



Determinantes familiares de cobertura de vacunación en menores de 5 años. Area rural, Cartagena

Family determinants of vaccination coverage in children under 5 years of age. Rural area, Cartagena

Jhoselys Palomino-Blanquicett¹ , Edna Gómez-Bustamante² , Irma Castillo-De Ávila³ 

Tipología: Artículo de investigación científica y tecnológica

Para citar este artículo: Palomino-Blanquicett J, Gómez-Bustamante E, Castillo-De Ávila I. Determinantes familiares de cobertura de vacunación en menores de 5 años. Área rural, Cartagena. Duazary. 2019 mayo; 16 (2 número especial): 19 - 28. Doi: <https://doi.org/10.21676/2389783X.2937>

Recibido en diciembre 13 de 2018

Aceptado en marzo 18 de 2019

Publicado en línea en agosto 15 de 2019

DOI: <https://doi.org/10.21676/2389783X.2937>

RESUMEN

El objetivo del estudio fue determinar el perfil familiar relacionado con la cobertura de vacunación en niños menores de 5 años del área rural, Cartagena. Se realizó un estudio analítico transversal, con muestra de 420 niños menores de 5 años, seleccionados mediante muestreo aleatorio por conglomerados, mediante fijación proporcional. Se aplicó una encuesta de perfil familiar, APGAR familiar y formato de vacunación “Evaluación de la cobertura, oportunidad y esquema completo del programa permanente” según Ministerio de Protección Social de Colombia. En la evaluación de la tipología familiar se encontró que el 49,8% son familias nucleares y 74,5% funcionales, el cuidador principal es la madre.

19

1. Universidad de Cartagena. Cartagena, Colombia. Correo: jpalominob1@unicartagena.edu.co - <https://orcid.org/0000-0001-6421-9480>.
2. Universidad de Cartagena. Cartagena, Colombia. Correo: egomez@unicartagena.edu.co - <https://orcid.org/0000-0002-8951-7262>.
3. Universidad de Cartagena. Cartagena, Colombia. Correo: icastillo@unicartagena.edu.co - <https://orcid.org/0000-0002-4423-0874>.

Determinantes familiares de cobertura de vacunación en menores de 5 años. Área rural, Cartagena

Los menores viven en familias de 4 a 6 miembros, sostenidas económicamente con 1 SMLV, afiliados al régimen subsidiado. La funcionalidad familiar se asoció con mayor cobertura con el refuerzo de triple viral (71,2%). Se concluyó que un mayor apoyo y acercamiento familiar fortalece los patrones de cuidado y el manejo de la salud en los menores de 5 años por medio de prácticas saludables como la vacunación para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

Palabras clave: familia; composición familiar; salud de la familia; vacunación; niños; cobertura de los servicios de salud.

ABSTRACT

The objective of the study was to determine the family profile related to vaccination coverage in children under 5 years of age in rural areas, Cartagena. A transversal analytical study was carried out, with a sample of 420 children under 5 years old, selected by random sampling by conglomerates, by means of proportional fixation. A survey of family profile, family APGAR and vaccination format was applied "Evaluation of the coverage, opportunity and complete scheme of the permanent program" according to the Ministry of Social Protection of Colombia. In the evaluation of the family typology, it was found that 49.8% are nuclear families and 74.5% functional; the main caregiver is the mother. The minors live in families of 4 to 6 members, supported economically with 1 SMLV, affiliated to the subsidized regime. Family functionality was associated with greater coverage with viral triple reinforcement (71.2%). It was concluded that a greater support and family approach strengthens the patterns of care and health management in children under 5 years through healthy practices such as vaccination for health promotion and disease prevention.

Keywords: Family; Family composition; Family health; Vaccination; Children; Coverage of health services.

INTRODUCCIÓN

La familia es la célula constitutiva de la sociedad encargada de la reproducción biológica y social del individuo, en la cual se satisfacen las necesidades básicas para el fomento y conservación de la salud¹. Desde el siglo XX la estructura, tipología y funcionalidad familiar han experimentado importantes cambios, creándose así hogares más pequeños, nacimientos tardíos, aumento de divorcios y familias monoparentales; donde las migraciones, las enfermedades y el envejecimiento poblacional han generado dificultades que obstaculizan el

cumplimiento de las responsabilidades familiares².

La infancia es una etapa importante en la familia, lo que ha permitido que esta asuma diferentes roles que favorecen la realización de prácticas saludables para el cuidado de la salud de los menores³. Sin embargo, la salud es un derecho fundamental y universal, afectado continuamente por la desigualdad, la explotación, la violencia y la injusticia originando pobreza y muertes a numerosas familias⁴.

Lo que genera al desarrollo continuo de enfermedades prevenibles en la infancia como neumonía, diarrea, sarampión, que unidas a la malnutrición se convierten en las principales causas de mortalidad infantil especialmente en las poblaciones vulnerables con difícil acceso a la vacunación sistemática, que viven en condiciones que favorecen el crecimiento de patógenos⁵.

Por lo tanto, la Atención Primaria en Salud como primer nivel de atención integral, trabaja con elementos de participación comunitaria y coordinación intersectorial para mejorar el estado de salud de la población, con actividades que fortalecen los servicios de atención e intervenciones preventivas como la vacunación, la cual evita enfermedades y favorece la erradicación de estas^{6,7}. Las enfermedades inmuno prevenibles son las principales causas de morbimortalidad infantil a nivel mundial. Actualmente 6,9 millones de niños menores de 5 años mueren cada año y de ellos 2 millones fallecen por neumonía (81%) o diarrea (72%), principalmente los menores de 2 años⁸.

Por ello se hace énfasis en la vacunación a menores de 5 años, una estrategia costo-efectiva que previene 2,5 millones de muertes por enfermedades inmuno-prevenibles cada año. Pero para que la vacuna sea eficaz y produzca inmunidad debe ser oportuna, es decir, se debe aplicar en el momento adecuado, con los espacios de dosis requeridos y en las edades determinadas según el calendario vacunal⁷. Para ello se requiere el manejo del carnet de vacunación, documento personal, para el registro periódico de los biológicos. Insumo valioso ya que las vacunas no registradas, se

consideran como no suministradas para el sistema de salud.

En Colombia habitan aproximadamente un millón de niños menores de un año y alrededor de 900.000 de 12 a 23 meses, el 50% de ellos se encuentran en los departamentos de Antioquia, Atlántico, Bogotá, Bolívar, Cundinamarca y Valle⁹ donde el 20% de los niños no tiene el esquema de vacunación completo, a pesar de ser un programa gratuito. Cartagena presenta niveles de cobertura para tripe viral y vacuna contra difteria, tos ferina y tétanos (DPT) constantes y por encima del 100%, alcanzando así la meta del año 2015. Sin embargo, desde 2006 se ha presentado un retroceso significativo de más de 20 puntos porcentuales en ambas coberturas, lo que sugiere la atención de las autoridades de salud distrital principalmente en el área rural donde existe baja educación y condiciones ambientales inadecuadas para el mantenimiento de la salud¹⁰.

Según diversas investigaciones realizadas en Honduras y Cuba, las características familiares pueden ser elementos necesarios para crear entornos favorables que permitan el manejo de los hijos^{11,12} debido a que la dinámica familiar puede estar asociada a la vigilancia permanente de las necesidades físicas, alimentarias y de seguridad en los menores, lo que puede incidir de forma positiva en el proceso salud enfermedad del hogar y el desarrollo de los niños menores de 5 años¹³.

Por lo anterior, esta investigación tiene como objetivo determinar el perfil familiar relacionado con la cobertura de vacunación en niños menores de 5 años en el área rural de la ciudad de Cartagena.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Estudio analítico de corte transversal.

Población y muestra

La población está compuesta por 3618 niños menores de 5 años habitantes de 15 corregimientos de la ciudad de Cartagena, con un tamaño de muestra estimado de 420 niños, según los cálculos realizados con las proyecciones del Departamento Administrativo Nacional de Estadística 2005- 2020, categorizados de la siguiente manera: a. Niños y niñas de 0 a 11 meses b. Niños y niñas de 12 a 23 meses. c. Niños y niñas de 24 a 35 meses. d. Niños y niñas de 36 meses a 60 meses.

Instrumentos

Para la realización de este estudio se aplicó una encuesta sociodemográfica, el APGAR familiar instrumento de atención que permite evidenciar la percepción que tiene cada uno de miembros de la familia sobre su funcionamiento, consta de 5 ítems tipo Likert, los puntos de corte son los siguientes. Normo funcional: 7 - 10 puntos. Disfuncional leve: 0 - 2. Disfuncional grave: 3 - 6¹⁴ y el formato de “Evaluación de la cobertura, oportunidad y esquema completo de vacunación” establecido por el Ministerio de Protección Social de Colombia. El cual está constituido por 33 columnas para la identificación personal, biológicos administrados al menor de acuerdo al esquema por edad y los motivos de no vacunación¹⁵.

Procedimiento

Para obtener la información se utilizó la técnica de entrevista casa a casa, descartando los jardines infantiles, cárceles, establecimientos militares, estaciones de policía e instituciones educativas. La información recolectada fue incluida en una base de datos de Microsoft Excel 10.0 y analizadas en el paquete estadístico SPSS versión 24, para determinar la asociación entre las variables estudiadas se utilizó el estadígrafo chi cuadrado, con un nivel de significación de 0,05 establecido de acuerdo al nivel de confianza del 95% y solo se evaluaron los biológicos trazadores para cobertura (BCG, las tres dosis de pentavalente, las tres dosis de anti polio, segunda dosis de neumococo, segunda dosis de rotavirus, Triple viral, fiebre amarilla, refuerzo de neumococo, vacuna contra difteria, tos ferina y tétanos DPT primer y segundo refuerzo, Anti polio primer y segundo refuerzo, triple viral refuerzo) según el ministerio de protección social.

Declaración sobre aspectos éticos

Este estudio adaptó las normas establecidas en la Declaración de Helsinki de 1975 y la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia para la investigación con seres humanos. Se presentó el consentimiento informado y se protegió el bienestar e integridad de los participantes, a través de la confidencialidad, derecho a la no participación retiro, devolución de resultados.

RESULTADOS

En el estudio participaron 420 niños y niñas menores de 5 años habitantes del área rural de Cartagena. El 85,7% (360) son cuidados principalmente por la madre, con relación a la escolaridad del cuidador el 34,2% (144) tiene bachillerato completo, la religión predominante es la católica 44% (185). El tipo de familia preponderante fue la nuclear con 49,8% (209), y viven en unión libre con 67,6% (284), el 58,3% (245) de las familias están integradas por 4 a 6 miembros. Con relación a la afiliación al sistema de seguridad social el 74,3% (312) están en el régimen subsidiado y en la evaluación del funcionamiento familiar se encontró que el 74,5% (313) de las familias son normofuncionales.

Cobertura de vacunación general en niños menores de 5 años del área rural de Cartagena

La dosis de BCG en recién nacidos alcanza el 99,1% (105) seguida de la tercera dosis de pentavalente y polio con un 91,8% (45) y las

segundas dosis de rotavirus y neumococo que solo alcanzan el 87,5% (63). Las coberturas más bajas se observan en la fiebre amarilla dosis única con un 35,5% (39), seguida de las dosis de anti polio primer refuerzo y DPT primer refuerzo que alcanzan el 64,3% (36) y el refuerzo de triple viral con un 65,3% (66).

Asociación estadística entre el perfil familiar y la cobertura en vacunación en niños menores de 5 años del área rural de Cartagena

En la población estudiada el 71,2% (52) de los niños que viven en familias funcionales presentan mayor cobertura para la dosis de refuerzo de la vacuna de triple viral, diferencia estadísticamente significativa frente a los menores que viven en familias disfuncionales ($p = 0,045$) (Tabla 1).

Tabla 1. Asociación estadística entre el perfil familiar y la cobertura en vacunación en niños menores de 5 años del área rural de Cartagena.

Biológico Variable	Cobertura Triple Viral Refuerzo		
	Frecuencia	%	Prob. Chi cuadrado
Funcionalidad Familiar			
Funcional	52	71,2	0,045
Disfuncional	14	50,0	

DISCUSIÓN

En el presente estudio se pudo identificar que las variables familiares que se asociaron

fueron la funcionalidad familiar con la cobertura de vacunación en los niños

menores de 5 años del área rural de Cartagena. Debido a que el funcionamiento familiar saludable implica alcanzar objetivos familiares y cumplir las funciones básicas como económicas, saludables, sociales, educativas y protectoras, lo que contribuye a la armonía familiar y proporciona a los miembros la posibilidad de desarrollar identidad, seguridad y bienestar^{14,16}.

Por otra parte, el pertenecer a familias nucleares, genera una red social familiar amplia que permite brindar apoyo afectivo y colaborar en momentos de crisis para asumir las diferentes etapas de la misma, de igual manera que los niños convivan en ambientes familiares favorables influye directamente en el cuidado de la salud y se puede convertir en un factor protector contra la adquisición de enfermedades, teniendo en cuenta que los menores son los seres más vulnerables en el núcleo familiar por encontrarse en una etapa crítica de su crecimiento y desarrollo^{13,17}.

Otro aspecto importante es el cuidador principal de los menores, en la investigación, las madres predominaron como cuidadoras, aspecto favorable para la oportunidad de vacunación en menores de 5 años. Estudios realizados en Colombia y Brasil, afirma que los niños que viven con sus madres tienen estilos de vida más saludables, debido a la fuerte relación madre e hijo que influye en la realización de ciertas actividades por parte de los niños y también porque las madres reconocen que la salud de los hijos es su responsabilidad, colocando las necesidades del menor como prioridad en su vida; lo anterior corrobora la participación social de las mujeres en los programas de salud y en el papel que desempeñan como cuidadora de la salud familiar¹⁸⁻²⁰.

Con relación al nivel educativo de los cuidadores, predominó el bachillerato completo, datos concordantes con los de

Cruz, en México, donde el 31% los cuidadores realizaron bachillerato completo²¹, diferentes resultados evidenció Pérez *et al*²², en Paysandú donde solo el 13% tienen bachillerato completo. Respecto a la influencia de la educación sobre la salud se ha informado que las familias colombianas con poca escolaridad presentan un riesgo tres veces mayor de enfermar y morir que aquellas con un nivel de formación alto, debido a que la educación determina las oportunidades de empleo, los ingresos familiares y la participación en los programas de protección social²³. Investigaciones han demostrado una relación positiva entre la educación y cobertura de inmunización infantil, los niños de madres con educación superior fueron completamente inmunizados, en comparación al de las madres con educación secundaria, primaria o sin educación²⁴.

En la presente investigación el ingreso económico de las familias fue igual o menor a un SMMLV, variable que puede estar relacionada e influir en el acceso a los servicios de salud, porque las familias se consideran más vulnerables a la pobreza y por consiguiente el acceso a la atención de salud es limitado. Rahman y Obaida²⁴, en su estudio lo confirman al indicar que los niños de familias con mayores índices de riqueza eran más propensos a ser inmunizado completamente, en comparación a los más pobres (68,3% y 51,4% respectivamente).

El régimen de aseguramiento que predominó en este estudio fue la afiliación a salud del régimen subsidiado lo que podría influir en menores coberturas de vacunación, como lo sustentan estudios realizados en Cali, donde la cobertura de vacunación es significativamente superior para el régimen contributivo y menor para los subsidiados y no asegurados²⁵.

Referente a la cobertura en vacunación, solo el biológico de BCG, sobrepasa la meta de cobertura, al igual que en otras investigaciones realizadas en México^{26, 27}. Seguido en cumplimiento se encuentra las terceras dosis de pentavalente y de polio, al igual que las segundas dosis de rotavirus y neumococo. Datos distintos encontró Díaz *et al*²⁷, n un estudio realizado en México, en el cual la mayoría de las vacunas presentan coberturas inferiores a 70% en menores de un año, excepto antituberculosa BCG, Hepatitis B y neumococo. Esto puede deberse a que generalmente los neonatos son inmunizados con las vacunas de BCG y HB en las clínicas u hospitales donde atienden el parto, lo que garantiza un mayor porcentaje de cobertura para estos biológico, dado que es un requisito obligatorio para que la mujer y el niño puedan ser dados de alta.

En el presente estudio las coberturas más bajas son para el biológico de fiebre de amarilla, anti polio y vacuna contra difteria, tos ferina y tétanos primer refuerzo y el refuerzo de triple viral, los cuales tienen coberturas por debajo del 70%, resultados divergentes obtuvo Romero *et al*²⁶ en un estudio realizado en Las Cuibas donde la Antiamarílica presenta 72% y la triple viral el 82% en cobertura. Lograr altas coberturas en vacunación es un tema prioritario para el sistema de salud, debido a que esta intervención costo- efectiva contribuye a la disminución de enfermedades inmunoprevenibles en la población infantil y permite mejorar el acceso de los usuarios a otros servicios que le ofrece el sector salud²⁸. Pero es importante resaltar que a medida que la vacunación va dependiendo del cuidador disminuyen las coberturas; Rahman y Obaida²⁴, en su estudio encontraron que las madres que mencionan tener un centro de salud cercano, tienen hijos totalmente

vacunados en comparación a los que tienen el centro de salud distante. (70,1% - 54,8% respectivamente). Una mayor cobertura de inmunización se encontró en las familias que reciben la visita de un trabajador de la planificación / salud familiar. En otros estudios se sustenta que las bajas coberturas para las dosis de refuerzos pueden estar relacionadas con que estas vacunas son programadas para el segundo año de vida, en el cual las visitas de rutina a los servicios de atención son menos frecuentes, por tanto la oportunidad de vacunar es menor²⁹.

Con relación al cumplimiento de los esquemas de vacunación en el presente estudio se encontró en su mayoría, esquemas de vacunación completos; hallazgos desiguales reporto Romero *et al*²⁶ en Las Cuibas, donde el 66% de los niños menores de 5 años, no cumplió el esquema nacional de vacunación. El cumplimiento del esquema de vacunación, es pieza fundamental para garantizar la completa inmunización, debido a que la posibilidad de que los niños y niñas enfermen gravemente o mueran depende en gran medida de que su sistema inmunitario pueda luchar contra las infecciones⁸.

En conclusión un mayor apoyo y acercamiento en el entorno familiar fortalece los patrones de cuidado y el mantenimiento de la salud en los niños menores de 5 años por medio de prácticas saludables como la vacunación para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

DECLARACIÓN SOBRE CONFLICTOS DE INTERESES

Este manuscrito fue elaborado y revisado con la participación de todos los autores, quienes declaramos no tener conflicto de

intereses que ponga en riesgo la validez de los resultados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Espinosa J, Brito N, Rodríguez O, Negrín S. La familia como célula fundamental de la sociedad en la Atención Primaria de Salud. Rev Cub de Tec de la Sal. 2014; 5 (3):48-53. Disponible en: <http://www.revtecnologia.sld.cu/index.php/tec/article/view/378>.
2. Organización de las Naciones Unidas. Temas mundiales: Familia. [internet]. [Consultado 2016 Abr 04]. Disponible en: <http://www.un.org/es/globalissues/family/>.
3. Mass L, Ibáñez S, Martínez P. Vínculo madre-hijo en relación con las formas de maltrato infantil en la familia contemporánea. Cultura, Educación y Sociedad- CES. 2012; 3(1): 45-55. Disponible en: <https://revistascientificas.cuc.edu.co/culturaeducacionsociedad/article/view/955>.
4. Banco M, UNICEF. Vacunas e inmunización: situación mundial. Vacunas e inmunización: situación mundial: OMS; 2010. [internet]. [Consultado 2016 nov 08]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70116/1/WHO_IVB_09.10_spa.pdf.
5. Unicef. Inmunización ¿Por qué mueren los niños y niñas? [internet]. [Consultado 2016 sept 15]. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/immunization/index_why.html.
6. Giovanella L, Almeida P, Vega R, Oliveira S, Tejerina H. Overview of Primary Health Care in South America: conceptions, components and challenges. Saúde em Debate. 2015; 39 (105):300-22. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151050002002>.
7. Serra M, Soria R. Nuevos escenarios, los mismos problemas: Las infecciones en ámbitos de cuidado infantil. Arch Argent Pediatr 2016;114(1):2-3. <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2016.eng.2>.
8. Organización Mundial de Salud. Reducir la Mortalidad Infantil. [internet]. [Consultado 2016 abr 15]. Disponible en: https://www.who.int/topics/millennium_development_goals/child_mortality/es/.
9. Instituto Nacional de Salud. Mortalidad Por y Asociada a Desnutrición en menores de cinco años, Colombia. 2014. Disponible en: <https://www.subredsuoccidente.gov.co/site/default/files/documentos/PRO%20Mortalidad%20aso%20a%20desnutricion%20men%205%20años.pdf>
10. PNUD. Estado de avance de los Objetivos de desarrollo del Milenio, Bolívar y Cartagena 201 [internet]. [Consultado 2015 oct 15] Disponible en: <https://docplayer.es/3472352-Bolivar-y-cartagena-2012-estado-de-avance-de-los-objetivos-de-desarrollo-del-milenio.html>.
11. Trujillo A, Pérez A, Castellanos M, Montes M. Repercusión en la salud infantil de un proceso de intervención comunitaria. Medimay [revista en Internet] . 2014; 20(3): 320-333 disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/article/view/658>.
12. Díaz M, Degredo A, Regla M. Atención integrada a las enfermedades

prevalentes de la infancia para profesionales de Enfermería. *Educ Med Super* [Internet] 2015; 29(3):429-434 disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412015000300003&lng=es.

13. González J, Vásquez E, Cabrera C, González G, Troyo R. La disfunción familiar como factor de riesgo para obesidad en escolares mexicanos. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2012; 50(2): 127-134. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745494004>.

14. Suarez M, Alcalá M. APGAR Familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. *Rev. Méd. La Paz* [Internet]. 2014; 20(1):53-7. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v20n1/v20n1_a10.pdf.

15. MINSALUD. Lineamiento para la evaluación de coberturas, oportunidad y esquema completo de vacunación. 2011. . [internet]. [Consultado 2016 feb 16]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Lineamientos/Lineamiento%20para%20la%20evaluaci%C3%B3n%20de%20coberturas.pdf>.

16. Contreras S, Ávalos M, Priego H, Morales M, Córdova J. Síndrome de Burnout, funcionalidad familiar y factores relacionados en personal médico y de enfermería de un hospital de Villahermosa, Tabasco, México. *Horizonte sanitario*. 2013; 12(2): 45-57. <https://doi.org/10.19136/hs.a12n2.238>.

17. Vargas R, Méndez M, Aceros M. Riesgo familiar total en salud y grado de salud familiar en las familias de los pacientes con

diagnóstico de síndrome coronario agudo. *Ciencia y Cuidado*. 2012; 9(2): 52-63. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4114584>.

18. Barreto Y, Velásquez V. Funcionalidad familiar, una percepción de madres e hijos escolares: programa de atención primaria, Guapí-Cauca, Colombia. *MedUNAB*. 2016; 18 (3):166-73. <https://doi.org/10.29375/01237047.2363>.

19. González F, Sierra C, Morales L. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de padres y cuidadores en hogares infantiles, Colombia. *salud pública de México*. 2011; 53(3): 247 – 257. Disponible en: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/articloe/view/7048>

20. Baltor M, Dupas G. Experiencias de familias de niños con parálisis cerebral en contexto de vulnerabilidad social. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2013; 21(4) disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n4/es_0104-1169-rlae-21-04-0956.pdf

21. Cruz E, Pacheco A. Causas de incumplimiento y retraso del esquema primario de vacunación en niños atendidos en el Hospital Infantil de México “Federico Gómez”. *Atención Familiar*. 2013; 20(1):6-11. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-familiar-223-pdf-S1405887116300785>.

22. Pérez L, Deccia R, Amorín M, Martínez L, Pirez C. Esquemas atrasados y oportunidades perdidas de vacunación en niños de hasta 36 meses del departamento de Paysandú: Año 2012. *Archivos de Pediatría del Uruguay*. 2013; 84:3-12. Disponible en:

<http://www.scielo.edu.uy/pdf/adp/v84s1/v84s1a01.pdf>.

23. Álvarez L, Chacón J. Representaciones mentales sobre la ley en infantes y adolescentes. Revisión de estudios psicogenéticos. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. 2013; 11(1):37-48.
DOI:10.11600/1692715x.1111030612.

24. Rahman M, Obaida S. Factors affecting acceptance of complete immunization coverage of children under five years in rural Bangladesh. *Salud pública Méx*. 2010; 52(2):134-40. Disponible en: <https://scielosp.org/pdf/spm/2010.v52n2/134-140/en>.

25. Rojas J, Zapata H, Alzate A, Rodríguez Á. Cobertura vacunal en niños de 12 a 47 meses de edad en estratos 1 y 2 de la zona urbana de Cali, año 2002. 2008; 39 (1): 66-73. Disponible en: <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co:8080/bitstream/10893/4749/1/Vacunal%20cover%20in%20children.pdf>.

26. Romero M, Sandoval M, Tamayo K, Vizcaya C, Rosifelicita D. Cobertura y cumplimiento del esquema de inmunizaciones en niños hasta 5 años, Las

Cuibas, Estado Lara. *Revista Venezolana de Salud Pública*. 2014; 2(1):23-30. Disponible en:

<https://revistas.ucla.edu.ve/index.php/rvsp/article/view/1479>.

27. Díaz J, Ferreira E, Trejo B, Téllez M, Ferreyra L, Hernández M, et al. Cobertura de vacunación en niños y adolescentes en México: esquema completo, incompleto y no vacunación. *salud pública de México*. 2013; 55:S289-S99. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10628331028>.

28. Ruiz M, Vera L, López N. Seguro de salud y cobertura de vacunación en población infantil con y sin experiencia de desplazamiento forzado en Colombia. *Revista de Salud Pública*. 2008; 10(1):49-61. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rsap/2008.v10n1/49-61/es>.

29. Hill A. Vaccination Coverage Among Children Aged 19–35 Months—United States, 2015. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2016; 65. <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6539a4>