

INTRODUCCION

La inmunización activa consiste en la administración de un microorganismo entero, ó de parte de él, ó de un producto modificado de ese microorganismo (por ejemplo: un toxoide, un antígeno purificado ó un antígeno producido por ingeniería genética) para inducir una respuesta inmunológica similar a la producida por la infección natural, pero que implique poco ó ningún riesgo para el receptor (1). Constituye la quinta estrategia en un modelo de control de enfermedades infecciosas (2) al aumentar la resistencia del huésped, disminuir el número de susceptibles y generar inmunidad de rebaño. El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) tiene su fundamento en la resolución 25.75 de la Organización Mundial de la Salud adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1974. Los programas nacionales de inmunización en las Américas han tenido y siguen teniendo un gran impacto en la reducción de la morbilidad y la mortalidad por enfermedades inmunoprevenibles. Los países de las Américas fueron los primeros en erradicar la viruela en 1971 y la poliomielitis en 1991 (3). En Colombia la ley 100 de 1993 tuvo como uno de sus propósitos ampliar el acceso de la población a los servicios de salud; sin embargo las coberturas de vacunación disminuyeron desde 1997 (3,4) según el "Informe Colombia" presentado en la Reunión Andina de Santa Cruz elaborado conjuntamente entre el Ministerio de Salud y la OPS; y como lo describe Tafur L(4) desde 1997 en que se intensificó el proceso de descentralización administrativa.

Múltiples motivos han sido señalados (3,4), como la violencia, principalmente en áreas rurales, el desplazamiento de las poblaciones, la falta de biológicos, el déficit fiscal y la falta de coherencia en las políticas de prevención incluyendo a la vacunación, la transformación de las instituciones prestadoras de servicios de salud de carácter oficial en Empresas Sociales del Estado (ESE) con autonomía administrativa y presupuesto propio que conllevó al abandono de programas que no generaban ingresos. En 1998 en Colombia las coberturas de vacunación con DPT fueron 74%, con polio oral 76%, con antisarampión 87% y con BCG 85% (3). En Cali durante el año 2000, para estos mismos biológicos las coberturas fueron : DPT, 78.8%; polio, 82.8%; MMR, 91.4; y BCG, 83.1%. (5). En el año 2000 se presentó un brote epidémico de difteria en Cali y se confirmaron por el laboratorio 8 casos con una muerte asociada (tasa de 7.9/100.000 y letalidad de 12.5 %) (6). En la semana epidemiológica cuatro del año 2002, se inició un brote de sarampión en el norte del país(7,8,9) que alertó sobre el riesgo y la vulnerabilidad de la población infantil ante enfermedades que ya son reconocidas como prevenibles por vacunación.

Normalmente debe haber una relación funcional entre la población usuaria y las instalaciones y recursos de salud desde el momento en que surge la necesidad del usuario (10). Sigue una sucesión de acontecimientos, hasta el momento en que se inicia la atención ó aún después con el seguimiento del paciente (necesidad, deseo, búsqueda, inicio de atención). La accesibilidad mide el grado de ajuste entre las características de la población y las características de estos recursos de atención a la salud, donde en un extremo se encuentra la disponibilidad ó presencia de recursos pero teniendo en cuenta

la capacidad de producir servicios y en el otro extremo el fin del proceso, con la utilización o consumo de los servicios. El conjunto de obstáculos a la búsqueda y obtención de la atención se le denomina resistencia (R), originados en los recursos para la salud. Al conjunto de características de la población que le permiten buscar y obtener la atención se le denomina poder de utilización (PU). La R y el PU son conceptos complementarios y las características de la (R) tienen su contraparte en el (PU); por ejemplo: precio de la atención vs ingresos del usuario.

Dada cierta disponibilidad de recursos de atención, qué características o circunstancias obstaculizan la búsqueda y obtención del servicio ?

Un elemento del poder de utilización serían las conductas de los usuarios respecto a la salud (11); y los cambios de conductas son proporcionales a la comprensión de los procesos causales de los fenómenos. Un tipo de conducta en el campo de la Salud es la *conducta respecto a la salud*, definida como cualquier actividad emprendida por una persona que se considera sana (piensa que está sana) con el propósito de prevenir ó detectar una enfermedad en la etapa asintomática en la cual se enmarcan las conductas de vacunación. El modelo propuesto explica la conducta respecto a la salud, determinada por la disposición y la percepción de beneficios de determinada conducta. La disposición de actuar está influida por la percepción de vulnerabilidad (creencias, o sea lo que la persona piensa sobre la susceptibilidad ante un riesgo) y por la percepción de la gravedad de las consecuencias o secuelas en caso de hacerse efectivo. Estos dos elementos constituyen la fuerza

iniciadora de la conducta. La percepción de los beneficios y la percepción de la medida en que cierto curso de acción disminuirá la amenaza, dará orientación a la conducta ante diferentes alternativas de acción. No obstante, para desencadenar la acción y poner en marcha el proceso se requieren unos estímulos, hechos o señales que pueden ser externas o internas que actúan como detonantes, desencadenantes de acción de un individuo que desde el punto de vista psicológico está dispuesto a actuar. Señales internas como la percepción de estados corporales (síntomas, signos clínicos de alarma). Señales externas como informes ó avisos de los medios de comunicación, el conocimiento de que alguien ha sido afectado, interacciones personales, notas recordatorias. La intensidad de la señal detonante varía según el nivel de disposición de la persona (11). Algunos separan factores demográficos como el número de años de educación formal que se relaciona directamente con la capacidad de comprender procesos causales descritos en el poder de utilización; y factores sociales como presión social y factores situacionales como la distancia al sitio de vacunación (12). Esta investigación tiene como propósito, basado en los modelos planteados identificar algunos factores de la población y de los servicios de salud que obstaculizan la vacunación infantil.

