



Coberturas de vacunación en menores de 1 año en la Micro Red 3 "Lima Ciudad", 2016

Vaccination coverage in children under 1 year of age in Micro Network 3 "Lima Ciudad", 2016

Cobertura vacinal em menores de 1 ano na Micro Rede 3 "Lima Ciudad", 2016

Jesús Maritza Carhuavilca-Torres^I
ctjesusmaritza@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-7716-4500>

Correspondencia: ctjesusmaritza@gmail.com

Ciencias de la salud
Artículo de investigación

***Recibido:** 05 de julio de 2020 ***Aceptado:** 20 de agosto 2020 * **Publicado:** 01 de septiembre de 2020

I. Investigador Independiente, Lima, Perú.

Resumen

La presente investigación busca Identificar los factores relacionados con la cobertura de vacunación en niños menores de 1 año, en la Micro Red 3 - Red Lima Ciudad, durante el año 2016. Se realizó en una primera fase cuantitativa, cualitativa y una tercera etapa de triangulación, siendo esta investigación no experimental, dentro de un diseño descriptivo, de corte transversal y observacional (fase cuantitativa) y exploratorio (fase cualitativa), Resultados: Los resultados de la fase cuantitativa, aplicado a 350 madres con hijos menores de 1 año sobre el cumplimiento del esquema de vacunación, presenta un cumplimiento irregular de 46.1% y un cumplimiento regular de 53.9%. En la fase cualitativa, las personas entrevistadas poseían una apreciación muy clara de lo que está ocurriendo actualmente y porque es necesario elevar las coberturas, que factores se relaciona, percibiendo una actitud favorable en apoyo a la investigación del problema mencionado y así mejorar la salud de la población menor de un año. Existe una clara relación significativamente entre factores y cobertura de vacunación, en especial los factores culturales e institucionales, además de ello podemos observar que es un problema de salud pública al no lograr las coberturas de vacunación, y respecto a las características sociodemográficas la mayoría son de procedencia de la Costa, estado civil conviviente, grado de instrucción secundaria y religión de las madres católicas.

Palabras Claves: Vacunación; cobertura; micro red 3.

Abstract

This research seeks to identify the factors related to vaccination coverage in children under 1 year of age, in the Micro Network 3 - Lima City Network, during 2016, describe the sociodemographic characteristics of the population and identify the institutional factors related to the Vaccination coverage in the population included in the study. Materials and Methods: It was carried out in a first quantitative, qualitative phase and a third triangulation phase, this research being non-experimental, within a descriptive, cross-sectional and observational design (quantitative phase) and exploratory (qualitative phase), Results: The results of the quantitative phase, applied to 350 mothers with children under 1 year of age on compliance with the vaccination scheme, show an irregular compliance of 46.1% and a regular compliance of 53.9%. In the qualitative phase, the people interviewed had a very clear appreciation of what is currently happening and why it is necessary to increase coverage, which factors are related, perceiving a favorable attitude in support of the investigation of the aforementioned problem and thus improve the health of the population less than one year old. Conclusions: There is a

clear significant relationship between factors and vaccination coverage, especially cultural and institutional factors, in addition to this we can observe that it is a public health problem as vaccination coverage is not achieved, and most of the sociodemographic characteristics They are from the coast, cohabiting marital status, secondary education level and religion of the Catholic mothers.

Keywords: Vaccination; coverage; micro network 3.

Resumo

Esta pesquisa busca identificar os fatores relacionados à cobertura vacinal em menores de 1 ano, na Micro Rede 3 - Rede Municipal de Lima, durante o ano de 2016, descrever as características sociodemográficas da população e identificar os fatores institucionais relacionados à Cobertura vacinal na população incluída no estudo. **Materiais e Métodos:** Foi realizada uma primeira fase quantitativa, qualitativa e uma terceira fase de triangulação, sendo esta pesquisa não experimental, com delineamento descritivo, transversal e observacional (fase quantitativa) e exploratório (fase qualitativa). **Resultados:** Os resultados da fase quantitativa, aplicada a 350 mães com filhos menores de 1 ano sobre a adesão ao esquema de vacinação, mostram uma adesão irregular de 46,1% e regular de 53,9%. Na fase qualitativa, os entrevistados tiveram uma percepção muito clara do que está acontecendo atualmente e por que é necessário aumentar a cobertura, quais fatores estão relacionados, percebendo uma atitude favorável em apoio à investigação do referido problema e, assim, melhorar a saúde de a população com menos de um ano. **Conclusões:** Existe uma clara relação significativa entre os fatores e as coberturas vacinais, principalmente culturais e institucionais, além disso podemos observar que se trata de um problema de saúde pública visto que a cobertura vacinal não é alcançada, e grande parte das características sociodemográficas. São do litoral, coabitam com estado civil, ensino médio e religião de mães católicas.

Palavras-chave: Vacinação; cobertura; micro rede 3.

Introducción

Existieron en el mundo enfermedades que hicieron estragos ocasionando muerte a millones de personas. Estas provenían de virus que entraban en el organismo produciendo daño en el organismo, principalmente en el sistema respiratorio. La ciencia busco la forma de plantear una alternativa de evitar tal flagelo por medio del fortalecimiento del sistema inmune del individuo. Esta técnica era la vacuna. Estas son colocadas en la edad temprana para evitar, desde esa corta

edad, que tal virus hiciera efecto en el cuerpo humano. Por lo cual, una vacuna es una suspensión de microorganismos vivos atenuados, inactivados, sus fracciones u otros antígenos que es administrada a un individuo sano susceptible, con el objeto de inducir inmunidad activa protectora contra la enfermedad infecciosa correspondiente (Barberà, Domingo, Rives, & Coberturer, 2006).

Para cada tipo de virus se han trabajado por crear el mecanismo de defensa, que son los antiviruses. Su uso sostenido ha permitido la reducción y hasta la erradicación de algunas de estas enfermedades (Pérez & González Negri, 2002). De la misma forma, el comportamiento epidemiológico de algunas enfermedades infecciosas, la reaparición de enfermedades que parecían eliminadas, como la parotiditis o el sarampión, son algunos aspectos que se deben considerar (Sánchez, 2018). Es por ello, que la vacuna estimula el sistema inmunitario e induce una respuesta inmunitaria específica, que protege a dicho individuo en el futuro contra el agente infeccioso frente al que se vacuna (Barberà, Domingo, Rives, & Coberturer, 2006).

Para el desarrollo efectivo de la vacunación existe un calendario que depende de la edad del niño. Esta es una secuencia cronológica de vacunas que se administran sistemáticamente en un área geográfica y cuyo fin es el obtener una inmunización adecuada de la población frente a las enfermedades para las que se dispone de una vacuna eficaz (Barberà, Domingo, Rives, & Coberturer, 2006). De esta manera, el cronograma de vacunas comprende: BCG al nacer, pentavalente y polio a los 2, 4, 6 meses y al año pentavalente, polio y SRP más varicela, a los 5 años BCG, DPT más polio y SRP, luego a los 12 años BCG más DT (Acosta, y otros, 2004). De esta situación se desprende la importancia de la cobertura de vacunación. Se entiende por cobertura vacunal al resultado de dividir el número de niños (numerador) a los que se les ha administrado una determinada vacuna, entre los niños (denominador) a los que se les debería haber administrado (Vicario & Hidalgo, 2007). De esto recae la importancia de la colocación de las vacunas en los tiempos previstas para cada tipo. El impacto de la aplicación de vacunaciones sistemáticas ha sido, sin lugar a dudas, de magnitud extraordinaria, tanto en términos de salud (años de vida ganados, morbilidad evitada, bienestar), como sociales y económicos (Merino, 2005).

Por otra parte, existen problemas en el desarrollo de la vacunación pediátrica que se han transformado en variables. En otras palabras, hay una serie de actitudes, mitos, creencias y falta de conocimiento general sobre las vacunas por parte de la población, así como otros factores asociados que influyen en el estado vacunal infantil (Liberato & Hernández, 1996). Del mismo modo, es necesario poder comprender las amenazas que sufren las jornadas de vacunación

infantil. Ha existido una pérdida de confianza del público en las vacunas fue seguida por una disminución de la cobertura, que llevó a brotes de enfermedades evitables por vacunas, a menudo con una morbilidad y una mortalidad considerables (Iskander, Gidudu, Arboleda, & Huang, 2008).

Se puede resumir a continuación que existe dos factores para lo cual las jornadas de vacunación no se han llevado a cabo y es el rechazo del círculo familiar, en especial la madre, y la falta de vacunas dentro de los centros de salud. Del primero, un porcentaje considerable de madres desconoce sobre las enfermedades de las cuáles se previene y la vacuna que el niño recibe de acuerdo a su edad, desconocen las contraindicaciones y los efectos secundarios (Benites, 2014). Esto tiene relaciones con factores culturales que es un parámetro importante para la vacunación de los niños. Estos se pueden detallar en la Tabla 1.

Tabla 1. Factores culturales del incumplimiento en el esquema de vacunación

| Definición conceptual | Dimensiones/ indicadores |
|---|-----------------------------------|
| Creencias y patrones de comportamiento de las madres de niños menores de tres años que condicionan el incumplimiento del esquema de vacunación. | Susceptibilidad |
| | - Vulnerabilidad |
| | - Riesgo percibido |
| | Severidad |
| | - Seriedad percibida |
| | - Evaluación de las consecuencias |
| | Beneficios percibidos |
| | - Efectividad de las acciones |
| | - Resultados esperados |
| | Barreras percibidas |
| | - Afectación del niño |
| | - Costo económico |
| | - Tiempo |
| Autoeficacia | |
| - Capacidad de afronte al personal de salud | |
| - Capacidad de afronte en el cuidado | |

Fuente: (Espinoza Torres, 2019)

Esto ha conllevado a realizar datos estadísticos, y es la Organización Mundial de la Salud (OMS) quien lleva esta batuta. Según la OMS, de los 10.5 millones de niños menores de cinco años que fallecen anualmente, 2.5 mueren por enfermedades previsibles por vacunación y la mayoría de estas muertes se presentan en países en vías de desarrollo (Lombardo, Hernández, & Lucas, 2012). Por tal motivo, es importante que los niños reciban las vacunas en los tiempos previstos, pues si se postergan permanecen en situación de riesgo con la probabilidad de adquirir una enfermedad inmunoprevenible que podría, perfectamente, haberse evitado (Gentile, y otros, 2011).

Al mismo tiempo, para poder evitar esta situación que se transforma en una amenaza a la salud pública, se debe aplicar ciertas condiciones dentro de los especialistas médicos al momento de la consulta. Para ello, deben llevar un estudio de cobertura vacunal a través de la tarjeta de vacunación. En ella deben estar: BCG, difteria, tétanos, tosferina, poliomielitis, sarampión, rubéola y parotiditis, así como la fecha y edad del niño al recibirla, reacción vacunal que presentó en cada dosis y punto de vacunación, por lo que se considera como dosis administradas aquellas registradas en el documento (Liberato & Hernández, 1996). Lamentablemente, existe vacunas que no están dentro de las coberturas vacunales ofrecidas por las jornadas de vacunación realizadas por el estado. Corresponde a los padres decidir y costear si sus hijos son inmunizados contra otras enfermedades infecciosas (Vázquez Fernández, y otros, 2012).

Esto conlleva a ser un catalizador de la falta de vacunación infantil en la gran mayoría de la población con bajos recursos económicos. Actualmente las vacunas básicas con las que deben contar los niños y niñas menores a 1 año, no alcanzan la cobertura global necesaria que estableció la OMS. Sin embargo, se mantiene estable el porcentaje de niños en el mundo que reciben las vacunas recomendadas. En los países latinoamericanos se han registrado zonas de riesgo en cuanto a la cobertura, vigilancia de las enfermedades que prevalecen y otros factores. La reducción de la cobertura de vacunación, ha influido en la reaparición de enfermedades inmunoprevenibles que ponen en peligro la salud y la vida de los lactantes menores de 1 año.

Esta situación se debe a factores o causas que impulsan la falta de cobertura en vacunación en los centros de salud. La falta de vacunación está relacionado a los factores sociodemográficos, con madre adulta (35-50 años), a los factores económicos y ambientales, con pertenecer al estrato socioeconómico bajo y a los factores gineco obstétricos, con el nacimiento no institucional y el control prenatal incompleto (Soriano Moreno & Scherman Razzeto, 2020).

Para el año 2016, Perú ha tenido un repunte de la cobertura en vacunación en niños menores de 1 año. De una cobertura de 55.7% en el año 2014, se subió a 69.4% en el 2015 y, continuó incrementándose en el año 2016, alcanzando una cobertura de vacunación de 74.0%, estando cerca de alcanzar las coberturas de los años 2011 y 2012 (MCLCP, 2017). Esto se puede observar en la Tabla 2.

Lo mismo sucede en la proporción de vacunas más especiales como la neumococo y rotavirus para los niños menores de 1 año en el Perú. Esto ha sido impulsado por el MINSA (PAN) y MIDIS a fin de contribuir a la reducción de la Desnutrición Crónica Infantil disminuyendo la incidencia de las enfermedades respiratorias y diarreicas en niños y niñas (MCLCP, 2017). Esto se muestra en la Tabla 3.

Tabla 2. Proporción de menores de 12 meses con vacunas básicas completas para su edad, Años 2011-2016*.

| 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016-I Semestre | 2016 | Evolución 2011-2016 | | Evolución 2015-2016 | |
|------|------|------|------|------|--------------------|------|----------------------------|------------------------------------|-----------------------------|-------------------------|
| | | | | | | | Reducción total en puntos% | Reducción proporcional en puntos % | Incremento total en puntos% | Incremento proporcional |
| 77.2 | 76,8 | 63,2 | 55.7 | 69.4 | 70.7 | 74.0 | -3.2 | -4.3 | 4.6% | 6.6% |

*Vacunas básicas completas incluye: 1 dosis de BCG, 3 dosis de DPT, 3 dosis y 1 dosis contra la Polio y 1 contra el sarampión. Fuente: INEI: Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales Estratégicos 2016 y Primer Semestre 2017.

Fuente: (MCLCP, 2017)

Tabla 3. Proporción de menores de 12 meses con vacunas contra el neumococo y rotavirus para su edad, según característica seleccionada. Años 2011-2016*.

| Característica seleccionada | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016-I Semestre | 2016 |
|-----------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|--------------------|----------------|
| | Valor estimado | Valor estimado | Valor estimado | Valor estimado | Valor estimado | Valor estimado | Valor estimado |
| Total | 68.7 | 72.9 | 75.1 | 75.6 | 77.9 | 78.0 | 79.2 |
| Área de residencia | | | | | | | |
| Urbana | 69.8 | 73.7 | 74.3 | 75.3 | 77.4 | 78.5 | 79.7 |
| Rural | 66.7 | 71.1 | 76.9 | 76.2 | 79.4 | 76.8 | 77.9 |
| Domnio de Residencia | | | | | | | |
| Costa | 70.0 | 73.8 | 73.2 | 73.0 | 77.1 | 78.0 | 79.4 |
| Sierra | 69.1 | 74.7 | 78.5 | 81.1 | 78.8 | 79.5 | 79.5 |
| Selva | 64.2 | 66.9 | 75.6 | 74.5 | 79.3 | 75.9 | 78.0 |
| Quintil de bienestar | | | | | | | |
| Quintil inferior | 63.2 | 67.7 | 75.9 | 74.7 | 75.7 | 77.0 | 77.2 |
| Segundo quintil | 68.5 | 76.5 | 74.3 | 75.2 | 78.2 | 80.5 | 80.5 |
| Quintil intermedio | 65.7 | 73.5 | 77.7 | 75.1 | 79.6 | 77.9 | 79.8 |
| Cuarto quintil | 72.8 | 74.3 | 71.4 | 76.2 | 78.5 | 76.2 | 80.9 |
| Quintil superior | 79.0 | 72.8 | 76.0 | 77.7 | 78.3 | 77.8 | 77.3 |

Nota: Vacuna contra el rotavirus y el neumococo incluye dos dosis de Rotavirus y dos dosis de Neumococo.
P/ Preliminar al 50% de la muestra.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

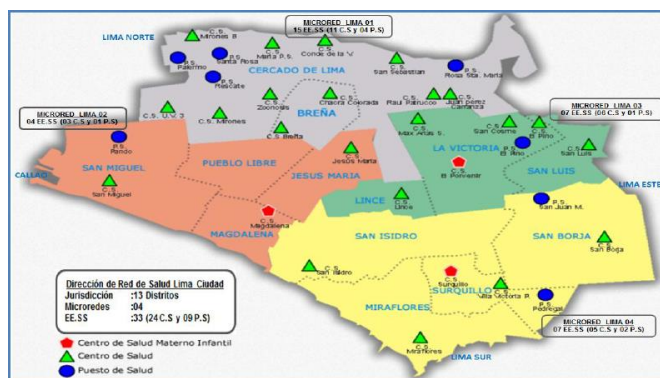
Fuente: (MCLCP, 2017)

En otras palabras, ha existido una creciente cobertura de vacunación por parte del Estado. El sistema de salud demuestra igualdad de eficacia para familias de bajos y altos recursos económicos y que residen en zonas urbanas o rurales, siendo determinante en la vacunación una aseguración de salud estatal más que privada (Arroyo Sánchez, 2018).

Sin duda alguna, la cobertura de inmunizaciones es un indicador de gran importancia en todos los sistemas de salud el cual tiene como principal objetivo evaluar la calidad del servicio y dirigir las acciones necesarias que garanticen el control de las enfermedades. La presente investigación permite una herramienta y un enfoque estratégico para mejorar las coberturas de vacunación en niños y niñas menores de 1 año, para disminuir enfermedades

inmunoprevenibles que compromete la vida del niño. Estas coberturas son realizadas en la Micro Red 3 Lima Ciudad. De manera general, la Red de Salud Lima Ciudad está conformada por 25 Centros de Salud y 9 Puestos de Salud, atendiendo una población de un millón 324 mil habitantes, que la hace una de las Redes más grandes de Lima (Rodríguez del Águila, 2017). En la Figura 1 se muestra los establecimientos de salud que conforman la Red de Salud Lima Ciudad.

Figura 1. Establecimientos de salud que conforman la Red de Salud Lima Ciudad.



Fuente: (Rodríguez del Águila, 2017)

Es por ello, que es importante identificar y/o analizar los factores que inciden en el no cumplimiento de metas, las barreras de acceso que se presentan, las debilidades de capacidad de gestión (DIRESAS, GERESAS), la conducta de la población en cuanto a la importancia de las vacunas y la administración de los recursos de las organizaciones regionales (DARES, REDES, SISMED).

Por lo tanto, el objetivo general de la investigación es identificar los factores relacionados con la cobertura de vacunación en niños menores de 1 año, en la Micro Red 3 - Red Lima Ciudad, durante el año 2016. La metodología utilizada se dividió en investigación cuantitativa y cualitativa, donde la primera es de un diseño no experimental, de investigación de campo, con nivel descriptivo de corte transversal y observacional (fase cuantitativa) y exploratorio (fase cualitativa); y la segunda es nivel exploratorio.

Metodología

Se consideró esta investigación no experimental. Esto es debido que se realiza sin manipular en forma deliberada ninguna variable, por lo que se observan los hechos tal y como se presentan en su contexto real y en un tiempo determinado o no para luego analizarlos (Palella Stracuzzi & Martins Pestana, 2010).

El tipo de investigación se refiere a la clase de estudio que se va a realizar, para esta investigación es de tipo campo. Consiste en la recolección de datos directamente de la realidad donde ocurren los hechos, sin manipular o controlar variables, donde se estudian los fenómenos sociales en su ambiente natural (Palella Stracuzzi & Martins Pestana, 2010).

El nivel de investigación es descriptivo. El propósito de este nivel es de interpretar realidades de hecho el cual incluye registro, análisis e interpretación de la naturaleza actual, composición o procesos de los fenómenos (Palella Stracuzzi & Martins Pestana, 2010). También es de corte transversal y observacional (fase cuantitativa) y exploratorio (fase cualitativa), siendo la unidad de análisis “Madre de niño menor de 1 año”.

La población fue observada en su ambiente natural y de su realidad. Para el estudio cuantitativo se realizó una Encuesta de Salud a las madres de familia de niños menores de un año, en los 06 establecimientos de salud de la Micro red 3-Red Lima Ciudad. La población de estudio son todos los niños menores de un año con tarjeta de vacunación, que asisten al consultorio de Inmunizaciones de los seis establecimientos de la Micro Red 3 - “Red Lima Ciudad”, siendo una población total de 3475 niños. La muestra calculada fue de 346 niños menores de 1 año, y para ello se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N(pq)Z^2}{(N - 1)E^2 + Z^2(pq)}$$

Los criterios de inclusión fueron: Madre de niño de 2 meses y menor de 11 meses de edad que acude al consultorio de Inmunizaciones, de la Micro red 3 –Red Lima y Madre de familia acepta voluntariamente participar previo consentimiento informado. Los criterios de exclusión fueron: Madre de niño menor de 2 meses y mayor de 11 meses, Madres de niños que son vacunados en los establecimientos de la Micro Red 3, en forma transitoria, pero residen en distritos que corresponden a otra Micro Red de Salud, Madre de familia que no acepte participar en el estudio y otros familiares.

Para el procedimiento de muestro se utilizó una encuesta estructurada de enfoque de factores sociodemográficos, socioeconómicos, culturales e institucionales con una codificación predeterminada, a fin de realizar fácilmente el procesamiento de los datos obtenidos, identificándose aspectos fundamentales: los factores relacionados a la cobertura de vacunación. Para ello, se visitó en 06 semanas continuas los 06 establecimientos de salud, a fin de encuestar a la madre de familia acuda al establecimiento de salud de la Micro Red 3-Red Lima Ciudad.

Se encuestaron a las madres seleccionadas de acuerdo al tamaño de muestra. Cada encuesta se realizó en un promedio de 15 a 20 minutos. Para aplicar la encuesta, se realizó la coordinación previa con los médicos responsables de los 06 establecimientos de salud considerados a fin de informarles el motivo de la investigación y que permitan brindar las facilidades del caso al personal encuestador. Luego, se realizó la recolección de los datos programada previo aviso a las madres de familia en la fecha correspondiente.

Para el estudio cualitativo, de tipo exploratorio. Es considera el inicio de cualquier proceso científico, debido a que se realiza cuando el tema elegido ha sido poco examinado, es decir permite focalizar el tópico de interés, formular el problema y/o delimitar futuros temas de investigación (Palella Stracuzzi & Martins Pestana, 2010).

Este nivel se basará en la indagación de la relación del perfil de salud hallado con la cobertura de vacunación, realizado en los seis establecimientos de salud de la Micro Red 3 –Red Lima, siendo la metodología una entrevista a profundidad a los médicos responsables del establecimiento y enfermeras responsables de la ESNI. La unidad de análisis fue “Profesionales de los establecimientos de la salud de la Micro Red 3 Red Lima como: Médico jefe del establecimiento de salud y enfermera responsable de la ESNI. La población de estudio conto con 12 profesionales (06 enfermeras responsables de ESI y 06 médicos jefes de los 06 establecimientos de salud), de la Micro Red 3 –Red Lima, durante el año 2016.

Los criterios de inclusión fueron: Médico responsable del establecimiento de salud de la Micro red 3 –Red Lima, Enfermera responsable de la ESI de la Micro red 3 –Red Lima, Profesional de la salud sin trastorno o alteración mental y Profesional de salud que brinde su aprobación para ser entrevistado previo consentimiento informado. Los criterios de exclusión fueron: Médico que no sea responsable del establecimiento de salud de la Micro Red 3 - Red Lima, Enfermera que no sea la responsable de la ESI de la Micro red 3 –Red Lima, Profesional de la salud que no acepte participar en el estudio. Las sesiones tuvieron una duración promedio de hora y media, contándose con una guía sobre los aspectos a tratar. Se utilizó una grabadora para registrar las conversaciones en todos los grupos.

La Tercera Etapa corresponde a la triangulación de las 2 etapas que combina estudios cualitativo y cuantitativo que permitió tener una mejor imagen del fenómeno estudiado, enriqueciendo y profundizando el análisis con el fin de incrementar la validez y calidad de la investigación. El procesamiento y análisis de datos para el estudio cuantitativo, se realizó en SPSS versión 22; los resultados presentados se utilizaron en estadística descriptiva con el uso de Tablas y Figuras

diseñadas específicamente para este fin; para variables cualitativas, se calculará la distribución porcentual de los datos en frecuencia absolutas y relativas (nulas y porcentajes).

Para variables cuantitativas, se establecerá la media y la desviación estándar. Para el estudio cualitativo, los datos recolectados mediante entrevistas a profundidad fueron analizados mediante la técnica propia de estudios cualitativos, revisándose los apuntes y escuchándose las grabaciones, transcribiéndose las versiones y comentarios más importantes. Se realizó la validez del instrumento por juicio de expertos, mediante la opinión de 5 jueces expertos; y para la Confiabilidad, se aplicó la encuesta mediante la prueba piloto al 10% del tamaño de la muestra y se calculó el coeficiente de alfa de Cronbach en donde se demostró su confiabilidad. Se tuvieron en cuenta los principios bioéticos que se debe tener presente en cualquier trabajo de investigación. Se garantizará la confidencialidad de la información obtenida mediante el anonimato de los datos de los pacientes. Los cuestionarios se administraron con conocimiento y autorización del consentimiento informado verbal y escrito de las madres de familia de los niños y con el consentimiento verbal de las mismas después de explicarles el objetivo de la investigación. Se respetó la información procedente de los cuestionarios sin alterarlos, para poder obtener un resultado confiable y fidedigno. Además, se solicitó el consentimiento informado para la ejecución de este trabajo de investigación, la autorización de la Jefatura del establecimiento de salud.

Resultados y discusión

En la actualidad la población de madres adultas jóvenes va en aumento esto se demuestra en que de las madres encuestadas la edad con mayor porcentaje es de 25 años, edades en las que se debe trabajar en forma permanente en la promoción de las vacunas ya que cuentan con niños menores de 1 año y están empezando su esquema de vacunación, teniendo en cuenta las condiciones familiares que generalmente atraviesan.

Cabe mencionar que el estudio se realizó en el distrito de la Victoria (población 2016 es de 174,418 hab.), Lince (51,000 hab.) y San Luis (58,485 hab.). Se evidencia según los resultados, el hecho de ser madres con pareja convivientes influye en cumplimiento del calendario de vacunación afectando las coberturas de vacunación.

Los resultados de la fase cuantitativa, aplicado a 350 madres con hijos menores de 1 año que asisten a los consultorios de Inmunizaciones de la Micro Red 3 de la RED LIMA, muestra que el promedio de edad de las madres fue de 24.5 ± 6.7 años, y el promedio de la edad de los niños de las 345 madres encuestadas fue de 6.5 ± 3.0 meses. Los resultados sobre el cumplimiento

del esquema de vacunación, presenta un cumplimiento irregular de 46.1% y un cumplimiento regular de 53.9%, como se detalla en la Tabla 4.

Tabla 4. Distribución del Cumplimiento del esquema de Vacunación

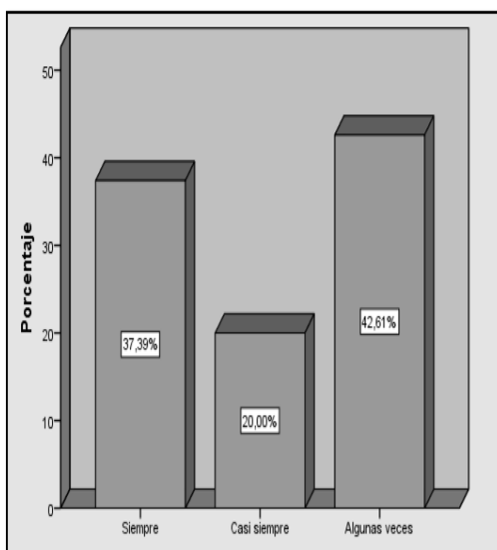
| CALENDARIO DE VACUNACIÓN | N | % |
|--------------------------|------------|--------------|
| COMPLETA | 186 | 53,9 |
| INCOMPLETA | 159 | 46,1 |
| Total | 345 | 100,0 |

Fuente: [Autor]

A pesar de que hay una mayoría de los niños tiene una vacunación completa, hay una alarma porque los niños que no tienen estas vacunas son de gran proporción. Es necesario entonces formular interrogantes sobre los factores que impiden que esa cantidad no tengan sus dosis de vacunas y que sean, a futuro, posibles pacientes de diversas enfermedades. Uno de ellos es la falta de educación en función de la salud de los niños. El 50% de madres encuestadas desconoce las enfermedades que previene la vacunación lo que quiere decir que, pese a la educación que brinda el personal de enfermería al momento de la vacunación no es suficiente

Además, si al acudir al centro de salud se encuentra las vacunas necesarias para los niños, de las 345 madres encuestadas que el 42.6% (n=147) solo encuentran algunas veces. El 37.4% (n=129) siempre y el 20% (n=69) casi siempre. Concluyendo que el 53 % de madres encuestadas no encuentran todas las vacunas necesarias para sus niños, como se puede observar en la Figura 2.

Figura 2. Al acudir a su cita, encuentra las vacunas que necesita su niño.



Fuente: [Autor]

Esta situación produce un desconcierto debido a que la secuencia de las vacunas se va perdiendo, produciendo a su vez estrés en las madres. Esta situación puede ser diversa, una de ellas es la logística para que dichas vacunas lleguen al centro de salud, otra es el factor humano que labora en dicha área.

Así mismo, del total de 345 madres encuestadas que participaron en el estudio, el 60.3% (n=208) el horario de atención de los centros de salud es solo por las mañanas, el 21.4% (n=74) atiende mañana y tarde, el 9.6% (n=33) en las mañanas y algunos días en las tardes. Acerca del tiempo de espera en el servicio de vacunas: de un total de 345 madres encuestadas que participaron en el estudio, el 33.9% (n=117) esperan de 1 hora y 31min a 2 horas para ser atendidos, el 28.4% (n=98) esperan 1 hora y 1 min. a 1 hora y 30min, el 26.7% (n=92) de 31 min. a 1 hora y el 11.0% (n=38) esperan de 15 min. a 30min, como se muestra en la Tabla 5.

Tabla 5. Distribución del Tiempo de espera en el servicio de vacunación

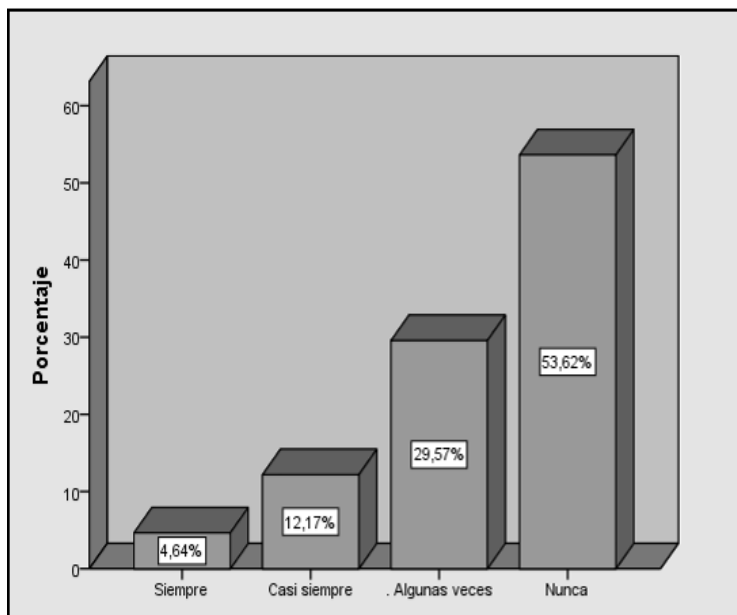
| Tiempo de espera | N | % |
|----------------------------------|------------|--------------|
| 15 min. a 30min | 38 | 11,0 |
| 31 min. a 1 hora | 92 | 26,7 |
| 1 hora y 1 min. a 1 hora y 30min | 98 | 28,4 |
| 1.31min a 2 horas | 117 | 33,9 |
| TOTAL | 345 | 100.0 |

Fuente: [Autor]

Este factor es importante. El cansancio que genera la espera por la vacuna puede afectar la condición física y psicológica por lo que puede incrementar sus efectos secundarios posteriores a la vacunación. También, el tiempo de espera instituye una barrera de acceso al servicio de vacunas, causando insatisfacción al usuario. Por todo ello, se observó que el tiempo de espera es inadecuado, esto hace que la madre se vaya insatisfecha del establecimiento de salud y así la próxima cita no pueda regresar con confianza para la siguiente dosis programada.

Se observa acerca de la información que brinda la Enfermera sobre la importancia de vacunar al niño(a), de un total de 345 madres encuestadas que participaron en el estudio, el 53.6% (n=185) nunca recibe información, el 29.6% (n=102) algunas veces, el 12.2% (n=42) casi siempre y el 4.6% (n=16) siempre reciben información, como se visualiza en la Figura 3.

Figura 3. Explicación de la enfermera sobre la importancia de vacunar oportunamente.



Fuente: [Autor]

De esta situación, una contraindicación errónea o falsa creencia suscitada por el mismo usuario o profesional respecto a las vacunas, por lo que se considera perjudicial para la salud de la población infantil, no solamente conllevan retrasos innecesarios para la adecuada protección, sino que además favorecen la propagación en la sociedad de creencias erróneas con relación a las situaciones en las que se puede o no vacunar al niño. Este estudio permitirá a optar estrategias para luchar contra ellas para no perder oportunidades de vacunar a los niños que no tienen completas sus inmunizaciones y así mejorar las coberturas de vacunación en la población infantil.

Se observa en relación a las características socioeconómicas, con respecto a la condición de ocupación de las 345 madres encuestadas que el 64.3% (n=222) no tienen ocupación. En cuanto a la ocupación el 62.0% (n=214) de madres, se dedican al cuidado de su casa. De otro lado el ingreso económico de la mayoría de las madres, el 23.5%, (n=81), gana de 1001 a 1400 soles y con respecto a la tenencia de la vivienda el 60.6%(n=209) son alquiladas, tal como se describe en la Tabla 6.

Tabla 6. Distribución de las características Socioeconómicas.

| CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS | | |
|---|------------|--------------|
| Condición de la Ocupación | N | % |
| Trabajadora Estable | 45 | 13,0 |
| Eventual | 78 | 22,6 |
| Sin Ocupación | 222 | 64,3 |
| Ocupación | | |
| Ama de casa | 214 | 62,0 |
| Estudiante | 19 | 5,5 |
| Obrera | 19 | 5,5 |
| Comerciante Formal | 14 | 4,1 |
| Comerciante Informal | 40 | 11,6 |
| Otros | 39 | 11,3 |
| Ingreso Económico | | |
| Menor al sueldo básico | 44 | 12,8 |
| Sueldo básico (850 soles) | 69 | 20,0 |
| Mayor al sueldo básico (850 a 1000 soles) | 71 | 20,6 |
| De 1001 a 1400 soles | 81 | 23,5 |
| De 1401 a 1800 soles | 39 | 11,3 |
| De 1801 a más | 41 | 11,9 |
| Tenencia de Vivienda | | |
| Propio | 26 | 7,5 |
| Alquilada | 209 | 60,6 |
| Alojada | 108 | 31,3 |
| Cuidado | 2 | 6,0 |
| TOTAL | 345 | 100.0 |

Fuente: [Autor]

De esta distribución, el contar con mayor porcentaje de madres de familia, casados con un nivel superior y con un ingreso económico familiar (básico), beneficia a los niños e incide directamente en el bienestar del grupo familiar, en especial de los hijos menores de edad, por lo tanto, se podría considerar al factor socioeconómico como un factor predisponente al cumplimiento regular del esquema de vacunación del niño y así mejorar las coberturas de vacunación.

Sobre los resultados de la fase cualitativa, cada entrevista tuvo una duración aproximada de 40 minutos a 1 hora, realizadas individualmente en un ambiente grato, y manteniendo un clima de cordialidad durante todo el proceso, garantizándose la confidencialidad de las versiones vertidas por cada persona, y transcritas con fines meramente académicos. En relación al análisis que poseen sobre la situación actual de las coberturas de vacunación, las personas entrevistadas poseían una apreciación muy clara de lo que está ocurriendo actualmente y porque es necesario elevar las coberturas, que factores se relaciona, percibiendo una actitud favorable en apoyo a la investigación del problema mencionado y así mejorar la salud de la población menor de un año.

En relación al conocimiento de sus coberturas de vacunación el 90 % de Licenciados de enfermería mencionan sus coberturas de vacunación, en cambio nos llamó la atención la percepción de la totalidad de médicos responsables de los diferentes establecimientos de no tener los datos claros pues en sus argumentos refieren que eso se encarga el responsable de la estrategia de inmunizaciones.

Por otra parte, hay cierto malestar de los Licenciados por sobrecarga laboral. Otro elemento que resaltó en la totalidad de los establecimientos de salud es la carencia de un sistema de información en vacunación en diferentes subsectores de salud como es Salud, Fuerzas Armadas, Policiales, privado y otros, generando una gran desventaja, seguimiento oportuno y preciso para las coberturas de vacunación de niños y niñas de la microred 3.

La percepción de los profesionales de la salud en su gran totalidad, muestran debilidad, ausencia sobre las capacitaciones y directivas de vacunas, a nivel central del MINSA no efectúa ninguna capacitación a los responsables de vacunas. La limitada capacitación al recurso humano, traería como consecuencia una débil capacidad de respuesta frente a las necesidades y demandas de la población. El 90% del personal responsable de la estrategia de inmunizaciones presenta una escasa percepción sobre el Padrón Nominal de niños y niñas, En su totalidad solo trabajan con el libro de seguimiento. Estos seguimientos en su gran mayoría solo lo realizan en sus guardias comunitarias y es abordado por el personal técnico de enfermería. Débilmente se realiza el trabajo extramural.

En relación a la Entrega oportuna de biológicos, el profesional del establecimiento de salud refiere que mensualmente solicitan su requerimiento de biológicos de los cuales el 80% no coinciden con lo solicitado. Nos llamó la atención la percepción que tienen los profesionales de salud, sobre el recojo de biológicos la ubicación de distribución es muy alejada a los centros de salud (Rímac), también las movilidades que ellos tienen que cubrir para el recojo de las vacunas, siendo entregadas después de dos a tres meses, se observa un gran desencanto en la mayoría.

Sobre las principales conclusiones obtenidas, existe una clara relación significativamente entre factores y cobertura de vacunación, en especial los factores culturales e institucionales, además de ello podemos observar que es un problema de salud pública al no lograr las coberturas de vacunación, y respecto a las características sociodemográficas la mayoría son de procedencia de la Costa, estado civil conviviente, grado de instrucción secundaria y religión de las madres católicas. Se llegó a la conclusión que no influye significativamente en las coberturas de vacunación. Además, Los factores socioeconómicos en su mayoría no tienen ocupación dedicándose las madres a su casa, viviendo en casas alquiladas y teniendo un ingreso económico

moderadamente. Se recomienda promocionar cambios de culturales de madres con niños menores de un año y también suscitar cambios institucionales en todo el personal de salud y médicos responsables de la atención del centro de salud, sensibilizando el continuo seguimiento para combatir y mejorar las coberturas de vacunación en Red Lima, evitando las enfermedades prevalentes.

Referencias

1. Acosta, E., Vignolo, J., Repetto, M., Hernández, S., Palomino, G., & Silva, S. (2004). Cobertura de vacunas en niños menores de seis años, internados en el Servicio "B" de Pediatría del Centro Hospitalario Pereira Rossell de mayo a junio del 2000. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 75(3), 220-223. Obtenido de <http://www.scielo.edu.uy/pdf/adp/v75n3/v75n3a03.pdf>
2. Arroyo Sánchez, A. N. (2018). *Frecuencia de Factores Asociados a la Cobertura de Vacunación en Niños: Subanálisis ENDES*. Lima, Perú: Trabajo de grado para optar al título de Médico Cirujano de la Universidad Nacional Federico Villarreal. Obtenido de <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/1684>
3. Barberà, J. P., Domingo, J. D., Rives, M. R., & Coberturer, C. (2006). *VACUNAS EN LA INFANCIA Y EN EL ADULTO*. Obtenido de <http://publicaciones.san.gva.es/docs/dac/guiasap036vacunas.pdf>
4. Benites, C. H. (2014). *Conocimientos, prácticas y actitudes de las madres sobre la vacunación en sus hijos menores de 5 años, en el CS Jaime Zubieta, 2012*. Lima, Perú: Trabajo de grado para optar al título de Especialista en Enfermería en Salud Pública de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Obtenido de http://ateneo.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/123456789/4281/Huachaca_Benites_Cynthia_2014.pdf?sequence=1
5. Espinoza Torres, A. M. (2019). *Factores culturales del incumplimiento del esquema de vacunación por madres de menores de 3 años, Micro Red Langa-Perú 2019*. Lima, Perú: Trabajo de grado para optar al título de Licenciada en Enfermería de la Universidad César Vallejo. Obtenido de http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/38275/Espinoza_TAM.pdf?sequence=1&isAllowed=y
6. Gentile, Á., Bakir, J., Firpo, V., Caruso, M., Lución, M. F., Abate, H. J., & Debbag, R. (2011). Esquemas atrasados de vacunación y oportunidades perdidas de vacunación en niños de hasta 24 meses: estudio multicéntrico. *Archivos argentinos de pediatría*, 109(3), 219-225. Obtenido de https://www.researchgate.net/profile/Julia_Bakir/publication/279767516_Delayed_vaccine_schedule_and_missed_opportunities_for_vaccination_in_children_up_to_24_months_A_multicenter_study.pdf
7. Iskander, J. K., Gidudu, J., Arboleda, N., & Huang, W. T. (2008). Selección de los principales problemas de seguridad de las vacunas. *Annales Nestlé (Ed. española)*, 66(2), 93-102. Obtenido de <https://www.karger.com/Article/Pdf/173258>

8. Liberato, S. L., & Hernández, M. (1996). Vacunación infantil: Cobertura, conocimientos y actitudes de la población. Estudio en un Área de Salud. *An Esp Pediatr*, 44, 464-468. Obtenido de <https://www.aeped.es/sites/default/files/anales/44-5-14.pdf>
9. Lombardo, E., Hernández, H., & Lucas, E. (2012). Oportunidades perdidas de vacunación en la Consulta Externa de Pediatría. *Acta Pediátrica de México*, 33(3), 133-136. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/4236/423640337006.pdf>
10. MCLCP. (24 de Agosto de 2017). *SITUACIÓN DE LA COBERTURA DE VACUNAS PARA LOS MENORES DE 3 AÑOS*. Recuperado el 08 de Agosto de 2020, de https://www.mesadeconcertacion.org.pe/sites/default/files/archivos/2017/documentos/09/reportevacuna_sgtsalud240817vrev6.pdf
11. Merino, A. H. (2005). Papel de los centros de Atención Primaria en los programas de vacunación infantil. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 7(Suplemento 4), 29-41. Obtenido de <https://pdfs.semanticscholar.org/b188/b85b5f2fe4379c4cb413a06560283dd50eff.pdf>
12. Palella Stracuzzi, S., & Martins Pestana, F. (2010). *Metodología de la investigación cuantitativa*. Caracas, Venezuela: FEDUPEL, Fondo Editorial de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador.
13. Pérez, A., & González Negri, M. R. (2002). Comentarios sobre la seguridad de las vacunas. *Arch Argent Pediatr*, 100(1), 54-60. Obtenido de <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2002/54.pdf>
14. Rodríguez del Águila, T. (2017). *Eficacia de la inmunización casa por casa contra Sarampión en niños menores de 05 años, Jurisdicción Red de Salud Lima Ciudad, año 2016*. Lima, Perú: Trabajo de grado para optar al título de Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud de la Universidad César Vallejo. Obtenido de http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/15062/Rodr%c3%adguez_DAT.pdf?sequence=1&isAllowed=y
15. Sánchez, N. G. (2018). Novedades en vacunas, ¿qué tenemos que saber para estar actualizados? *PEDIATRÍA ATENCIÓN PRIMARIA*, 20(Suplemento 27), 51-60. Obtenido de http://archivos.pap.es/files/1116-2415-pdf/05_Novedades_vacunas.pdf
16. Soriano Moreno, A. N., & Scherman Razzeto, J. (2020). *Factores asociados a la vacunación incompleta en niños de 1 año de edad en Perú: Análisis de la ENDES 2017*. Lima, Perú: Trabajo de grado para optar al título de Médico Cirujano de la Universidad Peruana Unión. Obtenido de https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/2979/Anderson_Tesis_Licenciatura_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y
17. Vázquez Fernández, M. E., Bustamante Marcos, P., Herrero Bregón, B., Muñoz Moreno, M. F., Santiago García, M. D., & Barriada Álvarez, L. (2012). Vacunas infantiles no financiadas: ¿cuál es la cobertura en un centro de salud urbano? *Pediatría Atención Primaria*, 14(53), 21-26. Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/pap/v14n53/original2.pdf>
18. Vicario, M. I., & Hidalgo, M. G. (2007). *Cobertura vacunal. Manual de Atención al Paciente inmigrante*. España. Obtenido de https://www.sepeap.org/wp-content/uploads/2014/02/cober_vacunal.pdf

©2020 por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia

Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)

(<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).