

ARTÍCULO ORIGINAL

BARRERAS DE ACCESO Y CUMPLIMIENTO DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN INFANTIL EN COMUNIDADES VULNERABLES DEL PERÚ

BARRIERS TO ACCESS AND COMPLIANCE WITH THE CHILDHOOD VACCINATION SCHEME IN VULNERABLE COMMUNITIES IN PERU

Karla Yasmin Atoche Lupú¹, Cristhian Antony Valle Cortez²,
Patricia del Rocio Chávarry Ysla³

Citar como:

Atoche K, Valle C,
Chávarry P. Barreras de
acceso y cumplimiento
del esquema de
vacunación infantil
en comunidades
vulnerables del Perú,
Lima 2023. Rev. Recien.
2024; 13(1)

Correspondencia:

Karla Yasmin Atoche
Lupú
karla4yas@gmail.com

Recibido: 19 / 12 / 2023

Aprobado: 07 / 02 / 2024

En línea:

Resumen

Objetivo: Comparar las barreras de acceso y el cumplimiento del esquema de vacunación infantil en zona rural y comunidad nativa en Perú. **Métodos:** Estudio descriptivo-comparativo, de corte transversal; la población estuvo conformada por 43 padres de niños menores de 1 año; de las cuales 24 pertenecían a la zona rural del Puesto de salud (P.S) Las Norias y 19 a la comunidad nativa, P.S Amaquiria, durante el año 2022. La información se obtuvo a través de la aplicación de dos instrumentos: barreras de acceso, presenta validez de constructo y confiabilidad con alfa de Cronbach confiable y la revisión del carné, mediante la lista de chequeo. Se empleó la prueba no paramétrica de U-Mann Whitney, para muestras comparativas. **Resultados:** En las barreras de acceso predomina el nivel intermedio en la zona rural 100% y en la comunidad nativa 89,5%. Asimismo, la vacunación en recién nacidos evidencia un mayor cumplimiento de BCG, en la zona nativa 78,9%; mientras que en la zona rural el cumplimiento fue menor 62,5%. No se encontró diferencias entre las variables ($P\text{-valor} > 0,05$). **Conclusiones:** Las barreras de acceso predominantes y el cumplimiento del esquema de vacunación, no presenta diferencia significativa en los establecimientos abordados.

Palabras clave: barreras de acceso a los servicios de salud, esquema de Inmunización, grupos de riesgo.

¹. https://orcid.org/0000_0001_9070_0745

². https://orcid.org/0000_0001_9070_0745

³. https://orcid.org/0000_0001_9070_0745

Abstract

Objective: Compare the barriers to access and compliance with the childhood vaccination scheme in rural areas and native communities in Peru. **Methods:** Descriptive-comparative study, cross-sectional; the population consisted of 43 parents of children under 1 year of age; of which 24 belonged to the rural area of the Las Norias Health Post (P.S) and 19 to the native community, P.S Amaquiria, during the year 2022. The information was obtained through the application of two instruments: access barriers, It presents construct validity and reliability with reliable Cronbach's alpha and the review of the card, through the checklist. The U-Mann Whitney non-parametric test was used for comparative samples. **Results:** In the access barriers, the intermediate level predominates in the rural area 100% and in the native community 89,5%. Likewise, vaccination in newborns shows greater compliance with BCG, in the native area 78,9%; while in rural areas compliance was lower, 62,5%. No differences were found between the variables (P-value > 0.05). **Conclusions:** The predominant access barriers and compliance with the vaccination schedule do not present significant differences in the establishments addressed.

Key words: barriers to access to health services, immunization schedule, risk groups.

1. Introducción

La inmunización representa la intervención de salud pública con mayor eficacia; sin embargo, los porcentajes de vacunación en la última década se han visto en un estado decreciente. La pandemia por COVID-19 y las interrupciones por su causa, ha expuesto las deficiencias del sistemas sanitario, tal es así que a nivel mundial, 23 millones de niños no se vacunaron en el año 2020, esto supone un aumento de 3,7 millones más que los presentados durante el periodo del 2019 (1). El Programa Ampliado de Inmunización (PAI) en la Región de las Américas es aplicado con éxito durante aproximadamente 40 años y es líder mundial en la eliminación y control de patologías prevenibles por vacunación (2).

En relación con las características poblacionales, se estima que existen alrededor de 400 grupos indígenas en América Latina, lo cual representa entre 40 y 50 millones de habitantes. Según datos de la encuesta de percepción y actitudes de la población, realizada por UNICEF; en Argentina, durante el año 2021 se evidencia que el 24% de los hogares no ha logrado mantener los controles y el 7% las dosis de vacunación (3). Por otra parte, la población menor de 1 año de Ecuador presenta una disminución de las coberturas en todos los biológicos del esquema regular, pues en su avance solo alcanza el 30% y 40%; tal es así que el 38% de los niños menores de cinco años no cuentan con carnet de vacunación (4).

El primer contacto de los pacientes con el personal de salud se da en los servicios de atención primaria, se considera que, las características de las actividades, metas y las barreras, varían de un país

a otro, según los sistemas de prestación de salud establecidos y los contextos socioeconómicos, culturales y políticos prevalentes (5). En América Latina los resultados en el sistema de salud han mejorado, pero las barreras; como distancia, geografía, distribución desigual en los servicios y atención médica, son limitantes para acceder a la atención. La OPS reconoce la importancia de enfatizar en la diversidad étnica, social y cultural prevalente, con el fin de crear y emplear políticas en servicios de salud accesibles (6).

De acuerdo a la O.M.S, el acceso hace referencia que todo poblador pueda recibir los servicios sin limitaciones, con oportunidad y equidad, a que la atención ofrecida sea de calidad, con el fin de promover la salud y el bienestar de la sociedad (7). El esquema de vacunación que es aplicado en el Perú, es uno de los más completos de América Latina y el Caribe; tal como se evidencia en la norma técnica N° 196. Posterior a la vivencia por 2 años de crisis pandémica, los establecimientos de atención primaria han reanudado el desarrollo de las estrategias. Según el INEI (Instituto Nacional de Estadística e Informática) y ENDES (Encuesta Demográfica y de Salud Familiar), existe un retraso de 5 años en porcentajes de vacunación infantil. Entre los años 2019 y 2020, las tasas de vacunación en menores de 12 meses se redujeron un 15.6 % (8). Previo a la pandemia por Covid 19, la cobertura de vacunación en el país no alcanzaba el objetivo, a pesar de que se logró el 76,7% en el año 2019. (9) En el periodo del 2020, las tasas de vacunación disminuyeron; el departamento de Tumbes mantuvo coberturas menores del 70%, en niños de 12 meses.(10) Mientras que Loreto, Puno y

Huancavelica, presentaron los índices más bajos del país (11).

Cabe resaltar que, durante el año 2021, la pobreza afectó al 25,9% de la población peruana, donde los más perjudicados fueron los pueblos indígenas y afrodescendientes (12). El Perú es denominado como uno de los países con gran diversidad étnica y lingüística, tal es así que el Censo de Población y Vivienda realizado en el 2021, identificó la presencia de 55 pueblos indígenas, de los cuales 51 eran amazónicos y 4 andinos (13). Los pobladores de origen nativo presentan vulnerabilidad, más que los mestizos; dicha población mantiene desigualdades sanitarias, que constituyen barreras para la accesibilidad en el sector salud (14); como se evidencia en la Encuesta Nacional de Hogares-ENAH, donde se identificó que el 22,3% no cuenta con ningún tipo de seguro de salud (15).

En el Perú no existe una política de salud intercultural, solo cuenta con normas legales ineficientes, y la interculturalidad se aplica en teoría, pero no como principio rector en la práctica clínica del sector salud. La Defensoría del Pueblo ha alertado sobre deficiencias sanitarias prevalentes, como el suministro inadecuado de medicamentos y vacunas, insuficiente capacidad de transporte y logística, así como también falta de profesionales capacitados en el primer nivel de atención (16).

La teórica de Enfermería que abarca el cuidado y enfoque transcultural es Madeleine Leininger, quien desarrolló la teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales. Definió la enfermería transcultural como área enfocada en el estudio comparativo y el conocimiento de las diversas culturas del mundo, con el objetivo

es mejorar y proporcionar cuidados culturales congruentes (17).

La cobertura de vacunación en Ucayali alcanzó el 54,4% en el año 2017, sin embargo disminuyó a un 50,7% en el 2018, en el 2019 decreció hasta llegar al 41,6 % de cobertura y al finalizar el periodo 2020 alcanzó el 33,2% (18). En dicho departamento se ubica el puesto de salud Amaquiria, comunidad de origen nativa; donde habitan diversos grupos étnicos como mestizos, ashánincos y shipibos. Existen carencias en recursos económicos y servicios básicos de luz, agua y desagüe, ya que no cuenta con ninguno de ellos. Se identifican inasistencia en las citas programadas; pues para el traslado al establecimiento se requiere el uso de embarcaciones que necesita considerable cantidad de combustible, el cual es costoso e inaccesible para ser costeado. Por otra parte, la cultura, los dialectos, la economía y la distancia constituyen algunas de los impedimentos o barreras en la accesibilidad.

El departamento de Lambayeque, ubicada en la costa del Perú, cuya población tiene origen mochica. Según información de la Gerencia Regional de Salud, durante el año 2022 se mantienen coberturas por debajo del 70%, con una brecha del 30% pese a la implementación de estrategias (19). El Puesto de Salud Las Norias, ubicado en el distrito de Olmos, en el tercer trimestre del 2022, se alcanzó coberturas en un 67%. Los registros y el trabajo diario permiten identificar que los menores de un año en su mayoría no cumplen con el total de dosis en vacunas indicadas para su edad. Cuenta con 7 caseríos en la jurisdicción; el más lejano se ubica a 6 horas. La desactualización del padrón nominal, migraciones, cancelación del seguro SIS, distancia de los caseríos,

transporte, disponibilidad de tiempo; constituyen dificultades para el logro de meta establecida; cabe resaltar que gran porcentaje de menores de 1 año no cuentan con DNI, lo que ocasiona el rechazo en la digitación mediante el HIS (Sistema Informativo en Salud).

La información obtenida en el presente estudio es novedosa pues se describe dos distintas realidades en zonas vulnerables del Perú; por tal motivo el objetivo general fue: Comparar las barreras de acceso y el cumplimiento del esquema de vacunación infantil en zona rural y comunidad nativa en Perú.

2. Metodología

Se realizó estudio cuantitativo de diseño comparativo, desarrollada en el año 2022, en dos establecimientos de Salud de nivel I-1; el Puesto de salud “Amaquiria”, de Red Ucayali, micro red Iparia y en la zona costa del Perú, el puesto de salud “Las Norias”; de la red Lambayeque, micro red Olmos.

Participantes

La población y muestra, estuvo constituida por 43 padres u apoderados de niños menores de 1 año; de las cuales 24 pertenecían al Puesto de salud “Las Norias” y 19 al establecimiento “Amaquiria”.

Instrumentos

Para la recolección de datos se utilizó el cuestionario de barreras de acceso, construido el investigador peruano Marcos H, cuenta con validez de constructo y confiabilidad con alfa de Cronbach de 0.911, estructurada en base a una escala de Liker

(1 a 5 puntos); constituida por 24 ítems que valoran las dimensiones de: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y contacto con el servicio. De la misma forma, mediante la escala de estanones, las barreras se clasificaron en los niveles: alto (81 – 120 puntos), moderado (41 – 80 puntos) y bajo (1 – 40 puntos).

Mientras que para la evaluación de la variable dependiente: Cumplimiento del esquema de vacunación, se empleó la revisión del carnet, mediante la lista de chequeo y el programa E-quali, se verificó de dicho modo las dosis de biológicos aplicadas en cada niño.

La información fue procesada mediante el programa de IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versión 27. Se utilizaron distribuciones de frecuencias absolutas (Fa) y porcentajes (%). Al aplicar la prueba de normalidad se identificó que la variable independiente alcanzó un P-valor=0,017 y la dependiente un P-valor <0,001, en ambos casos sus estadísticos fueron menores a 0,05; por ende, no existe distribución normal entre variables, ante ello se empleó la prueba no paramétrica de U-Mann Whitney, para muestras comparativas.

La hipótesis estadística fue:

H1: Existe diferencia entre las barreras de acceso y el cumplimiento del esquema de vacunación en una zona rural y una comunidad nativa de Perú.

H0: No existe diferencia entre las barreras de acceso y el cumplimiento del esquema de vacunación en una zona rural y una comunidad nativa de Perú.

Se considera como regla de decisión en la prueba de hipótesis de comparación, si el P-valor < 0.05: Se acepta la H_i, se Rechaza la H₀; y si el P-valor > 0.05: Se acepta H₀, se Rechaza la H_i.

Aspectos éticos

Se solicitó autorización a los jefes de los establecimientos de salud en investigación. La información se obtuvo previo consentimiento informado el cual fue firmado por los padres o tutores; se respetó la autonomía e integridad, de cada participante. Se les informó de la importancia del estudio, además de que los datos obtenidos fueron empleados únicamente fines investigativos.

3. Resultados

Se observa un predominio de barreras de acceso de nivel intermedio en la zona rural (100%), lo que evidencia que los pobladores pueden tener ciertas dificultades para acceder a los servicios de salud; de igual manera en la comunidad nativa predominó el grado intermedio (89,5%); sin embargo, parte de la población (10,5%), consideró no tener problemas para acceder a la atención.

Tabla 1. Barreras de acceso en el servicio de inmunizaciones en zona rural y comunidad nativa (n1=24; n2=19)

Barreras de acceso	Zona rural		Comunicativa		Total	
	N	%	N	%	N	%
Bajo	0	0,0%	2	10,5%	2	4,7%
Intermedio	24	100,0%	17	89,5%	41	95,3%
Total	24	100,0%	19	100,0%	43	100,0%

En cuanto a las barreras se observó que en la zona nativa existieron casos donde los pobladores consideraron un alto grado de dificultades para acceder a los servicios con la relación a la disponibilidad de recursos humanos para la atención (17%) y en la zona rural un porcentaje menor pero significativo (8,3%). Asimismo, la accesibilidad mostró ser una barrera predominante en ambas poblaciones, los usuarios nativos perciben altas dificultades relacionadas con la cercanía de su vivienda al centro de salud (26,3%) por lo que es necesario el transporte, lo que genera un gasto que muchas veces no es fácil costear. Con relación a la aceptabilidad se encontró menores barreras en la comunidad nativa (86,0%) ello refiere que los pobladores confían en la información brindada por el personal de salud. Finalmente, respecto al contacto con el servicio, se encontró resultados similares en niveles bajo e intermedios, hallados en ambos establecimientos, esto sugiere que los pobladores en general confían y se sienten satisfechos con la atención recibida en los centros de salud a los que asisten.

Tabla 2. Barreras por dimensión en el servicio de inmunizaciones en zona rural y comunidad nativa (n1=24; n2=19)

Barreras		Zona rural		Comunidad nativa		Total	
		N	%	N	%	N	%
Disponibilidad	Alto	2	8,3%	3	17,0%	2	4,7%
	Intermedio	22	91,7%	17	83,0%	41	95,3%
Accesibilidad	Alto	5	20,8%	5	26,3%	10	23,3%
	Bajo	0	0,0%	2	10,5%	2	4,7%
	Intermedio	19	79,2%	12	63,2%	31	72,1%
Aceptabilidad	Bajo	0	0,0%	6	31,6%	6	14,0%
	Intermedio	24	100,0%	13	68,4%	37	86,0%
Contacto con el servicio	Bajo	12	50,0%	9	47,4%	21	48,8%
	Intermedio	12	50,0%	10	52,6%	22	51,2%
	Total	24	100,0%	19	100,0%	43	100,0%

Respecto a la vacunación en los recién nacidos evidencia un mayor cumplimiento de BCG (bacilo de Calmette-Guérin) en la zona nativa (78,9%), mientras que en la zona rural el cumplimiento fue menor (62,5%); la vacuna contra la Hepatitis B obtuvo mayor cumplimiento en la zona rural (62,5 %) en comparación a la zona nativa (52,6 %). Todos los infantes del P.S Amaquiria (comunidad nativa), cumplen con las primeras dosis (100 %) de: neumococo, IPV (Antipolio inactivada), influenza y APO (Oral de Poliovirus) y el menor cumplimiento está presente en la 2da dosis de Influenza (78,9%). Por el contrario, el P.S Las Norias (zona rural), la 1ra dosis de pentavalente (54,2%) y en su 3era dosis (54,2%), obtienen menor cobertura. El resto de biológicos fueron administrados en proporciones similares en ambas zonas.

Tabla 3. Cumplimiento del esquema de vacunación infantil en zona rural y comunidad nativa (n1=24; n2=19)

ESQUEMA DE VACUNACIÓN INFANTIL		Zona			
		Rural		Nativa	
		n	%	n	%
BCG	Cumple	15	62,5	15	78,9
	No cumple	9	37,5	4	21,1
HVB	Cumple	15	62,5	9	47,4
	No cumple	9	37,5	10	52,6
PENTAVALENTE 1RA DOSIS	Cumple	13	54,2	19	100,0
	No cumple	11	45,8	0	0,0
NEUMOCOCO 1RA DOSIS	Cumple	23	95,8	18	100,0
	No cumple	1	4,2	0	0,0
ROTAVIRUS 1RA DOSIS	Cumple	23	95,8	18	94,7
	No cumple	1	4,2	1	5,3
IPV 1RA DOSIS	Cumple	22	91,7	19	100,0
	No cumple	2	8,3	0	0,0
NEUMOCOCO 2DA DOSIS	Cumple	22	91,7	17	89,5
	No cumple	2	8,3	2	10,5
PENTAVALENTE 2DA DOSIS	Cumple	23	95,8	17	89,5
	No Cumple	1	4,2	2	10,5
ROTAVIRUS 2DA DOSIS	Cumple	21	87,5	17	89,5
	No Cumple	3	12,5	2	10,5
IPV 2DA DOSIS	Cumple	19	79,2	17	89,5
	No Cumple	5	20,8	2	10,5
APO	Cumple	21	87,5	19	100,0
	No Cumple	3	12,5	0	0,0
INFLUENZA 1RA DOSIS	Cumple	19	79,2	19	100,0
	No Cumple	5	20,8	0	0,0
PENTAVALENTE 3RA DOSIS	Cumple	11	45,8	17	89,5
	No Cumple	13	54,2	2	10,5
INFLUENZA 2DA DOSIS	Cumple	18	75,0	15	78,9
	No Cumple	6	25,0	4	21,1
Total		24	100,0	19	100,0

El análisis comparativo permitió identificar que no existe diferencia ($P\text{-valor} > 0,05$) de las barreras de acceso a los servicios de salud predominantes en los habitantes de la zona rural y la comunidad nativa.

Tabla 4. Prueba de comparación U- Mann Whitney de las barreras de acceso en zona rural y comunidad nativa ($n_1=24$; $n_2=19$)

Zona	N	Rango promedio	U de Mann-Whitney	Sig.
Zona rural	24	24,81	160,500	0,098
Comunidad nativa	19	18,45		
Total	43			

Como se aprecia, no se encontró evidencia para determinar diferencias significativas en el cumplimiento del esquema de vacunación en la población estudiada.

Tabla 5. Prueba de comparación de barreras de acceso en zona rural y comunidad nativa ($n_1=24$; $n_2=19$)

Zona	N	Rango promedio	U de Mann-Whitney	Sig.
Zona rural	24	19,06	157,500	0,079
Comunidad nativa	19	25,71		
Total	43			

4. Discusión

La inmunización representa una de las intervenciones sanitarias de mayor éxito y rentabilidad, ya que logra la disminución de la morbilidad y mortalidad; todos los establecimientos de salud ofrecen el esquema de vacunación propuesto por el MINSA; sin embargo, anualmente no se cumplen con las metas designadas en su totalidad. Se considera que las barreras de acceso a los servicios de salud muchas veces son determinantes para recibir atención y que van a depender de la realidad multifactorial de la población; por ello el estudio buscó la comparación del esquema de vacunación y accesibilidad en dos puestos de salud ubicados en zonas distintas del Perú.

Con el análisis se identificó que no existe diferencia de las barreras de acceso a los servicios de salud y las dosis de vacunación, en habitantes del P.S. Amaquiria-Ucayali y el P.S. Las Norias-Lambayeque. Frenk(20) expresa que el acceso a la salud representa un proceso que consiste en buscar y recibir atención oportuna, influenciado por recursos disponibles, capacidades del sistema sanitario y características propias de la población. Al relacionarlo con el estudio, en ambos escenarios las dificultades que experimentan los padres o tutores de los lactantes menores de 1 año al acudir a las citas programadas, es similar. Hallazgos coinciden con los publicados por Marcos(21), ejecutado en dos establecimientos del distrito de Lagunas – Ayabaca, durante el año 2019, quien señala que no existe una diferencia significativa, en las barreras percibidas por los

usuarios que acuden al centro de salud Lagunas y al P.S San Juan de Lagunas.

En la dimensión barreras de acceso, los pobladores de la zona rural y la comunidad nativa mantienen un nivel intermedio, por ende, existen ciertas dificultades al acceder a la atención sanitaria. Existe concordancia con lo descrito por Tanahashi (22), quien menciona que, durante la búsqueda de atención, los usuarios perciben distintas dificultades e impedimentos.

Asimismo, la accesibilidad mostró ser la barrera predominante en ambas poblaciones, con un énfasis mayor en la comunidad nativa, debido a la cercanía de su vivienda al centro de salud. Si bien es cierto, en la a asamblea general de la Organización de los Estados Americanos, en una sesión plenaria ejecutada en el año 2018 (7), se incitó a tomar medidas para promover la protección de los derechos colectivos de los pueblos indígenas, incluido el acceso a instalaciones y servicios de salud. No obstante, del acuerdo han transcurrido 5 años, a pesar de ello, las comunidades aun mantiene restricciones en el ámbito sanitario. Mancilla (23) con su indagación demostró que si existían diferencias significativas en dos establecimientos de salud e identificó que las desigualdades radicaban en las vías de acceso, la atención ofrecida por el personal de salud y en la disponibilidad de insumos y medicamentos.

En cuanto a la vacunación del recién nacido, el P.S. Amaquiria, obtiene un menor cumplimiento en la vacuna contra la Hepatitis B, mientras que la vacuna BCG es menos aplicada en la zona rural. Las dificultades de acceso se ven reflejadas en las coberturas de vacunación infantil. Borda(24) quien

analizó los porcentajes en 12 establecimientos de salud de Lima Metropolitana, reconoció que la cobertura contra el VHB dentro de las 24 horas de vida fue de 85,1%.

5. Conclusiones

En conclusión, se identificó que no existe diferencia estadística significativa al comparar las barreras de acceso y el cumplimiento en vacunación infantil, en los establecimientos de estudio, del departamento de Ucayali y Lambayeque. Sin embargo, ambas poblaciones presentan dificultades para acceder a la atención y por ende la cobertura en inmunización no se cumple en su totalidad.

Se tiene en cuenta que el estudio consideró solo población registrada en SIS y con DNI para la atención, sin embargo, la realidad de las comunidades nativas es diferente; muchos niños, niñas y adultos no cuentan con registros y no son considerados dentro del padrón nominal, por el contrario, la zona rural, tienen una mayor tasa de registros en sus pobladores. Por ende, quedaría abierta la posibilidad de poder generar más investigación y brindar mayor aporte a la salud y a estas comunidades.

El estudio contempla un aporte a la salud ocupacional del personal de enfermería mediante la planificación estratégica de acciones, que ayuden a lograr un acceso equitativo, en coordinación con autoridades locales, para la identificación de las familias que no acuden a los establecimientos de salud; para la planificación de visitas y campañas de vacunación, con la finalidad de inmunizar a la población en su totalidad.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

6. Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. O.M.S. Cobertura de inmunización [Internet]. 2020. p. 1. Available from: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/immunization-coverage>
2. Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2020. p. 1. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/inmunizacion>
3. Brumana L et al. Coberturas de vacunación un desafío para el pediatra. Argentina [Internet]. 2021;2:1–25. Available from: [https://www.unicef.org/argentina/media/13186/file/Coberturas de vacunación, un desafío para el pediatra.pdf](https://www.unicef.org/argentina/media/13186/file/Coberturas_de_vacunacion_un_desafio_para_el_pediatra.pdf)
4. Ministerio de Salud Pública. Lineamientos de la campaña de vacunación y recuperación del esquema regular. Ecuador [Internet]. 2021;1:23. Available from: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2022/04/Lineamiento_plan_recuperacion_de_vacunacion_version_30_09_2021-signed-signed-signed.pdf
5. Pincay V et al. Importancia de la atención primaria de la salud en la comunidad. Reciamuc [Internet]. 2020;(3):367–74. Available from: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/535/840>
6. Organización Panamericana de la Salud. Diversidad cultural y Salud [Internet]. 2019. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/diversidad-cultural-salud>

7. Rivera O. et al. Determinantes del acceso a los servicios de salud y adherencia [Internet]. Rev Cubana Salud Pública; 2020. p. 19. Available from: <https://scielosp.org/pdf/rcsp/2020.v46n4/e1990/es>
8. MINSA. A dos años de la pandemia. 2022;Perú:1–31. Available from: <https://www.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2022-05-23/mclcp-inmunizaciones-alerta-no1-2022-marzo-mclcp.pdf>
9. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en. Plan de recuperación de brechas en inmunizaciones [Internet]. Perú; 2020. p. 40. Available from: <https://fi-admin.bvsalud.org/document/view/8hjun>
10. MINSA.Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Boletín Epidemiológico del Perú [Internet]. Perú. 2022. 40 p. Available from: <https://medium.com/@arifwicaksanaa/pengertian-use-case-a7e576e1b6bf>
11. Centro Nacional de Epidemiología. Boletín epidemiológico. [Internet]. MINSA. Perú; 2022. Available from: <https://medium.com/@arifwicaksanaa/pengertian-use-case-a7e576e1b6bf>
12. INEI. Pobreza en el Perú. Nota Prensa [Internet]. 2022;2021:1–3. Available from: <https://m.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/noticias/nota-de-prensa-no-072-2022-inei.pdf>
13. INEI. Las Nuevas Cifras de Pobreza. Inst Nac Estadística e Informática [Internet]. 2021;1–46. Available from: <https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/pobreza-monetaria-2021-cies-10-05-2022.pdf>
14. INEI. Población Peruana. 2021;1–3. Available from: <https://m.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/noticias/nota-de-prensa-no-105-2021-inei.pdf>
15. INEI. Perú: Condiciones de vida de la población en riesgo ante la pandemia del COVID-19. Encuesta Nac Hogares - ENAHO 2019 [Internet]. 2020;155. Available from: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1745/libro.pdf
16. Pautrat L. et al. Estrategias de autodefensa de los pueblos indígenas [Internet]. Kené – Ins. Perú; 2021. Available from: <https://keneamazon.net/Documents/Kene/El-Comando-Matico.pdf>
17. Raile-Alligood M, Marriner-Tomey A. Modelos y Teorías en Enfermería [Internet]. 7th ed. Elsevier. 2011. 797 p. Available from: <http://www.untumbes.edu.pe/vcs/biblioteca/document/varioslibros/1358.Modelos.y.teorias.en.enfermeria.pdf>
18. Boletín Epidemiológico. Situación epidemiológica de Sarampión - Rubéola, Perú (SE 01-SE 27, 2018). Boletín Epidemiológico del Perú [Internet]. 2021;27(57):592–6. Available from: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2018/27.pdf>
19. Gerencia Regional de Salud. Situación actual de las coberturas en vacunación. 2022;1–53. Available from: <https://www.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2022-03-11/coberturas-en-vacunacion-segunda-reunion-de-la-secretaria-ejecutiva-de-la-comision-intergubernamental-en-salud-cigs-2022.pdf>
20. Vilaça E. Las redes de atención de salud. Organ Panam la Salud [Internet]. 2020;209–437. Available from: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=21928&Itemid=270&lang=es

21. Marcos H. Barreras de acceso a los servicios de salud en dos establecimientos de salud en el distrito de Lagunas. Ayabaca.2019. Univ César Vallejo [Internet]. 2019;105. Available from: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/44241/Marcos_THA-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
22. Tanahashi T. Cobertura de los servicios de salud y su evaluación [Internet]. 2018. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2395571/>
23. Mancilla T. Barreras asociadas al acceso de los servicios de salud en los Puestos de Salud Llanavilla y Vista Alegre de Villa. Univ César Vallejo [Internet]. 2018;86. Available from: <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/24722?show=full>
24. Borda A. Florián A. Montalvan S., Dedios M. Cabezas C. Donaires F. Cumplimiento de la vacunación contra el virus de la hepatitis b en recién nacidos de Lima y Callao. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2018;35(3):465–70. Available from: <https://www.scielo.org/pdf/rpmesp/2018.v35n3/465-470/es>