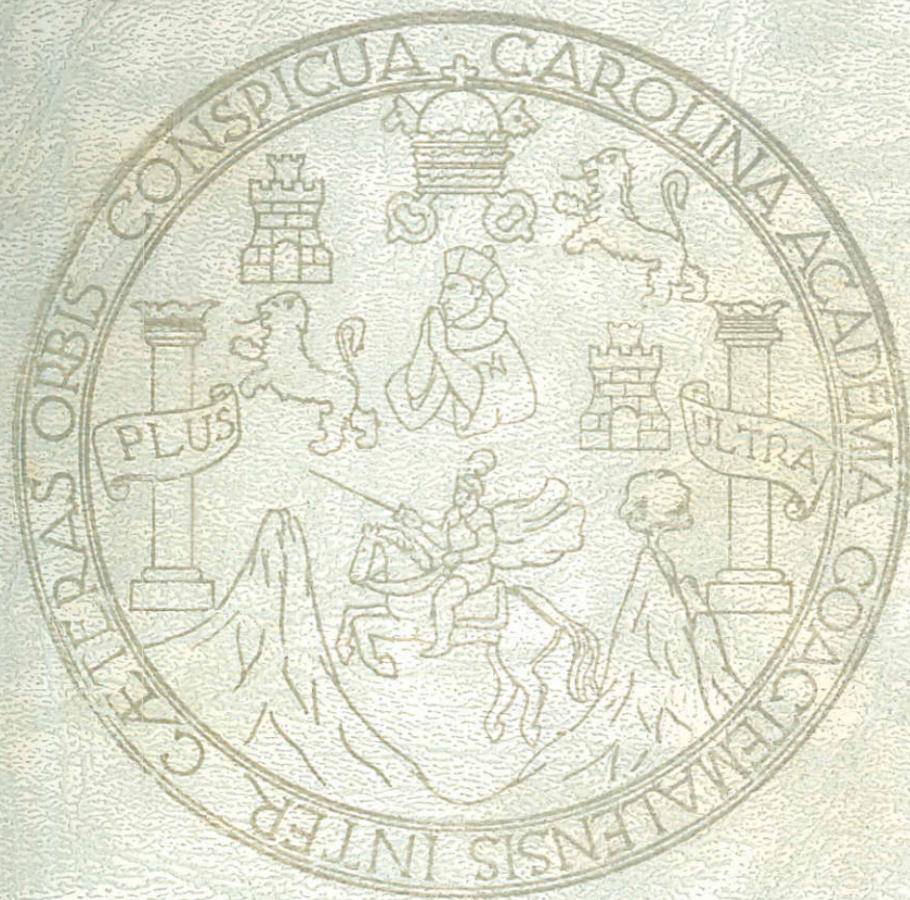


Universidad de San Carlos de Guatemala

Facultad de Ciencias Médicas

**ANÁLISIS DE LAS CAUSAS DE BAJA COBERTURA DE VACUNACIÓN
DEL PROGRAMA SISTEMA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD
(SIAS) EN UN ÁREA DE INFLUENCIA DE LA PARROQUIA SANTIAGO
DE JOCOTAN EN EL MUNICIPIO DE CAMOTAN DEL
DEPARTAMENTO DE CHIQUIMULA MAYO-JUNIO DE 1999**



JULIO CESAR BARRIENTOS VASQUEZ

Médico y Cirujano

I. INTRODUCCION	1
II. DEFINICION DEL PROBLEMA	2
III. JUSTIFICACION	4
IV. OBJETIVOS	6
V. REVISION BIBLIOGRAFICA	7
VI. METODOLOGIA	21
VII. PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS	28
VIII. DISCUSION DE RESULTADOS	43
IX. CONCLUSIONES	46
X. RECOMENDACIONES	48
XI. RESUMEN	49
XII. BIBLIOGRAFIA	50
XIII. ANEXOS	53

I. INTRODUCCION

Guatemala al igual que muchos países en América latina se ha desarrollado en un entorno social en donde el analfabetismo, los aspectos culturales, mágicos y religiosos de su población crean escepticismo cuando se plantean acciones que salen de su patrón cultural

El programa Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS) se desarrolla a raíz de los Acuerdos de Paz. Es un nuevo modelo de atención con el fin primordial de incrementar la cobertura de servicios de salud en todo el país, no obstante en programas como el Programa Ampliado de Inmunizaciones, pese a los esfuerzos realizados para incrementar las coberturas de vacunación, estas siguen siendo bajas.

El presente estudio se realizó en el municipio de Camotán del departamento de Chiquimula. En este estudio descriptivo se realizó una entrevista a todos los padres de familia que no han llevado a sus hijos a las actividades de vacunación según los registros de la Parroquia Santiago de Jocotán SIAS.

Se determino que un 43 % de los padres de familia tienen prácticas, creencias, conocimientos y actitudes negativas respecto a la vacunación. Además un 32 % no tienen conocimientos acerca de las vacunas y otro porcentaje posee conceptos equivocados.

Existe un grupo de familias (15 %) que no tiene acceso a las actividades de vacunación por la lejanía de sus hogares.

Se recomienda al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social tomar en cuenta los factores socioculturales y educativos de cada comunidad en particular a través de la colaboración o contratación de personal idóneo que individualice las características de cada región del país para programar y promocionar los servicios de salud de acuerdo al análisis previo de cada comunidad.

II. DEFINICION DEL PROBLEMA

Durante muchos años Guatemala ha estado inmersa en una problemática económica, política y social que ha obstaculizado su desarrollo integral.

El sector salud no se escapa de esta realidad, lo cual se refleja en sus indicadores de salud y en las coberturas de los programas de Atención Primaria en Salud que en la mayoría de servicios prestados son bajos. (8)

Las actividades de inmunización del Ministerio de Salud de Guatemala son desarrolladas por el Departamento de Inmunizaciones, que es el encargado de ejecutar en nuestro país el Programa Ampliado de Inmunizaciones con el apoyo de las Jefaturas de Área de Salud de los diferentes municipios del país. Estas a su vez, distribuyen los recursos a las Jefaturas de Distrito, quienes se encargan de brindar los servicios de vacunación a través de los centros y puestos de salud.

Actualmente a través del Programa Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS) del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, los puestos y centros de salud del país llevan mensualmente el servicio de vacunación a todas las aldeas de su jurisdicción a través de los médicos ambulatorios y los técnicos en salud. (8)

Es importante mencionar que el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), es uno de los programas que recibe más recursos económicos por parte del gobierno de la República y de organizaciones internacionales tales como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). (9)

En la actualidad las coberturas de vacunación en las aldeas del municipio de Camotán atendidas por la Parroquia Santiago Jocotán son del 55%, pese a que los servicios de vacunación llegan a todas las aldeas y comunidades mensualmente. (1) Si comparamos las coberturas de vacunación de los municipios vecinos a Camotán como lo son Jocotán y San Juan Ermita que son del 80% y 85% respectivamente esta cobertura de vacunación no satisface las metas mínimas que se propuso el gobierno de la República en materia de salud para el año 2,000. (2)

Por lo tanto, fue necesario determinar cuales eran los factores por los que los programas permanentes de vacunación mensual que se llevaron a cabo en el municipio de Camotán no tienen el efecto deseado.

III. JUSTIFICACION

Guatemala es un país en vías de desarrollo que enfrenta problemas socioeconómicos y políticos que no escapan de la realidad de otros países tercermundistas en la cual el sistema de salud continua con deficiencias en su cobertura y en su actualización.

En Guatemala en los últimos años muchos niños han fallecido, o han quedado con alguna secuela por alguna de las seis principales enfermedades prevenibles mediante vacunas. (9)

Dos de cada cinco defunciones que ocurren en Guatemala corresponden a niños menores de cinco años y en más de la mitad de los casos la muerte se debe a enfermedades prevenibles (diarrea, IRA, y las enfermedades inmunoprevenibles). (7)

Desde el año 1,977 en que se implantó la estrategia de Atención Primaria en Salud en Alma Ata, se propusieron varias metas para el año 2,000 entre las cuales figura como parte importante la vacunación de el 100% de los niños menores de un año contra las siguientes enfermedades: Difteria, Tétanos, Tos Ferina, Tuberculosis, Poliomieltis y Sarampión. (11)

Los programas de vacunación siempre han sido considerados como un parámetro de evaluación de la cobertura en salud. En el país se realizan diferentes estrategias de vacunación tales como: vacunación a demanda, vacunación casa a casa, jornadas de vacunación, minicampañas de vacunación y equipos móviles de vacunación (3), todas ellas representan el 80% de las actividades que el personal de salud ejecuta a nivel nacional, sin embargo a pesar de ello las coberturas de vacunación en Guatemala no son satisfactorias. (4)

La ampliación de la cobertura de inmunización es una medida necesaria e importante para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2,000. Este programa se ha establecido como uno de los principales hitos que marcarán el logro de una meta más amplia de Atención Primaria en Salud. (18)

La cobertura de vacunación en muchos municipios de nuestro país permanecen bajas. Aún existen áreas y municipios con niveles por debajo del 50% de cobertura, tal es el caso del municipio de Camotán. (9) Consideramos que existen factores o situaciones ajenas a los servicios de salud que influyen en esta baja cobertura, tales factores pueden ser por ejemplo, culturales, antropológicos, sociales, económicos, etc., por lo tanto es de suma importancia conocer cuales son esos factores para poder plantear las estrategias más adecuadas para cambiar esta situación.

IV. OBJETIVOS

GENERAL

Determinar cuales son los factores por los que existe baja cobertura de vacunación en el municipio de Camotán del departamento de Chiquimula.

ESPECIFICOS

1. Determinar qué factores culturales son los que causan baja cobertura de vacunación.
2. Determinar qué factores educativos son los que causan baja cobertura de vacunación.
3. Determinar qué factores de comunicación son los que causan baja cobertura de vacunación.
4. Determinar si existen factores que impidan a la población del municipio de Camotán, el acceso a los servicios de salud para su vacunación.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

ANTECEDENTES DEL PROGRAMA DE VACUNACION EN GUATEMALA

Situada en el centro del Continente Americano, Guatemala, por su ubicación tropical y su condición de país en desarrollo, presenta un perfil epidemiológico de tipo primario, en el que se destacan las enfermedades infecciosas y parasitarias como causa de morbilidad y mortalidad.

En lo que respecta al control de enfermedades prevenibles por vacunación, es posible distinguir tres etapas distintas determinadas por las estrategias utilizadas y por sus proyecciones epidemiológicas:

a) La primera que se extiende hasta finales de los años sesenta, se caracterizó porque las actividades de vacunación que realizaban los servicios de salud, respondían apenas a la demanda espontánea de la población. Se ejecutaban en forma permanente, pero se circunscribían a regiones muy limitadas del país, pues la red de servicios existente era muy reducida y la proyección de acciones preventivas a zonas que carecían de unidades permanentes de salud, sólo se daba cuando surgían situaciones de emergencia —brotes epidémicos o desastres naturales— o se realizaba a través de programas verticales de muy escasa cobertura. Carecían además de la continuidad necesaria para garantizar la inmunidad de los susceptibles que constantemente enriquecían el grupo infantil y por las características de los esquemas de vacunación utilizados hasta ese entonces, la proporción de niños no vacunados o inadecuadamente protegidos era elevada, situación que explica los brotes epidémicos que con tanta frecuencia ocurrían y la elevada mortalidad que este grupo de enfermedades causaban en los menores de cinco años.

b) La segunda etapa referida surge al inicio de la década de los setenta, cuando ya era posible que la erradicación de la viruela se conseguiría a corto plazo y que la experiencia lograda en ese programa, podría utilizarse en el control de las enfermedades inmunoprevenibles más comunes de la infancia. Fue así como en la reunión de ministros de salud de las Américas, celebrada en Santiago de Chile en octubre de 1972, el control de las enfermedades prevenibles por vacunación, se definió como una prioridad del plan decenal de salud, estableciéndose las metas que los países de la región deberían lograr para cada una de ellas.

Guatemala por su parte, organizó su programa de control, utilizando como estrategia las cruzadas nacionales de vacunación, que pretendían conseguir coberturas útiles en los niños menores de cinco años, durante los primeros cuatro años de su ejecución. Posteriormente continuó en forma anual, con programas de mantenimiento dirigidos a los nuevos susceptibles. Las cruzadas de vacunación se limitaban a las áreas de salud donde aún no se había implementado la canalización, cuando se iniciaron en 1972 se realizaban simultáneamente en todo el país.

Es evidente que cuando en su inicio contaron con la ayuda de la iniciativa privada, de la comunidad en general y de numerosas instituciones estatales, autónomas y descentralizadas, las cruzadas de vacunación consiguieron coberturas que a corto plazo se tradujeron en un descenso importante de la morbilidad y mortalidad ocasionada por algunas enfermedades, tal es el caso del sarampión que durante los años 1972, 1973 y 1974, registró las tasas de mortalidad más bajas observadas.

Es necesario reconocer sin embargo, que en catorce años transcurridos desde su inicio, las cruzadas de vacunación consiguieron atenuar en cierto grado la incidencia de enfermedades inmunoprevenibles, pero no lograron disminuir los índices de morbi-mortalidad a las cifras recomendadas para los países de la región, Tampoco consiguieron evitar la ocurrencia de brotes epidémicos. (10)

Es así como las enfermedades prevenibles por vacunación, pese a que el conocimiento científico y el desarrollo tecnológico actual permiten contar con productos biológicos de elevada eficacia e inocuidad, constituyen un problema prioritario de salud, ocasionando brotes epidémicos importantes. Algunas de ellas ocupan lugares relevantes entre las diez primeras causas de mortalidad en Guatemala:

- En 1982 el Sarampión figuró como la quinta causa de mortalidad infantil, la tercera de mortalidad preescolar y la séptima de mortalidad general, ese mismo año la Tos Ferina ocupó el noveno lugar como causa de mortalidad infantil y preescolar.

Debido al fracaso relativo de las cruzadas de vacunación, los mandatos emanados de la Asamblea Mundial de la Salud y el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, el compromiso de implementar la estrategia de Atención Primaria en Salud para alcanzar la meta de Salud para todos en el año 2,000 y el convencimiento que para alcanzar las metas mínimas del plan de acción o por lo menos un acercamiento aceptable a ellas, fue necesario actuar drásticamente sobre los problemas de salud para los cuales existieron medidas de control de costo-eficacia razonable, que motivaron la necesidad de pensar en nuevas estrategias que permitieron conseguir coberturas útiles de vacunación en forma permanente.

c) La tercera etapa surge en el año 1983 como respuesta a un brote de poliomielitis que ocurrió en el país y que afectó con especial severidad al departamento de Escuintla. Se implementó en éste, un nuevo modelo operativo de Atención Primaria cuyos componentes iniciales fueron el Programa Ampliado de Inmunizaciones y la Terapia de Rehidratación Oral (TRO), utilizando por primera vez en el país, la estrategia de canalización y la participación de voluntarios de salud. (10)

Un año después el modelo se extendió con los mismos componentes a los departamentos de Sacatepéquez, Santa Rosa y El Progreso y al mismo tiempo se agregaron algunas otras actividades que se desarrollaron en Escuintla.

Con la cooperación de la Organización Panamericana de la Salud, la Agencia para el Desarrollo Internacional, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, el Club Rotario de Guatemala y otros organismos que ofrecieron colaborar en su implementación, fue posible esperar que el resto del país, con excepción únicamente del departamento de Guatemala, sería cubierto con el Programa Ampliado de Inmunizaciones a través de la estrategia de canalización, en el curso de los próximos años. (10)

En mayo de 1977 la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud adoptó una resolución estableciendo que la principal meta social de los gobiernos en los próximos decenios sería alcanzar para todos los ciudadanos del mundo en el año 2,000 un grado de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. Esta es la meta que se denomina "Salud para todos en el año 2,000". (2)

En 1978 se celebró en Alma-Ata, Unión Soviética, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud (APS), en la que se declaró que la APS es la estrategia fundamental al alcance de todos los países para lograr la meta mencionada. Esta declaración fue tomada como propia por la Asamblea General de las Naciones Unidas en noviembre de 1979. Esta misma organización la incorporó a una nueva estrategia internacional de desarrollo.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) acogió las resoluciones anteriormente mencionadas y elaboró en 1981 un plan de acción para la instrumentación de las estrategias regionales. Los países del continente americano que constituyen la OPS suscribieron un compromiso mundial para orientar todos los esfuerzos y recursos en salud al logro de esta meta social, que se sustenta en espíritu de equidad y se basa en el reconocimiento que actualmente el nivel de salud y el goce de las acciones sanitarias no es igual para toda la población.

Evidentemente existe una estrecha vinculación entre la situación de salud de un país y su situación económica y social. Las desigualdades entre unos países y otros en este aspecto, y aún dentro de los mismos países ha sido uno de los estimulantes para que en los foros mundiales mencionados se busque afanosamente un camino para llegar a una situación más justa. (2)

Los países que integran la OPS han establecido varias metas mínimas para el año 2,000 entre la que figura de importancia para este estudio la siguiente:

- Inmunizaciones: proporcionar inmunización al cien por ciento de los niños menores de un año contra: Difteria, Tos Ferina, Tétanos, Tuberculosis, Sarampión y Poliomielitis.

Las metas mínimas de salud propuestas por el gobierno de la República de Guatemala en el plan de acción de desarrollo social, para el año 2,000 con relación a las inmunizaciones son:

- Erradicación de la poliomielitis.
- Alcanzar coberturas de vacunación al 100% para BCG en menores de cinco años.
- Alcanzar coberturas de vacunación al 100% para Poliomielitis en menores de cinco años.
- Alcanzar coberturas de vacunación al 100% para Sarampión en menores de cinco años.
- Alcanzar coberturas de vacunación al 100% para Difteria, Tétanos y Tos Ferina en menores de cinco años. (17)

La Atención Primaria en Salud, por definición, debe de satisfacer las necesidades básicas de la población, debido a que la morbi-mortalidad por las enfermedades inmunoprevenibles afecta a una elevada proporción de niños menores de un año, principalmente a los grupos pertenecientes a los estratos económicamente bajos.

Entre las funciones del Programa Ampliado de Inmunizaciones en la estrategia de Atención Primaria en Salud se puede mencionar las siguientes:

1.- El PAI tiene por objeto el proteger contra las seis enfermedades principales, que se pueden prevenir mediante la inmunización, considerándose de importancia, que todos los niños estén totalmente protegidos (tres dosis de vacuna DPT/antipoliomielítica, y una dosis de BCG y antisarampionosa), al cumplir el año de edad, y que todas las mujeres embarazadas acudan a los consultorios prenatales a partir de la 16 semana de gestación y no más tarde de las 28 semanas, para recibir las dos dosis de toxoide tetánico para prevenir el tétanos neonatal.

2.- Los servicios de vacunación deben ofrecerse gratuita y sistemáticamente a toda persona que acuda a los centros de salud, como a los puestos de salud.

3.- El personal dedicado al PAI, debe estar preparado para aprovechar toda oportunidad que ofrezca el programa de inmunización, para educar y motivar a la comunidad, en otras actividades de salud como pláticas sobre las enfermedades diarreicas, inmunizaciones, etc.

El objetivo general del Programa Ampliado de Inmunizaciones es el de incrementar las coberturas de vacunaciones y mediante ello, reducir la morbilidad y la mortalidad debida a las enfermedades objetivo. En Guatemala el incremento de las coberturas desde el inicio hasta lograr promedios de 80% ha tomado casi 10 años. Para lograr este objetivo el desarrollo de las jornadas de vacunación, las acciones de movilización social y aceleración de los programas de vacunación para incrementar la sensibilidad de la población y su nivel de respuesta a las vacunas fueron excepcionalmente claves en los finales de los 80.

En nuestro país, se ha logrado un progreso muy significativo, de promedios de vacunación de alrededor de 20%. Gran número de distritos y áreas han sobrepasado el 80% por lo menos en un biológico contra una de estas enfermedades infantiles. La incidencia de las enfermedades ha descendido pronunciadamente. 1994 es el año de la certificación de la erradicación de la Poliomieltitis en Guatemala. Esto es un suceso sin comparación en la historia de la salud pública del país. (9)

Todos los distritos asistenciales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala (MSPAS), deben presentar informes anuales en relación a todas las actividades de inmunización al nivel inmediato superior (Unidad de Informática de la Dirección General de Servicios de Salud), el nivel en cada zona (por ejemplo, el nivel operativo, formado por los puestos de vacunación) consolida los informes de los formularios de vacunación y los notifica a su jefatura de distrito.

La recolección de los datos sobre la vacunación de las 24 áreas de salud, en la unidad informática de la DGSS, nos permite observar el funcionamiento del PAI, estas áreas de salud, deben informar mensualmente o al final de cada una de las jornadas de vacunación, al nivel inmediato superior, mediante la utilización de un formulario de vacunación, que incluye las dosis de las vacunas, tipo de vacuna a emplearse, en cada uno de los grupos etareos, de acuerdo al esquema recomendado por el PAI. (6)

Para obtener la información, referente a las dosis de las vacunas aplicadas, por cada tipo y grupo de edad, de las personas que acuden a la institución de salud, por demanda de este servicio, los puestos y centros de salud, requieren la utilización de los formularios de vacunación para efectuar estas actividades, siendo de principal interés los siguientes:

1. El formulario SIGSA-5 (registro diario de vacunación), y
2. El formulario F-8 (resumen mensual de vacunación). (19)

COBERTURA DE VACUNACION

Es definida, como el porcentaje de la población objeto que ha sido vacunada, o el porcentaje de los niños que han recibido las dosis necesarias de vacuna. (15,20)

DETERMINACION DE LA COBERTURA INFANTIL DE VACUNACION

El esfuerzo que se ha hecho en todo el mundo por estimar las tasas anuales de cobertura de vacunación ha superado el esfuerzo por determinar otros indicadores de supervivencia infantil, a pesar que la tasa de cobertura de vacunación no equivale a la tasa de inmunización. (La vacunación no garantiza la protección porque no todas las vacunas producen la seroconversión necesaria para asegurar la inmunización, sobre todo en situaciones en que la cadena de frío sufre interrupciones frecuentes y se anula la eficacia de las vacunas).

Un motivo por el cual se hace un esfuerzo extraordinario por estimar las coberturas de vacunación es que esta puede cambiar muy rápido. Cada año hay que vacunar a una cohorte de lactantes completamente nueva. Como el éxito de la vacunación de cada cohorte depende de varios factores inmediatos, la tasa de cobertura puede fluctuar enormemente de un año a otro y, de hecho, así sucede. Por consiguiente, es necesario estimarla de nuevo anualmente.

En general, a través de los años se han perfeccionado dos métodos para estimar la tasa las tasas de cobertura de vacunación: la notificación rutinaria (que genera las llamadas estimaciones de administración de la vacuna) y las encuestas.

En Centroamérica, donde los sistemas de notificación están relativamente bien desarrollados, se ha puesto énfasis en mejorar la calidad de la notificación rutinaria. Sin embargo, se ha llevado a cabo de vez en cuando encuestas especiales para dar una idea del grado de cobertura en toda la población beneficiaria y poder de esa manera reducir cualquier sesgo que contenga los datos procedentes de los sistemas rutinarios de notificación. Por lo común, los Ministerios de Salud hacen estimaciones de la administración de vacunas. Estas, a su vez, son recibidas y notificadas por organizaciones internacionales, tales como OPS, la OMS y la UNICEF.

Para su evaluación se determina por tres métodos:

- a- Administrativo
- b- Por encuesta domiciliaria anual.
- c- Por muestreo.

Siendo de nuestro mayor interés el administrativo por lo que se le dará el principal énfasis, en lo referente a la cobertura

Administrativo

Es el más sencillo, donde la cobertura de vacunación se calcula utilizando los informes de los establecimientos de salud, determinándose a través del número de dosis de las vacunas aplicadas por grupo etareo, dividiéndose entre la estimación de un censo de la población total de un grupo etareo.

Cobertura de vacunación $\frac{\text{No. de la población objeto vacunada}}{\text{Total de la población objeto}} \times 100$

El numerador

Es el número de la población objeto vacunada, hay diferentes fuentes para obtener estos datos, como por ejemplo; las dosis de las vacunas aplicadas por grupo etareo.

La práctica normal exige que se generen estimaciones anuales de la cobertura por vacunación a partir del recuento de las dosis de vacuna administradas. Entre los factores que hacen variar el numerador de esas estimaciones se encuentran lo siguiente:

- En algunas estimaciones se cuentan las dosis enviadas al terreno; en otras, las que fueron administradas, según los datos notificados por el personal de campo.

- Los inventarios de vacunas muestran fluctuaciones que pueden influir enormemente en las estimaciones basadas en el número de dosis enviadas al terreno.

- En lo que respecta a las dosis administradas, la inclusión de niños vacunados que están fuera de la edad recomendada, sobre todo los mayores de un año, aumenta el numerador y, por ende, la estimación de la cobertura. Se trata de un error frecuente, ya que muchos países cuentan con las dosis de vacuna administradas sin diferenciarlos por edad.

- Demoras en la notificación de los datos procedentes de zonas periféricas que pueden atrasar de 6 a 12 meses la publicación de informes actualizados.

- Las estimaciones de la administración de vacunas a menudo solo incluyen las vacunas aplicadas en el sector público. En ese caso no se cuentan las administradas en el sector privado, al que pertenecen los médicos particulares y las organizaciones no gubernamentales.

El denominador

Es el número total de la población objeto del PAI, para obtenerlo se pueden utilizar como por ejemplo; los datos del censo, o la estimación por grupo etareo. La población de los niños menores de un año de edad se calcula alrededor del 4.2% del total de la población, y la población de las mujeres gestantes, es un 5% del total de la población. (12)

El denominador de las estimaciones relativas a la administración de las vacunas suele ser el número estimado de niños que sobreviven el primer año de vida. A menudo este número se obtiene restándole la cifra estimada de defunciones infantiles durante el año (basada en la mortalidad infantil estimada mediante la aplicación de un modelo demográfico o tomada de las proyecciones del censo) al número de nacidos vivos el mismo año (que suele obtenerse del registro de acontecimientos vitales).

Los siguientes son algunos de los factores que contribuyen a las discrepancias y errores en el denominador de las estimaciones basadas en la administración de vacunas:

- El uso de las distintas definiciones indicadas en el párrafo anterior (sobrevivientes al cabo de 1 año, nacidos vivos y la población a mediados de año) y el uso de otras fuentes (modelos demográficos, censos, y sistemas de registro de acontecimientos vitales).

- El uso de diferentes modelos demográficos, que producen diversas estimaciones de la tasa de mortalidad infantil usada para calcular el número de sobrevivientes al cabo de un año. (Por lo general, los modelos demográficos captan tendencias a lo largo de un plazo relativamente largo y raras veces muestran cambios radicales de las mismas.)
- El uso de cohortes parciales inapropiadas, entre ellas las que incluyen el período de vacunación.

Varios factores, incluidos los siguiente, contribuyen a que hayan errores y discrepancias en las estimaciones basadas en las encuestas:

- Las muestras no pueden ser verdaderamente representativas porque los recursos limitados a menudo impiden el desplazamiento de grupos de encuestadores a lugares remotos.

El fenómeno estudiado puede ser estacional (en el caso de los programas de vacunación, las tasas de cobertura en un momento dado pueden ser reflejo, entre otras cosas, de campañas recientes, de interrupciones pasajeras de la cadena de frío o hasta el ritmo irregular de los programas de vacunación durante la estación lluviosa).

El uso de muestras de desigual tamaño y de diferentes técnicas de muestreo (ejemplos serían el muestreo aleatorio simple o por conglomerados) puede dar resultados distintos.

- El incluir o excluir del numerador (número de niños vacunados) las vacunas no documentadas que están respaldadas por la memoria materna, pero no por un carné de vacunación, puede afectar las estimaciones de las coberturas.

- Los datos registrados en los carnés de sanidad pueden estar equivocados.
- La agregación de las estimaciones subnacionales puede estar mal hecha.
- A veces hay diferencias entre los grupos de edad de los niños que integran la muestra y los de los niños que figuran en el numerador. En las encuestas que incluyen en el numerador a los niños vacunados después de su primer cumpleaños se sobrestima la tasa verdadera, mientras que en las que tienen una muestra solo de niños menores de un año la tasa se subestima, a menos que se hagan ajustes.

Diversos factores adicionales también pueden contribuir a que hayan errores y discrepancias en las estimaciones de la cobertura por vacunación. Los programas cuyas coberturas son bajas ofrecen una mayor oportunidad de vacunar a un mayor número de niños que los que tiene tasas elevadas porque en ellos se puede vacunar a todos los niños de la cohorte del año anterior que aún no han sido vacunados, sobre todo cuando se trata de antígenos que se administran a edad muy temprana. Como los denominadores no se ajustan para tener eso en cuenta, los cálculos relacionados con programas de baja cobertura encierran la posibilidad de que se sobrestime la tasa verdadera. (13)

BARRERAS EXISTENTES CONTRA LA VACUNACION

En estudios realizados en diversas comunidades guatemaltecas, caracterizados por tener coberturas de vacunación bajas, se encontraron barreras hacia la vacunación, como son: su disponibilidad, su accesibilidad y aceptabilidad.

Entre los problemas de disponibilidad, se señala que en algunas comunidades la vacuna ha sido insuficiente, ya que muchas personas al llegar al puesto de salud, se les informa que la vacuna se terminó. (5,14)

Relacionado con la accesibilidad, una de las principales es la mala atención que prestan los proveedores de salud, razón por la que los usuarios utilizan el rechazo de la vacunación como una manifestación de disgusto hacia ellas. (14)

Otra barrera que se encuentra es la falta de información oportuna y completa sobre la vacunación, ya que mucha de esta se hace por escrito, utilizando afiches y la gente no sabe leer, y si se ofrece por radio es en español, y la mayoría escucha alguna radiodifusora local en su idioma natal. (14,19)

En cuanto a la aceptabilidad de la vacuna, la barrera más importante encontrada, se relaciona a los factores socioculturales y educacionales, como son:

- 1.- La asociación de la vacuna con la esterilización, ya que se menciona que los niños que son vacunados quedan estériles.
- 2.- A la mayoría de las madres no les gusta ver sufrir a sus hijos, por algo que les duele o les haga daño (reacciones secundarias a la vacunación).
- 3.- La desconfianza a la eficacia de la vacunación, pues muchas madres aseguran que aunque sus hijos estén vacunados, las enfermedades, principalmente el sarampión siempre les ataca.
- 4.- Creencias particulares con respecto a la resistencia natural (sin necesidad de vacunar) que se puede tener hacia las enfermedades, argumentando que muchas personas cuando eran niños, no fueron vacunadas y sin embargo nunca sufrieron enfermedades.
- 5.- La creencia de que la utilización de hierbas, puede curar este tipo de enfermedad.
- 6.- La creencia que es una enfermedad de origen divino, la cual se cura únicamente con orar. (14)

VI. METODOLOGIA

A. TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo

B. OBJETO DE ESTUDIO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se seleccionaron a todas las aldeas del municipio de Camotán que están bajo la jurisdicción de la Parroquia Santiago Jocotán, que utilizan el programa del Sistema Integrado de Atención en Salud en las que se interrogó a todos los padres de familia de los niños que no asistieron a las actividades de vacunación mensual.

C. CRITERIOS DE INCLUSION

- 1.1 Padres (masculino o femenino) del niño (masculino o femenino) que no llevaron a sus hijos a las actividades de vacunación.
- 1.2 Que estén de acuerdo en participar en el estudio.

D. DEFINICION DE VARIABLES

1.- Edad del encuestado

Definición conceptual: tiempo transcurrido desde el nacimiento.

Definición operacional: tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha

Escala de medición: ordinal

Unidad de medida: años, días, meses

2.- Sexo del encuestado

Definición conceptual: condición orgánica que distingue al macho de la hembra

Definición operacional: diferenciación entre el sexo masculino y femenino

Escala de medición: nominal

Unidad de medida: masculino y femenino

3.- Escolaridad del encuestado

Definición conceptual: conjunto de cursos que un estudiante sigue en una escuela

Definición operacional: grado académico que alcanzó el padre o madre del niño

Escala de medición: nominal

Unidad de medida: primaria incompleta
primaria completa
educación básica
diversificado
educación universitaria

4.- Factores culturales

Definición conceptual: conjunto de las manifestaciones en que se expresa la vida tradicional de un pueblo

Definición operacional: conjunto de factores tales como: costumbres, creencias, tradiciones de los padres de familia que impiden que estos lleven a sus hijos a las jornadas de vacunación.

Escala de medición: nominal

Unidad de medida: preguntas No. 8 a 13 del instrumento

5.- Factores educativos

Definición conceptual: conjunto de procesos mediante el cual una persona desarrolla su capacidad física o Intelectual

Definición operacional: conjunto de conocimientos que poseen los padres de familia acerca de las vacunas, que influyen en la aceptación de la administración de las vacunas a sus hijos.

Escala de medición: nominal

Unidad de medida: Preguntas No. 14 a 16 del instrumento

6.- Factores de acceso

Definición conceptual: acción de llegar o acercarse a determinado lugar

Definición operacional: conjunto de circunstancias que impidan a la población acercarse a los puestos de vacunación

Escala de medición: nominal

Unidad de medida: Pregunta No. 17 del instrumento

7.- Factores de comunicación

Definición conceptual: trato o correspondencia entre dos o más personas

Definición operacional: conjunto de circunstancias que impidan a los padres de familia tener conocimiento de las actividades de vacunación

Escala de medición: nominal

Unidad de medida: Preguntas No. 18 a 21 del instrumento

E. EJECUCION DE LA INVESTIGACION

La investigación consistió en entrevistar a todos los padres de familia de las aldeas que están bajo la jurisdicción de la Parroquia Santiago Jocotán del municipio de Camotán que no llevaron a sus hijos a las actividades de vacunación mensuales que se programaron en este municipio. No fue necesario utilizar traductor para realizar las entrevistas ya que todos los padres de familia entrevistados hablan castellano.

F. CONSIDERACIONES ETICAS

Todas las respuestas a las interrogantes de esta investigación, fueron manejadas y utilizadas en forma confidencial y los resultados fueron utilizados para beneficio de la comunidad.

G. RECURSOS

G.1 MATERIALES

A. Económicos

Transporte	Q. 300.00
Fotocopias	Q. 125.00
Impresión de boletas	Q. 100.00
Utiles de escritorio	Q. 75.00
Impresión de tesis	<u>Q. 800.00</u>
	Q. 1,400.00

B. Físicos

Bibliotecas

De la Facultad de Ciencias Medicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala

De la Dirección General de Servicios de Salud

Archivo de la Jefatura del Area de Salud de Chiquimula

Archivo del Programa Parroquia Santiago Jocotán Sias

Unidad de informática del Departamento de Inmunizaciones del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

de la Organización Panamericana de la Salud

G.2 HUMANOS

Guardianes de salud

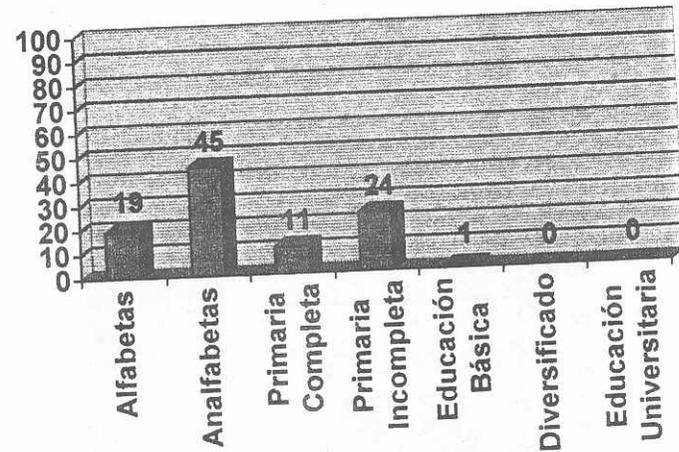
Asesor de tesis

Revisor de tesis

GRAFICA # 1

ESCOLARIDAD Y ALFABETISMO DE LOS PADRES DE FAMILIA ENTREVISTADOS EN LAS ALDEAS DEL MUNICIPIO DE CAMOTAN, CHIQUIMULA, QUE ESTAN BAJO LA JURISDICCION DEL PROGRAMA SISTEMA INTEGRAL DE ATENCION EN SALUD (SIAS) DE LA PARROQUIA SANTIAGO JOCOTAN.

GUATEMALA MAYO-JUNIO 1999



ANALISIS:

Es evidente el alto porcentaje de analfabetismo y la baja escolaridad que existe en la población estudiada.

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos.

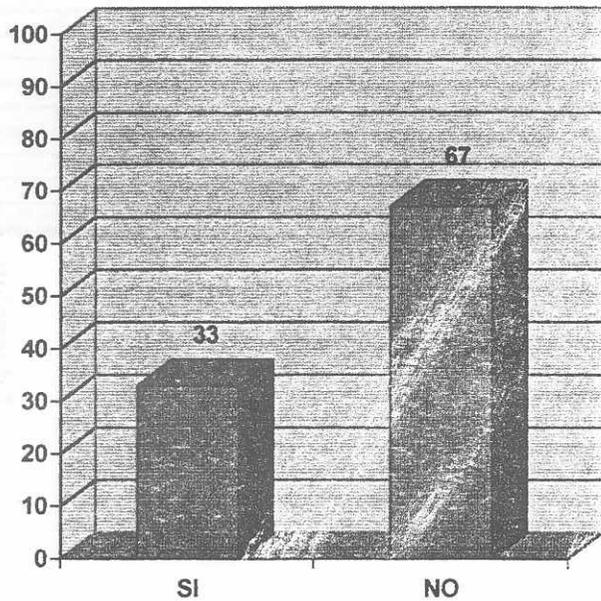
GRAFICA # 2

PREGUNTA # 8:

¿CREE USTED QUE CUANDO SE VACUNA A UN NIÑO EL YA NO PUEDE TENER HIJOS?

EFFECTUADA A LOS PADRES DE FAMILIA ENTREVISTADOS EN LAS ALDEAS DEL MUNICIPIO DE CAMOTAN, CHIQUIMULA, QUE ESTAN BAJO LA JURISDICCION DEL PROGRAMA SISTEMA INTEGRAL DE ATENCION EN SALUD (SIAS) DE LA PARROQUIA SANTIAGO JOCOTAN.

GUATEMALA MAYO-JUNIO 1999



ANALISIS:

Existe temor por parte de los padres de familia para vacunar a sus hijos ya que consideran que las vacunas provocan esterilidad a sus hijos.

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos.

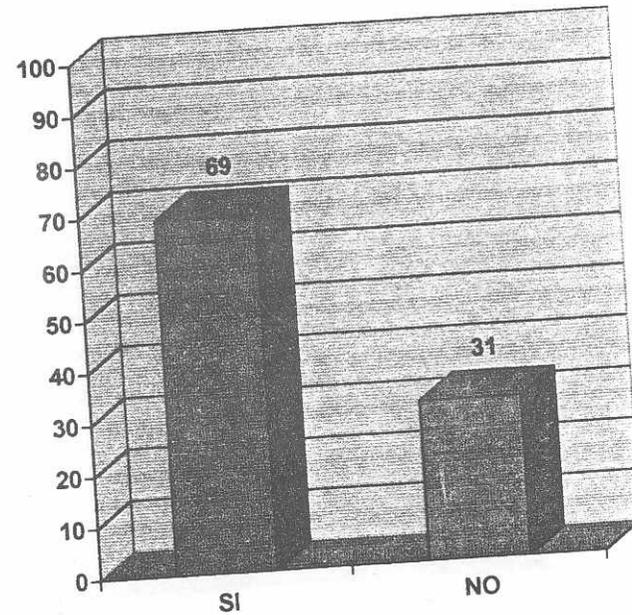
GRAFICA # 3

PREGUNTA # 9:

¿CREE USTED QUE AUNQUE SE VACUNE A LOS NIÑOS LAS ENFERMEDADES SIEMPRE LOS ATACAN?

EFFECTUADA A LOS PADRES DE FAMILIA ENTREVISTADOS EN LAS ALDEAS DEL MUNICIPIO DE CAMOTAN, CHIQUIMULA, QUE ESTAN BAJO LA JURISDICCION DEL PROGRAMA SISTEMA INTEGRAL DE ATENCION EN SALUD (SIAS) DE LA PARROQUIA SANTIAGO JOCOTAN.

GUATEMALA MAYO-JUNIO 1999



ANALISIS:

La mayor parte de las personas entrevistadas consideró que las vacunas son innecesarias ya que aunque se vacune a los niños estos siempre se enferman.

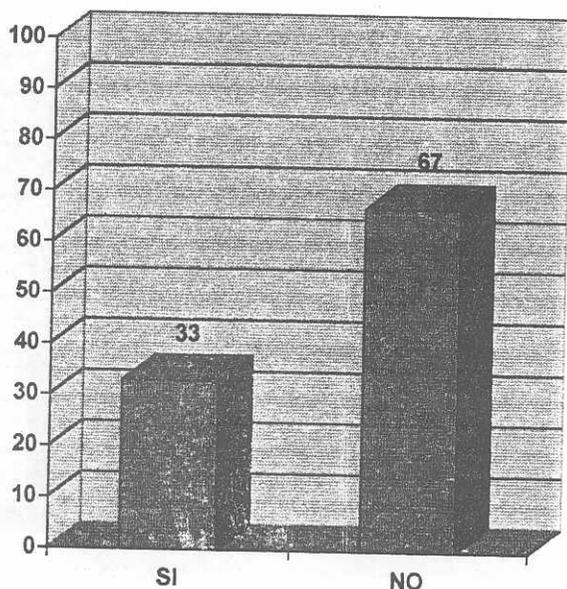
FUENTE: Boleta de Recolección de Datos.

GRAFICA # 4

PREGUNTA # 10:

¿CREE USTED QUE ENFERMEDADES COMO EL SARAMPION, POLIOMIELITIS Y OTRAS SE PREVIENEN USANDO HIERBAS? EFECTUADA A LOS PADRES DE FAMILIA ENTREVISTADOS EN LAS ALDEAS DEL MUNICIPIO DE CAMOTAN, CHIQUIMULA, QUE ESTAN BAJO LA JURISDICCION DEL PROGRAMA SISTEMA INTEGRAL DE ATENCION EN SALUD (SIA S) DE LA PARROQUIA SANTIAGO JOCOTAN.

GUATEMALA MAYO-JUNIO 1999



ANALISIS:

Un porcentaje de los padres de familia realiza practicas de medicina tradicional para prevenir y/o curar las enfermedades inmunoprevenibles.

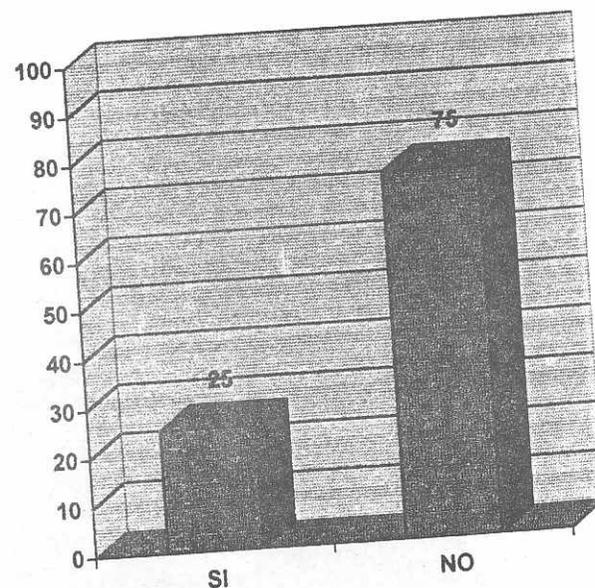
FUENTE: Boleta de Recolección de Datos.

GRAFICA # 5

PREGUNTA # 11:

¿CREE USTED QUE ESTAS ENFERMEDADES (SARAMPION, POLIOMIELITIS, ETC.) SE PREVIENEN O CURAN CON HACER ORACIONES? EFECTUADA A LOS PADRES DE FAMILIA ENTREVISTADOS EN LAS ALDEAS DEL MUNICIPIO DE CAMOTAN, CHIQUIMULA, QUE ESTAN BAJO LA JURISDICCION DEL PROGRAMA SISTEMA INTEGRAL DE ATENCION EN SALUD (SIAS) DE LA PARROQUIA SANTIAGO JOCOTAN.

GUATEMALA MAYO-JUNIO 1999



ANALISIS:

Las creencias y practicas magico-religiosas aun forman parte del entorno cultural de la poblacion estudiada.

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos.

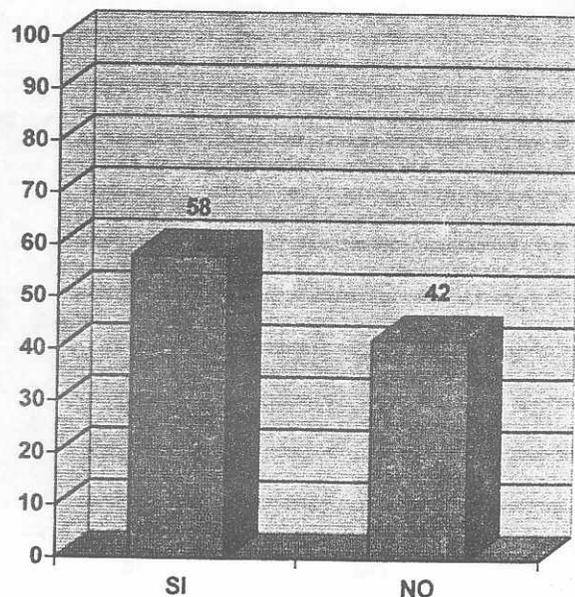
GRAFICA # 6

PREGUNTA # 12:

¿CREE USTED QUE NO ES NECESARIO VACUNAR A LOS NIÑOS, PORQUE HAY PERSONAS QUE NO SE VACUNARON Y NUNCA SUFRIERON LA ENFERMEDAD?

EFFECTUADA A LOS PADRES DE FAMILIA ENTREVISTADOS EN LAS ALDEAS DEL MUNICIPIO DE CAMOTAN, CHIQUIMULA, QUE ESTAN BAJO LA JURISDICCION DEL PROGRAMA SISTEMA INTEGRAL DE ATENCION EN SALUD (SIAS) DE LA PARROQUIA SANTIAGO JOCOTAN.

GUATEMALA MAYO-JUNIO 1999



ANALISIS:

La mayoría de las personas entrevistadas no vacuna a sus hijos porque hay personas que nunca se vacunaron y no se enfermaron.

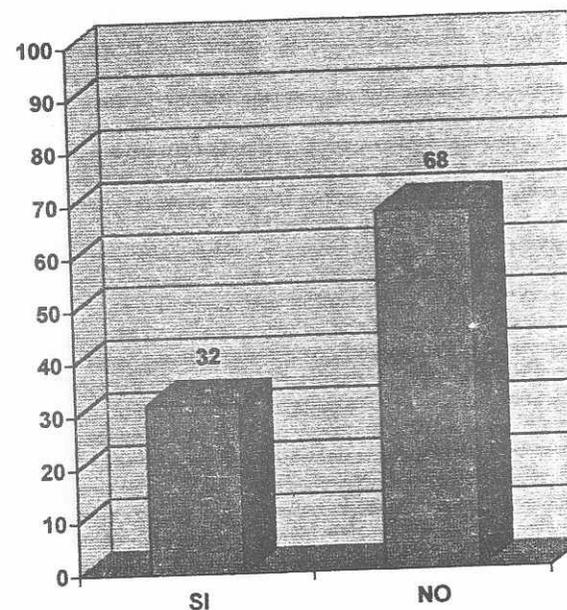
FUENTE: Boleta de Recolección de Datos.

GRAFICA # 7

PREGUNTA # 13:

¿CONSIDERA USTED QUE LA ADMINISTRACION DE LA VACUNA CAUSA PROBLEMAS DE SALUD AL NIÑO?
EFFECTUADA A LOS PADRES DE FAMILIA ENTREVISTADOS EN LAS ALDEAS DEL MUNICIPIO DE CAMOTAN, CHIQUIMULA, QUE ESTAN BAJO LA JURISDICCION DEL PROGRAMA SISTEMA INTEGRAL DE ATENCION EN SALUD (SIAS) DE LA PARROQUIA SANTIAGO JOCOTAN.

GUATEMALA MAYO-JUNIO 1999



ANALISIS:

Las personas entrevistadas tienen temor a los efectos secundarios que causa la vacuna, por lo que deciden no vacunar a sus hijos.

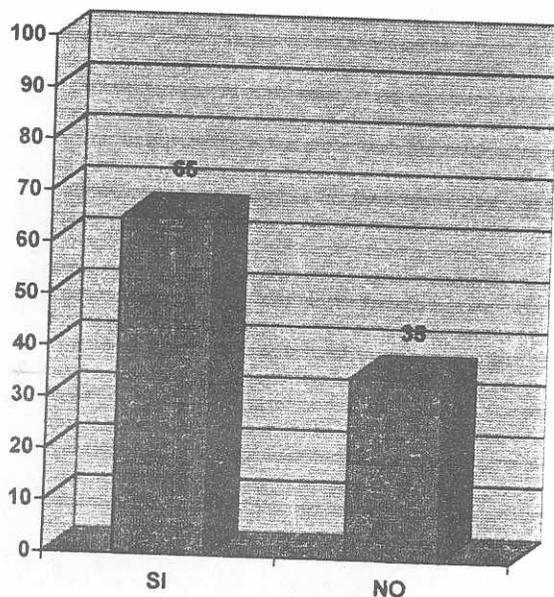
FUENTE: Boleta de Recolección de Datos.

GRAFICA # 8

PREGUNTA # 14:

¿SABE USTED QUE SON LAS VACUNAS?
EFECTUADA A LOS PADRES DE FAMILIA ENTREVISTADOS EN LAS ALDEAS
DEL MUNICIPIO DE CAMOTAN, CHIQUIMULA, QUE ESTAN BAJO LA
JURISDICCION DEL PROGRAMA SISTEMA INTEGRAL DE ATENCION EN
SALUD (SIAS) DE LA PARROQUIA SANTIAGO JOCOTAN.

GUATEMALA MAYO-JUNIO 1999



ANALISIS:

La mayor parte de entrevistados tiene conocimientos de las vacunas, aunque en la mayor parte de los casos tales conocimientos son equivocados.

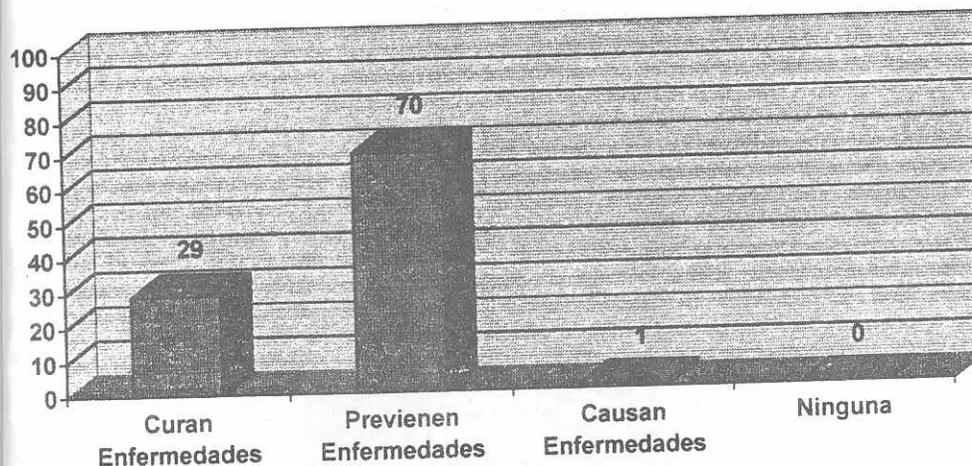
FUENTE: Boleta de Recolección de Datos.

GRAFICA # 9

PREGUNTA # 16:

¿CONSIDERA QUE LAS VACUNAS?
EFECTUADA A LOS PADRES DE FAMILIA ENTREVISTADOS EN LAS
ALDEAS DEL MUNICIPIO DE CAMOTAN, CHIQUIMULA, QUE ESTAN BAJO
LA JURISDICCION DEL PROGRAMA SISTEMA INTEGRAL DE ATENCION EN
SALUD (SIAS) DE LA PARROQUIA SANTIAGO JOCOTAN.

GUATEMALA MAYO-JUNIO 1999



ANALISIS:

Un porcentaje significativo de la población (30%) desconoce cual es el objetivo de la vacunación.

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos.

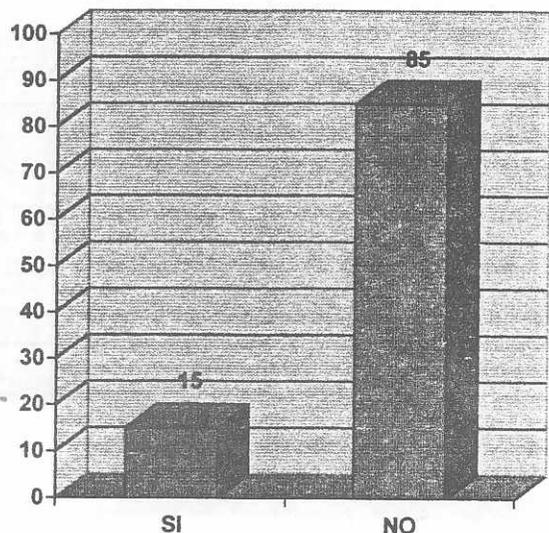
GRAFICA # 10

PREGUNTA # 17:

¿ESTA MUY LEJOS DE SU CASA EL LUGAR DONDE VACUNAN A LOS NIÑOS?

EFFECTUADA A LOS PADRES DE FAMILIA ENTREVISTADOS EN LAS ALDEAS DEL MUNICIPIO DE CAMOTAN, CHIQUIMULA, QUE ESTAN BAJO LA JURISDICCION DEL PROGRAMA SISTEMA INTEGRAL DE ATENCION EN SALUD (SIAS) DE LA PARROQUIA SANTIAGO JOCOTAN.

GUATEMALA MAYO-JUNIO 1999



ANALISIS:

Existe un grupo poblacional que no tiene acceso a los servicios de vacunación porque sus hogares se encuentran muy distantes de los centros donde se realizan las actividades de vacunación.

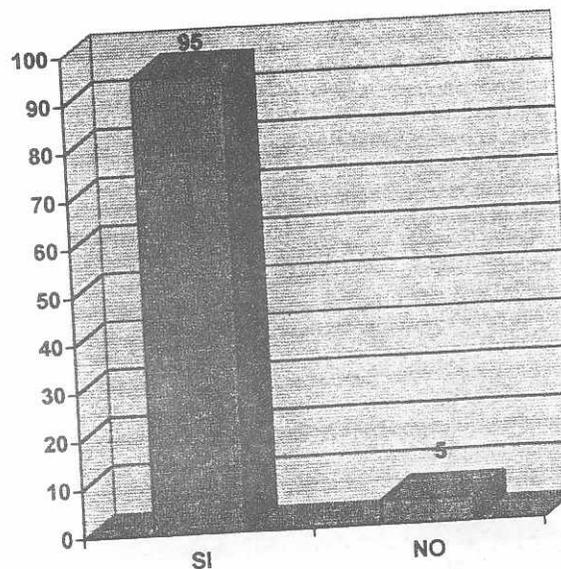
FUENTE: Boleta de Recolección de Datos.

GRAFICA # 11

PREGUNTA # 18:

¿SABE USTED QUE SE VACUNA A LOS NIÑOS CADA MES EN SU ALDEA? EFECTUADA A LOS PADRES DE FAMILIA ENTREVISTADOS EN LAS ALDEAS DEL MUNICIPIO DE CAMOTAN, CHIQUIMULA, QUE ESTAN BAJO LA JURISDICCION DEL PROGRAMA SISTEMA INTEGRAL DE ATENCION EN SALUD (SIAS) DE LA PARROQUIA SANTIAGO JOCOTAN.

GUATEMALA MAYO-JUNIO 1999



ANALISIS:

Los guardianes de salud estan realizando las actividades de promoción de la vacuna satisfactoriamente ya que la mayoría de personas entrevistadas tiene conocimiento de las actividades de vacunación que se realizan mensualmente en sus comunidades.

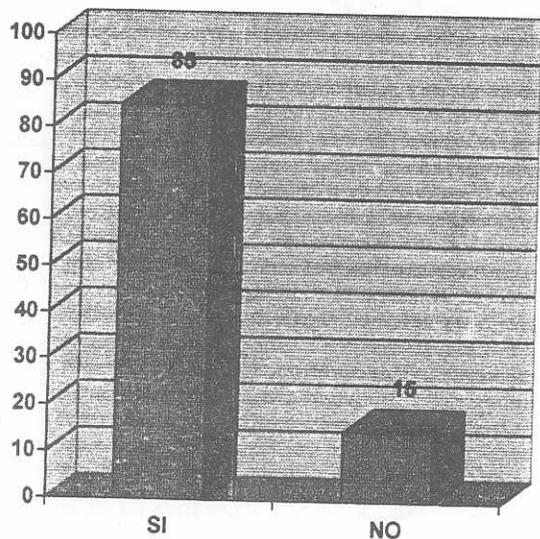
FUENTE: Boleta de Recolección de Datos.

GRAFICA # 12

PREGUNTA # 19:

¿SABE USTED CUANDO (FECHA) VIENEN LOS VACUNADORES A ADMINISTRAR LA VACUNA A LOS NIÑOS? EFECTUADA A LOS PADRES DE FAMILIA ENTREVISTADOS EN LAS ALDEAS DEL MUNICIPIO DE CAMOTAN, CHIQUIMULA, QUE ESTAN BAJO LA JURISDICCION DEL PROGRAMA SISTEMA INTEGRAL DE ATENCION EN SALUD (SIAS) DE LA PARROQUIA SANTIAGO JOCOTAN.

GUATEMALA MAYO-JUNIO 1999



ANALISIS:

Pocas personas entrevistadas no saben la fecha de realización de las actividades de vacunación por tal motivo no llevan a sus hijos a vacunar.

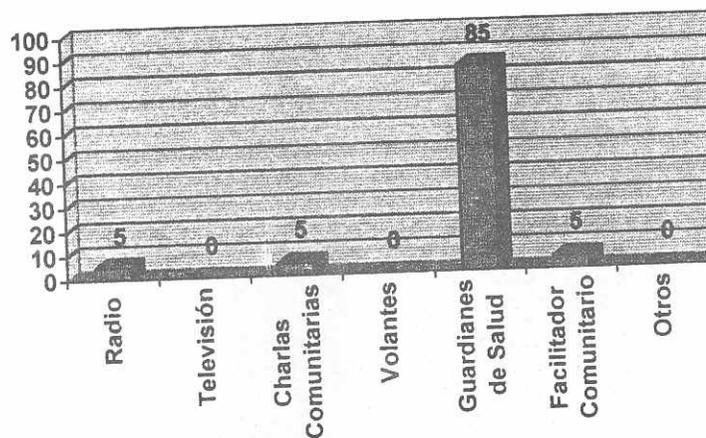
FUENTE: Boleta de Recolección de Datos.

GRAFICA # 13

PREGUNTA # 20:

¿COMO SE ENTERA USTED CUANDO HAY VACUNACION EN SU ALDEA? EFECTUADA A LOS PADRES DE FAMILIA ENTREVISTADOS EN LAS ALDEAS DEL MUNICIPIO DE CAMOTAN, CHIQUIMULA, QUE ESTAN BAJO LA JURISDICCION DEL PROGRAMA SISTEMA INTEGRAL DE ATENCION EN SALUD (SIAS) DE LA PARROQUIA SANTIAGO JOCOTAN.

GUATEMALA MAYO-JUNIO 1999



ANALISIS:

La mayoría de personas entrevistadas se enteran de las actividades de vacunación que se realizan en sus aldeas a través de los guardianes de salud y facilitadores comunitarios.

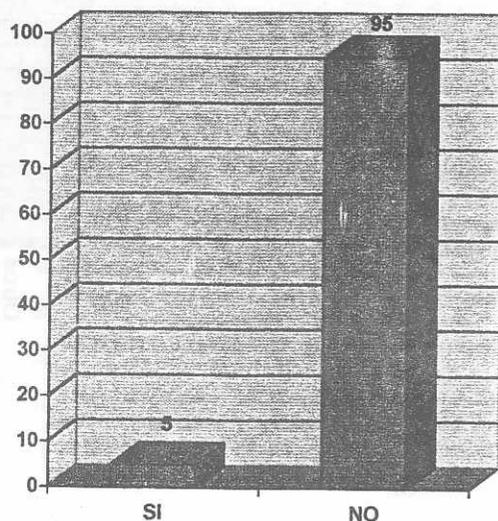
FUENTE: Boleta de Recolección de Datos.

GRAFICA # 14

PREGUNTA # 21:

¿TIENE USTED ALGUNA QUEJA EN CONTRA DE LAS PERSONAS QUE VACUNAN A LOS NIÑOS?
EFECTUADA A LOS PADRES DE FAMILIA ENTREVISTADOS EN LAS ALDEAS DEL MUNICIPIO DE CAMOTAN, CHIQUIMULA, QUE ESTAN BAJO LA JURISDICCION DEL PROGRAMA SISTEMA INTEGRAL DE ATENCION EN SALUD (SIAS) DE LA PARROQUIA SANTIAGO JOCOTAN.

GUATEMALA MAYO-JUNIO 1999



ANALISIS:

De acuerdo a la opinión de las personas entrevistadas la labor que realizan los vacunadores es satisfactoria, puesto que son mínimas las quejas en contra de ellos.

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos.

VIII. DISCUSION DE RESULTADOS

El estudio se realizó en el municipio de Camotán del departamento de Chiquimula, en las aldeas que están bajo la jurisdicción del programa Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS) de la Parroquia Santiago Jocotán, en donde se entrevistó a todos los padres de familia de los niños que no asistieron a las actividades de vacunación mensual que se programan.

En cuanto a la escolaridad de los padres de familia entrevistados se determinó que es muy baja, ya que la mayor parte no completó sus estudios de educación primaria, por lo que podemos confirmar que este factor incide negativamente en que estos no acepten la vacuna.

En cuanto al alfabetismo de los padres de familia se determinó que el 45 % son analfabetas valor que en el ámbito nacional e internacional es considerado muy elevado y pone de manifiesto la elevada incidencia de este factor en las deficiencias que tienen que solventarse en la promoción de la salud en las comunidades estudiadas.

Respecto a los factores culturales tales como creencias, costumbres y tradiciones, que influyen negativamente en la asistencia a las jornadas de vacunación se pudo determinar lo siguiente:

Un tercio de los entrevistados tuvo temor de vacunar a sus hijos ya que consideran que la administración de las vacunas provocan problemas de esterilidad.

Más de la mitad de los padres de familia consideró que las vacunas no son necesarias porque aunque vacunaran a sus hijos estos siempre sufren las enfermedades.

Un tercio de los entrevistados consideró que las enfermedades que se pueden prevenir mediante la administración de las vacunas, se pueden curar usando únicamente hierbas, por lo que no vacunan a sus hijos.

Respecto al componente de creencias y religiones, se puede considerar que es un factor importante a considerar sobre todo en comunidades indígenas ya que una cuarta parte de los entrevistados considero que las enfermedades que se pueden prevenir por vacunas, se curan únicamente realizando oraciones.

Más de la mitad de los entrevistados consideró que las vacunas son innecesarias ya que hay personas que no se vacunaron y que nunca se enfermaron.

Un tercio de los entrevistados consideró que las vacunas causaban problemas en la salud del niño como: fiebre, malestar general, dolor, dificultad para caminar, infección, irritabilidad, etc. Por lo que decidían no administrar las vacunas a sus hijos para evitar todo este tipo de complicaciones.

Como podemos observar los factores socioculturales que se identificaron son los más importantes que contribuyen a que los padres de familia no acepten la vacunación de sus hijos, además estos factores se suman al analfabetismo de la población condicionando que el problema adquiera mayores dimensiones.

En lo que respecta a los conocimientos que los padres de familia tienen de las vacunas se determinó que la mayoría tiene conocimientos aunque son conceptos escasos y muchas veces equivocados.

Consideramos que es este aspecto en donde muchas veces se falla en el momento de planificar actividades de promoción e información de la vacuna porque no se toman en cuenta los factores antes mencionados para que estas actividades tengan el impacto necesario en la población, es decir que la población conozca cuales son los objetivos de la vacuna, que vacunas son las que se les deben administrar a sus hijos y que número de vacunas deben recibir.

En lo que respecta a los factores de accesibilidad se determinó que un 15 % de la población tiene dificultad para llegar a los puestos de vacunación. Es importante tener en cuenta a este grupo poblacional para tomar las medidas necesarias y proporcionarle el acceso a los servicios de vacunación.

También se determinó que casi la totalidad de los entrevistados tienen conocimiento de las actividades de vacunación que se realizan mensualmente en sus aldeas y que únicamente el 5 % desconocen de estas actividades.

La mayoría de las personas entrevistadas se entera de las actividades de vacunación a través de los guardianes de salud y facilitadores comunitarios, otro porcentaje mucho menor se entera a través de la radio y charlas comunitarias.

Se puede concluir que el nuevo modelo de atención del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social denominado Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS) esta funcionando adecuadamente ya que la mayoría de las personas entrevistadas conocen de las actividades de vacunación que se desarrollan mensualmente en sus aldeas. Que la población no asiste a dichas actividades es por que existen otros factores tales como culturales y falta de conocimientos que influyen en que los padres de familia vacunen a sus hijos.

Únicamente un 5 % de los entrevistados refirió quejas en contra de las personas que vacunan a sus hijos, siendo la causa principal que a veces no tienen el cuidado necesario para la administración de las vacunas.

IX. CONCLUSIONES

1. El analfabetismo que prevalece en casi la mitad de los padres de familia es un factor de suma importancia que condiciona la falta de conocimientos que existe de las vacunas y por ende motiva la inasistencia de la población a las actividades de vacunación.
2. Los factores socioculturales que se investigaron son básicamente el principal motivo de inasistencia a las actividades de vacunación y por ende provocan la baja cobertura de vacunación registrada en el municipio de Camotán.
3. Un tercio de los padres de familia entrevistados tiene temor de vacunar a sus hijos ya que consideran que la vacuna puede provocar problemas de esterilidad en los niños.
4. Más de la mitad de los padres de familia entrevistados considera que no es necesario vacunar a sus hijos porque aunque se vacunen siempre se enferman.
5. Un tercio de los padres de familia entrevistados no vacunan a sus hijos porque consideran que las enfermedades inmunoprevenibles se curan únicamente utilizando hierbas.
6. Más de la mitad de las personas entrevistadas considera que no es necesario vacunar a sus hijos porque hay personas que nunca se vacunaron y no se enfermaron.
7. La mayoría de las personas entrevistadas tienen conocimientos acerca de las vacunas aunque en la mayor parte de los casos son erróneos.
8. Una cuarta parte considera que las enfermedades inmunoprevenibles se curan únicamente realizando oraciones por lo que no es necesario vacunar a sus hijos

9. Existe un grupo de personas que no tiene acceso a los servicios de vacunación debido principalmente a las distancias que existen de su hogar a los puestos de vacunación.
10. Un tercio de los padres de familia entrevistados no vacuna a sus hijos porque consideran que causa problemas de salud a los niños (efectos secundarios de las vacunas)
11. La mayoría de personas entrevistadas conocen de las actividades de vacunación que se realizan en sus aldeas mensualmente.
12. La mayoría de padres de familia tienen conocimiento de las actividades de vacunación por medio de los guardianes de salud y facilitadores comunitarios.

X. RECOMENDACIONES

1. Capacitar adecuadamente a los guardianes de salud y facilitadores comunitarios en los que respecta al Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) para que se transmitan los conocimientos a toda la población objeto.
2. Incrementar la promoción e información de las actividades de vacunación a través del personal de salud del centro de salud de Camotán, guardianes de salud y facilitadores comunitarios.
3. Apoyar y supervisar las actividades de los guardianes de salud y facilitadores comunitarios para verificar las acciones de salud que realizan en sus comunidades y retroalimentar el proceso de educación a la población.
4. Determinar los grupos de población que no tienen acceso a los servicios de vacunación para proporcionarles la vacuna a través de jornadas de vacunación de casa en casa.
5. Se recomienda al Ministerio de Salud Pública y Asistencia social tomar en cuenta los factores culturales y educativos de cada comunidad en particular a través de la colaboración o contratación de personal idóneo que individualice las características de cada región del país para programar y promocionar los servicios de salud de acuerdo al análisis previo de cada comunidad.
6. Evaluar la posibilidad de realizar programas de alfabetización en las aldeas de Camotán por intermedio de instituciones tales como: Conalfa, Pronade y Ministerio de Educación para disminuir el número de personas analfabetas que existe en el municipio.

XI. RESUMEN

El presente estudio se realizó en el municipio de Camotán del departamento de Chiquimula en todas las aldeas que están bajo la jurisdicción del programa Sistema Integral de atención en Salud (SIAS) De la parroquia Santiago de Jocotán, siendo la fuente de la información todos los padres de familia de los niños que no asistieron a las actividades de vacunación mensuales que se programan.

Se determinó que los factores socioculturales tales como la asociación de la vacuna con esterilización de los niños son los que más inciden en la baja cobertura de vacunación que se registra en las aldeas del municipio de Camotán.

Los conocimientos que tienen los padres de familia acerca de la vacunación en la mayoría de padres de familia entrevistados son equivocados y en otro buen porcentaje no tienen ningún conocimiento.

Existe un grupo minoritario que no tiene acceso a los servicios de vacunación por la lejanía de sus hogares a los puestos de vacunación.

La mayoría de padres de familia conocen de la existencia de las actividades de vacunación mensual en sus aldeas información que reciben en la mayor parte de los casos por los guardianes de salud y los facilitadores comunitarios.

La falta de información, la dificultad de acceso a los servicios de salud, las creencias, costumbres y prácticas de la población respecto a la vacunación son factores que son parte de una realidad y que en muchas ocasiones el personal de los servicios salud desconoce por lo que las acciones que realizan no tienen el impacto deseado.

Finalmente considerar en cada planificación los aspectos culturales de cada región para que los programas que se implementen cumplan con los objetivos esperados.

XII. BIBLIOGRAFIA

- 1.- Departamento de epidemiología de Jefatura Area de Salud de Chiquimula. Informe de actividades mensuales. Guatemala 1999.
- 2.- De Canales Francisca. et. al. Metodología de la investigación. Manual Para el desarrollo del personal de salud. OPS-OMS 1,989 página 327.
- 3.- García G., Felipe A. Oportunidades perdidas de vacunación y sus causas. Estudio prospectivo realizado en seis municipios (San Rafael Pie de la Cuesta, San Lorenzo, Ocos, La Reforma, San Pedro Sacatepéquez y la cabecera departamental de San Marcos). Durante los meses de junio a julio de 1,990. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala 1,990. 91p. (pp.2-4).
- 4.- Gutiérrez G., Edvin O. Cobertura en las actividades de vacunación del programa ampliado de inmunización. Estudio analítico-retroactivo realizado en el distrito No. 1 del departamento de Chimaltenango, de los municipios de San Andrés Iztapa, Zaragoza, Parramos y el Tejar, durante enero-diciembre 1,990. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala 1,991. 49p (pp.2-4).
- 5.- Hernández Guevara, Arturo. "Creencias y conocimientos populares en la población de Sta. María de Jesús y su relación con servicios de vacunación" Tesis (Médico y cirujano) Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala 1989. 47 p. (pp.6,12-17).
- 6.- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Informe sobre la vacunación del PAI en Guatemala. Guatemala, 1,983. 52 p. (mimeografiado).
- 7.- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Lineamientos de política de salud 1994-1995. Guatemala 1993, página 11.
- 8.- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Unidad de Informática del Departamento de Inmunizaciones. Guatemala 1999.
- 9.- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Manual de Normas del Programa Ampliado de Inmunizaciones. Guatemala 1995. Pagina 1.
- 10.- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Segunda Evaluación del Programa Ampliado de Inmunizaciones. Noviembre 1985. (pp.7-11).
- 11.- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Unidad de Informática. Informe mensual de actividades por comunidad. Guatemala, 1990. 15 p. (mimeografiado).
- 12.- Organización Panamericana de la Salud. Información básica del proyecto inmunización-supervivencia infantil. Guatemala, 1992. 65 p. (mimeografiado).
- 13.- Organización Panamericana de la Salud. Boletín Mayo-agosto 1995. Volumen 118 No. 5 (pp.5-8).
- 14.- Organización Panamericana de la Salud. Inmunización: Información para la acción. Publicación científica No. 472, 1984. Página 1.
- 15.- Organización Panamericana de la Salud, Inmunizaciones, información para la acción. Washington: 1,990. 60 p. (publicación científica OPS No. 432).
- 16.- Organización Panamericana de la Salud. Programa Ampliado de Inmunización. Las enfermedades del PAI. México: Limusa, 1,991. T1 (pp. 3-15).

- 17.- Paredes Román, Karla Susan. "Creencias populares acerca de las inmunizaciones" Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala 1,989. 57 p. (pp 20-33).
- 18.- Patzán Vidal, Carlos Fernando. "Indicadores de Atención Primaria en Salud" Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala 1,993, 55p. (pp. 5-6).
- 19.- Quezada Rodriguez, Victor Manuel. "Creencias y prácticas sobre el sarampión en una comunidad del área rural" Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala 1,990. 73p. (pp. 11-14).
- 20.- Segeplan. Plan de acción de desarrollo social. 1,992-1,996. 1,997-2,000. Desarrollo humano, infancia y juventud, Guatemala, Marzo 1,992. P. 27 (pp.1-11).

XIII. ANEXOS

Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Unidad de Tesis

ANALISIS DE LAS CAUSAS DE BAJA COBERTURA DE VACUNACION DEL
PROGRAMA SISTEMA INTEGRAL DE ATENCION EN SALUD (SIAS) EN UN
AREA DE INFLUENCIA DE LA PARROQUIA SANTIAGO JOCOTAN EN EL
MUNICIPIO DE CAMOTAN DEL DEPARTAMENTO DE CHIQUIMULA

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Responsable: Br. Julio Barrientos

- 1.- Nombre del padre o madre de familia:
- 2.- Edad del padre o madre de familia:
- 3.- Aldea:
- 4.- Sector:
- 5.- Sexo del padre de familia: Masculino() Femenino()
- 6.- Escolaridad del encuestado: primaria incompleta()
primaria completa()
educación básica ()
diversificado()
educación universitaria()
- 7.- Si no tiene escolaridad: alfabeto(a) () analfabeta (o) ()
- 8.- Cree usted que cuando se vacuna a un niño él ya no puede tener hijos?
Si () No ()
- 9.- Cree usted que aunque se vacune a los niños las enfermedades siempre los ataca?
Si () No ()

10.- Cree usted que enfermedades como el Sarampión, Poliomielitis y otras se curan usando hierbas?

Si () No ()

11.- Cree usted que estas enfermedades (Sarampión, Poliomielitis etc.) se curan únicamente con hacer oraciones?

Si () No ()

12.- Cree usted que no es necesario vacunar a los niños, porque hay personas que no se vacunaron y nunca sufrieron ninguna enfermedad?

Si () No ()

13.- Considera usted que la administración de la vacuna causa problemas de salud al niño?

Si () No () Cuales

14.- Sabe usted que son las vacunas?

Si () No ()

Si la respuesta a la pregunta anterior fue si contestar la siguiente pregunta.

15.- Que son las vacunas?

16.- Considera que las vacunas:

- a) curan enfermedades
- b) previenen enfermedades
- c) causan enfermedades
- d) ninguna

17.- Está muy lejos de su casa el lugar donde vacunan a los niños?

Si () No ()

18.- Sabe usted que se vacunan a los niños cada mes en su aldea?

Si () No ()

19.- Sabe usted cuando (fecha) vienen los vacunadores a administrar la vacuna a los niños?

Si () No ()

20.- Como se entera usted cuando hay vacunación en su aldea?

Radio () TV () Charlas comunitarias ()
Volantes () Otros ()

21.- Tiene usted alguna queja en contra de las personas que vacunan a los niños?

Si () No () Cuál