ALCALDÍA MUNICIPAL RIOSUCIO | DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD

Monitoreo Rápido de Vacunación Trazadores

Territorio Ancestral Indígena de San Lorenzo

San Jerónimo - Lomitas

Director Local de Salud

Héctor Javier Betancur Hernández

Referente Programa Ampliado de Inmunización

María Fernanda Londoño Castañeda

Dirección Local de Salud Riosucio Caldas

Programa Ampliado de Inmunización

Riosucio Caldas, junio 2025

MONITOREO RÁPIDO DE VACUNACIÓN TRAZADORES

1. INTRODUCCIÓN

Desde su lanzamiento por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) ha sido una de las estrategias más exitosas en la reducción de tasas de morbilidad y mortalidad en menores de 5 años en todo el mundo, beneficiando la salud pública a nivel global, ya que es un programa exitoso para la prevención de enfermedades inmunoprevenibles.

Tanto que, la Organización Panamericana de la salud (OPS) estima que en América Latina y la región del Caribe, se evitaron aproximadamente 175.000 muertes en los años comprendidos de 2006-2011, ya que los menores de 5 años habían recibido vacunación, previniendo enfermedades como: sarampión, tos ferina y la poliomielitis, entre otras. Por tal razón, la región de las Américas se ha destacado en ser pionera en investigación y generación de nuevos avances y conocimientos para la prevención y radicación de enfermedades prevenibles mediante la vacunación.

Dentro de las acciones más notorias para la erradicación de enfermedades, ha sido la unión de labores articuladas de los países de la región, erradicando enfermedades como la viruela y la poliomielitis, logrando la interrupción de la transmisión, pero estos cambios no hubiesen sido posibles a través del Programa Ampliado de Inmunización, no solo de América Latina, sino también de países de otros continentes interesados en la salud pública internacional, con el objetivo de lograr coberturas altas a nivel mundial.

Esta alianza, no solo erradico y controlo enfermedades de interés en salud pública, sino que igualmente enruto y consolido pilares y objetivos claros a nivel individual sino a nivel mundial acerca de la erradicación de enfermedades infecciosas inmunoprevenibles, como:

Poliomielitis, sarampión, tétanos, difteria, tos ferina, tuberculosis, rubeola, fiebre amarilla haemophilus influenzae y hepatitis B.

Como se había mencionado anteriormente, dentro de los objetivos y metas que obtuvieron los países a través de las investigaciones a nivel nacional e internacional, cada país definió sus problemas y amenazas en salud pública, de este modo, organizaron y definieron el esquema de vacunación a incorporar para la población.

El Programa Ampliado de Inmunización (PAI) En Colombia, es direccionado por el Ministerio de Salud y Protección Social, actualmente cuenta con 22 vacunas que protegen contra más de 27 enfermedades, por la razón estas son consideradas como una tecnología de gran valor para prevenir y controlar enfermedades prevenibles, contener o limitar la prevalencia de virus al mismo modo que combate la propagación de la resistencia de los mismos.

Sin embargo, a pesar de los avances y esfuerzos por contar con la disponibilidad y garantizar la vacunación en todo el territorio nacional, las coberturas de vacunación en menores de cinco años se han visto reducidas por múltiples causas y barreras como factores de temor a la reacción posvacunal, condiciones socioeconómicas, geográficas, seguridad y desinformación.

Temor a la reacción posvacunal, para algunas personas, en especial los padres y cuidadores, niegan o no permiten la vacunación a sus hijos, por miedo a la reacción de fiebre o dolor en el sitio de la aplicación, dejándose influenciar por la concepción de perder la oportunidad de vacunación con tal de que sus hijos no se enfermen.

Condiciones socioeconómicas y geográficas, una de las razones es las distancias geográficas y la delincuencia en sitios alejados que persiste el conflicto armado, esto se convierte en una barrera para el acceso a estos servicios, incidiendo en la decisión de no vacunar a los niños y

niñas o la falta de oportunidad, en este factor también influye la falta de medios de transporte, en Colombia se cuenta con departamentos que su población se moviliza en medios fluviales o acceso únicamente con animales, afectando más aún los cambios de clima extremo como, por ejemplo: lluvias o veranos fuertes, estas circunstancias impiden que los niños de 0 a 5 años no se puedan desplazar a los centros de vacunación.

Desconfianza por desinformación, las críticas a las vacunas es un factor que siempre ha estado presente, pero los últimos años se ha observado un aumento progresivo de grupos antivacunas que se niegan a vacunar a sus hijos, lo cual ha impactado en la disminución de las coberturas, sumándose los medios de comunicación que han contribuido a la difusión de mensajes negativos.

En consecuencia, los factores nombrados, son un riesgo latente en el territorio colombiano, ya que van a perjudicar el proceso de prevención y erradicación de enfermedades inmunoprevenibles, por ende, es necesario evaluar las coberturas de vacunación en cada uno de los territorios del país, con el fin de identificar el esquema regular de los niños y niñas de 0 a 5 años y cuáles son los factores que permiten que no esté completo, si se da el caso.
El monitoreo rápido y evaluación de cobertura de vacunación, es una herramienta que permite identificar y evaluar las coberturas de vacunación de un área determinada, es decir, por medio del monitoreo se realiza un rastreo sistemático de desempeño del programa ampliado de inmunización, y más que una evaluación es una oportunidad para identificar falencias y mejorar estrategias del programa de acuerdo a la situación en particular de cada municipio.

De esta manera, en el Municipio de Riosucio Caldas, se ejecutó 2 monitoreos rápidos de vacunación, ambos en zonas rurales, elegidas mediante la categorización de criterios según características de grupos vulnerables geográficas, económicas, sociales y culturales.

2. OBJETIVOS

- **Objetivo general**

Determinar las coberturas de vacunación de las comunidades de San Jerónimo y Lomitas, las cuales pertenecen al Territorio Ancestral Indígena de San Lorenzo, medio de la herramienta estandarizada de monitoreo rápido de cobertura.

- **Objetivos específicos**

  - Verificar si se alcanzó la meta de ≥95% de cobertura en los biológicos trazadores en las comunidades de San Jerónimo y Lomitas.

  - Identificar las razones de no vacunación en los niños y niñas de 0 a 5 años residentes de las comunidades de San Jerónimo y Lomitas, que permitan renovar las estrategias implementadas.

  - Detectar barreras de acceso que limiten las altas coberturas de vacunación en las comunidades de San Jerónimo y Lomitas.

3. POBLACIÓN META

- **Población objetivo**

  - Niños y niñas de 0 a 5 años 11 meses y 29 días, que residan en la comunidad de San Jerónimo.

  - Niños y niñas de 0 a 5 años 11 meses y 29 días, que residan en la comunidad de Lomitas.

- **Muestra**

- 20 niños y niñas entre las edades de 0 a 5 años 11 meses y 29 días, que residan en la comunidad de San Jerónimo que cuenten con los criterios de inclusión.

- 20 niños y niñas entre las edades de 0 a 5 años 11 meses y 29 días, que residan en la comunidad de Lomitas que cuenten con los criterios de inclusión.

4. ESTRATEGIAS Y ACIVIDADES POR COMPONENTE

- **PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN**

MUNICIPIO DE RIOSUCIO CALDAS CALCULO DE NÚMERO DE MRC					
Pob. < 1 año meta programática 2024	Pob. 1 año meta programática 2024	Pob. 5 años meta programática 2024	Total	Número conglomerados	Muestra
450	462	579	1491	2	40

- Numero de monitoreo rápido de vacunación a realizar en el Municipio de Riosucio: 2 MRV.

- El número de niños a captar por monitoreo rápido de vacunación: 20 niños.

- Para un resultado de muestras: 40 niños.

- **CATEGORIZACIÓN DE LOCALIDADES DE RIESGO**

San Jerónimo

A. Datos Generales			B. Tipo de población			
Región	Área/Municipio/distrito	Establecimiento de Salud (ES)	Localidades	Total de población estimada	Urbano(1)	Rural (0)
CALDAS	RIOSUCIO	E.S.E DEPARTAMENTAL SAN JUANDE DIOS	SAN JERÓNIMO	1889		1

C. Criterios según características de grupos vulnerables geográficas, económicas, sociales y culturales coloque si es (SI=1, No=0)										
1. Fronteras de alta circulación (frontera con otros países o entre provincias, regiones o municipios)	2. alta concentración poblacional, asentamientos y zonas periféricas urbanas, alto flujo y circulación de población	3. Reciben una alta afluencia de turistas internacionales y nacionales	4. Difícil acceso; geográfico, económico, cultural y de inseguridad	5. Industrias (maquinarias y grandes empresas)	6. Localidades con limitado acceso a los servicios de salud	7. Población migrante externa, interna y desplazamientos internos	8. Presencia frecuente de desastres o calamidades naturales	9. Presencia de centros de transporte de alta circulación	10. Presencia de comunidades fronterizas	11. Presencia de áreas de eventos masivos
0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0

D. Criterios Inmunidad de la población y desempeño del programa, indicadores de cobertura de vacunación, epidemiológicos, para estos indicadores aplican la cobertura del ES , municipio según corresponda coloque si es (SI=1, No=0)									Total
12. Cobertura de vacunación inferior al 95%, SRP1	13. Cobertura de vacunación inferior al 95% SRP2,	14. Tasa de deserción para SRP 1 mayor a 5%,	15. Cobertura de vacunación ultima CVS < 95%,	16. Cobertura de vacunación ultima acciones de intensificación,	17. Presencia de casos confirmados de sarampión /rubéola	18. Presencia de Equipos de Respuesta Rápida Entrenados (ERRA)	19. Hospitales preparados (TRIAGE-Aislamiento)	20. Silencio epidemiológico últimos 12 meses o 52 semanas epidemiológicas	
0	0	1%	1%	1%	0	1	1	0	6,03

Lomitas

		B. Tipo de población			
Área/Municipio/distrito	Establecimiento de Salud (ES)	Localidades	Total de población estimada	Urbano(1)	Rural (0)
RIOSUCIO	E.S.E DEPARTAMENTAL SAN JUANDE DIOS	LOMITAS	1757		1

C. Criterios según características de grupos vulnerables geográficas, económicas, sociales y culturales coloque si es (SI=1, No=0)										
1. Fronteras de alta circulación (frontera con otros países o entre provincias, regiones o	2. alta concentración poblacional, asentamientos y zonas periféricas urbanas, alto flujo y circulación	3. Reciben una alta afluencia de turistas internacionales y nacionales	4. Difícil acceso; geográfico, económico, cultural y de inseguridad	5. Industrias (maquinarias y grandes empresas)	6. Localidades con limitado acceso a los servicios de salud	7. Población migrante externa, interna y desplazamientos internos	8. Presencia frecuente de desastres o calamidades naturales	9. Presencia de centros de transporte de alta circulación	10. Presencia de comunidades fronterizas	11. Presencia de áreas de eventos masivos
0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0

D. Criterios Inmunidad de la población y desempeño del programa, indicadores de cobertura de vacunación, epidemiológicos, para estos indicadores aplican la cobertura del ES , municipio según corresponda coloque si es (SI=1, No=0)									
12. Cobertura de vacunación inferior al 95%, SRP1	13. Cobertura de vacunación inferior al 95% SRP2,	14. Tasa de deserción para SRP 1 mayor a 5%,	15. Cobertura de vacunación ultima CVS < 95%,	16. Cobertura de vacunación ultima acciones de intensificación,	17. Presencia de casos confirmados de sarampión /rubéola	18. Presencia de Equipos de Respuesta Rápida Entrenados (ERRA)	19. Hospitales preparados (TRIAGE-Aislamiento)	20. Silencio epidemiológico últimos 12 meses o 52 semanas epidemiológicas	Total
0	0	1%	1%	1%	0	1	1	0	6,03

- **CONFORMACIÓN Y CAPACITACIÓN DE EQUIPOS**

El equipo encargado de realizar el monitoreo de rápido de vacunación en las comunidades de San Jerónimo y Lomitas, contaba con:

Entrevistador: María Fernanda Londoño- Referente programa ampliado de inmunización y el apoyo del programa de salud pública, Daniela Reyes Morales.

Vacunadoras: Luz Nelly Bueno y Celina Tapasco, promotoras de salud del centro de salud de San Lorenzo.

Anterior al despliegue a las comunidades, se efectúo un encuentro con la auxiliar de salud pública para abordar aspectos como: objetivos de realizar el monitoreo rápido de vacunación, metodología de trabajo en estos sectores, como abordar a las personas una vez se llegará a las casas, lectura e interpretación de carné de vacunas y el diligenciamiento correcto de los formatos emitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y La Dirección Territorial de Salud de Caldas, criterios de inclusión y exclusión de elección de los niños y niñas y situaciones que se podían presentar y como debía ser el accionar.

Con las promotoras en salud, igualmente con anterioridad, se efectuó la debida presentación y se comunicó el monitoreo rápido de vacunación a ejecutar los días designados en las comunidades de San Jerónimo y Lomitas, se informó la metodología de trabajo en el campo y los demás datos pertinentes.

- **METODOLOGÍA**

En el momento de seleccionar las zonas a realizar el monitoreo rápido de vacunación de trazadores, se tuvo en cuenta que además de cumplir con algunos criterios de la categorización de localidades de riesgo, también fuese una zona que contará con gran población de niños y niñas y buena tasa de nacimientos, y en el caso de San Lorenzo, es el centro poblado que aporta más nacimientos en el Municipio de Riosucio con una cifra de

con el fin de que el rastreo fuera exitoso y se cumpliera con la muestra solicitada por los entes territoriales.

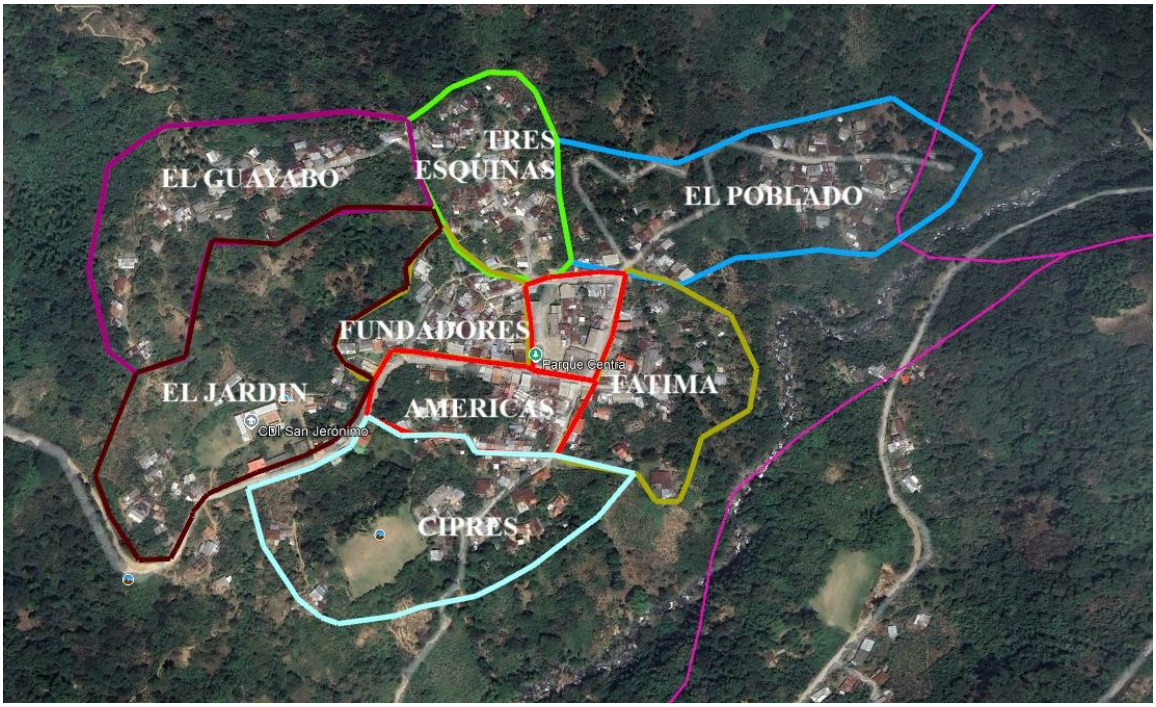
Teniendo definido las comunidades de San Jerónimo y Lomitas, pertenecientes al Territorio Ancestral Indígena de San Lorenzo, se procedió a realizar la sectorización de estas comunidades, ya que, por ser zonas rurales no cuentan con nomenclatura de casas o número de manzanas, por lo que se para agilizar y que la búsqueda fuera de una forma organizada, se delimitó por sectores, marcando los principales caminos que conecta a todos los sectores de la comunidad, para este trabajo se requirió de la ayuda de la secretaría de planeación para el mapeo y de una persona que conoce muy bien estas zonas para que los sectores fuesen bien marcados y abarcara toda la población tratando de recorrer casi todas las casas mediante la metodología puerta a puerta.

Una vez teniendo, la sectorización del croquis de las comunidades de San Jerónimo y Lomitas, se identifico en que sectores se concentra la mayor población y los diversos caminos que llevan a esta, siguiendo indicaciones de los lineamientos, se definió, iniciar el monitoreo rápido de vacunación en el sector del Centro y desplazándose hacía el sector identificado con mayor población y el sector posiblemente como grupos prioritarios.

En el sector de San Jerónimo, se identifico 8 sectores: Fundadores, Tres Esquinas, El Poblado, Fátima, El Ciprés, El Jardín, El Guayabo y Las Américas; siendo el centro el sector de Fundadores y el sector priorizado como grupo prioritario, puesto que, es una población con una concepción mala acerca de las vacunas por mitos y creencias erróneas, por tal razón, estos fueron los dos sectores que se abarcaron en el monitoreo rápido de vacunación.

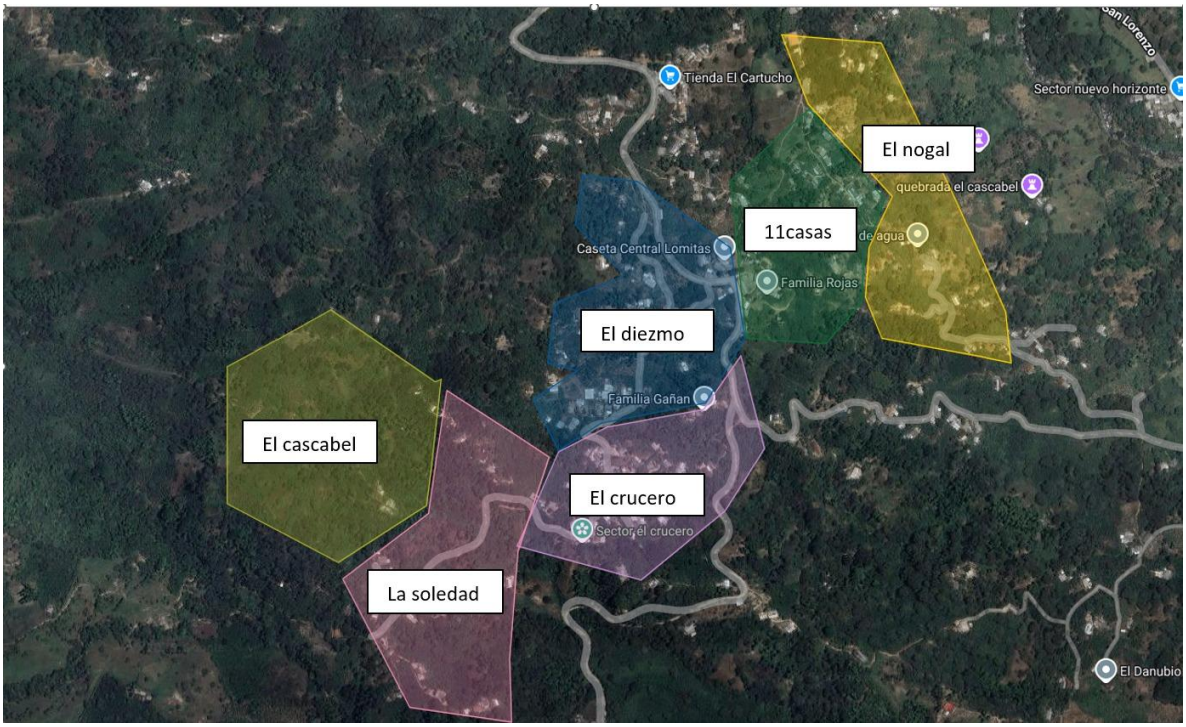
Para ejecutar este monitoreo rápido de vacunación, anteriormente se había delegado el día 22 de mayo, pero por motivos de infraestructura de la vía al centro poblado de San Lorenzo, con cierre total de la vía en todo el día, se debió cancelar, por este motivo, el día 27 de mayo, a partir de las 9 de la mañana se da inicio al monitoreo rápido de vacunación, porque se debía esperar que los biológicos fueran trasladados de la E.S.E Departamental San Juan de Dios al

centro de salud de San Lorenzo, ya que el día anterior había sido programado mantenimiento de la infraestructura de la CHEC, por lo que el centro poblado de San Lorenzo había estado sin energía eléctrica.



En el sector de Lomitas, se identificaron 7 sectores: Once casas, La Soledad, El Diezmo, El Cascabel, El Nogal, El Crucero y el Cartucho.; siendo el centro los sectores, de once casas y parte del sector el Crucero y el sector priorizado como grupo prioritario fue el sector el Crucero, pues es un sector que cuenta con casas muy alejadas y de difícil acceso, pues este se ubica en una montaña y tiene pendientes que dificultan el acceso, cuenta con partes con placa huella pero otros que se dificulta el paso, más aún, se identifica situaciones económicas complicadas.

El día 28 de mayo, a partir de las 8 de la mañana se da inicio al monitoreo rápido de vacunación, en la comunidad de Lomitas, aproximadamente el proceso del monitoreo rápido de vacunación llevo de 6 horas, visto que se terminó la recolección de la muestra alrededor de las 2:30 de la tarde.



- **MOVILIZACIÓN Y COMUNICACIÓN SOCIAL**

El proceso de comunicación y divulgación sobre el monitoreo rápido de vacunación, inicio una semana anterior a los días asignados a realizar el proceso de monitoreo, donde el primer paso fue informar a los respectivos cabildantes de las comunidades, por medio de vía telefónica (WhatsApp) primeramente, hubo una presentación del cargo de la Dirección Local de Salud, y la explicación del proceso del monitoreo rápido de vacunación y como se había definido la metodología a trabajar en la zona, una vez el cabildante comprendió la información dada, se procedió a solicitar el permiso para entrar en las comunidades con la metodología puerta a puerta, hasta encontrar 20 niños, dentro de las edades de 0 a 5 años de edad.

Se le solicito a cada uno de los cabildantes la divulgación de esta información a toda la comunidad por medio de alto parlante, comunicando el proceso de MRV, distintivo de las personas a realizarlo y el día que se había asignado a cada comunidad.

Cabildante comunidad San Jerónimo- Humberto Betancur

Cabildante comunidad Lomitas- Cesar Augusto Gañan

- **SISTEMA DE INFORMACIÓN**

En el proceso de monitoreo rápido de vacunación, se conto con los formatos (base de datos y formulario de recolección de información), por medio físico, ya que esto agilizaba y dinamiza el proceso.

No obstante, en el momento de digitalizar la información en la oficina de la Dirección Local de Salud, se verifico cada uno de los usuarios en la plataforma de información de PAIWEB para corroborar la información dada en cada una de las casas, con la suministrada por el establecimiento de salud en el momento del cargue de las vacunas, esto también ayudo a que se disminuyera errores que se pudiesen haber tenido en el momento de escucha en las casas.

- **CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN**

COMUNIDAD DE SAN JERÓNIMO

FECHA	HORA
27 DE MAYO 2025	8:00 AM

COMUNIDAD DE LOMITAS

FECHA	HORA
28 DE MAYO 2025	8:00 AM

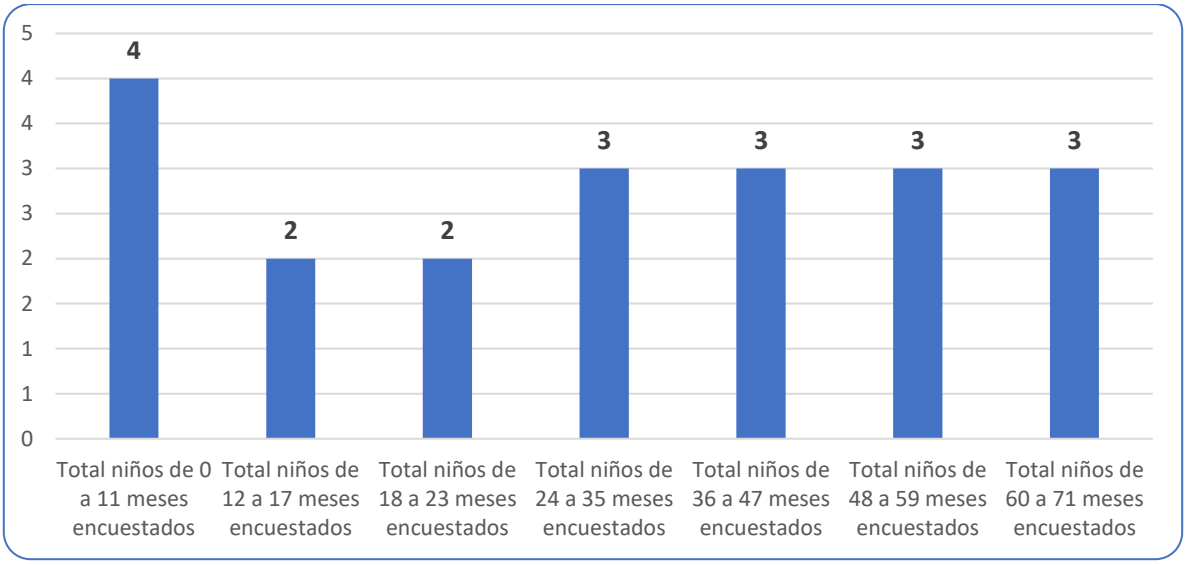
ELABORACIÓN DE ANÁLISIS DE RESULTADOS

FECHA	29, 30, 31 DE MAYO 03, 04, 05, 06 DE JUNIO

5. RESULTADOS

- **COBERTURA DE VACUNACIÓN EN SAN JERÓNIMO**

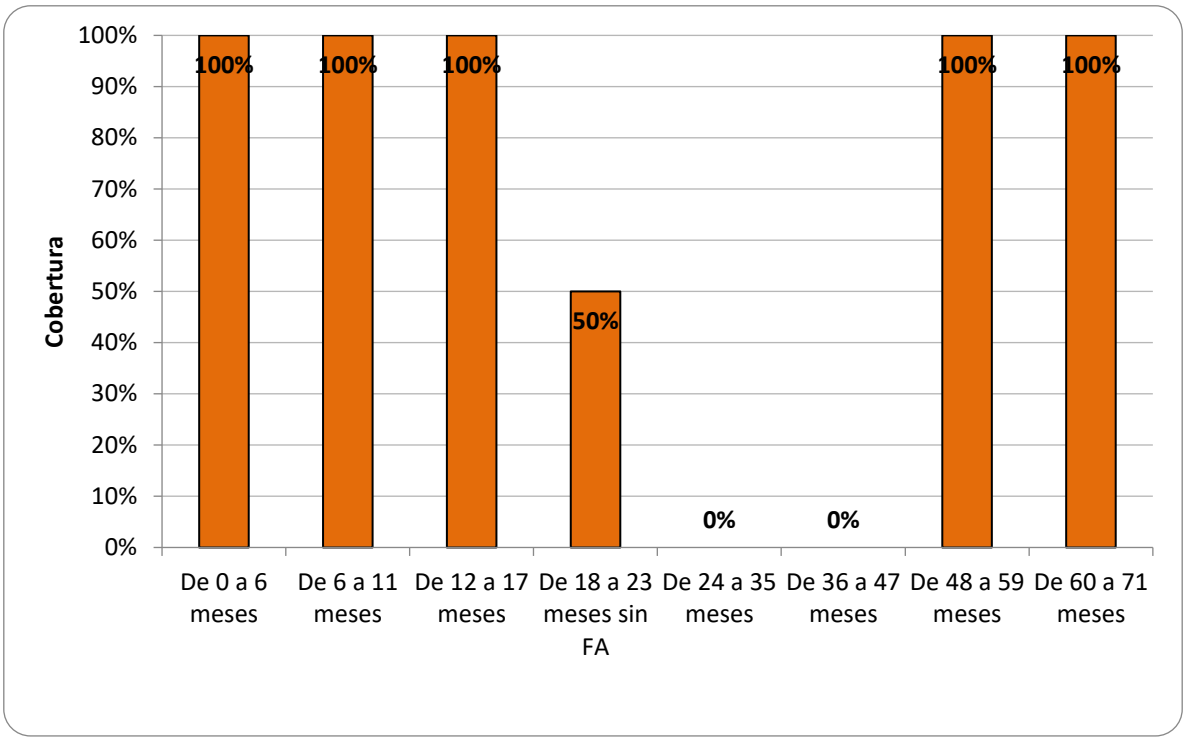
Gráfica 1. Total, niños vacunados por edades según monitoreo



Para el monitoreo rápido de vacunación, se tomó la muestra de 20 niños de la comunidad de San jerónimo, en el territorio Ancestral Indígena de San Lorenzo, con la finalidad verificar las coberturas de vacunación en los grupos poblacionales, según esquema de vacunación. Encontrando que:

- Total, de niños de 0 a 11 meses encuestados: 4
- Total, de niños de 12 a 17 meses encuestados: 2
- Total, de niños de 18 a 23 meses encuestados: 2
- Total, de niños de 24 a 35 meses encuestados: 3
- Total, de niños 36 a 47 meses encuestados: 3
- Total, de niños de 48 a 59 meses encuestados: 3
- Total, de niños encuestados de 60 a 71 meses encuestados: 3

Gráfica 2. Esquemas comunidad de San Jerónimo

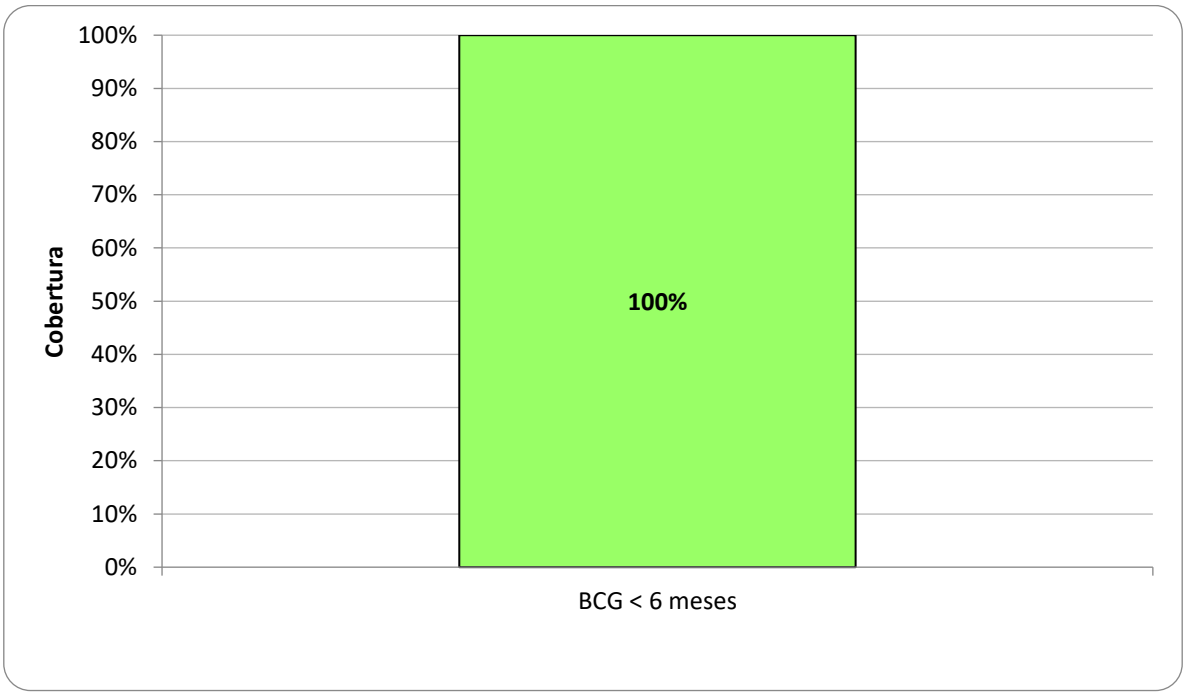


Según la muestra de los 20 niños de la comunidad de San Jerónimo, en el territorio Ancestral Indígena de San Lorenzo, se encontró el porcentaje de cumplimiento de esquema según el grupo poblacional:

- De 0 a 6 meses: 100%
- De 6 a 11 meses: 100%
- De 12 a 17 meses: 100%
- De 18 a 23 meses sin fiebre amarilla: 50%
- De 24 a 35 meses: 0%
- De 36 a 47 meses: 0%
- De 48 a 59 meses: 100%
- De 60 a 71 meses: 100%

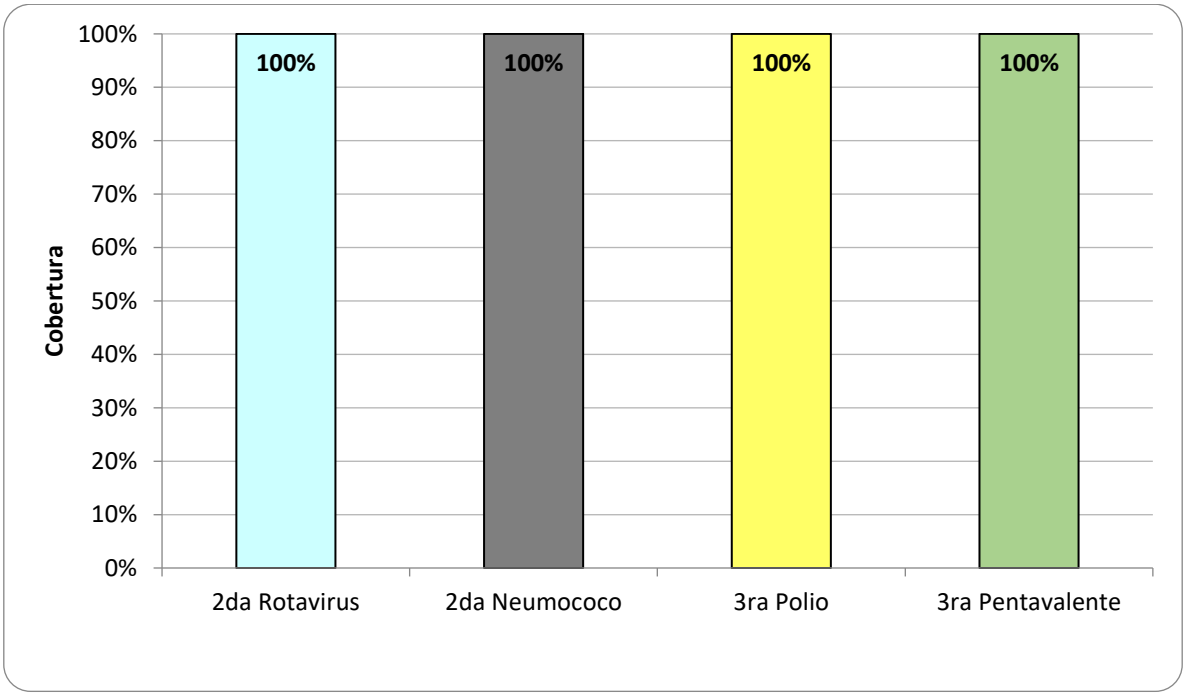
- **COBERTURA DE VACUNACIÓN POR BIOLÓGICO Y POR EDADES SIMPLES**

Gráfica 1. Cobertura de vacunación para niños menores de un año



Para el analizar la cobertura de vacunación de BCG, se tomó la muestra de 3 niños menores de 6 meses, encontrando, al 100% la cobertura.

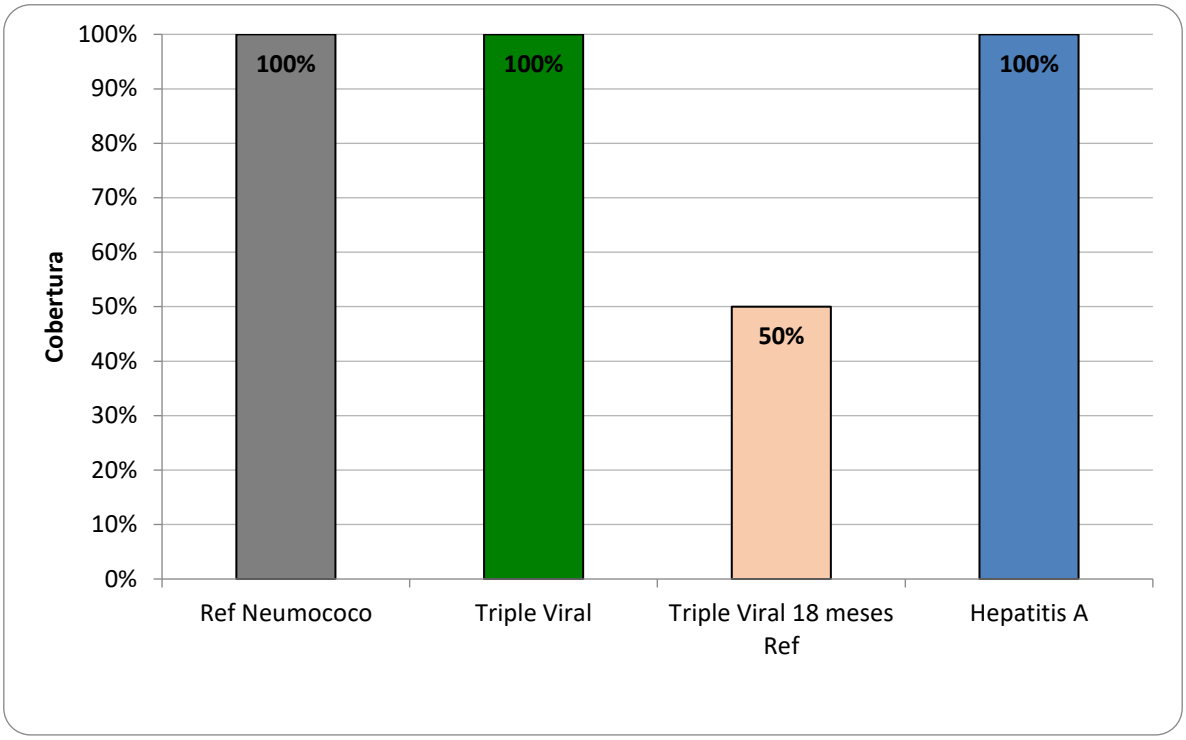
Gráfica 2. Cobertura de vacunación para menores de 1 año



Para analizar la cobertura de vacunación de 2da dosis de rotavirus-neumococo y 3era dosis de polio-pentavalente, se tomó la muestra de 1 niño de 6 a 11 meses encontrando que:

- Al 100% la 2da dosis de rotavirus y neumococo.
- Al 100% la 3era dosis de polio y pentavalente.

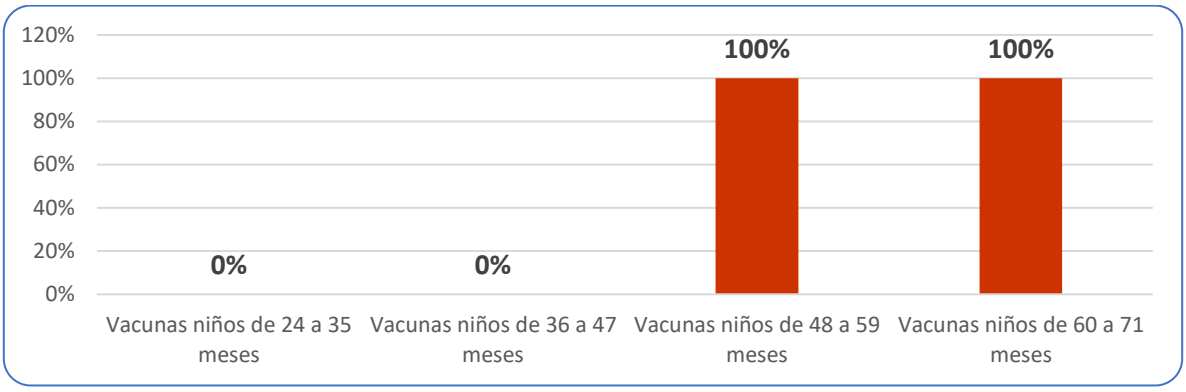
Gráfica 3. Cobertura de vacunación para niños de 12 a 23 meses



Para analizar la cobertura de vacunación de refuerzo de neumococo-triple viral-refuerzo de triple viral-hepatitis A, se encontró que:

- Número de niños de 12 a 23 meses con refuerzo de neumococo: 100%
- Número de niños de 12 a 23 meses con triple viral: 100%
- Número de niños de 18 a meses refuerzo con tiple viral: 50%
- Número de niños de 12 a 23 meses con Hepatitis A: 100%

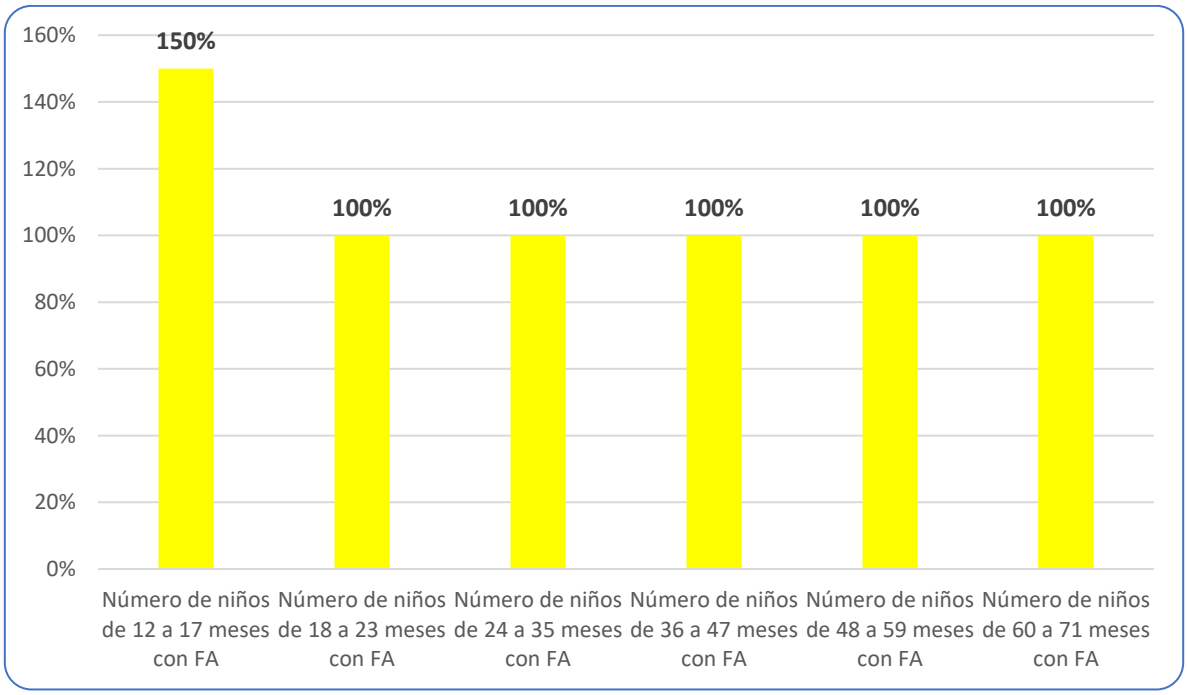
Gráfica 4. Cobertura de vacunación para niños de 24 a 60 meses



Para analizar la cobertura de vacunación de triple viral refuerzo, se encontró que:

- Total, de niños de 24 a 35 meses con refuerzo de triple viral: 0%
- Total, de niños de 36 a 47 meses con refuerzo de triple viral: 0%
- Total, de niños de 48 a 59 meses: 100%
- Total, de niños de 60 a 71 meses con refuerzo de triple viral: 100%

Gráfica 5. Cobertura de vacunación para niños de 12 a 71 meses



Para analizar la cobertura de vacunación de fiebre amarilla, se encontró que:

- Número de niños de 12 a 17 meses: 100%
- Número de niños de 18 a 23 meses: 100%

- Número de niños de 24 a 35 años: 100%
- Número de niños de 36 a 47 meses: 100%
- Número de niños de 48 a 59 meses: 100%
- Número de niños de 60 a 71 meses: 100%

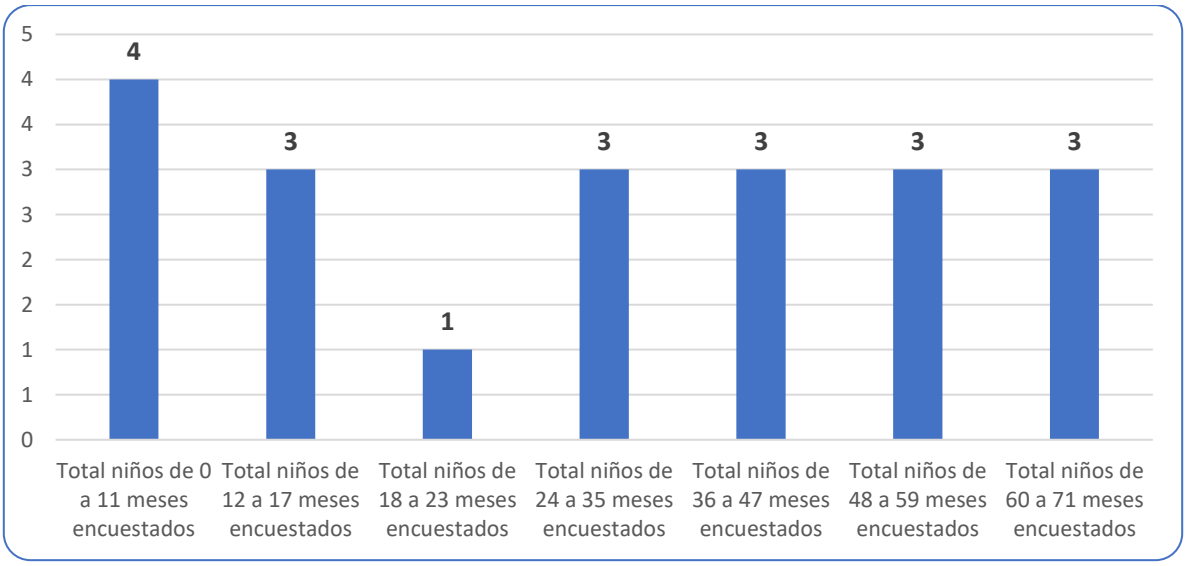
- **% DE NO VACUNADOS SEGÚN MOTIVOS**

Según el análisis, se encontró que:

- De 18 meses: 1 niño no vacunado, porque no cuenta con refuerzo de triple viral
- De 24 a 35 meses: 3 niños no vacunados, porque no cuentan con el refuerzo de la triple viral.
- De 36 a 47 meses: 3 niños no vacunados, porque no cuentan con el refuerzo de la triple viral.

- **COBERTURA DE VACUNACIÓN EN LOMITAS**

Gráfica 1. Total, niños vacunados por edades según monitoreo

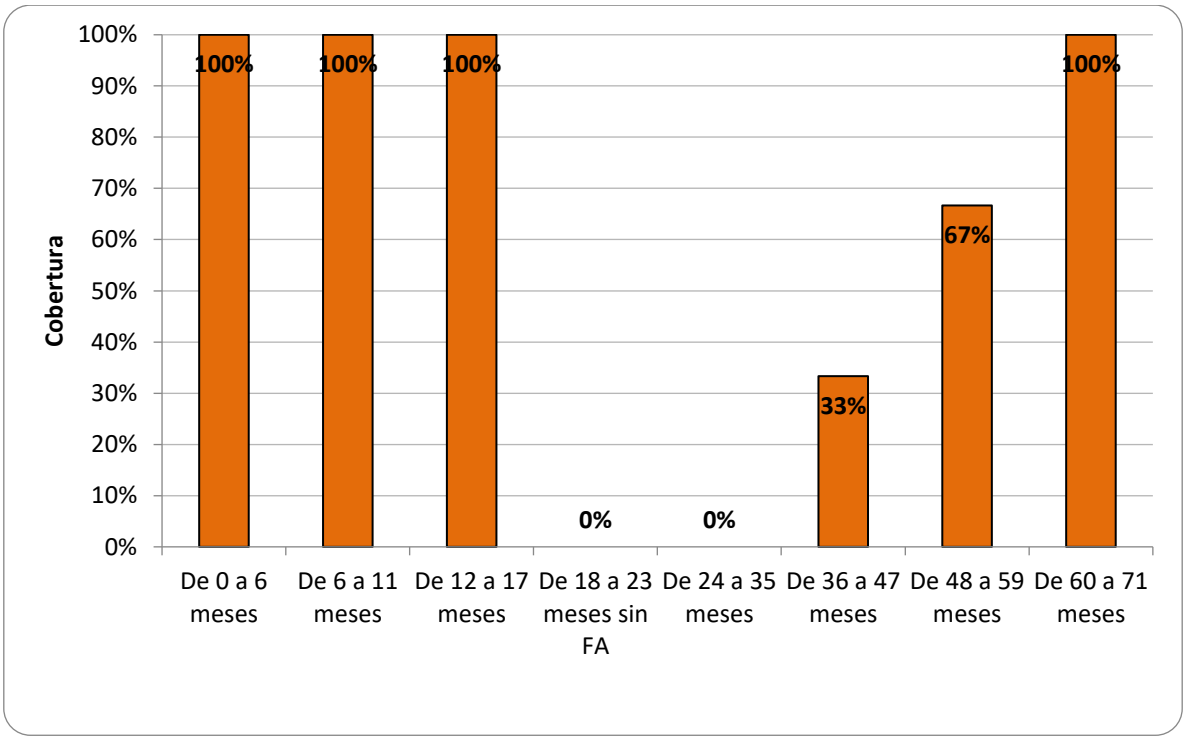


Para el monitoreo rápido de vacunación, se tomó la muestra de 20 niños de la comunidad de Lomitas, en el territorio Ancestral Indígena de San Lorenzo, con la finalidad verificar las coberturas de vacunación en los grupos poblacionales, según esquema de vacunación. Encontrando que:

- Total, de niños de 0 a 11 meses encuestados: 4

- Total, de niños de 12 a 17 meses encuestados: 3
- Total, de niños de 18 a 23 meses encuestados: 1
- Total, de niños de 24 a 35 meses encuestados: 3
- Total, de niños 36 a 47 meses encuestados: 3
- Total, de niños de 48 a 59 meses encuestados: 3
- Total, de niños encuestados de 60 a 71 meses encuestados: 3

Gráfica 2. Esquemas comunidad de Lomitas



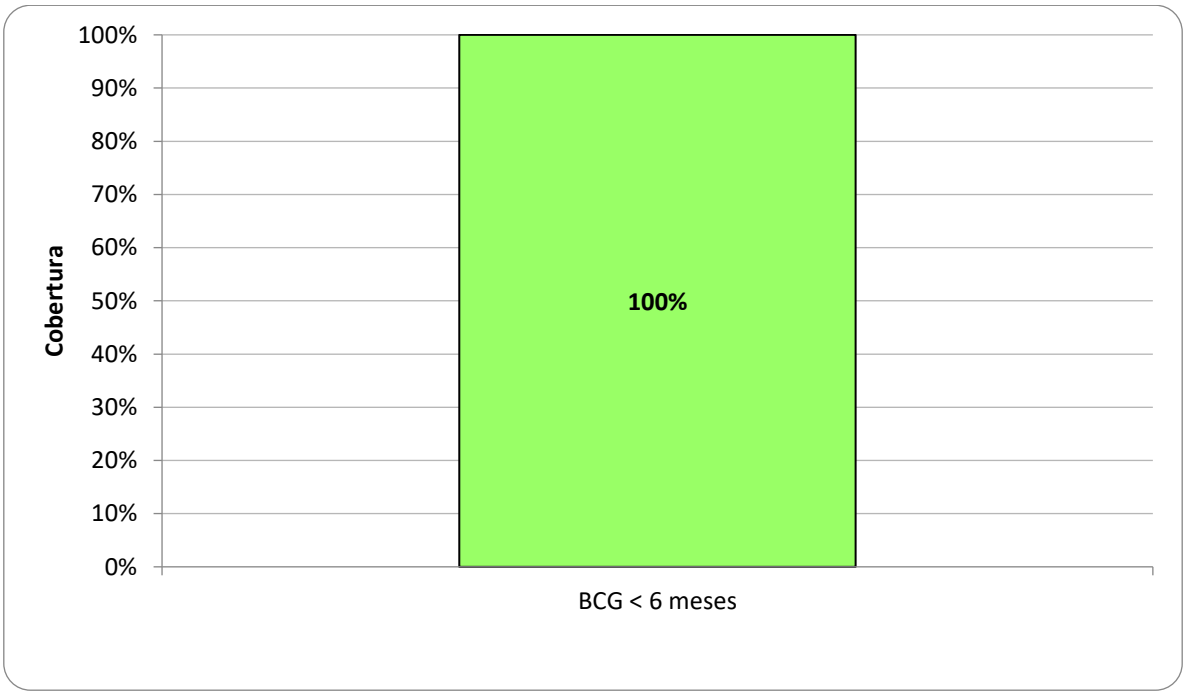
Según la muestra de los 20 niños de la comunidad de Lomitas, en el territorio Ancestral Indígena de San Lorenzo, se encontró el porcentaje de cumplimiento de esquema según el grupo poblacional:

- De 0 a 6 meses: 100%
- De 6 a 11 meses: 100%
- De 12 a 17 meses: 100%
- De 18 a 23 meses sin fiebre amarilla: 0%
- De 24 a 35 meses: 0%
- De 36 a 47 meses: 33%

- De 48 a 59 meses: 67%
- De 60 a 71 meses: 100%

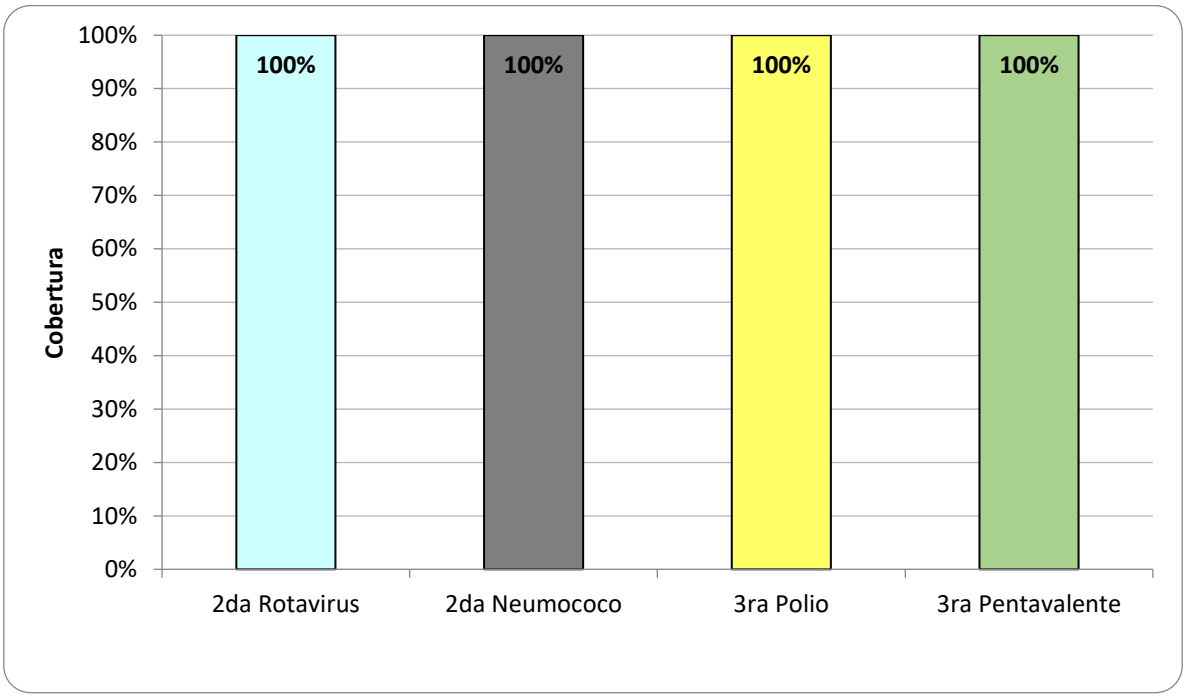
- **COBERTURA DE VACUNACIÓN POR BIOLÓGICO Y POR EDADES SIMPLES**

Gráfica 1. Cobertura de vacunación para niños menores de un año



Para el analizar la cobertura de vacunación de BCG, se tomó la muestra de 2 niños menores de 6 meses, encontrando, al 100% la cobertura.

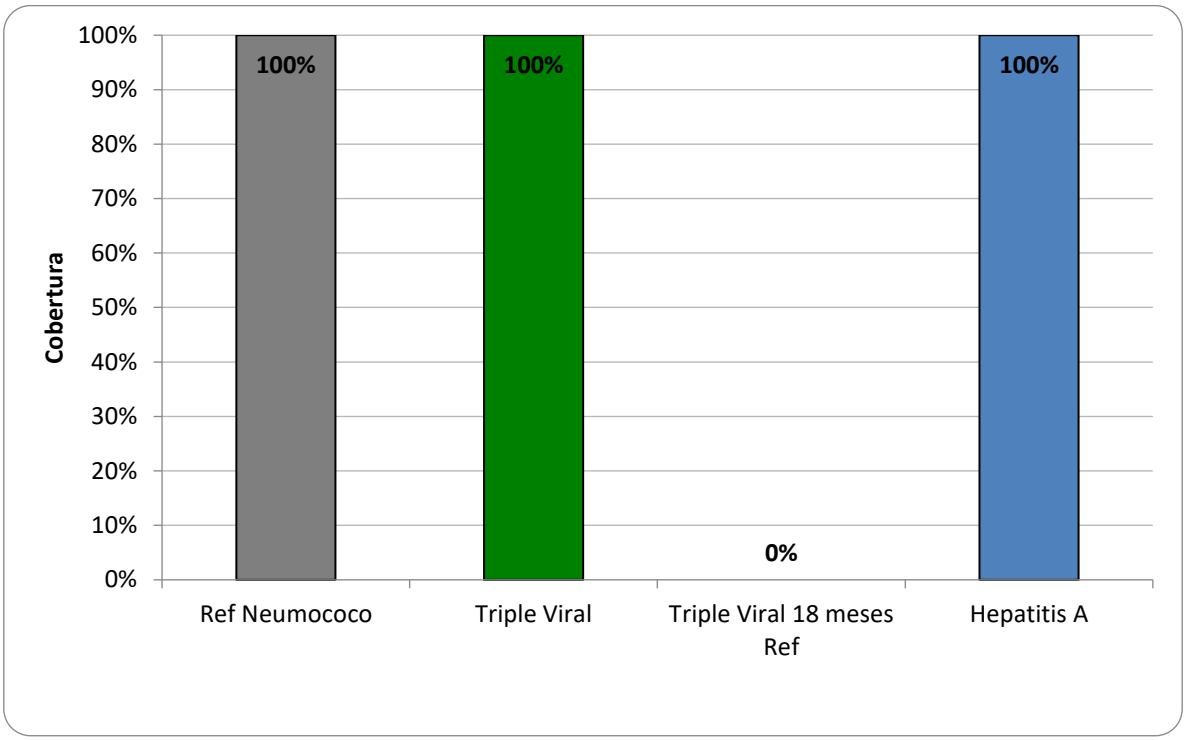
Gráfica 2. Cobertura de vacunación para menores de 1 año



Para analizar la cobertura de vacunación de 2da dosis de rotavirus-neumococo y 3era dosis de polio-pentavalente, se tomó la muestra de 1 niño de 6 a 11 meses encontrando que:

- Al 100% la 2da dosis de rotavirus y neumococo.
- Al 100% la 3era dosis de polio y pentavalente, analizando el esquema de vacunación según edad, la muestra no cuenta con los meses requeridos para dichas dosis.

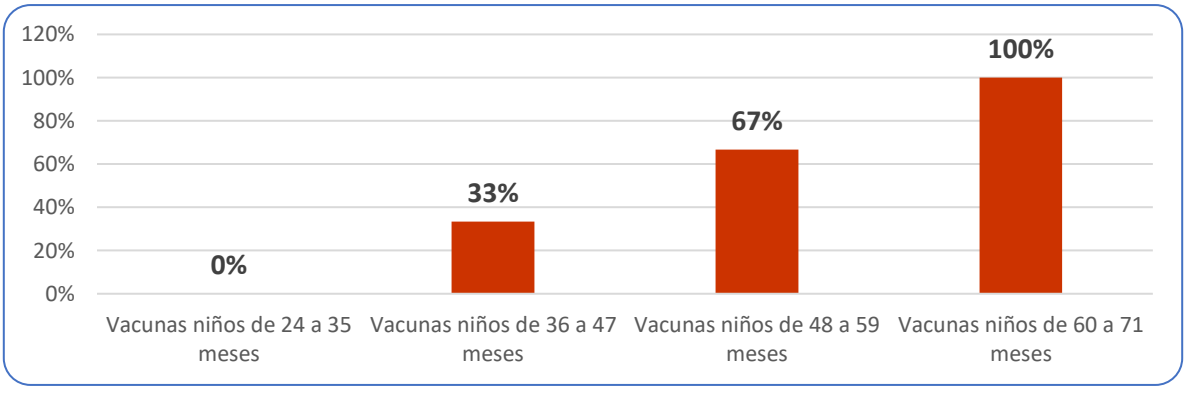
Gráfica 3. Cobertura de vacunación para niños de 12 a 23 meses



Para analizar la cobertura de vacunación de refuerzo de neumococo-triple viral-refuerzo de triple viral-hepatitis A, se encontró que:

- Número de niños de 12 a 23 meses con refuerzo de neumococo: 100%
- Número de niños de 12 a 23 meses con triple viral: 100%
- Número de niños de 18 a meses refuerzo con tiple viral: 0%
- Número de niños de 12 a 23 meses con Hepatitis A: 100%

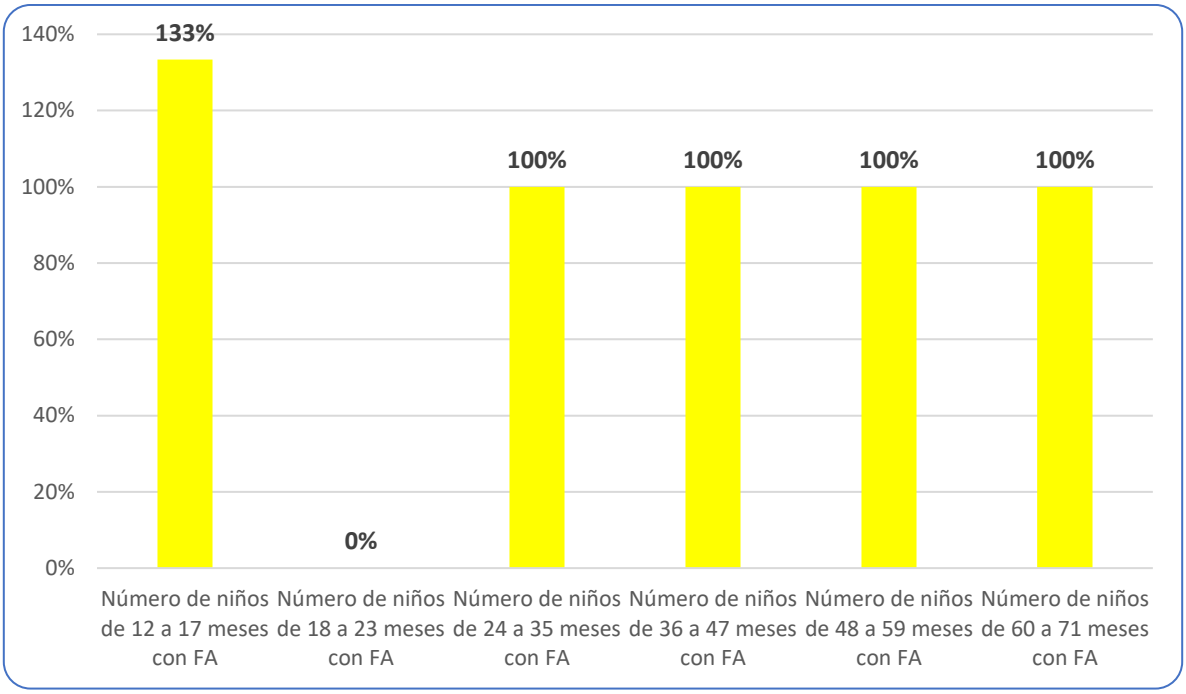
Gráfica 4. Cobertura de vacunación para niños de 24 a 60 meses



Para analizar la cobertura de vacunación de triple viral refuerzo, se encontró que:

- Total, de niños de 24 a 35 meses con refuerzo de triple viral: 0%
- Total, de niños de 36 a 47 meses con refuerzo de triple viral: 33%
- Total, de niños de 48 a 59 meses: 67%
- Total, de niños de 60 a 71 meses con refuerzo de triple viral: 100%

Gráfica 5. Cobertura de vacunación para niños de 12 a 71 meses



Para analizar la cobertura de vacunación de fiebre amarilla, se encontró que:

- Número de niños de 12 a 17 meses: 133%
- Número de niños de 18 a 23 meses: 0%
- Número de niños de 24 a 35 años: 100%
- Número de niños de 36 a 47 meses: 100%
- Numero de niños de 48 a 59 meses: 100%
- Número de niños de 60 a 71 meses: 100%

- **% DE NO VACUNADOS SEGÚN MOTIVOS**

Según el análisis, se encuentro que:

- De 18 a 23 meses: 1 niño no vacunado, porque no cumple con la vacuna de la fiebre amarilla.
- De 24 a 35 meses: 3 niños no vacunados, porque no cuentan con el refuerzo de la triple viral.
- De 36 a 47 meses: 2 niños no vacunados, porque no cuentan con el refuerzo de la triple viral.
- De 48 a 59 meses: 1 niño no vacunado, ya que no cuenta con el refuerzo de la triple viral.

6. ANÁLISIS Y CRITERIOS DE DECISIÓN

Dado los resultados obtenidos de los indicadores de Triple viral, en ambas comunidades, se logro evidenciar, falta de dosis, ya sea la dosis correspondiente los 24 a 35 meses y 36 a 47 meses, las cuales para ambos monitoreos fueron muy bajar las coberturas.
Por lo que es importante, verificar bien los esquemas de vacunación e identificar cuales son las falencias que están teniendo estas comunidades, de igual modo, analizar, crear o fortalecer las acciones que se están implementando en estas zonas.

Un punto importante, es que dado a la ubicación y ser perteneciente a un resguardo Indígena, entran a jugar un papel importante, las creencias y la cultura de las personas, por no tener la concepción de la importancia de la administración de los biológicos, ahora bien, también la ubicación, por ser zonas rurales dispersas, tener lejanía con las zonas urbanas, también puede perjudicar directamente a las coberturas exitosas de vacunación.

7. PLAN DE CONTINGENCIA PARA LAS ÁREAS DE DIFICIL VACUNACIÓN

1. Objetivo:

Garantizar el acceso y la oportunidad de la vacunación a las comunidades que cuenten con bajas coberturas de vacunación, por medio de sensibilización, educación y vacunación mediante metodología puerta a puerta, incluyendo zonas rurales dispersas, comunidades indígenas y zonas de difícil acceso geográfico.

2. Objetivos específicos

- Identificar que zonas del Municipio de Riosucio Caldas cuentan con difícil acceso u otros factores de riesgo como inseguridad.

- Mejorar o renovar las estrategias de vacunación del Municipio de Riosucio Caldas, con el fin de aumentar las coberturas de vacunación.

3. Análisis de la situación actual

En primer lugar, se debe efectuar la identificación de las zonas de difícil acceso, es decir, generar mapas, con datos geográficos y demográficos de la población, sectorizar y priorizar grupos de alto riesgo.

Al mismo tiempo, se generaría un estudio de zonas o áreas del mapa, identificando sitios que cuenten con problemas de inseguridad, es decir, grupos armados organizados al margen de la ley o dificultades climáticas extremas que presenten un factor de riesgo para complicar el traslado a estas comunidades.

Las barreras culturales y creencias de estas comunidades, también es un factor a analizar para crear un programa o plan de información y sensibilización a estas poblaciones para derribar mitos y creencias errores y lograr la vacunación.
Para finalizar, se estudiaría los caminos y rutas de acceso a estas comunidades, determinando que medios de transporte se necesitarían y contabilizar tiempos de llegada para disposición y logística de los termos y garantizar la cadena de frío de los biológicos y que número de talento humano se va a requerir.

4. Estrategias a implementar

- Sensibilización a la comunidad: Implementar y fortalecer las campañas de difusión de la importancia de la vacunación, por medio de medios de comunicación oficiales, lideres comunitarios, lideres religiosos y educativos, acercamiento a la comunidad tanto de la zona urbana como rural, también difusión de información puntual y relevante acerca de la vacunación, por medio de emisoras y canales locales, parlantes móviles y alto parlante.

- Recurso Humano: Disponer de un equipo capacitado en vacunación para realizar brigadas en las zonas urbanas y rurales, que cuenten no solo con habilidades en vacunación, sino en comunicación asertiva para que de este modo se pueda acceder y derribar conocimientos y mitos acerca de las vacunas.

- Logística: Contar con los medios de transporte requeridos y necesarios para llegar a las comunidades lejanas, así mismo antes de realizar las brigadas haber realizado un buen proceso de difusión de la información con los lideres de estas comunidades para que sea más efectivo el desplazamiento.

- Disponibilidad de materiales y cadena de frío: La IPS encargada del custodio de las vacunas, disponer de las neveras portátiles y termos necesarios que estén en buen estado y cargados para el uso y que puedan suplir las horas que dure el desplazamiento y las brigadas.

- Alianzas intersectoriales: Coordinar con grupos como defensa civil, Policía Nacional, Cruz Roja y demás sectores que faciliten el acceso a estas zonas no solo por la seguridad, sino también por el apoyo en el transporte de insumos necesarios para la vacunación y talento humano.

- Cronograma: Una vez se cuente con los mapas de las zonas a vacunar, datos geográficos y demográficos, logística, talento humano y demás, se realizaría un cronograma con fechas para las jornadas de vacunación, para que el trabajo sea más organizado y dinámico.

5. Monitoreo rápido de vacunación

Una vez se haya culminado el proceso de vacunación en todas las zonas determinadas, se iniciaría a ejecutar un rastreo de coberturas de vacunación en estas mismas zonas para tener seguimiento de estos indicadores e identificar y evaluar fallas en el proceso, si es el caso o tomar lecciones aprendidas en todo el despliegue.

8. CONCLUSIONES

Se concluye que la herramienta de monitoreo rápido de vacunación, permitió identificar las coberturas de vacunación de estas comunidades y de este modo realizar un análisis de los resultados obtenidos con cada uno de los grupos poblacionales que se extrajo la muestra.

Se detectaron grupos poblacionales con coberturas bajas de vacunación, como el biológico de triple viral, se debe entrar a indagar exactamente cuales son las causas o factores de estas cifras como: lejanía, barreras en el desplazamiento, falta de oportunidad de la vacunación, etc.

Por este motivo, se destaca la importancia de la comunicación y la sensibilización, especialmente de estas zonas rurales, intensificado campañas de vacunación y campañas de comunicación a las personas, madres, adultos mayores y la comunidad en general.

9. RECOMENDACIONES

Es fundamental, que, en el momento de realizar el despliegue del equipo en estas zonas, se cuente con todo el material y las dudas resultas para que se pueda cumplir con el objetivo y haya un resultado exitoso, independientemente del porcentaje de las coberturas.

Realizar una buena planificación y organización antes y durante del proceso, ya que son muchos datos y acciones que se deben tener en cuenta como: la muestra, los grupos poblacionales, de la misma forma, haber realizado una buena comunicación de información con los lideres comunitarios para que las personas estén más receptivas y abiertas en el momento de llegar a las casas.

Socializar los resultados obtenidos a las personas competentes como el Hospital San Juan de Dios para iniciar o cambiar las estrategias y acciones que se están implementando con la finalidad de mejorar las coberturas y no perder la oportunidad del programa ampliado de inmunización a la comunidad.

10. LECCIONES APRENDIDAS Y BUENAS PRÁCTICAS

En el monitoreo rápido de vacunación, se adquirió la experiencia de cómo se planea, se ejecuta y se analiza todos los datos recolectados en el rastreo puerta a puerta en las comunidades.

En cuanto a la planeación, se evidencio la importancia de determinar bien la población a trabajar, pues es primordial que estas zonas cuenten con la población requerida y que, además cuente con algunos criterios de inclusión para que se pueda tener una evaluación importante acerca de la vacunación en el Municipio.

Por otro lado, es esencial antes de desplazarse a la zona a monitorear, tener claro cómo se va a realizar el proceso, leer y comprender bien la metodología con la que se debe cumplir, pues son zonas alejadas, en las que la mayor parte no se cuenta con señal en los dispositivos electrónicos y no se cuenta con la oportunidad de solicitar ayuda vía electrónica. Asimismo,

contar con la disposición de informar a los lideres comunitarios el proceso, para que estas personas divulguen la información y en el momento de estar en las casas tener la mayor disposición de las personas en cuanto a brindar la información solicitada.

En relación al análisis de la información, también es de suma importancia la compresión del diligenciamiento de todos las bases de datos para que el proceso sea dinámico y se ejecute de la mejor manera posible, para identificar que falencias o barreras se está teniendo en el programa ampliado de inmunización del Municipio.

Para finalizar, en el proceso de análisis de los resultados, se evidencio un obstáculo, puesto que, la tabla de indicadores presento fallas, ya que no calculaba el total de vacunas, en ciertos aspectos como: total de niños del MRC, niños menores de 6 meses con BCG, motivos de no vacunación, entre otros, lo que requirió asesoramiento y apoyo del programa ampliado de inmunización de la Dirección Territorial de Salud de Caldas, porque de este modo, quedaban algunos indicadores en 0 y no se iba a obtener un buen análisis del monitoreo rápido de vacunación, la Dirección Territorial de Salud de Caldas, reenvió de nuevo una plantilla, demando de nuevo diligenciar la plantilla de base de datos.

- **EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS**




Hamptons
1972


RIOSUCIO
XP-86E








ALCALDÍA MUNICIPAL
RIOSUCIO





Cordialmente,

HECTOR JAVIER BETANCUR HERNANDEZ
DIRECTOR LOCAL DE SALUD

María Fernanda Londoño C.

MARÍA FERNANDA LONDOÑO
REFERENTE PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN