



UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR
SEDE CENTRAL
Sucre - Bolivia

CURSO DE MAESTRIA EN “SALUD PÚBLICA”

“PERCEPCION DE LOS PADRES DE FAMILIA
RESPECTO A LA VACUNACION DE NIÑOS EN EL
MUNICIPIO DE CAPINOTA 2005”

“Tesis presentada para obtener el grado
Académico de magíster en salud pública”

ALUMNA: Ana Rosario Salazar Jaldín

COCHABAMBA – BOLIVIA
2007



UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLIVAR
SEDE CENTRAL
Sucre - Bolivia

CURSO DE MAESTRIA EN “SALUD PÚBLICA”

“PERCEPCION DE LOS PADRES DE FAMILIA
RESPECTO A LA VACUNACION DE NIÑOS EN EL
MUNICIPIO DE CAPINOTA 2005”

“Tesis presentada para obtener el grado
Académico de magíster en salud pública”

ALUMNA: Ana Rosario Salazar Jaldín

TUTOR : Dr. Amadeo Rojas Armata

COCHABAMBA – BOLIVIA
2007

DEDICATORIA

Con mucho amor a mis hijos Karen y Kevin, a quienes debo mi existencia y gratitud por la fuerza y esperanza que me brindaron desde el momento de su existencia para seguir adelante y luchar contra las adversidades para mi meta trazada.

RESUMEN

Las bajas coberturas registradas inferiores al 80% en dos gestiones consecutivas 2004-2005 en el municipio de Capinota, llamó la atención al personal de salud y autoridades locales, con quienes se prioriza los problemas de salud por el método CENDES/OPS. Como resultado de este proceso el problema con más peso y prioritario son las bajas coberturas de vacunación en niños menores de cinco años.

Ello conduce a la elaboración de la presente investigación, con el objetivo de conocer la percepción de los padres de familia respecto a la vacunación de niños menores de cinco años, para tomar estrategias que permitan mejorar las coberturas EN EL Programa Ampliado de Inmunizaciones.

Se realizó amplia revisión bibliográfica de estudios realizados en el contexto Nacional, Departamental y municipal sobre el tema abordado, donde se plantea marco teórico bajo el enfoque cualitativo enfrenteado a temas multiculturales, en un mundo complejo lleno de tradiciones caracterizado por la diversidad y el conflicto, las fuentes de procedencia de estos tópicos se basa en el enfoque epidemiológico, orientado a la prevención de las enfermedades inmunoprevenibles, tomando en cuenta conocimientos de los padres de familia respecto a la vacunación de niños en menores de cinco años.

La investigación es de tipo cualitativa porque proporciona profundidad de comprensión acerca de la respuesta humana, es de tipo interpretativa, trata aspectos contextuales y emocionales de los padres de familia, utilizando la técnica de grupos focales en los que participaron padres de familia.

Se utilizó la técnica de grupos focales para la recolección de los datos, con doce padres de familia en cada grupo, se considero suficiente y representativa la participación de 36 padres de familia por saturación, cuando se observaba que las opiniones de los padres de familia se repetían en más del 90% y que la información proporcionada no aportaba ninguna información relevante.

Se siguió rigurosamente los procedimientos establecidos desde la recolección de datos, sistematización y análisis de la información obtenida.

En el análisis se evidencia que existe interrelación entre el sistema formal representado por los diferentes servicios de salud del municipio y la medicina tradicional respectó a la importancia de hacer vacunar a los niños y los beneficios que tiene para la salud de los mismos en las diferentes comunidades.

Sin embargo existe un choque entre ambos sistemas, respecto a la calidad de atención que brinda el personal de salud en los servicios, el idioma nativo de los padres de familia que es poco practicado por los servidores en salud y la falta de respeto a sus costumbres y creencias por parte del personal de salud.

Es evidente que los padres de familia reconocen la importancia y los beneficios de las vacunas para los niños principalmente en menores de dos años, sin embargo aún persiste la desconfianza, temor, inseguridad para hacer vacunar a sus niños después del accidente vacunal suscitado en la Comunidad de Apillapampa, con fallecimiento de tres niños en gestiones pasadas.

Los padres de familia en su mayoría de origen quechua, tienen percepciones, sentimientos relativos al uso de vacunas en los niños menores de cinco años, que corresponden a una visión del mundo andina, donde se evidencia que se encuentran en armonía el sistema formal y la tradicional.

La indiferencia, falta de empatía de los prestadores de salud, las oportunidades perdidas de vacunación son factores que se encuentran en choque entre el sistema formal y la medicina tradicional. Porque en las zonas rurales la salud-Enfermedad, atribuyen a poderes sobre-naturales; por esta razón las enfermedades deben ser curados por yatiris a través de ofrendas a la “Pachamama”, (madre de la tierra), que en muchos casos no requieren de la medicina moderna.

Para revertir la situación se requieren esfuerzos mancomunados para: Intensificar la Información, educación y Comunicación a los padres de familia y población, en su idioma nativo, fortalecer la proyección comunitaria, mediante atenciones multiprogramáticas, participación activa de autoridades locales durante las vacunaciones. Respetando creencias, costumbres respecto a la concepción del proceso salud-Enfermedad, atribuidas a poderes sobre-naturales; y promover el tratamiento tradicional incorporado al saber científico.

TABLA DE CONTENIDOS

CAPITULO I. INTRODUCCIÓN

| | PAG. |
|-------------------------------------|------|
| 1.1.-ANTECEDENTES | 1 |
| 1.2. PROBLEMA DE INVESTIGACION..... | 4 |
| 1.3 JUSTIFICACION | 5 |
| 1.4 OBJETIVOS | 6 |
| 1.4.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS..... | 6 |

CAPITULO II – MARCO CONTEXTUAL

| | |
|--|----|
| 2.1. MARCO CONTEXTUAL | 7 |
| 2.2. COTEXTO SOCIO ECONOMICO DEL MUNICIPIO | 7 |
| 2.2.1. LIMITES TERRITORIALES..... | 9 |
| 2.2.2 . DIVISION POLITICA ADMINISTRATIVA | 9 |
| 2.2.3. ESTRUCTURA POR EDAD Y SEXO DE LA POBLACIÓN..... | 9 |
| 2.2.4. ESTRUCTURA ECONÓMICA | 11 |
| 2.2.5. EDUCACIÓN..... | 11 |
| 2.2.6. SERVICIOS BASICOS DE VIVIENDA | 12 |
| 2.2.7. SERVICIOS DE ALCANTARILLADO..... | 13 |
| 2.2.8. FUENTES Y USO DE ENERGIA..... | 14 |
| 2.2.9. CALIDAD DE LA VIVIENDA | 14 |
| 2.2.10. SERVICIOS DE SALUD..... | 15 |
| 2.2.11. DETERMINACIÓN DE PRIORIDADES | 18 |

CAPITULO III – MARCO TEORICO

| | |
|---|----|
| 3.1. MODELO EPIDEMIOLOGICO..... | 20 |
| 3.2. NIVELES DE PREVENCION..... | 22 |
| 3.3. VACUNAS..... | 23 |
| 3.4. PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES..... | 33 |

| | |
|---|----|
| 3.5. ACTITUDES Y PRACTICAS DE LA POBLACIÓN FRENTE A LA VACUNACIÓN Y OTROS RELACIONADOS..... | 35 |
|---|----|

CAPITULO IV – METODOLOGIA

| | |
|---|----|
| 4.1. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN..... | 40 |
| 4.2. TIPO DE ESTUDIO | 41 |
| 4.3. AREA DE ESTUDIO..... | 41 |
| 4.4. POBLACIÓN Y MUESTRA..... | 41 |
| 4.5. FUENTES DE INFORMACIÓN..... | 43 |
| 4.6. TECNICAS DE RECOLECCION DE INFORMACIÓN..... | 43 |
| 4.6.1. ELABORACIÓN DE LA GUIA DE GRUPOS FOCALES..... | 43 |
| 4.6.2. CONFORMACION Y DESARROLLO DE LA TECNICA DE GRUPOS FOCALES..... | 44 |
| 4.7. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN..... | 51 |
| 4.8 TRIANGULACION | 52 |

CAPITULO V - ANALISIS

| | |
|--|----|
| 5.1.- PERCEPCIONES RESPECTO A LOS BENEFICIOS DE LAS VACUNAS EN LOS PADRES DE FAMILIA EN EL MUNICIPIO DE CAPINOTA..... | 54 |
| 5.1.1.- PERCEPCIONES RESPECTO A LAS DESVENTAJAS DE LAS VACUNAS EN LOS PADRES DE FAMILIA EN EL MUNICIPIO DE CAPINOTA..... | 59 |
| 5.2.- EXPLORAR LAS PERCEPCIONES RESPECTO A LOS RIESGOS DE LA VACUNACIÓN EN NIÑOS DE LOS PADRES DE FAMILIA EN EL MUNICIPIO DE CAPINOTA..... | 60 |
| 5.3.- DESCRIBIR EL ROL QUE TIENEN LAS VACUNAS EN LA COSMOVISIÓN ANDINA, DE LOS PADRES DE FAMILIA EN | |

| | |
|----------------------------------|----|
| EL MUNICIPIO DE CAPINOTA..... | 68 |
|----------------------------------|----|

CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

| | |
|----------------------------|----|
| 6.1: CONCLUSIONES..... | 73 |
| 6.1.1. BARRERAS..... | 73 |
| 6.1.2. VIABILIZADORES..... | 74 |
| 7.2: RECOMENDACIONES..... | 76 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 80 |

ANEXOS

LISTA DE ANEXOS

ANEXO N° 1

MAPA DE BOLIVIA Y DEPARTAMENTO DE COCHABAMBA

ANEXO N° 2

MAPA DE LIMITES TERRITORIALES DEL MUNICIPIO DE CAPINOTA

ANEXO N° 3

MAPA DIVISION POLITICO ADMINISTRATIVA MUNICIPIO
CAPINOTA

ANEXO 4

GUIA GRUPO FOCAL

ANEXO N° 5

MAPA INFRAESTRUCTURA EDUCATIVA

ANEXO N° 6

CODIGOS ASIGNADOS A LOS PARTICIPANTES EN EL DESARROLLO DE
LOS GRUPOS FOCALES

ANEXO N° 7

FOTOS DURANTE EL DESARROLLO DEL PRESENTE ESTUDIO

CAPITULO I INTRODUCCIÓN

1.1.- ANTECEDENTES

Las enfermedades infecciosas prevenibles por vacunas no han desaparecido, si bien el descubrimiento de las vacunas ha logrado el control, por cierto con gran eficacia, de algunas enfermedades como la viruela, la poliomielitis y actualmente el sarampión que está en camino a la erradicación, existen otras enfermedades infecciosas causantes de alrededor de las dos terceras partes de las muertes de niños menores de 5 años. En los años 90 se han presentado algunos brotes de tos ferina, tétanos, difteria, parálisis flácida, rubéola y sarampión, a pesar de haber intensificado las acciones de vacunación, se notificaron casos especialmente en áreas rurales.

La OMS en 1974 lanzo el “Programa Ampliado de Inmunizaciones” (PAI), con la finalidad de incrementar las coberturas de inmunización contra las seis enfermedades prevenibles de mayor prevalencia entre los menores de un año, con muy buenos resultados hasta la fecha. Estos resultados se lograron gracias a la cooperación de algunas entidades como UNICEF, El Programa de la Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), agencias bilaterales, entidades financieras, ONGs y otros grupos políticos, religiosos y comunitarios.

El PAI ha movilizado recursos humanos, incrementado y formando agentes de salud, voluntarios y otros; ha mejorado la cadena de frío; se ha asegurado el abastecimiento y control de calidad de las vacunas, y finalmente ha mejorado el Sistema de Vigilancia de Enfermedades Transmisibles.

El PAI se ha implementado en Bolivia desde 1979; en ese momento la cobertura de niños menores de un año vacunados no alcanzaba ni al 20%, se logró aumentar la proporción de niños vacunados hasta el 82% para las terceras dosis de vacunas DPT y OPV (poliovirus oral), hasta el 98% con la vacuna

antisarampionosa y hasta el 93% con la BCG.

El año 2000 se implementa en Bolivia el Programa Ampliado de Inmunizaciones de segunda generación (PAI-II), para la vacunación a niños menores de 2 años y mujeres en edad fértil. El programa cubre, sin excepción todo el territorio nacional.

Desde su inicio el programa ampliado de inmunizaciones ha realizado intensas campañas de información, educación y capacitación del personal de salud y la población en general, con estrategias acordes al contexto socio-económico y cultural, fortaleciendo la demanda espontánea de vacunas en los servicios de salud.

No obstante, a pesar de los esfuerzos desplegados, todavía existe un porcentaje de cerca del 10% de niños y niñas menores de un año que teniendo derecho a la vacunación no acceden a este beneficio; cerca de 12 a 15% de niños y niñas menores de un año que tienen contacto con el personal de salud no completan su esquema de vacunación (Ministerio de salud, “Programa Ampliado de Inmunizaciones” La Paz Bolivia 2004 (10).

El informe de la Situación de la Salud de la Niñez Boliviana frente al Nuevo Milenio (Ministerio de Salud y Deportes 2000) sobre la evolución de las coberturas de vacunación, muestra porcentajes altos para todas las vacunas, sin embargo, estos porcentajes bajan cuando se trata de vacunas que requieren tres dosis. Así la encuesta de Demografía y Salud (ENDSA) 2003, muestra las coberturas de vacunación para BCG (una sola dosis) de 92,4%, para la primera dosis de la pentavalente de 93%, y para la última dosis del 65%, observándose que las terceras dosis son las que menor cobertura alcanzan. El informe del 2000 también muestra la tendencia de vacunar fuera del servicio, no permitiendo garantizar la sostenibilidad de las coberturas.

En el Departamento de Cochabamba, para el manejo del programa ampliado de inmunizaciones en la gestión 2001, el personal de salud ha sido capacitado por componentes modulares, interactivos, participativos, y con prácticas para la aplicación operativa de las nuevas normas y procedimientos.

Esta fase de capacitación marco un hito; por la amplia convocatoria y oportunidad para la participación de Auxiliares de enfermería, licenciadas, médicos, de todos los niveles de atención; donde se entrega un manual educativo a cada participante, y por ende a todo el personal de salud de la red de servicios de salud del municipio de Capinota (Fuente: Boletín informativo PAI, Volumen 4 N° 6 SEDES Epidemiología Cochabamba (16).

Sin embargo, aun existe en el personal de salud desconocimiento de estrategias que permitan vacunar al cien por ciento de los niños existentes en el Departamento. Esta situación se manifiesta por coberturas de vacunación inferiores al 100%, y la existencia de municipios de riesgo con menos del 80% de niños vacunados, siendo este factor determinante en la acumulación de susceptibles y por ende posibles brotes epidémicos.

En el Departamento de Cochabamba, según el Sistema de información en salud (SNIS), las coberturas de vacunación logradas son:

Tabla N° 1
Coberturas de vacunación en los años 2001 al 2005
Departamento de Cochabamba

| TIPO DE VACUNA | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 |
|-------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 3° PENTAVALENTE < 1 AÑO | 104% | 98% | 85% | 86% | 86% |
| BCG < 1 AÑO | 103 % | 100% | 89% | 101% | 94% |
| SRP 12 A 23M | 100% | 98% | 99% | 98% | 97% |

Fuente: Ministerio de salud SNIS, 2001-2005.

Según el Sistema de información en Salud, las coberturas de vacunación en el Municipio de Capinota han descendido significativamente en las dos últimas gestiones 2004 y 2005, en relación a datos históricos de gestiones pasadas.

Tabla N° 2
Coberturas de vacunación en los años 2001 al 2005
Municipio Capinota

| TIPO DE VACUNA | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 |
|-------------------------|-------|------|------|------|------|
| 3° PENTAVALENTE < 1 AÑO | 100% | 98% | 99% | 78% | 60% |
| BCG < 1 AÑO | 103 % | 100% | 99% | 79% | 63% |
| SRP 12 A 23M | 100% | 98% | 95% | 79% | 70% |

Fuente: Ministerio de salud SNIS, 2001 – 2005.

Las coberturas registradas en las últimas gestiones 2004 – 2005, son inferiores al 80%, a pesar de campañas masivas de educación, comunicación e información por medios locales existentes en el municipio (Canal de TV local CAPTEL y radio amazona); realizadas por el personal de salud.

1.2 EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Las bajas coberturas registradas en los últimos años, se atribuyen a factores socio-culturales, y se ha acentuado, por el accidente vacunal ocurrido en el municipio el 2004, que produjo el fallecimiento de 3 niñas post-vacunación. Esta situación conlleva a la acumulación de susceptibles de las enfermedades inmunoprevenibles y por ende posibles brotes epidémicos.

Descripción del accidente vacunal sucedido en la comunidad de Apillapampa: El 18 de Abril del 2004, un equipo del Hospital Capinota asistió a la inauguración del Centro de Salud en la comunidad de Apillapampa, donde también se programó campaña de vacunación con amplia participación de autoridades locales, Organismos de Cooperación y personal de salud, incluido

estudiantes de enfermería de diferentes Universidades del Departamento de Cochabamba. Durante el desarrollo de la campaña de vacunación sucedió el accidente vacunal, diluyeron la vacuna SRP con un anestésico TRACRIUM, aplicaron la vacuna a tres niñas, procedentes de diferentes comunidades las tres fallecieron en los treinta minutos siguientes.

Es preocupación del personal de salud y autoridades locales, el rechazo a las vacunaciones por la población en general, motivo por el cual se prioriza este problema que es objeto de investigación.

Las preguntas de investigación planteadas son las siguientes:

- 1.- ¿Cuál la percepción de los padres de familia respecto a la utilidad de las vacunas en los niños?
- 2.- ¿Cuál la percepción de los padres de familia respecto a los riesgos de la vacunación en niños ?
- 3.- ¿Cuál el rol que tienen las vacunas en la cosmovisión de los padres de familia?

1.3.- JUSTIFICACIÓN:

Los resultados de la presente investigación contribuirán a comprender mejor y en profundidad, las percepciones de los padres de familia del municipio de Capinota, en cuanto a la vacunación de sus niños. Este conocimiento coadyuvará a la definición de estrategias, que permitan orientar mejor los programas educativos y las campañas de vacunación, con el propósito de superar los temores, desconfianza y otros obstáculos, que han surgido después del accidente ocurrido, y se viabilice la vacunación del total de niños existentes en el municipio.

Las inmunizaciones son las intervenciones de la atención primaria de salud que muestran un mayor resultado en cuanto a la relación costo eficacia, porque tienen efectos importantes no solo en la disminución directa de las enfermedades y muertes, sino también porque contribuyen en la ruptura del ciclo de desnutrición e infección exacerbada por estas enfermedades. Por tanto, todo conocimiento que permita mejorar las coberturas, será beneficioso para asegurar la salud de los niños y niñas de la región, a través de la disminución de morbi- mortalidad y brotes epidémicos por enfermedades inmunoprevenibles

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la percepción de los padres de familia respecto a la vacunación de niños menores de cinco años en el Municipio de Capinota, gestión 2005.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.- Identificar las percepciones respecto a los beneficios de las vacunas que tienen los padres de familia en el municipio de Capinota.
- 2.- Explorar las percepciones de los padres de familia, respecto a los riesgos de la vacunación para los niños.
- 3.- Describir el rol que tienen las vacunas en la cosmovisión andina, según la visión de los padres de familia en el municipio de Capinota.

CAPÍTULO II

MARCO CONTEXTUAL

Bolivia es un país multicultural y plurilingüe, situado en el corazón de la América del Sur, se divide políticamente en nueve Departamentos de la que forma parte Cochabamba. (Anexo N° 1).

De acuerdo al censo de población y vivienda del 2001(6) tiene una población de 1.455.711 Habitantes, de los cuales en el área urbana viven 856.409 (41%) y 599.302 (59%) personas en el área rural, con una tasa anual de crecimiento ínter censal en el periodo 1992 al 2001, del 2.93. El 49.46% (642,917 personas) se identifican a si mismas como originarias de al cultura quechua, el 25.64% (230759 personas), no se auto-identifican con idioma originario alguno.

El Departamento se divide política y administrativamente en 16 provincias y 45 municipios, uno de ellos es el Municipio Capinota, cuyas características particulares se describen a continuación. (Anexo N° 1).

2.1. CONTEXTO SOCIO ECONÓMICO DEL MUNICIPIO CAPINOTA.

Capinota es una de las 16 provincias rurales del Departamento de Cochabamba, ubicado en el valle bajo a 65 Km. de la capital (INE Bolivia 2001). Hasta 1908 formó parte de la provincia Arque, no obstante el 1° de Octubre de ese año, fue separada de la misma mediante ley, bajo la presidencia de Ismael Montes (Plan de desarrollo Municipal Capinota 2003, PDM (22).

Se encuentra dividida en tres secciones, Capinota, Sicaya y Santivañez. La investigación se realiza en la primera sección municipal Municipio Capinota.

FOTO N° 1**CENTRO POBLADO MUNICIPIO CAPINOTA**

El origen de la palabra Capinota, tiene dos versiones: La primera versión quechua, indica que durante el reinado del Inca Huayna Capac, este envió un chasqui con una correspondencia, quien al llegar al lugar exclamó “KAYPI NOTA”, que significa aquí esta la nota.

La segunda versión Aymara, que según los líderes comunales es la valedera, proviene de dos voces “KAPUNUTA”, que significa manojos de la punta de tuna, forma que posee el cerro Pocotayca, representativo del pueblo. (Caillares José, Pag 6, 1998. (3).

2.1.1.- Límites territoriales y superficie.

El Municipio de Capinota limita al norte con Santiváñez, (segunda sección municipal de Capinota), al sur con el Departamento de Potosí, al este con la provincia Esteban Arce y al Oeste con Sicaya (Tercera sección municipal de Capinota). El municipio tiene aproximadamente una superficie de 825 Km². Anexo N° 2).

2.1.2. División Política – Administrativa

El Municipio de Capinota, se encuentra conformada por: 6 Cantones, 11 Distritos, 14 Juntas Vecinales y 46 Comunidades. A continuación se describe la creación de los 6 cantones:

Capinota (Mención en la ley 7 de Noviembre de 1882), en este cantón se encuentra ubicada la capital provincial del mismo nombre; Tocoalla (creado según ley 6 de Diciembre de 1962), Charamoco (creado según ley del 15 de Diciembre de 1908), sin embargo no cuenta con límites geográficos definidos, Apillapampa (creación en trámite desde 1962), Villcabamba (mención en ley del 1° de Octubre de 1908) y Marcavi (sin antecedentes legales de creación). (Fuente: Romero Gualberto, 2000 (20).(Anexo N° 3).

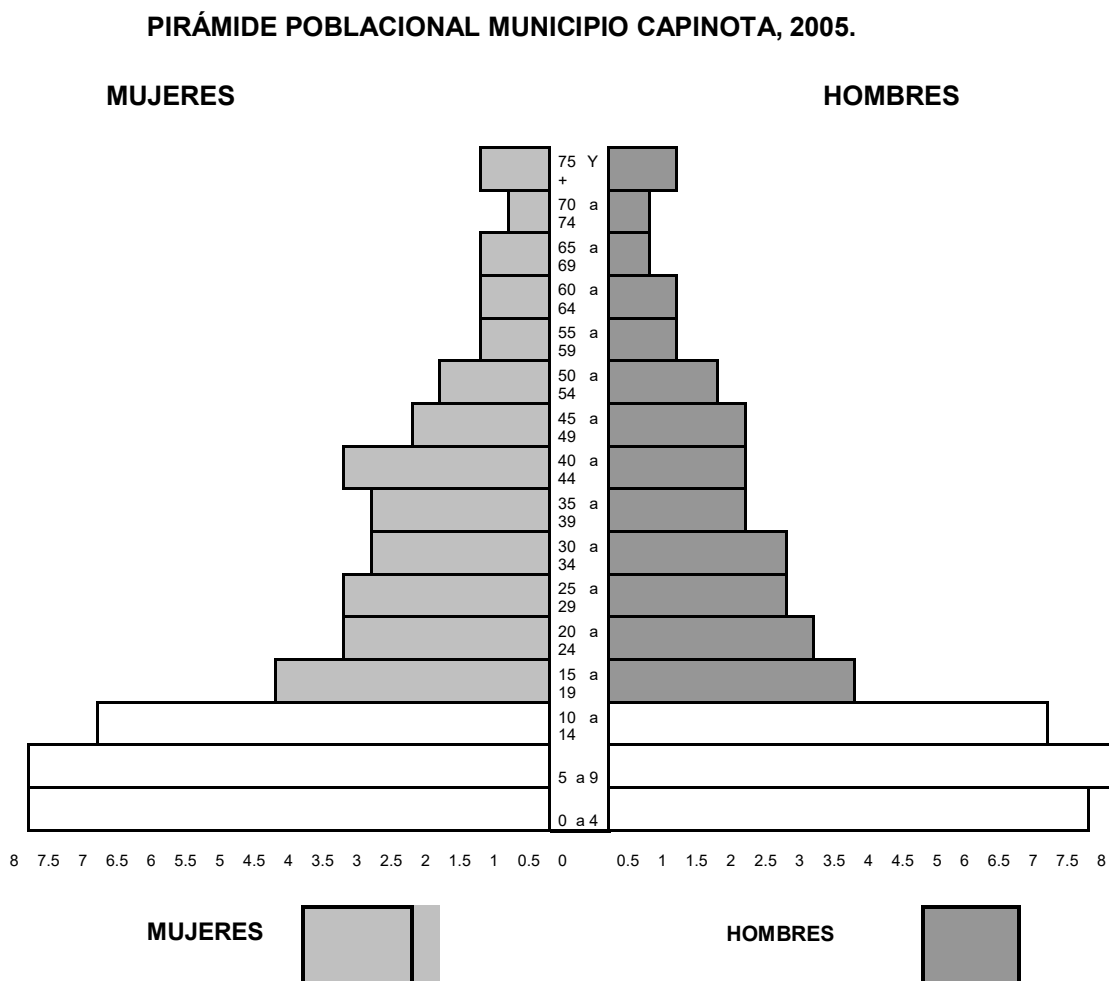
2.1.3. Estructura por Edad y Sexo de la Población.

De Acuerdo al censo de población y vivienda 2001, el municipio de Capinota tiene una población de 15.721 habitantes, de los cuales 7.678 son varones y 8.043 son mujeres. El 56% de la población está concentrada en el área urbana y el 44% en el área rural; (PDM Capinota 2003), siendo el cantón de Capinota con mayor proporción de población urbana, seguida de Apillapampa y Villcabamba. Los cantones restantes se caracterizan por tener población eminentemente rural.

La población del Municipio de Capinota refleja el comportamiento de la población Boliviana, dado que la mayor población tiene menos de 15 años,

7.156 habitantes que representan el 45.51 % de la población total, de ahí la importancia del desarrollo continuo de actividades preventivas del sector de Salud. A continuación se presenta la pirámide poblacional del municipio.

GRAFICA N° 1



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Censo Población y Vivienda, 2001.

La estructura por edad y sexo en el municipio, concuerda con las características de las pirámides de América Latina, Bolivia, y del Departamento de Cochabamba, mostrando la característica de pirámide de tipo expansiva, con base ancha, y población eminentemente joven; constituyéndose los niños menores de 15 años en el 45.5%, y los mayores de 65 años solo el 2.5% de la población total; edades extremas en las que son altas tasas de mortalidad. Así mismo en las

edades de 10 a 19 años, se hace evidente una clara tendencia hacia la disminución, lo cual es debido a la migración constante hacia zonas de mayor movimiento económico que se constituyen en centros de atracción para los pobladores de áreas deprimidas, que buscan mejorar su calidad de vida

2.1.4. Estructura Económica.

Presenta elevado grado de dependencia económica. Siendo así que de cada 100 personas en edad productiva, dependen 94 personas en edad no productiva. Dado que la población menor de 15 años representa el 45.5% de la población total; representando con el 58 % de mujeres y el 42 % de hombres (INE Bolivia 2001 (6)).

Las actividades predominantes en la zona, se concentran en la agricultura y ganadería con el 71.30%, de este porcentaje el 60.66% corresponde al sexo masculino y al sexo femenino el 39.34%; en segundo lugar está la manufactura con un 8.80 % de la población total, que se dedica a ellas. (Plan de desarrollo municipal 2003 (22)).

2.1.5 Educación.

Según el censo de población y vivienda del 2001, el municipio de Capinota cuenta con 37 núcleos educativos, de los cuales el 5.71% desarrollan actividades en el turno de la tarde y el 94.29% en el turno de la mañana. Los núcleos educativos en su totalidad cuentan con una junta escolar, el 76% está constituido por unidades educativas rurales de los cuales el 91%, pertenecen a la educación fiscal y el 9% dependen de convenios con Fe y Alegría. Con 256 docentes y 14 administradores.

En el municipio se observa que existe menos porcentaje de analfabetismo en varones (24%), que en mujeres (49%), El analfabetismo total (Hombres y Mujeres) alcanza al 37%. La deserción escolar es del 8%. (Anexo N° 5).

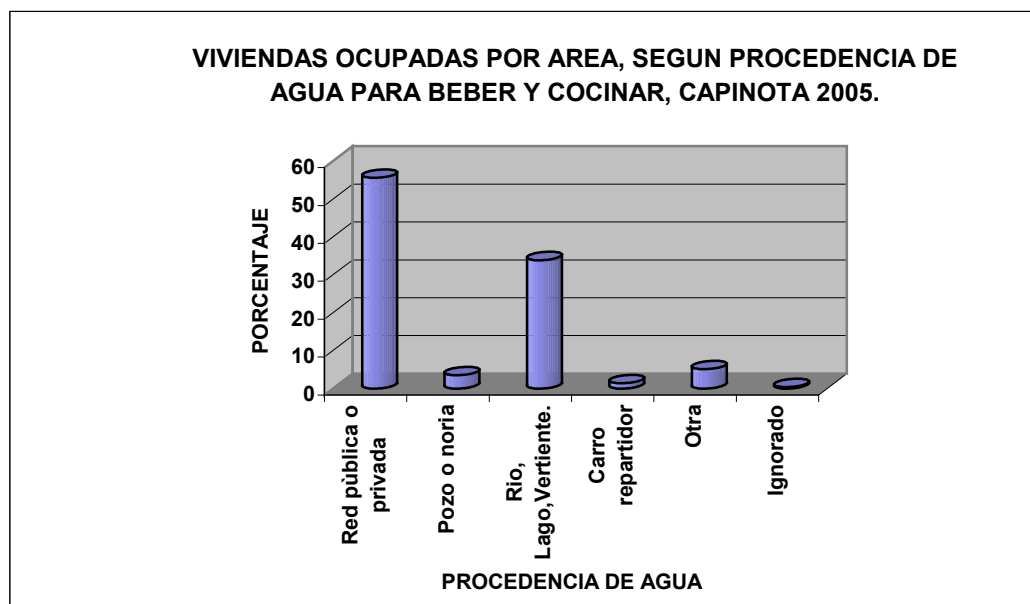
2.1.6. Servicios Básicos de la Vivienda.

El agua se constituye en el líquido elemento vital para el desarrollo de la humanidad y todas las especies naturales. La disponibilidad del agua potable por cañería para beber y cocinar, es elemental en cualquier comunidad.

El Municipio presenta diferentes formas de aprovisionamiento de agua, como ser: Red pública, pozo o noria, río, lago o vertiente, carro repartidor y otras formas de abastecimiento; se observa que el aprovisionamiento de agua de la red pública, se constituye en el principal proveedor con un 58.66% de suministro, el segundo proveedor es el río, lago y vertiente con el 33.87%, llegando a cubrir estas dos formas de abastecimiento el 92.53% de las viviendas.

GRAFICA N° 2

VIVIENDAS OCUPADAS POR ÁREA, SEGÚN PROCEDENCIA DE AGUA PARA BEBER Y COCINAR, CAPINOTA 2005.



FFuente: Elaboración propia en base a datos del Plan de Desarrollo Municipal 2003.

2.1.7. Servicio de alcantarillado

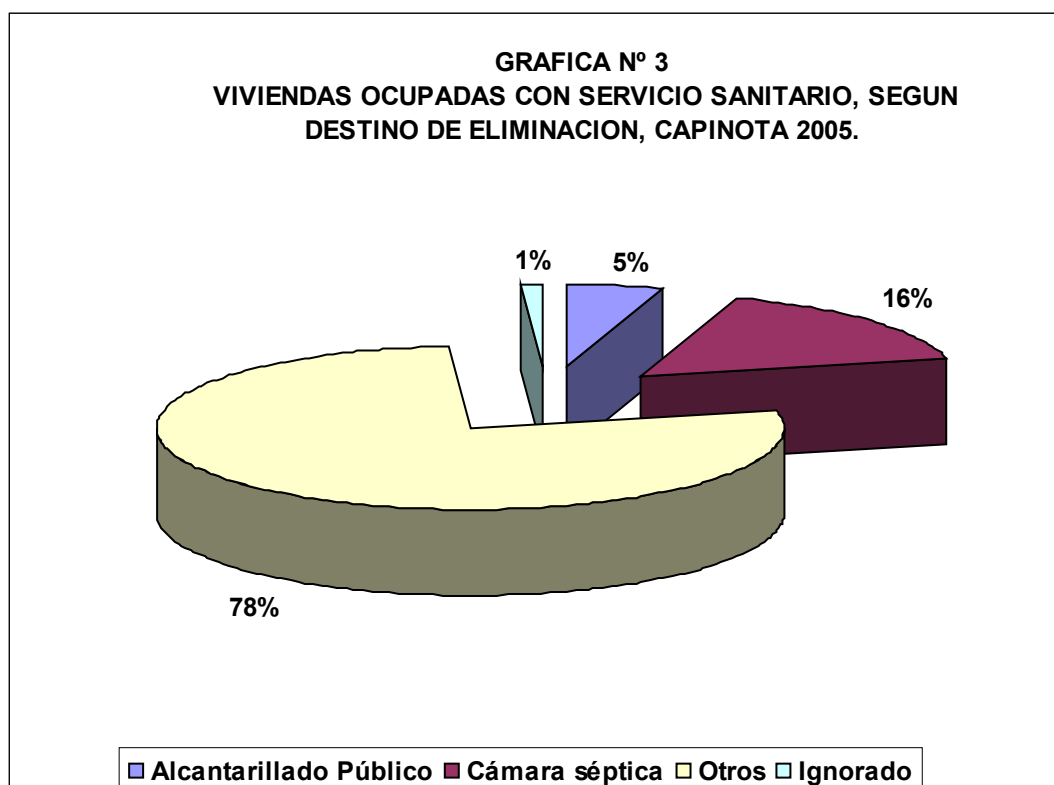
La población de Capinota no cuenta con un sistema de alcantarillado, acorde al crecimiento poblacional.

Siendo así que el alcantarillado público solo representa el 5.05%, concentrándose en el área urbana; la utilización de la cámara séptica representa el 16.45%, donde el 95.81% de la infraestructura está instalada en la zona urbana y el restante en el área rural.

Entre otros, están las letrinas (posos ciegos) que representan el 77.51%, de las cuales 66.24 % se encuentran en el área urbana, y el 33.76% en áreas rurales o dispersas.

GRAFICA N° 3

VIVIENDAS OCUPADAS CON SERVICIO SANITARIO, SEGÚN DESTINO DE ELIMINACION CAPINOTA 2005.



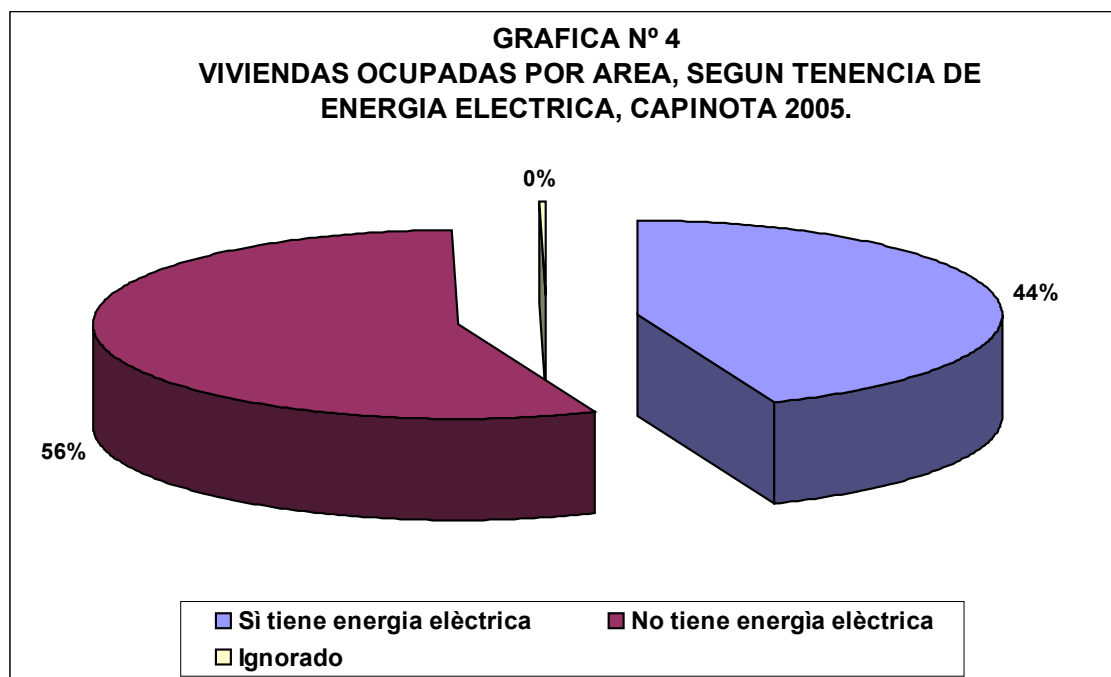
Fuente Elaboración propia en base a datos del Plan de Desarrollo Municipal 2003

2.1.8. Fuentes y Uso de Energía.

El municipio de Capinota cuenta con la instalación domiciliaria de tendido eléctrico de baja y alta tensión. Según el Censo de Población y vivienda de 2001, se observa que el 44.01% cuenta con servicio de energía eléctrica, el 55.6% no cuenta con este servicio; donde el 81.38% de la cobertura corresponde al área urbana y el 18.62% al área rural.

GRAFICA N° 4

VIVIENDAS OCUPADAS POR ÁREA, SEGÚN TENENCIA DE ENERGIA ELECTRICA, CAPINOTA 2005.



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Censo Población y vivienda, 2001.

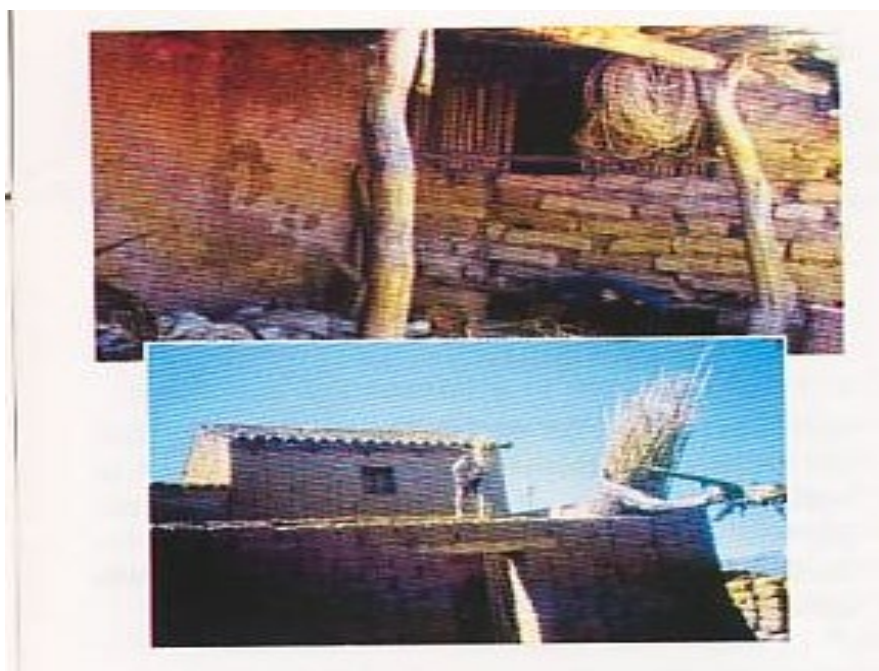
2.1.9 Calidad de la Vivienda.

Las características de la vivienda en el Municipio de Capinota son deficientes, ya que los materiales que predominan en la estructura de la construcción son calificados como pobres.

El 63 % de las viviendas tienen paredes con adobe sin revocar y el 37 % con adobe revocado, situación que se observa principalmente en las comunidades rurales del municipio. (Plan de desarrollo Municipal de Capinota, 2003).

FOTO N°: 2

VIVIENDAS EN LA COMUNIDAD DE APILLAPAMPA



2.1.10 Servicios de salud

Infraestructura de Salud.

El Municipio de Capinota es atendido por una red de servicios, conformada por los siguientes servicios de salud: Hospital Capinota, C.S. Mollini, C.S. Apillapampa, C.S. Hornoma, C.S. Charamoco dependientes del Ministerio de Salud, dos puestos médicos privados y un servicio dependiente de la Caja Nacional de Salud.

Los servicios del Ministerio de Salud funcionan con: 2 pediatras, 2 ginecólogos, 5 médicos generales de planta, 1 Odontólogo, 2 licenciadas en Enfermería, 2 Bioquímicas, 10 Auxiliares de Enfermería, administradora, portero, cocinera, y lavandera; el horario de atención es las 24 horas del día.

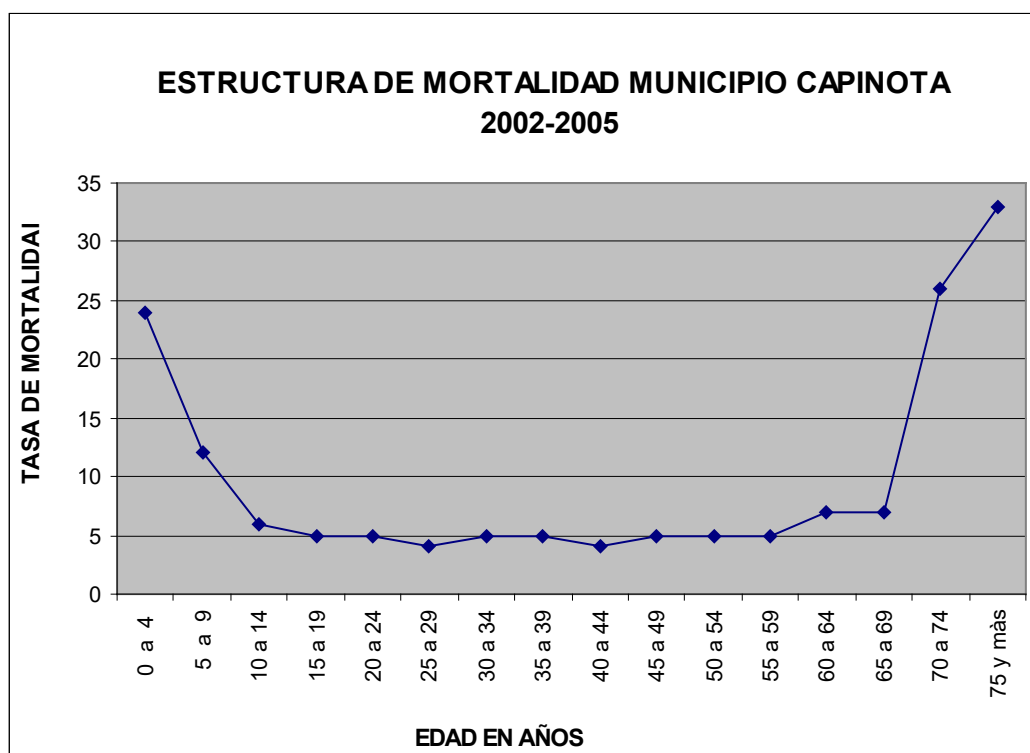
Este recurso humano es responsable de la atención hospitalaria y comunitaria en las diferentes comunidades del municipio, mediante actividades multiprogramáticas, bajo un cronograma de trabajo mensual y anual.

Mortalidad.

Según el censo de población y vivienda del 2001, la tasa de mortalidad infantil en el municipio de Capinota es de 67 por mil nacidos vivos, seguida de una tasa bruta de mortalidad es de 10 por 1000 habitantes; cifra que supera al promedio nacional que es de 8.17.

La tasa de mortalidad por edad es mayor en niños menores de 5 años seguida de 5 a 15 años como se presenta en la gráfica que sigue-

GRAFICA N°4



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Municipio, Hospital, registro civil.2002-2005.

La gráfica de la estructura de mortalidad del municipio de Capinota, es análoga a la de América Latina y Bolivia, por presentar características similares en cuanto a tasas de mortalidad infantil que son bastante elevadas.

Morbilidad.

Las patologías prevalentes en el Municipio de Capinota son las siguientes.

- Tasa de enfermedades diarreicas agudas en niños menores de 5 años por mil, es de 400.
- Tasa de infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años por mil, es de 500.
- Tasa de neumonía en niños menores de 5 años por mil, es de 120.

- Tasa de desnutrición en niños menores de 5 años por mil, es de 110.

Así mismo, son prevalentes la parasitosis, sarcoptosis, moniliasis, tuberculosis, traumatismos, anemias. (Fuente de información SNIS 2005, Municipio Capinota).

2.1.11. Determinación de prioridades de salud, por el método CENDES/ OPS.

La determinación de prioridades de los eventos de salud en el municipio se realizó con la participación de autoridades locales, dirigentes de las 14 centrales del municipio, en una asamblea general, quienes manifestaron varios problemas de salud y en consenso con todos los participantes, se realizó la priorización de los siguientes:

- Tuberculosis.
- Bajas coberturas de vacunación en niños.
- Infecciones respiratorias agudas en menores de cinco años.
- Enfermedades diarreicas agudas en menores de cinco años.
- Parasitosis en menores de cinco años.

La priorización de estos problemas de salud, se realizó mediante el método CEDSES/-OPS, basado en la frecuencia de los eventos, la gravedad, vulnerabilidad, interés local, tendencia. Los resultados de esta metodología demuestran que las bajas coberturas de vacunación, es el problema de salud con mayor peso y prioritario como se presenta en el cuadro que sigue:

CUADRO N° 3

**PROBLEMAS DE SALUD PRIORIZADOS SEGÚN MÉTODO
CENDES/OPS MUNICIPIO CAPINOTA 2005.**

PROBLEMAS DE SALUD

| | FRECUENCIA | GRAVEDAD | VULNERABILIDAD | INTERES LOCAL | TENDENCIA | PUNTAJE TOTAL |
|---------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|---------------------------|------------------|---------------|
| IRAS | $8 \times 4 = 32$ | $2 \times 4 = 8$ | $7 \times 3 = 21$ | $\frac{2 \times 2}{4} =$ | $6 \times 1 = 6$ | 71 |
| EDAS | $9 \times 4 = 36$ | $7 \times 4 = 28$ | $9 \times 3 = 27$ | $2 \times 3 = 6$ | $6 \times 1 = 6$ | 103 |
| PARASITOSIS | $8 \times 4 = 32$ | $4 \times 4 = 16$ | $9 \times 3 = 27$ | $\frac{6 \times 2}{12} =$ | $6 \times 1 = 6$ | 93 |
| TBC PULMONAR | $8 \times 4 = 32$ | $4 \times 4 = 16$ | $7 \times 3 = 21$ | $\frac{6 \times 2}{12} =$ | $8 \times 1 = 8$ | 89 |
| BAJAS COBERTURAS DE VACUNACIÓN. | $9 \times 4 = 36$ | $9 \times 4 = 36$ | $6 \times 3 = 18$ | $\frac{8 \times 2}{16} =$ | $6 \times 1 = 6$ | 112 |

Fuente: Elaboración propia 2005.

Según la asignación de puntajes, las bajas coberturas de vacunación de niños alcanza 112 puntos y se constituye en el problema de mayor prioridad, seguido de las enfermedades diarreicas agudas en niños menores de 5 años con 103 puntos.

CAPITULO III

MARCO TEÓRICO

3.1 MODELO EPIDEMIOLÓGICO

El modelo epidemiológico tradicional de la enfermedad (Agente, huésped, medio ambiente), construido bajo sustento de causa única y efecto único era insuficiente para el análisis de las enfermedades no infecciosas. En 1976, basado en el modelo de Laframboise, Alan Dever (Pag 4)(1) presentó en el campo de la salud, un “modelo epidemiológico para el análisis de una política sanitaria”, como un modelo más global que se adapta mejor a una visión causa múltiple/ efecto múltiple de la enfermedad y ciertamente a los conceptos más amplios de riesgo.

El modelo del campo de la salud presenta 4 divisiones que se describen a continuación:

- 1.- Estilo de vida, en sus dimensiones de riesgos inherentes al ocio, modelos de consumo y ocupacionales.
- 2.- Medio ambiente en sus dimensiones físicas y sociales físicas.
- 3.- Biología humana.
- 4.- Sistema organizativo de atención médica, con sus elementos curativo, restaurador y preventivo.

Ventajas del modelo citadas por Lalonde (Apuntes del Diplomado en epidemiología, “Epidemiología en la administración de los servicios de salud”, 2002(1).

- Eleva el estilo de vida, el medio ambiente y la biología humana, a un nivel de importancia equivalente al del sistema organizativo de atención médica.

- Es global, el origen de todo problema de salud puede ser encontrado en las cuatro divisiones o en una combinación de ellas.
- Permite un sistema de análisis por el cual una enfermedad o patrón de enfermedad, puede ser examinado a la luz de las cuatro divisiones para determinar la relativa significancia e interacción de las mismas.
- Permite nuevas subdivisiones de los cuatro factores principales, por ejemplo: Medio ambiente subdividido en factores sociales, físicos y psicológicos.
- Ofrece una nueva perspectiva de la salud, que permite el reconocimiento y exploración de campos que anteriormente no eran tenidos en cuenta.

Dever (Pág. 5) sostiene que los cuatro factores son igualmente importantes de modo que para lograr un buen estado de salud es necesario que los mismos estén en equilibrio.

En base a los conceptos descritos anteriormente, se hace mención a 3 ciclos epidemiológicos que se describen a continuación:

- Orientado a enfermedades transmisibles e infectocontagiosas, en el periodo de la edad media con el uso de métodos epidemiológicos e investigaciones de tipo descriptivo.
- Caracterizado por la especialización y sub-especialidades, a través del conocimiento científico orientado a establecer los factores y los mecanismos de control de los eventos de salud crónicos no transmisibles, como ser: Diabetes, hipertensión.

- Caracterizado por manifestaciones y comportamientos de tipo social, generadas por: suicidios, accidentes de tránsito, desastres naturales, consumo de drogas y alcohol, originadas por los seres humanos.

3.2 NIVELES DE PREVENCIÓN

La sociedad tiene la posibilidad de reducir sustancialmente y en algunos casos erradicar los mayores factores de lesión y muerte en cada etapa de la vida mediante acciones concentradas de todos los elementos en el campo de la salud. La prevención y el tratamiento son tan necesarios como la promoción de la salud; tales medidas deberán estar dirigidas a la población bajo riesgo:

Existen tres niveles de prevención:

- Primaria o inhibición del desarrollo de la enfermedad antes que ocurra.
- Secundaria, o detección temprana y tratamiento de la enfermedad.
- Terciaria o rehabilitación o recuperación del funcionamiento adecuado.

La prevención primaria, tiene el objeto de mejorar el nivel general de salud y procurar medidas de protección como: las inmunizaciones, sanidad ambiental, protección de accidentes y riesgos de trabajo, lo que implica prevención en un sentido convencional. Tales medidas son efectivas en cuanto a reducir la mortalidad y morbilidad causada por enfermedades infecciosas.

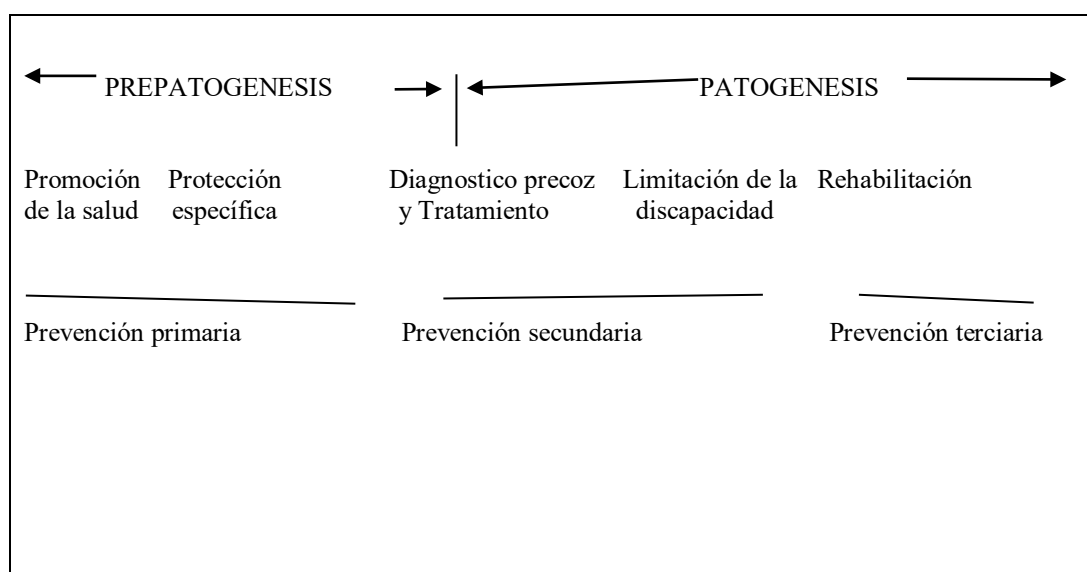
La prevención secundaria, referida al diagnóstico temprano de las enfermedades, primordialmente tiene por objeto detener el avance de la discapacidad, las complicaciones que pueden provocar o las secuelas que puedan dejar.

La prevención terciaria, referida a evitar la discapacidad total una vez que se hayan estabilizado las modificaciones anatómicas y fisiológicas. Con el objeto

de rehabilitar al individuo para que pueda vivir una vida satisfactoria y autosuficiente.

La promoción de la salud está dirigida a promover estilos de vida saludables

APLICACIÓN DE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN A LA ENFERMEDAD



Fuente: Anndre Dalence Rosario, *Apuntes curso de maestria de Salud Pùblica y copias fotostàticas de Alan Dever, sobre epidemiologia y admistraciòn de servicios de salud*. Bolìvia, Sucre, 2002.

3.3 VACUNAS

La vacuna es una suspensión de microorganismos vivos, inactivos o muertos, fracciones de los mismos o partículas proteicas, al ser administradas inducen una respuesta inmune del organismo que previene la enfermedad (Manual del PAI, La Paz, Bolivia 2004 p. 3) (10).

Las vacunas producen inmunidad activa, al ser introducidas sean estas bacterias, virus atenuados al organismo de los seres vivos. En tanto que la inmunidad pasiva es adquirida de la madre al niño durante el periodo de

gestación y/o anticuerpos creados a través de virus o bacterias que causa la enfermedad.

Por otra parte cabe destacar” que las actividades de vacunación y la *vigilancia epidemiológica por la cooperación Internacional, u otros que fueron definidos como prioritarios por los gobiernos, esto permitió tener éxito en algunos programas como por ejemplo haber sido el primer país de América Latina en certificar la erradicación del Aedes Aegypti en 1948, la erradicación de la viruela en los años 60 y 70 y posteriormente la erradicación de la poliomielitis en 1987, así como el control del Cólera en 1998”* (MPSSP.Anuario Epidemiológico 2000. Pag.15).

Dentro de este contexto y siendo el programa ampliado de inmunizaciones (PAI), componente fundamental dentro de las estrategias de atención básica de la salud de la población, con el propósito de garantizar y asegurar el acceso universal a los servicios de inmunización a todos los niños y niñas, así como al resto de la población que se encuentre en riesgo de contraer las enfermedades inmunoprevenibles. A continuación se describen las vacunas utilizadas en niños menores de cinco años.

Vacuna Antituberculosa BCG (Calmette Guérin)

La vacuna BCG contiene bacilos vivos atenuados se presenta en forma desecada o liofilizada, se administra a niños recién nacidos con peso de 2000 gramos hasta los 11 meses de edad, los recién nacidos de menos peso, serán vacunados cuando alcancen el peso requerido. La dosis es 0.1cc. (una décima), por vía intradérmica. No existen contraindicaciones y/o precauciones para la administración de esta vacuna.

FOTO N° 3



La técnica de vacunación se describe a continuación:

- Consiste en la inyección intradérmica de 0,1cc de vacuna preparada.
- El volumen a inyectarse debe ser controlada con las marcas de la jeringa y no por el tamaño de la pápula.
- El material necesario consiste en una jeringa de 1cc, graduada en décimas de cc. y agujas para inyección intradérmica 25 o 26 de bisel corto.
- La inyección debe ser lenta y estrictamente intradérmica, lo que se verifica por el aspecto en piel de naranja que toma la pápula vacunal.
- Manteniendo tensa la piel de la región deltoidea del brazo derecho previa desinfección, se inyecta la vacuna en la unión del tercio medio superior, o en la inserción inferior del músculo deltoides.

Evolución de la lesión vacunal:

- En las primeras cuarenta y ocho horas puede producirse en el sitio de la inyección un máculo pápula de algunos milímetros de diámetro, con punteado amarillento.
- Entre la segunda y la cuarta semana se forma un nódulo del tamaño de una lenteja, que a menudo se reblandece en el centro y suele dar salida a una pequeña cantidad de pus; esta expulsión de pus puede durar días o semanas, posteriormente la pequeña úlcera sana y deja una cicatriz.
- Si la inyección no ha sido estrictamente intradérmica, sino parte de ella ha llegado al tejido subcutáneo, se forma un nódulo de mayor volumen que puede llegar a adquirir, las características de un pequeño absceso. En este caso debe mantenerse limpia el área que rodea el sitio de la inyección y cura espontáneamente.

Vacuna Antipoliomielítica

La vacuna antipoliomielítica oral (VPO), es una vacuna trivalente que contiene una suspensión de virus atenuados de los grupos 1, 2 y 3, la vía de administración es oral de 2 a 3 gotas, a partir del segundo mes hasta los 11 meses.

FOTO: N° 4



Vacuna pentavalente

La vacuna pentavalente, contiene bacterias muertas de bordatella pertussis, toxoide tetánico y diftérico absorbidos en hidróxido o fosfato de aluminio. Preparación purificada del antígeno de superficie del virus de la hepatitis B, polisacárido capsular purificado de haemófilus influenzae tipo B, Cada dosis es de 0.5cc por vía intramuscular en la cara anterior y externa del muslo.

FOTO N° 5



Contraindicaciones:

- Trombocitopenia, reacción anafiláctica.
- Enfermedades graves con o sin fiebre.
- Fiebre mayor a 38.5°C.
- Convulsiones o alteraciones neurológicas sin tratamiento o en progresión.

- Episodios de llanto inconsolable inusual, choque o colapso.

Precauciones:

- La inmunogenicidad de la vacuna puede afectarse si la persona se encuentra bajo tratamiento con inmunopresores.
- La vacuna no debe mezclarse con otras vacunas inyectables excepto la liofilizada de Hib.
- La administración intravenosa, puede producir choque anafiláctico.
- La administración intradérmica o subcutánea reduce la respuesta inmune.

Efectos secundarios temporales.**Locales:**

- El 5 a 10% de los vacunados presentan en el transcurso de las 24 a 48 horas posteriores a la vacunación: dolor, induración, enrojecimiento y calor en el sitio de aplicación.

Sistémicos:

- Son muy raras, dentro de las 48 horas después de la vacunación se han notificado fiebre, llanto persistente e incontrolable por más de tres horas, somnolencia, irritabilidad y malestar general en menos del 3%, cefalea, convulsiones, escalofríos, mialgias y artralgias.

En caso de presentarse efectos temporales moderados, se puede administrar paracetamol, pero en caso de presentarse reacciones más severas se debe notificar a epidemiología regional.

Acciones inmediatas ante un evento moderado o grave.

Son las siguientes:

- Notificación inmediata a los diferentes niveles administrativos.
- Identificación de la vacuna o vacunas involucradas.

- Inicio de los estudios epidemiológicos de caso y de campo cuando proceda.
- No suspender el servicio de inmunizaciones en la unidad de salud, únicamente se suspenderá la vacuna involucrada y conservarla entre +2°C a + 8°C, hasta que concluya la investigación pertinente.

Recomendaciones antes de la vacunación:

- Preguntar a la madre o familiar sobre el estado de salud del niño o niña.
- Investigar si presenta alguna de las contraindicaciones para la aplicación de la vacuna.
- Explicar a la madre o familiar el tipo de vacuna, enfermedades que previene y número de dosis que se requieren.

Vacuna SRP

La vacuna contra el sarampión, rubéola y paperas (SRP), es una vacuna de virus vivos atenuados, para la prevención conjunta del sarampión, parotiditis y rubéola. La vacuna se presenta en polvo (liofilizada) y debe ser reconstituida con el solvente respectivo (agua para preparaciones inyectables) , se administra por Vía subcutánea, la dosis es 0.5cc.

Preparación y técnica de aplicación de la vacuna SRP.

La vacuna debe reconstituirse o mezclarse con 5 ml de agua destilada, inmediatamente antes de iniciar la vacunación, debe usarse máximo hasta seis horas una vez abierta y reconstituida, desechar el sobrante del frasco abierto al final de la jornada.

Contraindicaciones y precauciones:

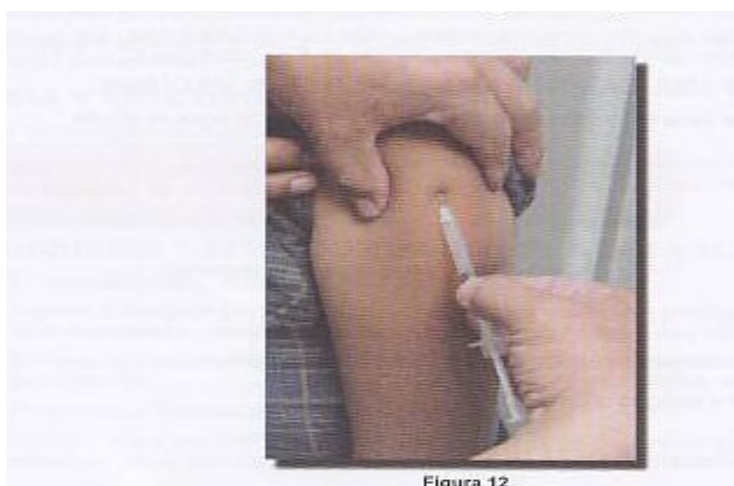
- Reacción anafiláctica a una dosis previa.

- Déficit inmunitarios congénitos o adquiridos (incluyendo las inyecciones por VIH y terapia con corticoides mayores a catorce días).
- Inyección reciente (3 meses) de inmunoglobulina o hemoderivados.

Reacciones temporales:

- La vacunación asociada es bien tolerada por el niño.
- Aproximadamente el 5% de los vacunados pueden presentar erupciones cutáneas constituidas por puntos rojos o manchas violáceas. Aparecen a los siete u ocho días después de la vacunación y duran entre dos o cuatro días.
- A partir del quinto día posterior a la vacunación pueden presentar erupciones cutáneas constituidas por puntos rojos o manchas violáceas. Aparecen a los siete u ocho días después de la vacunación y duran entre dos o cuatro días.
- A partir del quinto día posterior a la vacunación pueden observarse otras reacciones mínimas como hipertermia, síntomas rinofaríngeos o respiratorios de corta duración.

FOTO N ° 6



Vacuna fiebre amarilla:

La vacuna contra la fiebre amarilla, es virus atenuado, la dosis es de 0,5cc por vía subcutánea, se vacuna a partir del año de edad. En caso de almacenamiento prolongado debe ser conservada a menos 25°C, en nivel central o regional que dispongan de congeladoras.

En los centros operativos 3 meses como máximo se debe conservar a una temperatura de 0°C a 4 °C, en el refrigerador deben colocarse en bolsas de polietileno para evitar contacto con el agua; la vacuna reconstituida inmediatamente antes de su empleo debe ser mantenida en hielo al abrigo de la luz solar. El diluyente también debe ser conservado en refrigeración antes de la dilución.

Reacciones adversas:

Aunque es muy raro, algunas veces pueden presentarse fiebre, cansancio y dolores de cabeza, entre el cuarto y séptimo día después de la inmunización.

Contraindicaciones y precauciones:

No administrar a mujeres que se encuentren en el primer trimestre de gestación, así mismo a niños y niñas menores de 6 meses de edad, personas con enfermedades infecciosas agudas o en periodo febril por la posibilidad de encefalitis.

En toda administración de medicamentos o vacunas se debe tener en cuenta los seis pasos de precisión:

- 1.- La dosis debe ser correctamente medida.
- 2.- El medicamento o vacuna debe ser indicado.

3.- La vacuna debe ser administrada a la edad correcta y momento indicado.

4.- El paciente al que se medique debe ser el indicado.

5.- La vía y métodos de administración deben ser los correctos.

6.- La vacuna aplicada debe ser registrada.

Para la aplicación de toda vacuna, utilice siempre la triple verificación:

- Al retirar la vacuna o agua destilada del refrigerador.
- Antes de verter o diluir la vacuna.
- Al retornar el frasco de la vacuna al termo.

RECOMENDACIONES GENERALES EN LA ADMINISTRACION DE VACUNAS

1.- No administrar medicamentos y/o vacunas que hubiese preparado otra persona.

2.- No administrar vacunas cuyas etiquetas sean ilegibles o su fecha de vencimiento sobrepase su límite.

3.- No dejas la bandeja de medicamentos o termos de vacunas en las piezas u otros lugares; téngalos siempre a vista.

4.- Registrar en los registros correspondientes.

5.- Respetar los derechos del paciente a la información.

- 6.- Mantener las vacunas en temperatura adecuada +2 a + 8°C.
- 7.- Proteger del calor y la luz solar, especialmente la BCG, polio, antisarampionosa y antiamarílica.
- 8.- Evitar que las vacunas DPT, TT y pentavalente se congelen.
- 9.- Usar antes de la fecha de vencimiento.
- 10.- Si hay dudas acerca del buen estado de las vacunas, estas no deben utilizarse y se debe notificar a gerencia de red o a su inmediato superior.
- 11.- Toda vacuna deteriorada se debe desechar una vez que la gerencia de Red lo autorice.

3.4 PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES

El programa ampliado de inmunizaciones se ha instaurado en Bolivia , con intensas campañas de información, educación y capacitación del personal de salud y la población en general, con estrategias acordes al contexto socio-económico y cultural, fortaleciendo la demanda espontánea de vacunas en los servicios de salud. A objeto de disminuir la morbi-mortalidad por enfermedades inmunoprevenibles en la población en general.

Cadena de frío:

Es el proceso de recepción, conservación, manejo y distribución de las vacunas. La finalidad de este proceso es asegurar que las vacunas sean conservadas dentro los rangos de temperatura apropiados en todos sus niveles, para que no pierdan su poder inmunológico.

Las personas responsables deben asegurarse que las vacunas lleguen frías desde la fábrica hasta la aplicación al niño. La cadena de frío no solo forman los

refrigeradores, termos congeladores y termómetros si no también el personal de salud que está a cargo de su cuidado; por tanto deben realizar las siguientes actividades indispensables:

- Mantener las vacunas entre +2°C a + 8°C.
- Nunca debe congelar la DPT, DT, y pentavalente.
- Nunca deje las vacunas al sol.
- El diluyente también debe estar frío.
- Cuando saque los paquetes fríos del congelador, nunca los meta directamente en el termo porque pueden congelas las vacunas bacterianas citadas anteriormente. Se debe dejar sobre una mesa hasta que comiencen a sudar luego acomodar en los termos.
- Tomar la temperatura del refrigerador en la mañana y tarde.

Normas generales de bioseguridad:

Una vez que las vacunas han sido correctamente fabricadas, hasta que se aplique al paciente dentro de un programa de inmunización, es importante respetar rigurosamente una serie de normas de recepción, almacenamiento, conservación, distribución y aplicación de las vacunas, cumpliendo las normas de bioseguridad en cada una de las etapas mencionadas anteriormente.

En Bolivia cada año se administran millones de inyecciones, de los cuales tres millones corresponden a las vacunas inyectables del PAI II (aproximadamente el 10% del total de inyectables). Encuestas sobre la administración de inyecciones en las vacunas realizadas en cuatro de las seis regiones de la OMS, indican que hasta 30% de las inyecciones vacunales no son estériles y por tanto son potencialmente peligrosas.

En Bolivia, como parte del desarrollo del PAI segunda generación, emanó normas de bioseguridad, introdujo la utilización de jeringas auto destructibles y de cajas de bioseguridad para el desecho de las mismas y adoptó la política de

frascos abiertos a objeto de disminuir prácticas arriesgadas para los pacientes y el personal de salud.

Según la encuesta realizada en la gestión 2002, en Bolivia por el Ministerio de Salud sobre inyecciones seguras en 176 establecimientos de salud, las conclusiones son las siguientes: En 18 establecimientos las vacunas no tienen identificación, ni etiquetas, en 51 establecimientos el almacenamiento no es adecuado, en 23 establecimientos no tienen botellas con agua para mantener la temperatura y 40 establecimientos no tienen plan de emergencia.

En todo proceso de colocación de inyectables se debe cumplir con las normas de bioseguridad, aplicando inyecciones seguras. Casi siempre los riesgos pueden ser evitados mediante los siguientes pasos:

- Coloque la caja amarilla de bioseguridad para el desecho de jeringas.
- No camine en el área de vacunación con la jeringa usada o destapada.
- No volver a tapar las agujas con su capuchón plástico después de utilizarlas.
- El ambiente debe ser exclusivo para la vacunación.
- Utilizar técnica correcta de aplicación.

3.5 ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LA POBLACIÓN FRENTE A LA VACUNACIÓN Y OTROS ASPECTOS RELACIONADOS

Aquellos trabajos que tienen como base los saberes y pensares de la población, en los diferentes contextos de Bolivia, respecto a la vacunación de niños; se presentan a continuación, con el propósito de ubicar los factores socioculturales que rodean al tema de investigación.

El estudio de conocimientos, actitudes y prácticas en inmunización en tres eco regiones de Bolivia, realizada el 2003 (Pág. 39)(11), por un equipo de personas del Ministerio de Salud (B-6), llega a la siguiente conclusión principal:

“En familias Bolivianas de áreas urbano-periféricas o rurales, la salud no es un tema de preocupación prioritaria como el empleo o los ingresos; la salud adquiere importancia solo cuando algún miembro se encuentra enfermo en el hogar, no hay una actitud espontánea hacia la prevención de las enfermedades, la orientación más bien es a buscar la cura antes de pensar en la prevención”.

El mismo estudio, concluye en relación a las vacunas lo siguiente

“La actitud hacia la vacunación es ampliamente favorable, el 92% de las mujeres entrevistadas piensan que las vacunas son muy necesarias, sin embargo entre el 3% y el 14% de las encuestadas tanto en áreas rurales como urbanas de las tres eco-regiones del País , cree que las medicinas caceras puede sustituirla”.

Esta creencia en grupos reducidos de algunas madres, no debe menospreciarse y podría estar en la base de la falta de demanda activa de las vacunas. “sobre la afirmación si no obligara la enfermera a vacunar, no vacunarían a sus hijos” la respuesta fue que el 55% está de acuerdo o muy de acuerdo y el 41% no esta de acuerdo”.

Si bien la vacunación no fue mencionada espontáneamente por la población objeto del estudio, cuando se indagó sobre ella, se encontró un elevado conocimiento general y aceptación en todos los niveles y estratos estudiados. Este posicionamiento en la opinión de líderes, autoridades y la sociedad en su conjunto debe considerarse un logro del Ministerio de Salud y Deportes, que responde a más de dos décadas de prioridad continua del programa ampliado de inmunizaciones.

El mismo estudio cualitativo (Pág. 38), también concluye que existe claro reconocimiento y confianza de la comunidad en el personal y los servicios de vacunación. El personal de salud es de lejos la principal fuente de consulta antes de hacer vacunar a sus hijos, seguido del esposo y en menor medida de otros miembros de la familia y la comunidad. La mayoría de las mujeres encuestadas está conforme con los horarios, trato y atención brindada durante la vacunación y prácticamente la totalidad de ellas recomendarían a otras madres hacer vacunar a sus hijos. Esta confianza y relativa satisfacción de las usuarias por el servicio de salud, es muy superior a la encontrada en otros programas de salud. El considerar el rendimiento en inmunizaciones, como un indicador general que valore el desempeño de los servicios de salud, puede ser una estrategia que potencie los servicios de salud a tiempo de mantener la prioridad en las acciones preventivas.

La misma investigación (Pág. 40), refiere que una de las estrategias más importantes para alcanzar la sostenibilidad, sería lograr que las inmunizaciones se constituyan en una norma social. A criterio de las entrevistadas el interés demostrado por las comunidades y los barrios respecto al estado vacunal de sus poblaciones es todavía escaso, no existe el criterio de derecho a la vacunación.

La barrera identificada en primer lugar, es la falta de información sobre los beneficios de las vacunas y sobre los efectos secundarios normales de las mismas. El no conocer sobre estos temas genera en la población una actitud de temor y desconfianza. *“La gente tiene miedo, piensa que con el pinchazo de la vacuna les va hacer daño a sus hijos, cuando hay fiebre se asustan. Creen que se*

van ha quedar lisiados sus hijos. Entonces no van hacer vacunar” (Dirigente gremial Trinidad).

Según estudio realizado por el Ministerio de salud el 2001 (12), en el ámbito Nacional, que abarcó distritos urbanos y rurales del país, incluido establecimientos de la Caja Nacional y ONGs, se cuestionaron establecimientos de salud de todos los niveles en el entendido de que la vacunación es un componente esencial con alto grado de aceptabilidad de los padres de familia. Sin embargo en el mismo estudio refieren que se ha determinado una pérdida de oportunidades en un 52% para la vacuna SRP, siendo las causas básicas relacionadas al personal de salud en un 67% y falsas contraindicaciones en un 33%.

En relación a la accesibilidad y oportunidad de vacunación, el estudio realizado en el Departamento de Cochabamba gestión 2001, sobre satisfacción del usuario y oportunidades perdidas de vacunación (Pág. 6), enfatiza la percepción de los usuarios respecto a la vacunación, el 98.2% de las personas encuestadas consideran que las vacunas son importantes y un 98.2 % aceptan la vacunación.

Al interrogar a las madres sobre su criterio respecto a las mujeres que no hacen vacunar a sus hijos, 89% considera que son ignorantes o descuidadas, esta actitud tan crítica refleja indirectamente el valor social otorgado a la vacunación, esta interpretación se ve corroborada por el hecho que el 59% de las madres, cree que le criticarían en su comunidad o barrio si no hace vacunar a sus hijos, por otra parte, el 33% de los entrevistados consideran que la vacunación de los niños dependería de que los dirigentes hagan campaña, aspecto a ser considerado en el rol que los líderes comunales pueden asumir para alcanzar la inmunización universal. Por otra parte, sobre la afirmación “no hay que vacunar a los niños por que en el centro de salud tratan mal a la gente” el 21% esta de acuerdo o muy de acuerdo y el 75% no está de acuerdo.

La misma investigación (Pág. 15), encontró que el personal de salud no aprovecha la oportunidad que brinda esta percepción de la comunidad respecto a las vacunas, citada anteriormente.

Según el estudio realizado en Bolivia, sobre satisfacción usuario y oportunidades perdidas de vacunación en Bolivia el 2002 (Pag 23 (12), respecto a la percepción del usuario de la vacunación, el 98.3% de las personas entrevistadas consideran que las vacunas son importantes y que el 98.1% aceptan la vacunación. En el área rural el 100% cree que las vacunas son importantes, la aceptación tiene un comportamiento similar.

En la Pág. 17, menciona que existe un alto porcentaje de oportunidades perdidas en los tres subsectores de salud, tanto en el área urbana como rural y en todo tipo de servicio. Llama la atención que la primera razón de oportunidad perdida de vacunación sean las debidas a políticas y logística tales como: el personal de salud no desea abrir un frasco para un solo niño, establecen días fijos de vacunación, existen reuniones que distraen al personal de la práctica de vacunación, o el personal se encuentra en terreno (comunidad), y los usuarios se encuentran con el servicio de salud cerrado. Esta situación refleja desconocimiento de las normas y procedimientos del programa ampliado de inmunizaciones, donde se prevé un factor de pérdida para cubrir aperturas de frascos y vacunación diaria, así sea solo por un niño, el cual demuestra el apego de ciertos procedimientos antiguos que no son revertidos a pesar de las capacitaciones que se realiza frecuentemente.

Esta situación influye en percepciones negativas de la población respecto al personal de salud, que se refleja en rechazo a los esquemas de vacunación por los padres de familia, evidenciándose bajas coberturas de vacunación, con la acumulación de susceptibles cada gestión, por ende posibles brotes epidémicos.

La investigación mencionada (Pág. 28), informa que casi la totalidad de la población da importancia a la vacunación y aceptan que sus niños sean

vacunados, este dato es similar para todos los clasificadores, constituyéndose de esta manera una oportunidad para lograr coberturas de vacunación del 100% de la población infantil. Sin embargo, el personal de salud no aprovecha la oportunidad que brinda esta percepción de la comunidad respecto a las vacunas.

La investigación realizada en los tres ecos regiones del país, sobre conocimientos, actitudes y prácticas de vacunación (Pág. 10), refiere que aunque la demanda espontánea de las vacunas en los servicios de salud ha mejorado sustancialmente en la última década, la misma aún no es óptima. Esta situación se manifiesta en coberturas que no llegan al 100% y en la existencia de municipios en riesgo o con coberturas inferiores al 80%, a nivel Bolivia; se identifica al municipio Capinota, con dificultades para alcanzar las coberturas óptimas, siendo sus coberturas inferiores al 80% en dos gestiones consecutivas, esta constatación impulsa la necesidad de investigar las percepciones de los padres de familia respecto a la vacunación y la importancia del mismo.

CAPITULO IV

METODOLOGIA

4.1. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

Se realiza una investigación cualitativa porque proporciona profundidad de comprensión acerca de la respuesta humana, trata aspectos contextuales y emocionales, es realizada con grupos pequeños de personas que generalmente no son seleccionadas sobre la base de la probabilidad. Por otra parte cabe destacar que este tipo de estudio no tiene la intención de sacar conclusiones firmes ni generalizar resultados a la población en general. (Mary Debus, 1995, Pág. 2). (5).

La investigación cualitativa busca descubrir o generar teorías, tiende a emplear conceptos que capten el significado de los acontecimientos, orientado a los descubrimientos exploratorios, orientando al proceso con datos reales y profundos; la finalidad de la investigación es el descubrimiento.

La razón conceptual para la utilización de la investigación cualitativa es que permite un vínculo directo con el público al que se piensa llegar y compartir sus experiencias.

Durante el desarrollo de la investigación se tomo en cuenta las recomendaciones básicas, para realizar este tipo de estudio como:

- Aprender a preguntar el por qué.
- Saber escuchar a cada uno de los participantes en el idioma que mejor se exprese.
- Desarrollo del estudio como un proceso creativo.

4.2.- TIPO DE ESTUDIO:

En el marco de investigación cualitativa, el presente estudio es de tipo Etnográfico, porque permite recoger información desde el punto de vista de los actores sociales, en este caso, permitiendo la comprensión de las percepciones de los padres de familia respecto a las vacunación de niños menores de cinco años.

Por otra parte, este tipo de investigación respeta la expresión espontánea en sus propias palabras de cada uno de los participantes, lo cual incrementa el valor de las respuestas de cada uno de los integrantes de cada grupo.

4.3. AREA DE ESTUDIO

Capinota es una de las 16 provincias rurales del Departamento de Cochabamba ubicado en el valle bajo a 65 Km de la Capital. Se encuentra dividida en tres secciones, Capinota, Sicaya y Santivañez.

La investigación se realiza en la primera sección municipal Municipio Capinota En los sectores de Mollini, Apillapampa y Capinota donde las coberturas de vacunación son inferiores al promedio del municipio (inferiores al 80%).

4.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de estudio esta conformada por los padres de familia de los niños y niñas del Municipio de Capinota. Tomando en cuenta que la investigación cualitativa no requiere seleccionar muestra sobre la base de una probabilidad estadística, se ha conformado una muestra de estudio integrada por padres que reúnen las siguientes características:

- Padres de familia de ambos sexos, con niños menores de 5 años.
- Padres de familia con niños menores de cinco años, con esquemas de vacunación completa, incompleta y de niños que nunca recibieron

ninguna vacuna; esta situación se verificó mediante revisión de los carnets infantiles, por medio de visitas domiciliarias realizadas por la investigadora en coordinación con el dirigente de la subcentral del municipio.

- Tener radicatoria en el municipio en los últimos cinco años.
- Edad comprendida entre 15 a 45 años.
- Procedentes de los sectores Mollini, Apillapampa y Capinota, sectores con coberturas de vacunación inferiores al promedio del municipio (inferiores al 80%). Tomando en cuenta que los padres de familia sean procedentes de la zona central, sub y norte de cada sector.
- Participación voluntaria, asegurando los padres den su consentimiento después de una amplia información sobre los objetivos de la investigación, y del compromiso de confidencialidad y anonimato.
- Disposición de tiempo entre 3 a 4 horas, tiempo que se requiere para el desarrollo del grupo focal.

Del estudio se ha excluido a padres de familia cuyos niños son mayores de cinco años.

Se consideró suficiente y representativa la participación de 36 padres de familia, tamaño definido por saturación de la información, cuando se observaba que las opiniones de los padres de familia se repetían en más del 90%, y que la información proporcionada no aportaba ninguna información relevante, se suspendió el muestreo. Conformaron la muestra 36 padres de familia.

4.5. FUENTES DE INFORMACIÓN

Se ha utilizado información de fuente primaria de los padres entrevistados e información secundaria del Sistema de Información en Salud (SNIS), de donde se obtuvo datos históricos sobre el número de niños vacunados en cada servicio de salud por gestiones, también se utilizaron los carnet de salud infantil, estudios de investigación realizados en el ámbito Nacional, Departamental y Municipal, que tenga relación con la percepción de las vacunaciones en niños en diferentes grupos étnicos.

4.6. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La recolección de la información se realizó mediante la técnica de grupos focales, con la participación de padres y madres de familia, conformados de la siguiente manera:

- 12 padres de familia, con niños menores de cinco años con esquema de vacunación completa.
- 12 padres de familia, con niños menores de cinco años con esquema de vacunación incompleta.
- 12 padres de familia, con niños menores de cinco años que no tienen ninguna vacuna.

4.6.1. ELABORACIÓN DE LA GUÍA DE GRUPOS FOCALES.

La elaboración de la guía de temas a ser tratados en el desarrollo de los grupos focales se realizó de acuerdo a los objetivos de la investigación, a partir de ellos se formularon las preguntas específicas.

Se enmarco en tres ejes temáticos:

- Percepción de los padres de familia respecto a la utilidad de las vacunas en los niños, en cuanto a beneficios y desventajas
- Percepción de los padres de familia respecto a los riesgos de la vacunación en niños.
- Rol que tienen las vacunas en la cosmovisión de la cultura de los padres de familia.

Una vez identificado los tres ejes temáticos, se elaboraron las interrogantes para cada uno de ellos. (Anexo N° 4).

4.6.2. CONFORMACIÓN Y DESARROLLO DE LA TÉCNICA DE GRUPOS FOCALES:

El acceso al campo fue un proceso permanente que inició el primer día que se tuvo contacto con las autoridades locales del municipio, tomando en cuenta qué hacer en cada momento de este proceso, respetando sus costumbres, creencias de cada uno de los participantes y la construcción de un mapa o esquema de las comunidades de donde procedían cada uno de los participantes, así mismo se efectuó las isócronas para determinar el tiempo de cada una de las comunidades visitadas.

El municipio está organizado por distritos, los cuales son representados por una Organización Territorial de Base (OTB), liderizada por una autoridad local denominada Central Campesina Provincial; en cada comunidad existe un corregidor que es la autoridad máxima para la toma de decisiones a nivel comunal.

Por ello se solicitó colaboración en todos estos niveles para desarrollar de manera participativa la presente investigación. Se comprometió la participación activa de la central campesina.

En principio fueron las autoridades locales las primeras en conocer los objetivos del presente estudio y los hallazgos encontrados, reflexionando sobre la manera en que repercuten en la prevención de enfermedades inmunoprevenibles principalmente en niños menores de cinco años.

En una asamblea general se informó a los comunarios sobre el estudio, la información fue dada por la investigadora, quien fue respaldada por todas las autoridades anteriormente citadas, quienes previamente conocían los objetivos del estudio.

Por otra parte se aprovechó la oportunidad para realizar el primer diagnóstico sobre el estado vacunal de los niños, mediante preguntas verbales a

todos los participantes, posterior a ello, los padres de familia con interés de participar en la investigación manifestaron de forma voluntaria y espontánea el estado vacunal de sus niños menores de cinco años; se acordó en verificar esta información mediante revisión de los carnet infantiles en cada una de las comunidades, con apoyo de la Central Campesina y corregidores de las comunidades.

En coordinación las mencionadas autoridades se realizaron visitas domiciliarias donde se verifico el estado vacunal de niños, mediante la revisión de carnet de salud infantil de los niños menores de cinco años.

Previo el desarrollo de la técnica de grupos focales se conformó un equipo de trabajo para la realización de los mismos, compuesto por:

- Investigadora principal, estudiante de maestría de salud publica.
- Dos auxiliares de enfermería, con amplia experiencia en el área de la salud publica, y que actualmente no desempeñan funciones en el sector salud.

Requisitos de las investigadoras

- Hablar quechua con fluidez total.
- Experiencia en el manejo de grupos.

Lo que permitió escuchar y preguntar lo que decían las participantes en su lengua nativa que es el quechua, que es en la que mejor expresan sus percepciones.

Se explicó personalmente a cada participante los motivos y objetivos de la investigación, la forma en que se recolectaría la información, los temas que se abordaron.

Por otra parte, se dio a conocer que los resultados de la investigación se utilizarán con el único objetivo de mejorar y lograr vacunar a todos los niños existentes en el municipio.

Se garantizó la confidencialidad de cada uno de los participantes, la reserva sobre sus nombres y que la información obtenida sería de uso exclusivo en la investigación; por otra parte se resalto la importancia de adoptar estrategias nuevas que permitan mejorar las coberturas de vacunación y por ende evitar las enfermedades inmunoprevenibles.

A objeto de evitar sesgo al momento de la selección y en el proceso de desarrollo de los grupos, no intervino el personal e salud.

A solicitud verbal del dirigente de la Central Campesina del municipio, no se realizó el consentimiento por escrito, manifestó que como autoridad era suficiente el consentimiento verbal de cada participante, y el compromiso de cooperar en la presente investigación de todos los dirigentes asumido en la asamblea general donde participaron todos ellos, asamblea que se llevó acabo el 9 de Febrero del 2006 en la comunidad de Apillapampa. Donde también se acordó que no se utilizaría grabadoras durante el desarrollo de los grupos focales por la susceptibilidad que existe a este material, también se tomo muy en cuenta que aún persisten los recuerdos amargos del fallecimiento de los tres niños después de ser vacunados. Sin embargo comprometieron su cooperación durante el desarrollo de cada grupo focal.

Después de la explicación individualizada con el involucramiento de las autoridades locales en el presente estudio, los padres de familia ratificaron su deseo de participar voluntariamente en la investigación, reiterando que se conserve la confidencialidad.

Posteriormente según la disponibilidad del tiempo y las características de los grupos focales se acordó la fecha y el lugar para el desarrollo de los grupos; se acordó que el dirigente de la Central Campesina visitaría los domicilios de los participantes a objeto de recordar lo acordado, para asegurar la participación de los padres en grupos focales y garantizar la asistencia de todos los participantes.

Durante el desarrollo de los grupos focales se distribuyó el trabajo entre las tres personas que participaron en el estudio, dos personas se responsabilizaron del registro durante el desarrollo de todo el proceso, y una fue la facilitadora.

En coordinación con la Central Campesina, corregidores y los participantes de los grupos focales, se decidió preparar una olla común, (habas pectu), con lo que se garantizó la alimentación de todos los participantes, después de cada sesión.

Durante el desarrollo de los grupos focales se tuvo especial cuidado en formular preguntas de manera neutral, se evitó orientar a la persona interrogada, se hizo una sola pregunta a la vez en base a la guía preparada, procurando en todo momento escuchar lo querían decir, se prestó máxima atención para captar las expresiones no verbales, señales de ansiedad, desconfianza, inseguridad, dudas y otras reacciones.

La facilitadora tomó especial cuidado en formular preguntas adecuadas recalcando que no existen respuestas malas o buenas, que todas las opiniones tienen su importancia respectiva. Se evitó en todo momento expresar opiniones personales que podría influir en cada una de las participantes.

Después de cada sesión se reunieron las tres personas involucradas en la investigación, para intercambiar comentarios sobre lo que habían observado durante el desarrollo del grupo focal, esta actividad dio la oportunidad de corroborar las impresiones frente a lo escuchado y comprendido por los investigadores; después del último grupo se llegó a la conclusión de que las

respuestas coincidían en los tres grupos, motivo por el que se decidió que era suficiente el desarrollo de los grupos focales en el presente estudio.

Al iniciar el trabajo con los participantes en cada uno de los grupos focales, la actividad se inició con la presentación individual donde manifestaron su nombre (no apellido), nombre de la comunidad donde viven, edad y lo que más le gusta realizar en su vida cotidiana, esto generó y fortaleció la confianza de los participantes.

Por otra parte se reiteró a todos los participantes el motivo de la reunión, es decir la búsqueda de alternativas para lograr vacunar al cien por ciento de los niños existentes en el municipio, partiendo de sus ideas, pensamientos, costumbres, creencias respecto a la vacunación de niños, cuando le corresponde la edad y el tipo de vacuna.

La facilitadora en todo momento estuvo alerta para guiar y seguir la guía de entrevista en forma lógica, en algunas situaciones la facilitadora tuvo que intervenir y tratar de avanzar con la siguiente pregunta, relacionando comentarios de los propios participantes, y dando lugar a pasar a la pregunta siguiente.

Una vez respondidas las preguntas se procedió al cierre de la reunión, agradeciendo por su participación y el tiempo dedicado al trabajo, a cada uno de los participantes.

El primer grupo focal se desarrolló en la comunidad de Apillapampa el 4 de Febrero del 2006, en los ambientes del Centro de Salud de la misma comunidad, la actividad inició a las 9:00 de la mañana concluyó a las 12:30 PM, participaron 12 padres de familia; de los cuales eran ocho mujeres y cuatro varones, ocho padres de familia casados, una madre de familia concubinada y tres solteras. Con edades comprendidas 24 a 40 años.

Respecto a la procedencia cinco padres de familia vivían en las comunidades que corresponden al sector de Apillapampa, tres padres de familias procedentes de las comunidades que corresponden al sector de Mollini, y cuatro padres de familia procedentes del Centro poblado del Municipio, cuyos niños son menores de cinco años con ninguna vacuna recibida para la fecha. Durante el desarrollo del grupo se aplicó la guía de trabajo en orden secuencial por la investigadora.

El grupo fue participativo, dinámico y espontáneo, respondían rápidamente a la pregunta formulada, no obstante abordaban otros temas ejemplo: fallecimiento de niños en la gestión 2004 después de la vacunación, en el grupo se percibía preocupación tristeza al recordar aquellos momentos donde fue una verdadera pena para los padres de familia de los niños fallecidos, algunos padres de familia señalaron enfáticamente que este fue el motivo por el que ahora sus niños no tienen ninguna vacuna, así mismo otros participantes continuaban abordando el tema al respecto.

Enfatizaron la presencia y participación del personal nuevo o estudiantes sin experiencia en las campañas de vacunación con énfasis en las áreas rurales del municipio, recordando en todo momento el fallecimiento de las tres niñas después de vacunación en la gestión 2004, en esta comunidad de Apillapampa.

Al finalizar la reunión se ofreció un plato típico de las comunidades rurales del municipio (habas pectu), que fue preparada con el aporte de todos los participantes, así mismo se les agradeció por su participación, también se les reiteró que la información obtenida es de uso exclusivo para la investigación, y a partir de ello se modificarían algunas estrategias de vacunación que permitan llegar a todos los niños existentes en el municipio, de esta manera evitar las enfermedades inmunoprevenibles.

El Segundo grupo focal se desarrolló en el auditorio de la gerencia de red ubicado en la localidad de Capinota, el 6 de Febrero del 2006, con la participación de 12 padres de familia, de los cuales cinco participantes eran varones y siete

mujeres, con edades comprendidas entre 19 a 40 años. El evento inició a horas 10:00 hasta 14 :00 PM.

En relación a la procedencia, cinco participantes correspondían al centro poblado del municipio, cuatro participantes al sector de Mollini y tres participantes al sector de Apillapampa, cuyos niños eran menores de cinco años, con esquemas de vacunación completa para la edad.

El grupo se caracterizó por ser participativo, dinámico y espontáneo, y respondían rápidamente a la pregunta formulada, en todo momento resaltaban la importancia de cumplir con los esquemas de vacunación; sin embargo la mayoría de los participantes manifestaron su desacuerdo con el personal de salud existentes en el servicio de salud de esta comunidad, por su no permanencia en el servicio, por otra parte refieren que a pesar de esta dificultad, hacen vacunar a sus niños en las ferias en el Centro poblado de Capinota.

Solo dos participantes manifestaron en un tono de voz elevado al referirse a la muerte de las niñas en la comunidad de Apillapampa.

En todo momento se siguió la guía del grupo focal de la presente investigación.

El tercer grupo se realizó en la comunidad de Mollini con la participación de 12 padres de familia, de los cuales seis eran varones, seis mujeres, once casadas y una mujer viuda, con edades comprendidas entre 18 a 38 años, cuyos niños son menores de cinco años con esquemas de vacunación incompleta, el grupo focal se desarrollo aplicando la guía elaborada previamente .

El lugar del evento fue el Centro de salud de Mollini, el 8 de Febrero del 2006 de horas 11:00 a 14:00PM, el grupo fue bastante dinámico y participativo, todos los participante se expresaron en quechua, en forma espontánea.

4.7.- PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION

Concluido el trabajo de campo que permitió la recolección de la información, se realizó la transcripción de los debates grupales en un procesador de texto. Así mismo se procedió a la sistematización de la información, se ordenó la información por grupos focales, el ordenamiento se realizó de acuerdo al peso específico que tenían las respuestas al interior de cada uno de los grupos.

Para asignar un peso específico a la información se tomó en cuenta la transcripción de los debates realizado por los investigadores; en varias oportunidades se tuvo que leer dos o más veces la transcripción para procurar encontrar el verdadero sentido de lo que querían decir.

En la elaboración de los resultados se ha procurado mantener el lenguaje de los participantes, sus aportes textuales aparecen en cursiva y entre comillas, seguida del código que se le asignó a cada participante tomando en cuenta su edad, estado civil (C: Casada, CC Concubina, S: Soltera, V: Viuda) y el número de hijos .

Los tres investigadores participaron en todo el proceso de sistematización de la información, manteniendo permanentemente diálogo con una actitud crítica; posteriormente se procedió a la interpretación de la información, pasando de su descripción a su comprensión siguiendo cada uno de los objetivos, partiendo del peso específico de cada uno de los datos.

4.8 TRIANGULACIÓN

La confianza de los resultados esta basada en la participación de más de un investigador que recogen datos y los mismos nos lleva a la misma conclusión.

Por ello como técnica de control y evaluación, se realizó la triangulación a partir de las observaciones de los tres investigadores que participaron en el trabajo de campo durante los debates de los grupos focales y en todo el proceso de sistematización de la información, intercambiando apreciaciones y opiniones vertidas durante el desarrollo de los debates, también se tomo en cuenta las actitudes de los participantes donde se ha llegado a los mismos resultados.

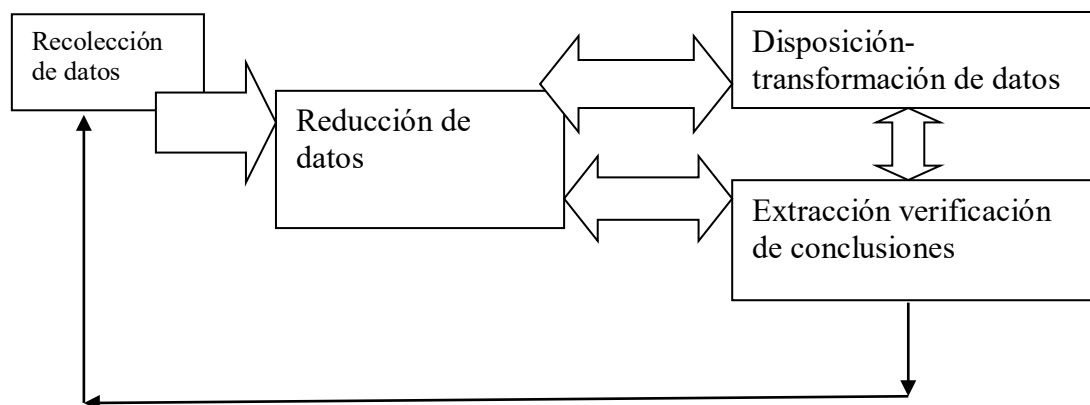
CAPITULO V RESULTADOS

5.1 Análisis

Según Miles y Huberman, 1994, pag 12, el análisis es un proceso con cierto grado de sistematización que está implícito en las actuaciones del investigador, en este sentido resulta difícil hablar de una estrategia o procedimiento general de análisis de datos.

Siguiendo al mismo autor la recolección de datos, el análisis y las conclusiones están entrelazados en todo el proceso de investigación, este modelo se ilustra con la gráfica que siguiente.

Diagrama de Recolección de Datos, Análisis y Conclusiones de
La Investigación según Miles y Huberman



La información obtenida con la técnica de grupos focales, se analizó tomando en cuenta un orden lógico y congruente de los objetivos del presente estudio.

5.2 Percepciones de los padres respecto a los beneficios y perjuicios de las vacunas

Para los padres es muy importante la salud de sus hijos, conceptualizada no solo como salud física, sino también como el desarrollo de la inteligencia, y el desempeño del rol asignado en la familia y en el trabajo.

Dentro de las maneras de cuidar la salud de los niños, la mayoría de los participantes considera que la vacunación no es indispensable, dado que en la antigüedad no existían vacunas para prevenir enfermedades y los niños crecían sin problemas, asimismo, que existen niños que nunca han recibido vacunas y son como cualquier niño de la comunidad que ha sido vacunado. En cambio, el hecho de recibir la vacuna es considerado como un grave riesgo para la salud, sobre todo en la comunidad de Apillapampa, en que se produjeron las muertes.

“Como voy hacer vacunar si me lo matan, ¿quien nos va ayudar a trabajar y criar a los animalitos que tenemos?..... lo que ha pasado en esta comunidad de Apillapampa, han vacunado a tres wawas¹ y las tres han muerto, y grave hemos protestado por eso para mi las vacunas son un riesgo que quita la vida al ser que uno más quiere y necesita pues” (25,C,1)

“Vienen a mi casa me quieren obligar para vacunar a mi wawa, pero yo oculto o me voy a mi chacra porque por ahí le hace daño a mi wawita, solo tengo tres wawitas y tengo que cuidar” (35,C,3).

No obstante algunos participantes procedentes de las comunidades de Mollini y Centro poblado del Municipio reconocen que la vacunación puede ser provechosa, pero tienen conocimientos erróneos sobre los beneficios. Algunos padres piensan que pueden influir en el desarrollo intelectual, en el estado nutricional o disminuir la gravedad de las enfermedades:

¹Wawa en el idioma quechua significa bebe

“Las vacunas cuidan de las enfermedades y con ello (los niños) son más inteligentes en la familia, entonces hay que vacunar a las wawas urgentemente cada que les toque” (40,CC,2).

“Cuando hay un buen alimento, los hijos son resistentes, no se resfrían, igual son las vacunas” (33,C,3).

“Si están bien alimentaditos ya no es necesario las vacunas, por son bien gorditos igualito son fuertes”(35,C,1).

Muy pocos asocian la vacunación con la prevención de las enfermedades infecciosas.

“Hay que hacer vacunar a las wawas, sino pueden quedar cojitos, eso pasaba con algunos viejitos que ya han muerto”. (30,C,4).

Pese a las campañas de educación en salud, en las que se enfatiza en la necesidad de vacunar a los niños para prevenir las enfermedades infecciosas, muchos padres expresan sus dudas y desconfianza sobre la utilidad de las vacunas.

“Dicen los doctores que las vacunas cuidan y son remedios, pero yo tengo tantos hijos han crecido sin vacunas y hasta ahora nunca han enfermado” (36, C, 8).

A pesar de lo acontecido en Apillapampa, existe la esperanza de que la vacunación se realice con los cuidados necesarios y se garantice la calidad de las mismas.

“Ojalá Dios quiera que a estos lugares alejados de la ciudad lleguen vacunas seguras y que eviten de enfermedades y muertes” (35C,1).

En el área urbana del municipio los padres que hacen vacunar a sus hijos manifiestan ser vistos ante la sociedad como padres responsables que cuidan su salud y desarrollo de sus niños:

“Hay que cuidar bien a los hijos, no se los puede dejar así nomás como animalitos, por eso hay que hacerles vacunar según la edad que les toca, de mi mis 5 hijos tienen las vacunas completas, pero hay algunos papas que no se interesan por sus hijos, no les importa si están vacunados o que vacuna le para su edad, dan mas importancia a su animales que a sus hijos, ”(27,C,5).

En el desarrollo de los grupos se ha observado que los participantes refieren la vacunación como signo de modernidad:

“Nuestros antepasados no hacían vacunar a sus wawas, ni conocían que era esto, en cambio ahora que todo se ha modernizado todo aparece remedios para curar y vacunas para no enfermar y hay que cumplir pues.”(19,C,1).

“Los Papás de ahora ya saben, no es como antes que no se hacia vacunar a los hijos por ejemplo a mi nunca me han vacunado de nada y no he enfermado será que antes alimento natural se comía y no traían enfermedades” (40,C,5).

Por otra parte, no se observa actitud de reproche hacia los padres que no hacen vacunar a sus niños, principalmente de los participantes procedentes de las comunidades dispersas del municipio; al contrario existe una actitud de justificación y comprensión de las razones por las que no cumplen con la vacunación de sus hijos

“Algunos padres no hacen vacunar a sus wawas porque se encuentran ocupadas, si no trabajan de que también van ha comer pues, de mis dos wawas al mayor le han vacunado cuando ya tenia 3 años.”(21,C,2).

“Muchos conocemos que son importantes las vacunas, pero por falta de tiempo y principalmente la desconfianza que tengo a los vacunadores prefiero a veces dejar sin vacuna a mis hijos” (19,C,2).

Por otra parte los participantes manifestaron que es mas seguro hacer vacunar a los niños en los servicios de salud por dos motivos:

- En el servicio de salud, además de vacunar a los niños, se benefician de otros programas de salud.
- En las campañas, el personal responsable de la vacunación es desconocido por al comunidad y se genera desconfianza respecto a su formación y propósitos.

“Es mejor hacer vacunar en las Postas Sanitarias porque así controlan su peso, dan vitaminas y aceites para los niños, en cambio en las campañas de vacunación caminan gente desconocida y me da mucho miedo más porque han matado pues a tres wawas con malas vacunas o mezcla de medicamentos hace dos años, deben venir siempre enfermeras capacitadas para vacunar, por eso a veces decimos que mueran aunque con la enfermedad. (27,C,4).

El trato que brinda el personal de salud, es un factor que aumenta la desconfianza y la resistencia de los padres para hacer vacunar a sus hijos.

“Cuando llevo a mi wawa al Hospital, con su carnet de vacunas incompleto, se riñen las enfermeras, yo pido que me lo vacune la enfermera o doctor conocido, no hago vacunar con personas nuevas o practicantes, (40,C,6).

5.3 Percepciones respecto a los efectos secundarios y complicaciones de las vacunas.

La mayoría de los participantes, manifiestan que los efectos secundarios que producen las vacunas, dificultan el desarrollo normal de las actividades cotidianas de los padres; aunado en algunos casos, a la falta de información del personal sobre los posibles efectos y las medidas que se deben aplicar si se presenta el caso, inciden en la decisión de vacunar a los niños

Identificando los temas que preocupan a los participantes respecto a los efectos secundarios una vez vacunados los niños, se ha encontrado que en primer lugar les preocupa el aumento de temperatura después de la vacunación con la pentavalente, y el malestar que presentan los niños, obliga a las madres a cuidarlos, lo que cambia la rutina de la familia, dificulta el desarrollo de sus actividades cotidianas. Este hecho origina en muchos casos el enojo del padre, quien responsabiliza a la madre del malestar del niño por haberlo hecho vacunar.

“Cuando he hecho vacunar a mi wawa, bien mal se ha puesto toda la noche ha llorado, se ha hinchado su bracito y sarna se ha hecho, mi esposo me ha pegado, por eso ahora hago vacunar cuando el no esta porque el no entiende de vacunas, no quiere que haga vacunar, Yo quiero que mi hijito sea fuerte inteligente en la escuelita también, a veces me pregunta (el esposo) si he hecho vacunar yo le miento y digo que no hago vacunar, tampoco el me dice que haga vacunar, a él no le importa con tal que crezca no más para que ayude, eso no más quiere él“ (31,C,4).

“Pero cuando uno hace vacunar a la wawa siempre tiene que cuidarle por lo menos dos días, y muchas de nosotras seguimos trabajando normal en el sol cargado de la wawa eso también le hace daño. Por eso yo me alegro que en esta reunión hayan participado varones, porque son los que riñen cuando llora la wawa” (38,V,4).

La falta de información amplia y detallada de los efectos secundarios de la vacunación, origina en los padres ideas erróneas, como atribuir a un mala técnica de aplicación de la vacuna, los efectos que se presentan.

“A mi hijito le ha dado calentura fuerte, dolor se ha vuelto rojo el lugar que le han pinchado y se ha hinchado, ha sido como una enfermedad lo que le ha durado una semana ha estado así mal, a veces colocan mal la vacuna” (19,C,2).

“En algunos niños debe ser fuerte la calentura para que dure una semana siempre, porque a mi hijo solo le dura dos días, si se molesta un poco eso debe ser por el dolor mismo del pinchazo, o tal vez depende de la mano de la enfermera que vacuna, porque algunas no hacen doler nadita pues. Yo busco a una sola enfermera para hacer vacunar, si ella no esta me espero hasta que llegue, además que ella vacuna y me dá directamente tabletitas para la calentura, antes que le de (la fiebre) yo ya le hago tomar y como si nada se pasa” (32,C,4).

Además se ha hecho evidente por lo referido en los grupos focales, que es insuficiente la información sobre el manejo de los síntomas que se presentan después de la vacunación

“Seria bueno que nos avisen bien que le va pasar con cada una de las vacunas que colocan a las wawas, porque a veces nos dicen no le va dar nada, ellos se van y la wawa empieza a llorar porque le da calentura, y a veces se hincha el lugar del pinchazo, por eso a veces yo le pongo Cachi Paños (pañños humedecidos en agua salada) con trapo limpio” (38, V, 4).

Las madres recurren a ésta y otras medidas caseras para tratar los efectos secundarios de las vacunas, demandan contar con antipiréticos en caso de

vacunación con la pentavalente, y sugieren que sea una norma vacunar y entregar las tabletas de antipirético:

“Yo digo que deben darnos las tabletas para bajar la fiebre, sin que pidamos nosotras, y ya podemos tener (la tableta) para darle cuando le de la calentura y no esperar y hacer pasar el tiempo hasta llegar al Hospital, porque algunas vivimos muy lejos, ni siquiera llegan los autos, tenemos que traer a la wawa a pie” (19,C,2).

Pocos padres han expresado su disposición a cumplir con la vacunación de los niños, organizando sus actividades de manera que permita atenderlos si presentan reacciones post vacunales, e incluso a cambiar las actitudes tradicionales que interfieren con la decisión de recibir la vacuna

“Nosotros como padres de familia debemos programarnos cuando hacer vacunar a nuestros niños, y para eso debemos dejar de trabajar, así cuando llora, o le da calentura le podemos atender con más paciencia o también llevarle al sanitario mismo para que nos de algo para calmar sus molestias. Todo tiene su valor y su tiempo, si no hacemos vacunar cuando realmente necesita la wawa, mas tarde ya no le sirve se pasa su tiempo, por eso todos debemos entender que no toda una vida las wawas necesitan de nuestros cuidados.(24,C,4).

“Las mujeres parecemos otras wawas para todo tenemos que avisar al marido, algunas mujeres hasta para hacerse vacunar ellas del tétanos primero corren para avisar, si quiere su marido se vacunan, si no rechazan las vacunas y es peor todavía con las wawas menores de cinco años, eso ya tenemos que cambiar, ¿acaso somos compradas? , nosotras tenemos que decidir y también ser responsables de nuestros hijos garantizando que reciban todas sus vacunas, es mejor que unos días llorne por algunas molestias que son resultado de las vacunas a que se enfermen, gastar plata

en sus remedios y peor si muere, si todo es gratis solo depende de nosotros”(33, C, 4).

5.4 Percepciones respecto a los riesgos de la vacunación.

Al explorar las percepciones de los participantes sobre los riesgos de vacunación, se evidencia, que la mayoría de los participantes manifestaron que las vacunas como tal no son riesgosas, sin embargo existen otros factores de desconfianza, temor e inseguridad, que han repercutido en el descenso de la cantidad de niños vacunados en las gestiones 2004 y 2005, en comparación con otras gestiones.

Casi la totalidad de las personas afirman que las vacunas son buenas y no tienen ningún riesgo, pero desconfían de la calidad de los procedimientos que sigue en personal que aplica la vacuna

“Las vacunas son buenas, antes se veía cojos que hasta hoy en día todavía quedan algunos, también fieritos, (personas que tienen cicatrices de viruela o varicela) eso ya no hay ahora en estos tiempos, pero el miedo ahora no es a la vacuna sino es a los que vacunan, por eso, yo en este mi hijo he preguntado bien sí lo que quería vacunar la enfermera correspondía a lo que quería” (32,C,2).

El problema no son las vacunas sino la falta de adiestramiento a los que manejan estos, si trabajan con vidas humanas ¿acaso somos animales?” (38,CC,5).

Esta desconfianza, lleva a rechazar la vacunación de sus hijos

“Me da mucho miedo, prefiero no hacer vacunar, cuando vienen los vacunadores yo oculto a mi wawa y les digo que ha muerto, muchos dicen

que todo lo que es gratis es dañino por eso, no hago vacuna , si tiene que morir que muera que sea decisión de nuestro Señor” (37,C,5).

5.6 Necesidades de la comunidad respecto a la vacunación de los niños

Respecto a la información, manifestaron los participantes que debe mejorar la información, principalmente en las áreas rurales. Sugieren la utilización de medios de comunicación local, principalmente radio FM que tiene alcance a todas las comunidades del municipio, los mensajes deben difundirse en quechua y en horarios de la madrugada y durante la noche, horarios de mayor audiencia de la radio emisora:

“Muy importante es que se aumente la información por la FM sobre los beneficios de la vacunación, explicar claramente que las vacunas no tienen riesgos, y estos deben ser en la madrugada y en la noche porque de día trabajamos en el campo, así no mas podemos convencer a todos para que hagan vacunar a sus wawas, casi todos sabemos que las vacunas son buenas, pero desconfiamos más que todo de las enfermeras nuevas”.
(33,C,5).

La educación en salud en las escuelas, es otro medio que los padres sugieren para que la comunidad se informe correctamente sobre los beneficios de las vacunas.

“Nosotros también pedimos capacitaciones en las escuelas, para que se acaben ya los ignorantes que no creen en las vacunas, aunque conociendo que son importantes y son gratuitos para nosotros pero le cuesta a nuestro gobierno, no quieren siempre; en cambio si en las escuelitas enseñamos desde pequeños van ha aprender y cuando sean viejos o tengan sus hijos van hacer vacunar a su hijos o tan bien en sus casas van ha pedir a sus papas que hagan vacunar a su hermanitos, a veces se hacen rogar tanto para recibir una vacuna su hijo, pero cuando dicen que van a vacunar a

los perros hacen filas grande por sus perros muchos de nosotros damos más importancia a los animales que a nuestros hijos; y esas cosas ahora ya tienen que cambiar porque estamos en otros tiempos de cambio, no podemos seguir criándonos como animales, eso que se termine en nosotros, reconozco que nos hemos descuidado no solo los padres de familia, si no también nuestras autoridades deben orientarnos en estos casos, porque son los que nos representan en todos los programas dentro de nuestro municipio, de esta manera podemos ayudar a que todos conozcan lo que son las vacunas y significan especialmente para los niños menores de cinco años, de las comunidades rurales donde niquiera la alimentación es buena, por lo menos las vacunas son gratuitas y llegan hasta nuestras casas, solo es un poco falta de voluntad de cada uno de nosotros”(27,C,2).

La información es importante para la decisión de aceptar la vacunación de los niños, misma que a la fecha existe, sin embargo, es imprescindible fortalecer las estrategias que permitan continuar y completar con los esquemas de vacunación antes que cumplan los dos años. Una de las medidas que la comunidad espera, es que el personal de salud muestre respeto y más interés por sus problemas de salud, aproveche para vacunar las oportunidades que se presentan cuando los niños y niñas acuden a los servicios sanitarios por otros motivos y de muestras de sus conocimientos y capacidad.

“Nosotros como padres de familia, así seamos de las comunidades rurales merecemos que nos respeten y nos traten como a gente y no como a animales, deben vacunar con sus cinco sentidos sin cometer errores; también quiero aclarar que nosotros no permitiremos más a enfermeras o vacunadores desconocidos, que vienen de las ciudades hacer sus prácticas sin nada de experiencia. Y a nosotros nos experimentan, eso es lo que ha pasado en Apillapampa, cuando han muerto esas wawitas; sabemos que las vacunas son buenas, antes que suceda esto, nosotros como autoridades

obligábamos a todos para que hagan vacunar, también a todos los niños menores de tres años en esta comunidad dan alimentos unas organizaciones y antes de recibir esto se controlaba su tarjeta de vacunas, si estaba incompleto no se daba. Y por eso antes todos tenían vacunas. Pero ahora también vamos ha impulsar a todos los padres de familia, garantizando presencia de vacunadores con bastante experiencia”.(40,C,6).

“En mi primer hijo la enfermera me ha explicado bien sobre la vacuna que le ha puesto en su hombrito y yo he esperado y me he preparado bien para atenderlo, pero cuando ha vacunado en la pierna nada me ha dicho, entonces en la noche fiebre le ha dado, mi esposo me ha reñido diciendo para que le llevas, por eso ya no he hecho vacunar las demás vacunas, tampoco llevo a la posta ni ellos vienen”(18,C, 6).

Los participaron manifestaron que algún personal de salud, que sale a la comunidad para vacunar no habla ni entiende quechua, lo que dificulta la interrelación con los padres de familia:

“A veces vienen ha vacunar de la posta y no hablan quechua, tampoco entienden, así como nos vamos a entender pues, por eso a veces yo me oculto y con mis wawas, hago decir que no estoy”. (38,V,4).

“De hacer vacunar se puede hacer vacunar, pero yo quisiera que nos vacunen doctores o enfermeras que hablan quechua y conocidos por nosotros” (37,C,4).

Para muchos participantes, es imprescindible la relación continua entre el personal de salud y la comunidad, lo cual garantizaría la confianza al conocer bien al personal de salud, manifiestan:

“Sería bien que nos visiten por lo menos cada dos meses, para conocernos mejor nosotros al personal de salud y ellos a nosotros, así no podemos desconfiar, tampoco los padres de familia ocultarían a sus wawas porque de memoria nos conocerían a todos en cada una de las comunidades. Pero a veces se aparecen muy rara vez y cada vez gente desconocida, de eso reclamamos, queremos continuidad en el trabajo no nos gusta ver caras desconocidas” (24C,2).

La mayoría de las participantes de los grupos focales desarrollados en los sectores de Mollini y Apillapampa, manifestaron que dieron a luz en su domicilio, en este proceso, la vacunación no tiene un comienzo automático. En esta situación la madre aprovecha su visita a centros poblados para hacer vacunar a su niño y/o hacer control médico:

“He tenido a mi wawita en mi casa , mi esposo me ha atendido, y cuando hemos bajado al pueblo he querido hacer vacunar a mi wawa, he ido al sanitario y no han vacunado, me han dicho que un frasco se abre para ocho niños y no se puede abrir para un solo niño, y me dicen que regrese para otro día y era enfermera nueva, a mi me da miedo por hay me lo vacuna mal y muere mi wawa, por eso prefiero no hacer vacunar “. (34,C,3).

No obstante, algunos padres de familia manifestaron que es responsabilidad total hacer vacunar a sus niños sin presión del personal de salud:

“Yo hago vacunar a mis hijos, porque es mi deber, si oculto o no hago vacunar mis hijos no más se perjudican, por eso yo siempre aconsejo que hagan vacunar, muchos tienen miedo y piensan que las vacunas matan, por lo que ha pasado en Apillapampa cuando han muerto tres wawas después de ser vacunados. Pero eso pues han aclarado no que no era vacuna sino era otra cosa” (37,C,5)

Algunos padres de familia enfatizaron en la necesidad de vacunar a los niños, para evitar que enfermen y transmitan la enfermedad o los demás niños de la comunidad, para evitar este hecho, estarían dispuestos a convencer a los padres para que vacunen a sus hijos e incluso obligarlos. Sugieren que se tome en cuenta sus propias organizaciones sociales para promover la vacunación.

“Hay que hacer vacunar, es por el bien de todos nosotros, a los que no quieren hay que obligar, porque yo creo si aparecen enfermedades también puede atacar a otros niños que son un poco flaquitos por la falta de alimentación, pero a ellos mejor les ayudaría las vacunas”.(37,C,5).

“Nosotros como sindicato le podemos obligar, con eso todos nuestros niños estarían vacunados. Nosotros no desconfiaríamos del personal de salud, mas bien ayudaríamos en todo, pero siempre tienen que coordinar con las autoridades, nosotros estamos organizados orgánicamente, es como en el cuartel, si la máxima autoridad dice que se vacune , todos tienen que respetar y cumplir”(37,C,4).

Para algunas participantes es ignorancia no hacer vacunar a los niños, pese a recibir capacitaciones, e información respecto a las vacunaciones por diferentes medios de comunicación, refieren:

“Ya es mucha ignorancia no hacer vacunar a las wawas, hasta cuando serán así, si tanto hablan los sanitarios en las reuniones, se escucha en radio, se ve en la tele sobre cuanto importante son las vacunas. Pero las mujeres de arriba prefieren ocultar a sus wawas, como si pagaran o les costara dinero. También han explicado pues que las wawas en Apillapampa no han muerto por la vacuna, pero estas compañeras no entienden, desde ahora nosotras como vecinas vamos a vigilar para que todas cumplan con sus vacunas, por que esto es un beneficio. Yo siempre digo la vacuna no tiene ningún riesgo yo no tengo miedo, más bien me alegro cuando vacunan a mis wawas” (36,C,8).

5.7 Las vacunas dentro de las percepciones culturales de la comunidad.

En las zonas rurales la salud y enfermedad, están vinculadas a poderes sobre-naturales; manifiestan que la mayoría de las enfermedades son curadas por yatiris, quienes adquirieron conocimientos a través de la caída del rayo, lo cual es como un don de Dios que deben cumplir obligatoriamente; responsabilizándose de la salud de los comunarios. Así mismo ofrecen diversas ofrendas a la “Pachamama”, (madre tierra), con objeto de obtener su beneplácito para la curación de diferentes patologías, que en muchos casos no requieren de la medicina moderna.

“A nosotros también nuestros ancestros nos han dejado enseñanzas, sabidurías que en muchos casos practicamos, puede ser curando o también haciéndonos poner cercos a la casa para evitar enfermedades malignos, en muchas situaciones las wawas se asustan en las orillas del río o cuando la mamá va ha trabajar junto a ellos. En estas situaciones acudimos a la medicina tradicional, con el uso de diferentes yerbas, baños y ofrendas que damos. Pero también nuestros curanderos nos dan indicaciones que necesariamente tenemos que cumplir.

Los participantes de las zonas rurales del municipio, refieren que cuando se enferman acuden a la medicina natural, a pesar de su importancia, las vacunas no pueden sustituir a la sabiduría de los antepasados, y esperan que los médicos y enfermeras respeten sus costumbres, creencias, al igual que ellos a la medicina moderna.

“Los remedios naturales son importantes y las vacunas no pueden remplazar a lo que nos han enseñados nuestros abuelos, por eso son importantes las vacunas, pero los doctores a veces no entienden que es bueno la vacuna, pero también nuestras medicinas del lugar, para proteger

de enfermedades también para cura. Ellos a veces se enojan cuando les decimos esto, y algunos nos muestran sus caras (expresiones de enojo) ni siquiera nos escuchan”. (36,C,5).

“Nosotros respetamos lo que el médico indica para curar las enfermedades, no le discutimos los motivos de su empleo de cada uno de los remedios, para cualquier enfermedad; pero cuando nosotros vamos al sanitario porque necesitamos de ellos, por indicación de nuestro curandero, ellos se riñen diciendo: ¡lleven no mas ahí, han dejado que se agrave, y recién nos trae!. Yo me siento muy mal a veces quiero discutir pero me callo no más. Ellos estudian para ser doctores, enfermeras, pero a nosotros Dios nos manda personas indicadas de nuestra comunidad misma” (38,C,3).

Los participantes manifestaron que reciben malos tratos del personal de salud cuando aplican alguna medida terapéutica a los niños vacunados, según sus costumbres y creencias culturales.

“Cuando han vacunado a mi hijo le he puesto al lugar del pinchazo, un trapo mojando en su orín, de eso la enfermera casi me pega, ¡Son unas atrevidas!, me ha dicho que soy una ignorante, que eso le puede enfermar mas a la wawa, por eso yo busco solo a la enfermera (una a quien conoce mejor), ella me atiende bien y me dice todo lo que tengo que hacer con mi wawa”. (31,.C,4).

“Cuando nos cura (el curandero) nadie puede salir ni entrar a la casa todo un día después de la curación (por indicación del curandero como parte del rito). Pero cuando llegan los vacunadores a la comunidad no entienden eso, a veces nos están riñendo de la puerta, se traen al corregidor, y nosotros de adentro no más decimos no pueden entrar porque estamos curados. Y ellos protestan, nos insultan muchas veces, y por eso a la fuerza le tenemos que hacer pasar a la casa y en vano es todo

el procedimiento que realiza nuestro médico tradicional, para la nada”(38,C,3).

“Yo cuando le da calentura le pongo hojas de tartacu, (planta nativa del monte), mojando en el orín de su papá, y cuando no mejora le pongo la clara del huevo a su frente, debajo de su bracito y en sus entrepiernas, y con eso se pasa no más” (38,V,4).

Por otra parte manifestaron que en las comunidades del municipio, se ofrecen diversas ofrendas al señor Santa Vela Cruz, como parte de sus costumbres, creencias, por lo que realizan ritos a objeto de pedir salud para los niños:

“A veces nosotros challamos (rituales de ofrenda) y pedimos al señor de Santa Vela Cruz para que cuiden de nuestros niños, no solo de las enfermedades sino también que a estas comunidades rurales nos llegue gente que sabe, por que a veces como castigo nos mandan doctores y enfermeras malas, ni siquiera hablan quechua y no nos entendemos a veces nada, pienso que la gente buena se quedan en las ciudades,

Expresan que debieran trabajar en coordinación, curanderos y personal de salud. Los curanderos muestran mayor disposición para esta integración de ambas medicinas.

“Nos dicen clarito (los curanderos) si es para el o tenemos que llevar también al doctor. Podemos trabajar juntos mejor y así andar todos, no solo en las vacunas también en otras enfermedades. (36,C,8).

“Si queremos luchar con las enfermedades mediante trabajo mancomunado como AYNI, ustedes por nosotros, y nosotros por ustedes,

saldremos adelante respetando cada uno en el lugar que ha vivido y vive también ahora (25,C,1).

Solo una persona expresa que nos es conveniente la integración de ambas medicinas.

“Las vacunas son importantes y no podemos mezclar con la medicina tradicional, yo pienso que si o si debemos hacer vacunar en su tiempo, porque todo tiene su tiempo” (35,C,4).

CAPITULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

Es evidente que los padres de familia reconocen la importancia y los beneficios de las vacunas para los niños, principalmente para menores de dos años, sin embargo, aún persiste la desconfianza, temor, inseguridad para hacer vacunar a sus niños después del accidente vacunal suscitado en la Comunidad de Apillapampa, con fallecimiento de tres niños en gestiones pasadas. Esta situación se refleja en bajas coberturas en las gestiones 2004 – 2005.

Los participantes reconocen las visitas constantes que realiza el personal de salud a objeto de concientizar a los padres de familia y vacunar al 100% de los niños existentes en el área de influencia, pero existen barreras que dificultan el logro de los objetivos trazados en los programas de salud.

6.1.1 Barreras

En el desarrollo de los grupos focales, la mayoría de los participantes han identificado como barreras, las siguientes:

- Desconfianza hacia el personal de salud, existiendo dudas sobre sus conocimientos y destrezas, consideran que podrían emplear malas técnicas de vacunación.
- Miedo al personal nuevo o estudiantes, que podrían fungir como vacunadores inexpertos.
- Temor a los efectos secundarios o reacciones de las vacunas y los posibles daños que ocasionen en los niños.
- Indiferencia, atención descortés y poco amable del personal de salud a los padres de familia, incluso malos tratos. Determina la búsqueda de otro servicio de salud y en muchos casos es motivo de que los esquemas de

vacunación queden incompletos, especialmente en niños menores de dos años.

- Inaccesibilidad geográfica a los servicios de salud, especialmente en las comunidades dispersas del municipio. Ello dificulta el acceso a las vacunas y por ende influye en los esquemas de vacunación incompleta.
- Deficiencia en la proyección comunitaria por parte del personal de salud.
- Dificultad con el idioma, manifestaron los participantes que algún personal de salud no habla ni entiende el idioma quechua, que es el idioma madre de todos los habitantes del municipio.
- No respetar las costumbres y creencias de los comunarios.
- El personal de salud no coordina con las autoridades locales del municipio.
- Falta de preocupación de algunos padres y madres de familia para cuidar la salud de sus hijos.

Los padres de familia en su mayoría de origen quechua, tienen una visión del mundo que corresponde a la cultura andina, y por tanto actúan de acuerdo a esta cosmovisión, tanto para promover y proteger la salud de los niños, como para repararla en caso de enfermedades. Situación que no solamente no es comprendida por el personal de salud, sino combatida mediante actitudes punitivas y agresivas.

La existencia de oportunidades perdidas de vacunación en los servicios de salud, reflejada en rechazo de niños que de manera espontánea acuden a los servicios de salud para recibir vacunas, por no contar con un número determinado de niños para abrir un frasco de una determinada vacuna.

6.1.2 Viabilizadores

Según orden de importancia, los viabilizadores que ayudan a que las madres puedan completar los esquemas de vacunación de sus hijos son los siguientes:

- Los participantes reconocen la importancia de las vacunas en beneficio de sus hijos para que sean fuertes y resistentes a las enfermedades.
- Disponibilidad de vacunas.
- Disposición de los padres para vacunar a sus hijos si se les garantiza la calidad de la vacuna, la técnica de aplicación correcta y el personal debidamente capacitado.
- Red de servicios de salud instalados con cadena de frío, y funcionando en toda la geografía del Municipio de Capinota.
- Información adecuada respecto a los efectos secundarios después de la vacunación por algún personal de salud.
- Existencia de carnet de salud infantil, que ha permitido la verificación del estado vacunal de los niños menores de cinco años, en las diferentes comunidades del municipio.
- Experiencias buenas relatadas respecto a la vacunación de niños, por algunos participantes durante el desarrollo de los grupos focales.
- Disposición de la comunidad y los curanderos para trabajar en coordinación con los servicios de salud.

6.2: RECOMENDACIONES

- Intensificar la Información, educación y comunicación a los padres de familia y población en general respecto a la utilidad y beneficios de las vacunas, principalmente a niños menores de 2 años, por los medios locales de comunicación. (FM, canal de TV), en quechua con énfasis en los horarios de mayor audiencia (madrugada y noche) para lograr un cambio de actitudes a corto y mediano plazo.
- Desarrollar estrategias para recuperar la confianza en el personal de salud.
- Fortalecer la proyección comunitaria, mediante atenciones multiprogramáticas, visitas domiciliarias con personal antiguo que habla el idioma quechua.
- Lograr que las autoridades municipales se involucren y sean protagonistas de promocionar las vacunas en las diferentes comunidades y eventos organizados por el municipio, es necesario aprovechar la importancia otorgada por la comunidad a la participación de los líderes en la planificación y promoción de la vacunación, porque los líderes generan corrientes de opinión favorables que facilitan los procesos de vacunación.
- Realizar demostraciones prácticas con la vacunación de niños con los diferentes biológicos, esencialmente a aquellos padres renuentes y en lugares concurridos de las comunidades.
- Brindar atención con calidad y calidez.
- Evitar oportunidades perdidas de vacunación, poner en vigencia la apertura de un frasco de biológico así sea para un niño.

- Respetar en las zonas rurales las creencias y las costumbres respecto a la concepción del proceso salud-Enfermedad, atribuidas a poderes sobrenaturales; y promover el tratamiento tradicional incorporado al saber científico.

BIBLIOGRAFIA

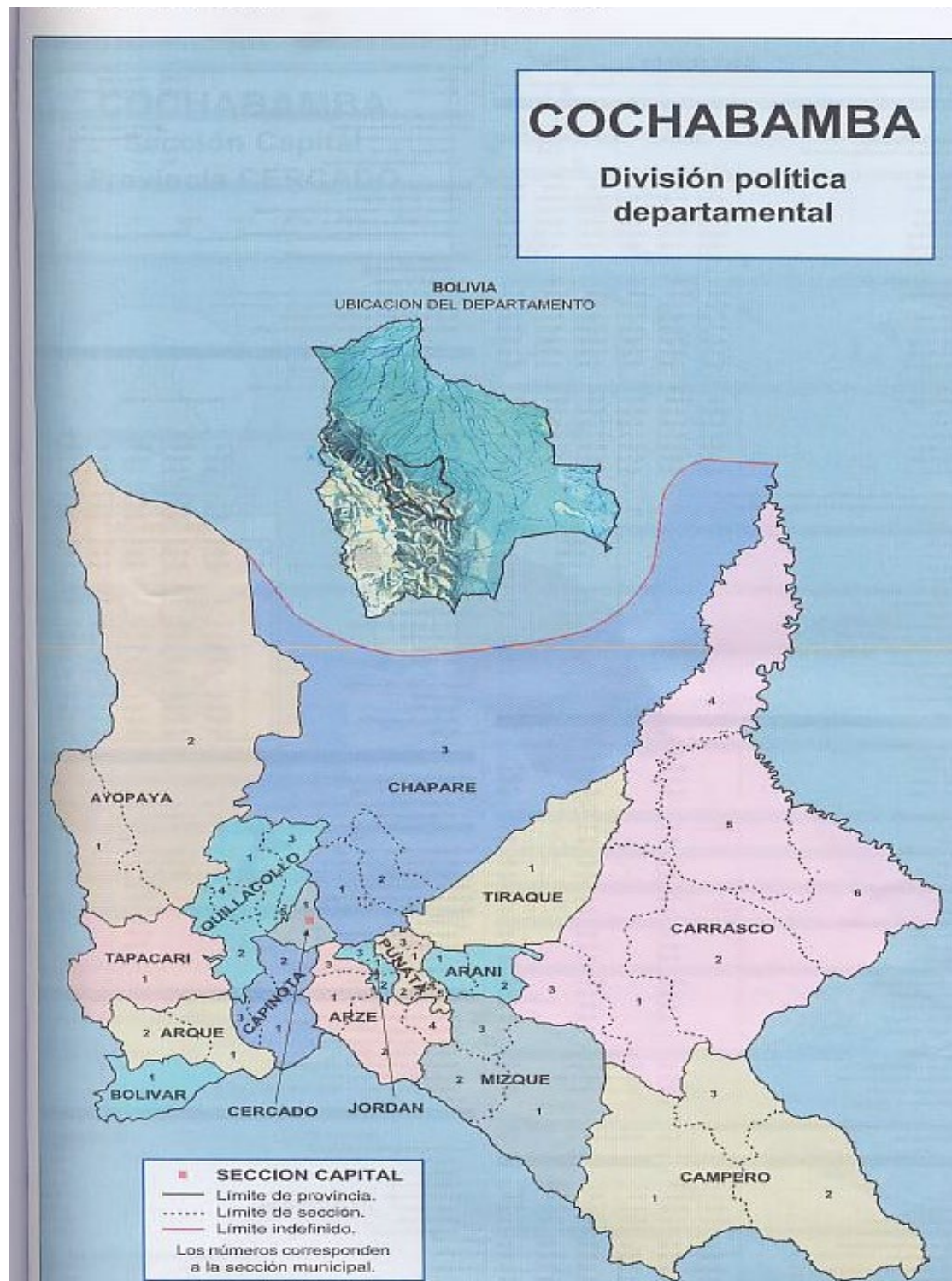
- 1.- Anndre Dalence Rosario, *Apuntes curso de maestria de Salud Pùblica y copias fotostàticas de Alan Dever, sobre epidemiològia y administraciòn de servicios de salud*. Bolivia, Sucre, 2002.
- 2.- Barrantes, Echebarria Rodrigo *Investigaciòn un camino al conocimiento. un enfoque cuantitativo y cualitativo*, Nuevo sol, México 2001.
- 3.- Butron Kathia, *Apuntes del curso de Maestría en Salud Publica*. Sucre, Septiembre 2004.
- 4.- Caillares José, *Estudio sobres creencias y costumbres del municipio de Capinota*, 1998.
- 5.- Debus Mary, *Manual Para excelencia en la Investigaciòn mediante grupos focales*. Washington DC, Porter Novelli, 2003.
- 6.- Instituto Nacional de Estadística (INE), *Encuesta Nacional de Demografía y Salud*. Bolivia 2001.
- 7.- Instituto Nacional de Epidemiología. *Guía para el diseño y organizaciòn de una propuesta de investigaciòn*, Mar del Plata Argentina, 2002.
- 8.- Instituto Nacional de Estadística. *Guía análisis de situaciòn de salud*, Argentina, Mar del Plata Argentina 2000.
- 9.- Instituto Nacional de Estadística. *Atlas estadístico de municipios: Bolivia 2005*.
- 10.- Ministerio de Salud y Previsiòn social. *Programa ampliado de inmunizaciones, manual técnico*. Bolivia, la paz 2002.

- 11.- Ministerio de Salud y Previsión social. *Estudio CAP. Conocimientos, Actitudes y Prácticas en tres eco regiones de Bolivia.* la paz 2002.
- 12.- Ministerio de Salud y Deportes. *Encuesta de Satisfacción del Usuario y oportunidades perdidas de vacunación:* La Paz Bolivia, 2002.
- 13.- Mazuera Eugenia del hierro. *Epidemiología básica,* Medellín –Colombia 1998.
- 14.- Ministerio de Desarrollo Humano, Secretaria Nacional de Salud. Resultados de gestión 1993 al 1997. Bolivia 1997.
- 15.- Ministerio de Salud y Deportes. Anuario Epidemiológico. Bolivia 2000.
- 16.- Servicio Departamental de salud Cochabamba. *Boletín informativo PAI volumen 4 N° 6,* Cochabamba-Bolivia junio 2004.
- 17.- Salazar Ana . *Parto por Partera Empírica, Cochabamba,* Bolivia 1997.
- 18.- Servicio Departamental de Salud Cochabamba. *Anuario Epidemiológico,* Cochabamba. 20000
- 19.- Servicio Departamental de Salud Cochabamba. *Análisis de Situación de Salud, ASIS.* Cochabamba 2004.
- 20.- Romero Gualberto. *Monografía causas frecuentes de EDAS,* Capinota, 2000.
- 21.- Prodiversitas – Los quechuas 1993. [www Serindigena, CI/ Territorio/ Recursos/ Biblioteca/ Glosario / c-d htm.](http://www.Serindigena.CI/Territorio/Recursos/Biblioteca/Glosario/c-d.htm)
- 22.- PCT. Plan de Desarrollo Municipal 2003.

ANEXOS

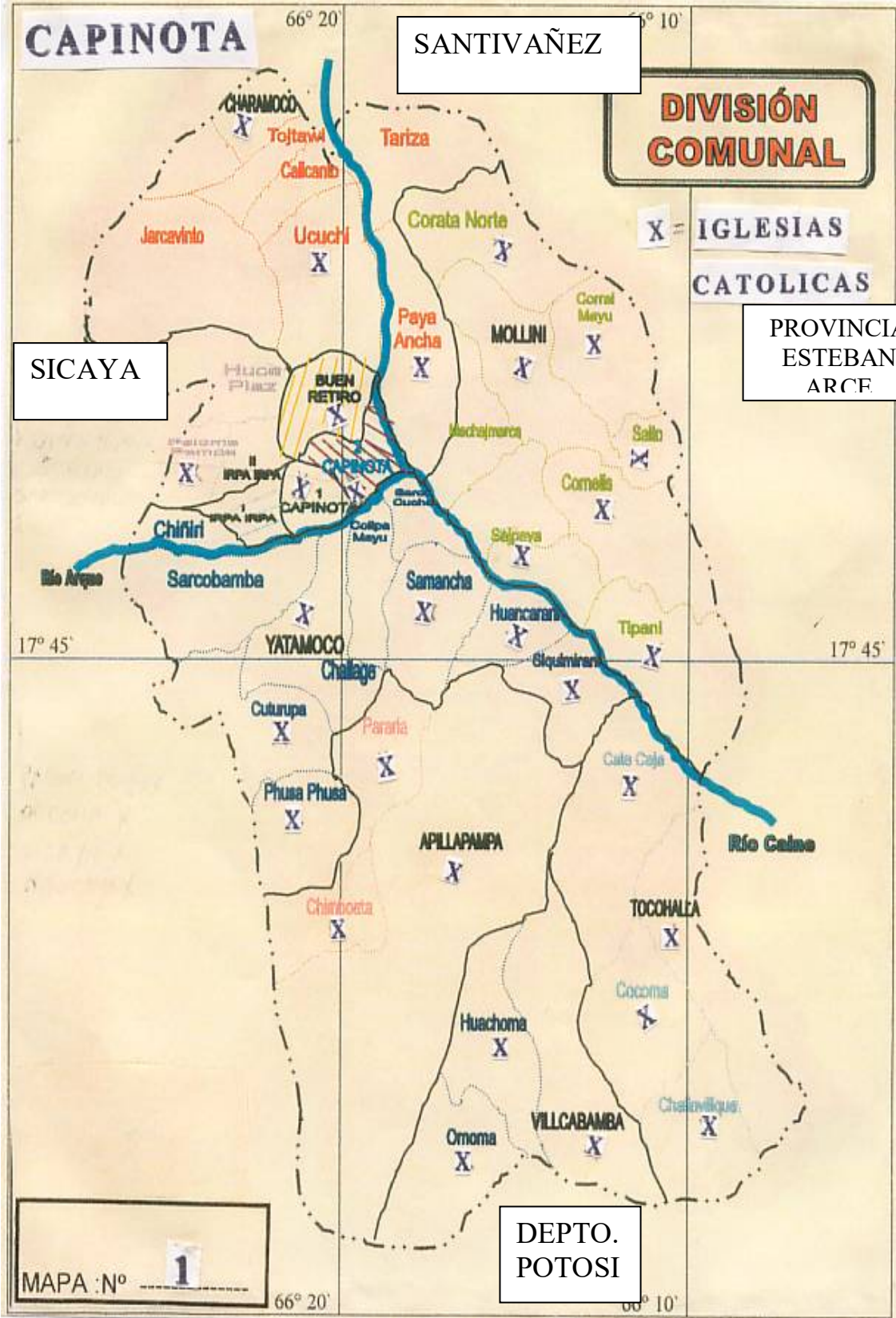
ANEXO N° 1

MAPA DE BOLIVIA Y DEPARTAMENTO DE COCHABAMBA



ANEXO N° 2

MAPA DE LIMITES TERRITORIALES DEL MUNICIPIO DE CAPINOTA



ANEXO N° 3

MAPA DIVISION POLITICO ADMINISTRATIVA MUNICIPIO
CAPINOTA



ANEXO 4

GUIA GRUPO FOCAL

Las percepciones de los padres de familia, respecto a las vacunas en niños menores de cinco años.

¿Cuál la percepción de los padres de familia respecto a la utilidad de las vacunas en los niños en cuanto a: Beneficios, desventajas y otros?

¿Cuál la percepción de los padres de familia respecto a los riesgos de la vacunación en niños , existe desconfianza, temor, inseguridad?

¿Cuál el rol que tienen las vacunas en la cosmovisión de los padres de familia respecto al rol preventivo, curativo?

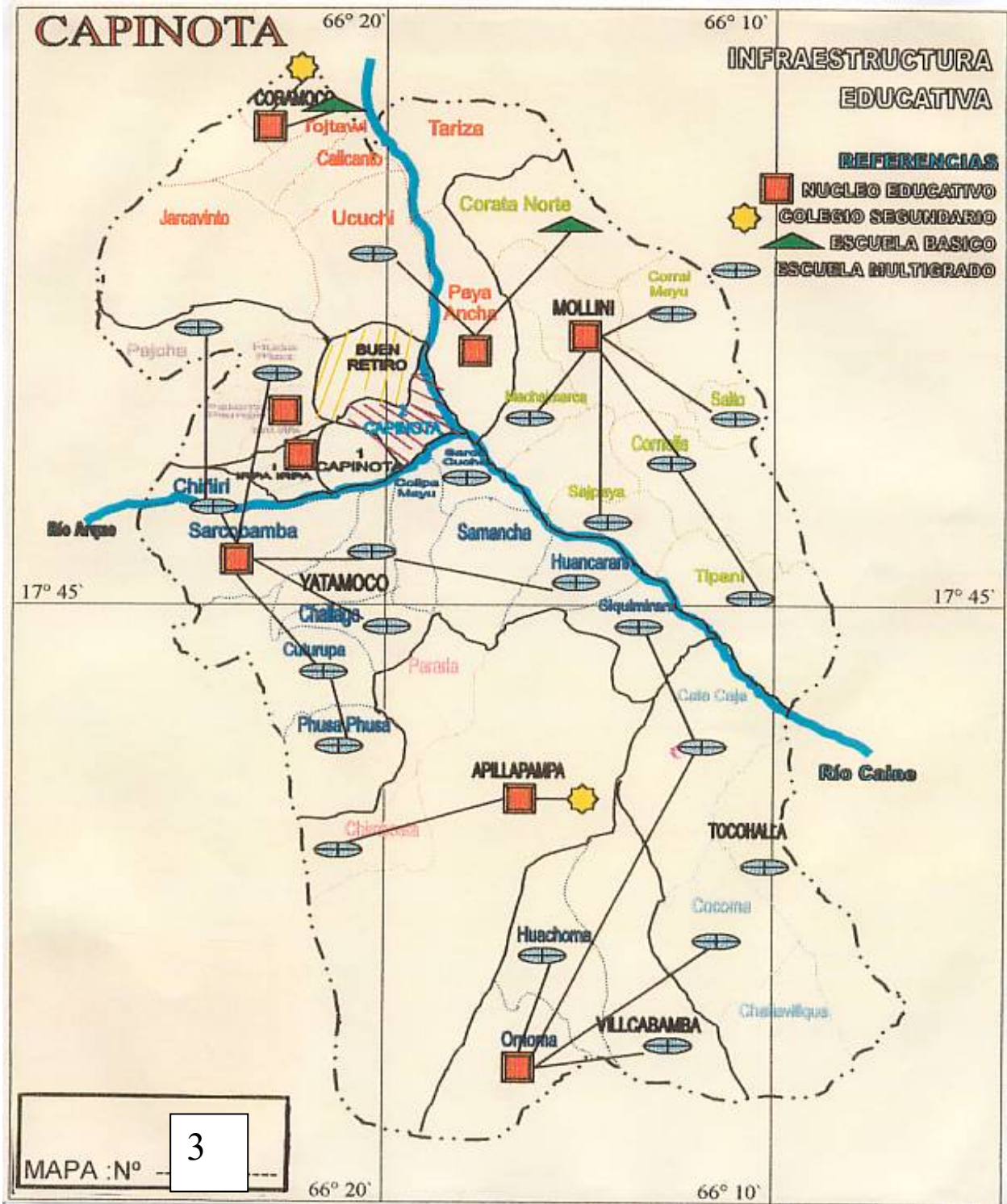
¿Donde solicita vacunación para sus niños? ¿En servicio o espera en su domicilio?

¿Conoce efectos secundarios de las vacunas? ¿Que prácticas realiza en caso afirmativo y porqué?

¿Qué piensa sobre las vacunas después del fallecimiento de niñas post- vacunación?

¿Consideran riesgo la vacunación en niños? ¿Existe desconfianza? ¿Temor? ¿Inseguridad?

MAPA INFRAESTRUCTURA EDUCATIVA



ANEXO N° 6

CODIGOS ASIGNADOS A LOS PARTICIPANTES EN EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS FOCALES

GRUPO FOCAL N° 1

- 25, C, 1 Madre de 25 años, casada con un hijo.
- 40, C, 2 Padre de 40 años , Casado con dos hijos.
- 35, C, 1 Padre de 35 años Casado con un hijo.
- 36, C, 8 Madre de 36 años Casada con ocho hijos
- 24, C, 2 Madre de 24 años casada con dos hijos
- 26, S, 1 Madre de 26 años soltera con un hijo.
- 30,C, 4 Madre de 30 años casada con cuatro hijos
- 21, CC,2 Madre de 21 años concubina con dos hijos
- 17.S, 1 Madre de 17 años soltera con un hijo
- 33,C,5 Padre de 33 años casado con cinco hijos
- 40, C,6 Padre de 40 años casado con 6 hijos
- 27,S,5 Madre de 27 años soltera con cinco hijos

GRUPO FOCAL N° 2

- 38,C,3 Madre de 38 años casada con tres hijos
- 19, C, 1 Madre de 19 años casada con un hijo
- 40, C,5 Madre de 40 años casada con cinco hijos
- 21, C,2 Padre de 21 años casado con dos hijos
- 19,C,2 Padre de 19 años casado con dos hijos
- 31, C, 4 Madre de 31 años casada con cuatro hijos
- 33, C,5 Padre de 33 años casado con cinco hijos
- 21,C,1 Padre de 21 años casado con dos hijos
- 25,C,3 Madre de 25 años casada con tres hijos
- 29,C,3 Madre de 29 años casada con tres hijos
- 33,C,5 Padre de 33 años casado con 5 hijos
- 37,C,4 Madre de 37 años casado con 4 hijos

GRUPO FOCAL N° 3

- 18,C,2 Madre de 18 años casada con 6 hijos
- 24,C,3 Madre de 24 años casada con tres hijos
- 34,C,3 padre de 34 años casado con 3 hijos
- 38,V,4 Madre de 38 años viuda con 4 hijos
- 37,C,5 Padre de 37 años casado con cinco hijos
- 33,C,4 Padre de 33 años casado con 4 hijos
- 36,C,5 Padre de 36 años casado con cinco hijos
- 35,C,4 Madre de 35 años casada con cuatro hijos
- 31,C,4 Madre de 31 años casada con 4 hijos
- 38, C,6 Padre de 38 años, casado con 6 hijos
- 27,C,2 Padre de 27 años casado con dos hijos
- 32,C,4 Madre de 32 años casada con 4 hijos

ANEXO N° 7

**FOTOS DURANTE EL PROCESO DE COORDINACION DE LA
TESIS**



REUNION CENTRAL PROVINCIAL EN APILLAPAMPA





COMUNIDAD MACHAJMARCA -MOLLINI