edad; sin embargo, al no auxiliarlo a tiempo se corre el riesgo que ese niño/a muere en el “proceso de curación”. No obstante, el Perú es un país al igual que los otros de la región que aun tiene registrado en sus index, un incremento considerable de casos nuevos, con la proyección que esas cifras se vayan incrementando cada vez más. En efecto, es un problema de salud pública cuyos protagonistas son los niños menores de cinco de años de edad.

Por consiguiente el objetivo general es proponer una estrategia para obtener una mayor efectividad en el barrido de coberturas de inmunizaciones contra el Sarampión en la Red de Salud Lima Ciudad. En este sentido, La vacunación en nuestro país está basada en la Norma Técnica de Salud N° 080-MINSA/DGSP V.04 que Establece el Sistema Nacional de Vacunación, cuya última revisión tiene RM. N° 446-2017 MINSA, cuya finalidad es contribuir a mejorar el nivel de salud de la población mediante la prevención y control de las enfermedades prevenibles por vacunas. Suma su objetivo, de establecer un esquema y calendario ordenado de vacunación de cumplimiento obligatorio a nivel nacional, que facilita las intervenciones de la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones (ESNI). Esta normativa menciona entre otras cosas, como recomendación acorde a las políticas de la OMS, que el estándar esperado para la cobertura de la vacuna es del 95% a más, otra recomendación importante refiere que si se ha interrumpido el calendario ordenado de vacunación, no se debe reiniciar el esquema ni dar más dosis, solo se debe completar la serie del esquema nacional. Igualmente, ante intervalos mayores entre dosis está demostrado que no se reduce la respuesta, pero intervalos menores pueden reducir la respuesta o aumentar las reacciones adversas. Al respecto, el estudio concuerda con la propuesta de Bossa y Carrasquillo (2012) al afirmar que la influencia en las coberturas de vacunación de esquema oportuno en la vacunación se destaca por el nivel educativo de la madre, razón por la que se encontró con hogares cuyos hijos presentan mayor probabilidad de estar vacunados con esquemas oportunos. En efecto, se contrasta con lo que afirma Robles (2014) cuando se tenga mayor énfasis en la capacidad de aconsejamiento, información, sensibilización en salud, higiene, dieta (por medio de la lactancia materna) y la vacunación; poniendo como relevante la experiencia del personal sanitario en este caso las enfermeras al dar las charlas masivas de información, más aún si se hace en idioma

oriundo del lugar. Si bien es cierto, nuestra propuesta está en la opción de poder trabajar conjuntamente con todos los actores sociales de la comunidad.

Para que lograr una mayor efectividad del barrido en el incremento de coberturas de inmunizaciones contra el sarampión en la Red de Salud Lima Ciudad, lo primero que se debe hacer es identificar los conocimientos colectivos de los miembros de la comunidad, en este caso se trata de las madres de familia que tienen hijos menores a cinco años de edad (población vulnerable al Sarampión), con ello lo que se busca es entender la cosmovisión de los pobladores. Como se sabe el sarampión es una enfermedad de causa viral, del tipo eruptiva exantemática, de tipo morbiliforme, que se disemina por toda la piel, pero sobre todo disminuye las defensas durante su desarrollo como enfermedad, ocasionando infecciones respiratorias graves como las neumonías. Es altamente contagiosa, e históricamente ha producido epidemias mundiales con las consiguientes muertes. A la actualidad en muchas partes del mundo aún se encuentra presente, con el temor de que se vuelva a convertir en un problema de salud pública, por su fácil diseminación, en la población infantil, y la severidad del cuadro en los adultos.

Por otro lado, es necesario el involucramiento de todos los actores sociales en el tema del barrido de inmunización contra el sarampión, al respecto el estudio concuerda con la propuesta de Upiachihua (2015) al poner de relieve los factores sociodemográficos culturales para el cumplimiento del calendario de vacunación en lactantes; asimismo la argumentación de García (2015) sostuvo que uno de los factores que se asocia significativamente con las vacunación incompleta tiene que ver con la edad del cuidador y/o padre o madre de los niños/as menores de cinco años.

Por ende, existe múltiples estrategias para lograr bajar la incidencia, cubrir con las coberturas y sobre todo buscar soluciones para futuras intervenciones cuyos planes previamente se elaboran en gabinete, luego se ejecutan. Sin embargo, es necesario identificar todos los patrones culturales de la comunidad, insertarse en ella, no como fiscalizadores o patrones, sino como miembros que desea una comunidad cuyos niños estén libres de Sarampión.

VI. CONCLUSIONES

Primera: La vacunación casa por casa o de barrido es la mejor alternativa para lograr coberturas muy altas y en plazos cortos, coberturas de 95% a más contra sarampión, a pesar que hubieron algunos pocos distritos que no llegaron.

Segunda: La vacunación casa por casa no solo permite ubicar al individuo a vacunar, como es este caso a los niños menores de 05 años, sino que da la oportunidad de brindar adecuada información sobre los beneficios de la inmunización por vacunas y en este caso contra sarampión.

Tercera: En la actualidad los establecimientos de salud adscritos al MINSA no tienen la exclusividad de desarrollar los programas de inmunizaciones, por lo que existen otras instituciones prestadoras de salud que también brindan estos beneficios a la población como son ESSALUD, hospitales policiales, hospitales militares, establecimientos privados; por lo que es importante mantener no solo una comunicación sino una coordinación constante, lo que en la actualidad se denomina articulación, lo que permitirá alcanzarlas metas propuestas e impedir la duplicación de esfuerzos.

Cuarto: Se logró aunar esfuerzos con los diferentes actores sociales de la comunidad, y también de la Red de Salud Lima Ciudad de manera articulada logrando consolidar los resultados en vacunación lo que permite llegar a la cobertura propuesta.

VII. RECOMENDACIONES

Primera: Se debe continuar con los esfuerzos de una vigilancia eficaz para detección de probables caso de sarampión, sobre todo importados, al igual que mantener una elevada cobertura con vacuna SR en los menores de 05 años y el impacto positivo de las actividades de vacunación, y corregir y evitar la heterogeneidad entre los distritos y a veces entre las vacunas.

Segunda: Desarrollar y mantener la respuesta rápida ante los brotes de sarampión, así como el tratamiento eficaz de los casos, y las medidas de corte de transmisión.

Tercero: Emprender actividades de comunicación que fomenten la confianza de la población en la inmunización y que aumenten la demanda de la vacunación en general y sobre todo de sarampión, que permitan reducir las brechas que incluyen la deserción a los programas o al difícil acceso a los centros de vacunación.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arias, E. (2010) *Procedimiento para el análisis de gestión administrativa*. Universidad del Oriente, Anzoátegui, Venezuela.
- Asociación Mexicana de Pediatría (2001) En: *temas de pediatría. Inmunizaciones. Interamericana* Mc. Graw-Hill, México. Recuperado de: <http://www.amp.org.mx/>
- Benavides, M. (2013) *Impacto en las tasas de morbilidad por enfermedad diarreica aguda de la vacunación contra Rotavirus en Niños menores de dos años. Area de salud N° 2. Pichincha 2009-2012*. (Tesis de maestría en investigación clínica y epidemiológica). Universidad de Guayaquil, Ecuador.
- Becerra, J. (2011) *Barreras de acceso al Programa ampliado de inmunizaciones de la población infantil asistente a las casas vecinales de Tibabitá y Horizonte de la localidad de Usaquén, Bogotá*; Universidad del Cauca. Colombia.
- Bernal, S. (2015) *Factores relacionados con bajas coberturas de vacunación en niños menores de dos años en el Municipio de Amatitlán del área de Salud Guatemala Sur*. (Tesis de maestría en salud pública). Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Bossa, G. y Carrasquilla, M. (2015) *Determinantes de la Vacunación completa y oportuna en población menor de 5 años en Colombia*. (Tesis de maestría en Gerencia en Salud Cohorte XXIII). Universidad de Cartagena, Colombia.
- Cuenca, M. (2017) *Determinantes que influyen en el incumplimiento del esquema de vacunación y estrategias para mejorar los índices de cobertura*. (Tesis posgrado). Universidad Técnica de Machala, Ecuador.
- Díaz, J. *et al.* (2013) Cobertura de vacunación en niños y adolescente en México: Esquema completo, incompleto y no vacunación. *Rev. Salud Pública Mex* 2013 (55) Supl. 2: 5289-5299. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v55s2/v55s2a28.pdf>
- García, J. (2015) *Factores de riesgo asociados a una vacunación incompleta de niños entre 6 y 36 meses en una comunidad de la sierra peruana*.(Tesis de maestría en Salud Pública). Universidad de San Martín de Porres. Lima.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (2013) *Encuesta Demográfica y Salud Familiar*. INEI, Lima.

Ministerio de Salud (2017) Resolución Ministerial N° 446 – 2017/MINSA. Lima

NTS N° 080 MINSA/DGSP-V.04 Recuperado de http://diresatacna.gob.pe/media/ckeditor/files/RM_651-2016_MINSA.pdf

RM 259-2017/MINSA *Semana de Vacunación en Las Américas*. Recuperado de http://aempresarial.com/web/solicitud_nl.php?id=241815

OMS (2010). *Vacunas e inmunización: situación mundial*. (3era ed.). Washington DC: OMS

OMS (2014). *Informe de evaluación del Plan de Acción sobre la vacunación*. Washington DC: Grupo de Expertos de asesoramiento estratégico sobre inmunización

OPS (2016). *Cobertura vacunación en Cuba*. Organización Panamericana de la Salud

OPS (2016). *Cobertura vacunación en México*. Organización Panamericana de la Salud

OMS –OPS (2014). *Caja de herramientas para el monitoreo de coberturas de intervenciones integradas en salud pública Vacunación y desparasitación para las geohelminCIAS* MÓDULO 2. Análisis de las coberturas administrativas

Peláez, G. y Soto, V. (2013) *Factores asociados al cumplimiento de metas programáticas de las estrategias sanitarias nacionales en la Microred La Victoria, Chiclayo*. (Tesis de maestría). USMP, Lima

Seligman, M. (2014) *Florece, la nueva psicología positiva y la búsqueda del bienestar*. México: Ed. Océano.

Velasco, G. (2015) *Blog de Psicología Positiva: La teoría del Bienestar del Martin Seligman*. Consultado 26 de mayo de 2017. Recuperado de:

<https://gerryvelasco.wordpress.com/2015/02/09/la-teoria-del-bienestar-de-martin-e-p-seligman/>

- Robles, F. (2014) *Asistencia al programa de medicina preventiva (Vacunación) de niños de 0 a 5 años en el Centro de salud Zona 3, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia social*. (Tesis de maestría en gestión del Desarrollo de la niñez y la adolescencia). Universidad Rafael Landívar, Guatemala.
- Rojas, J. y Silva, C. (2016) *Conocimiento materno sobre inmunizaciones y cumplimiento del calendario de vacunas en el niño menor de 5 años del Centro de salud Liberación Social, Trujillo*. (Tesis de Maestría). Universidad de Privada Antenor Orrego.
- Upiachihua, J. (2015) *Factores sociodemográficos culturales y el cumplimiento del calendario de inmunizaciones en lactantes, Puesto de Salud I – 2, Masusa. Punchana*. (Tesis de Maestría). Universidad de Privada Antenor Orrego.

ANEXOS

ANEXO A. ALGUNOS ALCANCES DE ANALISIS DE LA COBERTURA

Antes de proceder a desarrollar someramente como analizar una cobertura de inmunización según la OMS – OPS, alcanzaremos unos pensamientos de estrategia para enfrentar el flagelo del sarampión:

1. Implementar estrategias de vacunación y de seguimiento extramurales en distritos priorizados
2. Mejorar coberturas de vacunación con planes de intervención en las actuales Redes Integradas de Lima Metropolitana
3. Aprovechar al máximo la Semana de Vacunación en Las Américas
4. Campaña de vacunación de seguimiento de niños de 2 a 4 años con SR: Meta 1 700,000 niños y niñas, para el 2017 al 2020

En relación al análisis de la cobertura, podemos mencionar lo siguiente: Dado que los datos administrativos pueden tener problemas de validez y exactitud, tanto en su numerador como en su denominador, durante el proceso de análisis es necesario identificar si el dato de cobertura reúne los criterios de calidad requerida o si se deben realizar estudios de campo adicionales para verificar que la población meta logró el acceso a la intervención. Por ello, el análisis de las coberturas incluye la aplicación de herramientas para determinar la calidad de los datos y el nivel de las coberturas.

Las coberturas administrativas de vacunación son un insumo esencial para el monitoreo de las poblaciones meta del programa de inmunización. Los indicadores se deben analizar en forma sistemática, oportuna y continua, identificando estrategias y acciones concretas para mejorar la calidad del dato.

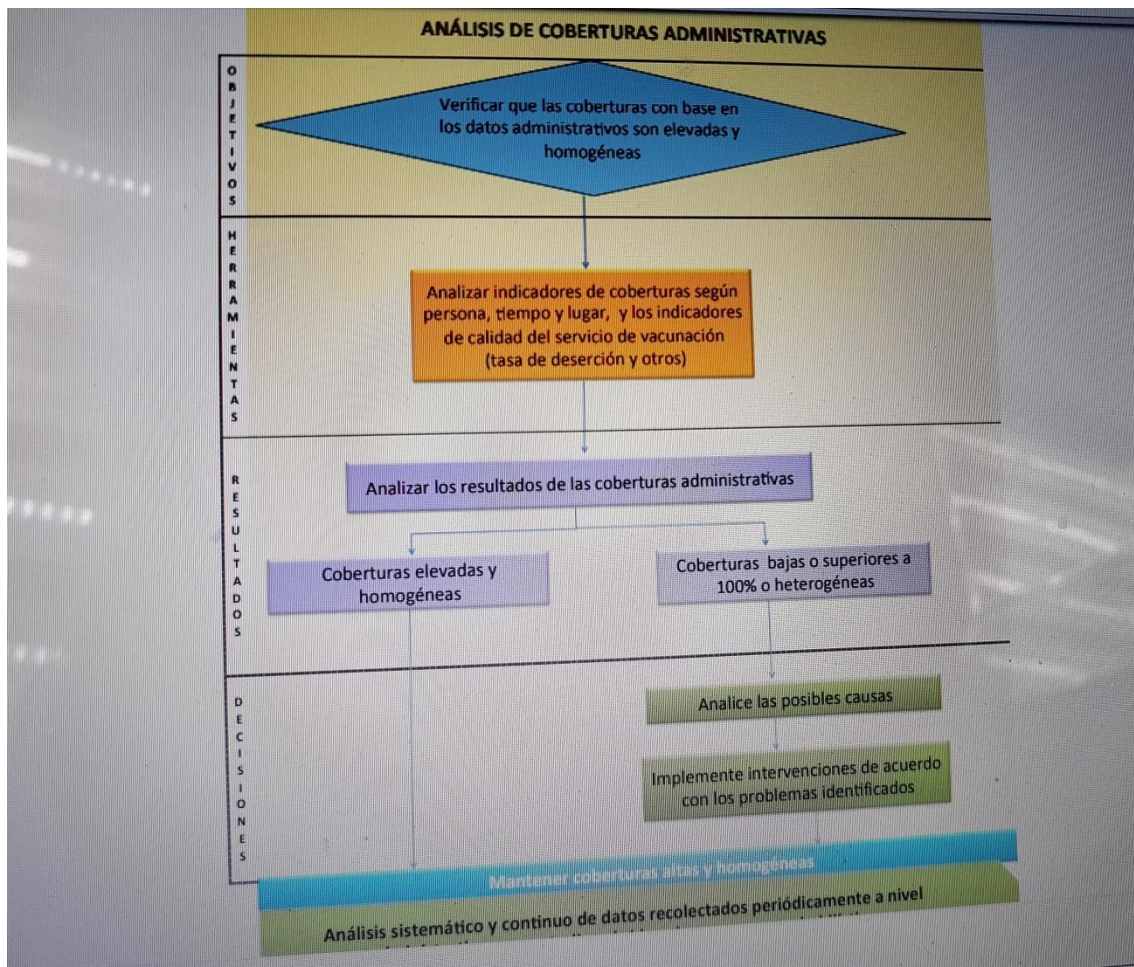


Figura A1: Análisis de coberturas administrativas

La definición de poblaciones meta, usa como denominador los datos oficiales de población, por lo que debe implementar tácticas de captación efectivas y acordes con la realidad de las comunidades, y llegar a las poblaciones no vacunadas, y reducir el abandono de los esquemas seriados y evitar oportunidades perdidas.

Si el registro recolecta el dato de cada persona, es un registro nominal. Al aplicar cada una de las vacunas se registra el nombre, con la fecha de administración del biológico, de manera que se puede identificar si tiene el esquema completo y si se le aplicó oportunamente. Las ventajas son que permite el seguimiento individualizado del estado de vacunación

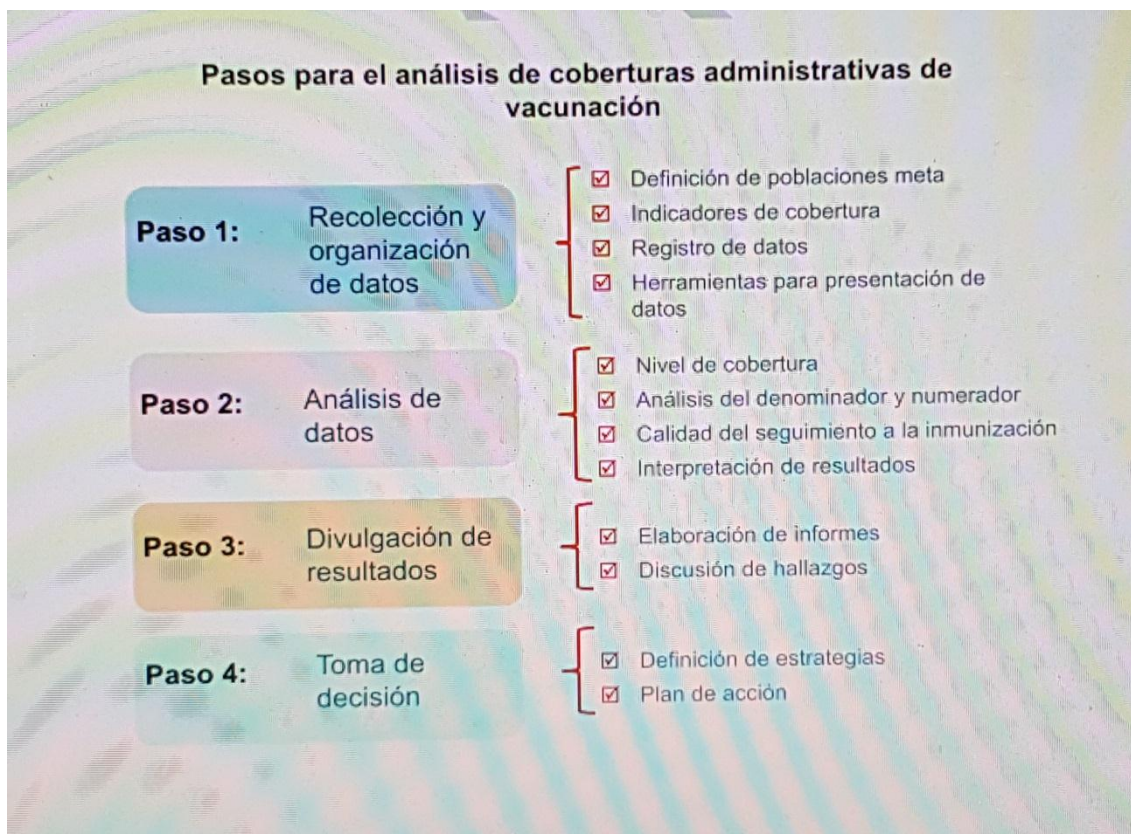


Figura A2: Pasos para el análisis

En relación al nivel de cobertura, tenemos (1) De 95% a 100%: la cobertura y protección inmunológica es adecuada. (2) Menor al 95%: la cobertura es inferior a la cifra esperada y es necesario identificar las causas y definir estrategias de vacunación para elevarlas y mejorar la protección de la población. (3) Mayor al 100%: analizar las causas de la cifra de cobertura, tales como poblaciones menores a la real, vacunación de niños/as de otras áreas de salud, problemas de registro, entre otras.

Si enfocamos la cobertura por persona, encontramos una relación de: **niños < 5 años / población total niños < 5 años**. Es un porcentaje. Para lograr inmunidad de rebaño es necesario que el nivel de cobertura poblacional sea elevado y homogéneo, de manera que la vacuna, además de proteger a la persona, ejerce un efecto indirecto de barrera ante la circulación de los agentes infecciosos. Por ello, el monitoreo de coberturas de vacunación debe incluir el análisis geográfico.

El índice de homogeneidad está relacionado con la mayor cantidad de lugares que componen una zona determinada y que alcanzan coberturas altas. Además, las características de estándar de calidad (1) Consistencia: los datos son coherentes y no se

contradican entre ellos (2) Exactitud: el dato se registra correctamente (3) Validez: el indicador realmente mide lo que tiene que medir, o sea, sin sesgo sistemático.

Por último, el numerador será el número de vacunados, y el denominador la población total a vacunar que se encuentra dentro de una zona determinada y en un tiempo fijado

ANEXO B - PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES – LÍNEAS DE ACCIÓN



ANEXO C – TABLAS DE COBERTURAS DE VACUNACIÓN

DEPARTAMENTO//PROVINCIA/DISTRITO	2	3	4	5	TOTAL	POBLACIÓN A VACUNAR X DÍA (7 DÍAS)
MICRORED1	4,361	4,427	4,461	4,466	17,715	2,531
C.S. Juan Pérez Carranza	989	1,005	1,014	1,015	4,023	575
P.S. Rosa de Santa María	202	205	207	207	821	117
C.S. Conde de la Vega Baja	587	596	601	601	2,385	341
C.S. Mirones Bajo	305	310	313	313	1,241	177
P.S. Rescate	87	89	89	89	354	51
P.S. Palermo	87	88	89	89	353	50
C.S. Mirones -LIMA	382	388	391	391	1,552	222
C.S. San Sebastián	329	335	337	337	1,338	191
C.S. Villa María Perpetuo Socorro	199	203	204	204	810	116
P.S. Santa Rosa	76	77	78	78	309	44
C.S. Chacra Colorada	432	437	440	442	1,751	250
C.S. Breña -BREÑA	458	463	465	467	1,853	265
C.S. Unidad Vecinal No.3	228	231	233	233	925	132
MICRORED2	2,702	2,771	2,804	2,812	11,089	1584
C.S. San Miguel -SAN MIGUEL	1,235	1,265	1,278	1,281	5,059	723
C.S. Magdalena -MAGDALENA	553	571	581	585	2,290	327
C.S. Jesús María-JESUS MARÍA	624	638	645	646	2,553	365
P.S. Huaca Pando	290	297	300	300	1,187	170
MICRORED3	3,445	3,485	3,493	3,480	13,903	1986
C.S. El Porvenir	780	781	779	774	3,114	445
C.S. Max Arias Schrefber	730	733	731	726	2,920	417
C.S. San Cosme	397	399	398	395	1,589	227
C.S. El Pino	286	287	286	284	1,143	163

C.S. San Luis	791	808	814	811	3,224	461
C.S. Lince	461	477	485	490	1,913	273
MICRORED4	3,205	3,275	3,303	3,297	13,080	1869
C.S, Todos los Santos San Borja	467	482	488	486	1,923	275
C.S. Villa Victoria Porvenir	523	540	547	546	2,156	308
P.S San Juan Masías	95	98	99	99	391	56
C.S. Surquillo	801	820	828	826	3,275	468
P.S. San Antonio Pedregal	251	257	259	259	1,026	147
C.S. Villa Victoria Porvenir	40	40	41	41	162	23
C.S. Miradores	617	618	615	611	2,461	352
C.S. San Isidro	411	420	426	429	1,686	241
RED SALUD LIMA CIUDAD	13,713	13,958	14,061	14,055	55,787	7970

Figura C1. Población programada barrido sarampión rubéola 2016

DEPARTAMENTO/PROVINCIA/DISTRITO	2 AÑOS		3 AÑOS		4 AÑOS		5 AÑOS		TOTAL	DIAS (11 DIAS)	VACUNADORES (11 DIAS)	ANOTADORES (11 DIAS)
	POB.	NIÑOS A VACUNAR X DIA	POB.	NIÑOS A VACUNAR X DIA	POB.	NIÑOS A VACUNAR X DIA	POB.	NIÑOS A VACUNAR X DIA				
MICRORED1	4,593	418	4,664	38	4,702	427	4,708	428	18,667	1,697	68	68
C.S. Juan Perez carranza	989	90	1,005	8	1,014	92	1,015	92	4,023	366	15	15
P.S. Rosa de Santa Maria	202	18	205	2	207	19	207	19	821	75	3	3
C.S. Concepción de la Vega Baja	587	53	596	5	601	55	601	55	2,385	217	9	9
C.S. Mirones Bajo	305	28	310	3	313	28	313	28	1,241	113	5	5
P.S. Rescate	87	8	89	1	89	8	89	8	354	32	1	1
P.S. Palermo	87	8	88	1	89	8	89	8	353	32	1	1
C.S. Mirones - LIMA	506	46	513	4	520	47	521	47	2,060	187	7	7
C.S. San Sebastián	329	30	335	3	337	31	337	31	1,338	122	5	5
C.S. Villa María Perpetuo Socorro	199	18	203	2	204	19	204	19	810	74	3	3
P.S. Santa Rosa	76	7	77	1	78	7	78	7	309	28	1	1
C.S. Chacra Colorada	432	39	437	4	440	40	442	40	1,751	159	6	6
C.S. Breña - BREÑA	566	51	575	5	577	52	579	53	2,297	209	8	8
C.S. Unidad Vecinal No.3	228	21	231	2	233	21	233	21	925	84	3	3
MICRORED2	3,173	288	3,252	26	3,292	299	3,305	300	13,022	1,184	47	47
C.S. San Miguel - SAN MIGUEL	1,291	117	1,322	11	1,336	121	1,340	122	5,289	481	19	19
C.S. Magdalena - MAGDALENA	855	78	880	7	894	81	901	82	3,530	321	13	13
C.S. Jesús María - JESUS MARIA	737	67	753	6	762	69	764	69	3,016	274	11	11
P.S. Huaca Pando	290	26	297	2	300	27	300	27	1,187	108	4	4
MICRORED3	3,682	335	3,723	30	3,730	339	3,716	338	14,851	1,350	54	54
C.S. El Porvenir	780	71	781	6	779	71	774	70	3,114	283	11	11
C.S. Max Arias Schreiber	730	66	733	6	731	66	726	66	2,920	265	11	11
C.S. San Cosme	397	36	399	3	398	36	395	36	1,589	144	6	6
C.S. El Pino	286	26	287	2	286	26	284	26	1,143	104	4	4
P.S. Clas El Pino	237	22	238	2	237	22	236	21	948	86	3	3
C.S. San Luis	791	72	808	7	814	74	811	74	3,224	293	12	12
C.S. Lince	461	42	477	4	485	44	490	45	1,913	174	7	7
MICRORED 4	3,205	291	3,275	26	3,303	300	3,297	300	13,080	1,189	48	48
C.S. Todos los Santos San Borja	467	42	482	4	488	44	486	44	1,923	175	7	7
C.S. Villa Victoria Porvenir	563	51	580	5	588	53	587	53	2,318	211	8	8
P.S. San Juan Masias	95	9	98	1	99	9	99	9	391	36	1	1
C.S. Surquillo	801	73	820	7	828	75	826	75	3,275	298	12	12
P.S. San Antonio Pedregal	251	23	257	2	259	24	259	24	1,026	93	4	4
C.S. Miraflores	617	56	618	5	615	56	611	56	2,461	224	9	9
C.S. San Isidro	411	37	420	3	426	39	429	39	1,686	153	6	6
RED SALUD LIMA CIUDAD	14,653	1,332	14,914	121	15,027	1,366	15,026	1,366	59,620	5,420	217	217

Figura C2. Población programada, vacunadores, anotadores barrio sarampión rubeola 2016

VACUNADORES	REGISTRADORES
217	217

RESP. ESNI	MEDICOS JEFES	JEFES MICROREDES	RESP. VEA	PROMSA	ESTADIS TICA	SANEAMI ENTO	CADENA DE FRIO
31	31	4	31	31	31	31	31

Figura C3. Barrido nacional sarampión rubeola 2016

MICRORED /E.E.S.S	Población				META 2 A 5 AÑOS	MATERIALES E INSUMOS										Meta por:	
	2 AÑOS	3 AÑOS	4 AÑOS	5 AÑOS		VACUNAS Y JERINGAS					MATERIALES E INSUMOS					Población Cautiva	Vacunación casa a casa
						FCOS DE VACUNAS SR x 10 DOSIS (FP 1.2)	JERINGAS 1CC *25*5/8	JERINGAS 5CC *21*1/2	CLORHEXIDINA x 250 ML (1ml x NIÑO)	ALGODÓN (3 torundas x persona) Paq. 500g:1000	BIOSEGURIDAD (de 5l=150 jeringas c/a)	CAJAS DE PAPEL TOALLA = 3 Hojas por vacuna aplicadas/ROLL	JABON LIQUIDO TERCADOR (1cc por lavado)FCO:50	BOLSAS CHEQUERAS BLANCAS	IMPRESIONES 5x MILLARES		
MICRORED1	4,593	4,664	4,702	4,708	18,667	1,867	18,667	1,867	75	56	124	279	37	56	18,667	3,941	14,726
C.S. Juan Perez Carranza	989	1,005	1,014	1,015	4,023	402	4,023	402	16	12	27	60	8	12	4,023	420	3,603
P.S. Rosa de Sta María	202	205	207	207	821	82	821	82	3	2	5	12	2	2	821	329	492
C.S. Conde de la Vega Baja	587	596	601	601	2,385	239	2,385	239	10	7	16	36	5	7	2,385	232	2,153
C.S. Mirones Bajo	305	310	313	313	1,241	124	1,241	124	5	4	8	19	2	4	1,241	573	668
P.S. Rescate	87	89	89	89	354	35	354	35	1	1	2	5	1	1	354	250	104
P.S. Palermo	87	88	89	89	353	35	353	35	1	1	2	5	1	1	353	132	221
C.S. Mirones - LIMA	506	513	520	521	2,060	206	2,060	206	8	6	14	31	4	6	2,060	380	1,680
C.S. San Sebastián	329	335	337	337	1,338	134	1,338	134	5	4	9	20	3	4	1,338	320	1,018
C.S. Villa María P S	199	203	204	204	810	81	810	81	3	2	5	12	2	2	810	220	590
P.S. Santa Rosa	76	77	78	78	309	31	309	31	1	1	2	5	1	1	309	120	189
C.S. Chacra Colorada	432	437	440	442	1,751	175	1,751	175	7	5	12	26	4	5	1,751	335	1,416
C.S. Breña - BREÑA	566	575	577	579	2,297	230	2,297	230	9	7	15	34	5	7	2,297	420	1,877
C.S. Unidad Vecinal No.3	228	231	233	233	925	93	925	93	4	3	6	14	2	3	925	210	715
MICRORED2	3,173	3,252	3,292	3,305	13,022	1,302	13,022	1,302	52	39	87	194	26	39	13,022	1340	11,682
C.S. San Miguel	1,291	1,322	1,336	1,340	5,289	529	5,289	529	21	16	35	79	11	16	5,289	415	4,874
C.S. Magdalena	855	880	894	901	3,530	353	3,530	353	14	11	24	53	7	11	3,530	375	3,155
C.S. Jesús María	737	753	762	764	3,016	302	3,016	302	12	9	20	45	6	9	3,016	300	2,716
P.S. Huaca Pando	290	297	300	300	1,187	119	1,187	119	5	4	8	18	2	4	1,187	250	937
MICRORED3	3,682	3,723	3,730	3,716	14,851	1,485	14,851	1,485	59	45	99	222	30	45	14,851	2060	12,791
C.S. El Porvenir	780	781	779	774	3,114	311	3,114	311	12	9	21	46	6	9	3,114	393	2,721
C.S. Max Arias Schreiber	730	733	731	726	2,920	292	2,920	292	12	9	19	44	6	9	2,920	390	2,530
C.S. San Cosme	397	399	398	395	1,589	159	1,589	159	6	5	11	24	3	5	1,589	325	1,264
C.S. El Pino	286	287	286	284	1,143	114	1,143	114	5	3	8	17	2	3	1,143	270	873
C.S. Clas El Pino	237	238	237	236	948	95	948	95	4	3	6	14	2	3	948	110	838
C.S. San Luis	791	808	814	811	3,224	322	3,224	322	13	10	21	48	6	10	3,224	332	2,892
C.S. Lince	461	477	485	490	1,913	191	1,913	191	8	6	13	29	4	6	1,913	350	1,563
MICRORED 4	3,205	3,275	3,303	3,297	13,080	1,308	13,080	1,308	52	39	87	195	26	39	13,080	1348	11,732
C.S. San Borja	467	482	488	486	1,923	192	1,923	192	8	6	13	29	4	6	1,923	180	1,743
C.S. Villa V. Porvenir	563	580	588	587	2,318	232	2,318	232	9	7	15	35	5	7	2,318	220	2,098
P.S. San Juan Maías	95	98	99	99	391	39	391	39	2	1	3	6	1	1	391	85	306
C.S. Surquillo	801	820	828	826	3,275	328	3,275	328	13	10	22	49	7	10	3,275	328	2,947
P.S. San A. Pedregal	251	257	259	259	1,026	103	1,026	103	4	3	7	15	2	3	1,026	145	881
C.S. Miraflores	617	618	615	611	2,461	246	2,461	246	10	7	16	37	5	7	2,461	250	2,211
C.S. San Isidro	411	420	426	429	1,686	169	1,686	169	7	5	11	25	3	5	1,686	140	1,546
RED SALUD LIMA CIUDAD	14,653	14,914	15,027	15,026	59,620	5,962	59,620	5,962	238	179	397	890	119	179	59,620	8,689	50,931

Figura C4. Cronograma de actividades 2016. Semana vacunación en Las Américas

ACTIVIDADES	1	oct	oct	4-06 nov	06 al12 nov	13 al 16 nov	17 al 20	20 AL30
Elaboración del Plan de Trabajo	X							
Reuniones con Micro Redes y Establecimientos		X						
Planificación y Programación			X					
Socialización de los mensajes de S.R			X					
Elaboración y distrib.de los diseños de material de difusión			X					
Lanzamiento De la campaña				x	X			
Vacunación según estrategias					X	X		
Supervisión y Monitoreo					X	X		
Sistema de Información					X	X		
MRC							X	
Consolidación de la Información							X	
Presentación del Informe final								X

Figura C5. Cronograma de actividades 2016. Semana vacunación en Las Américas