



**ESCUELA DE POSTGRADO**  
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

# **UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

## **ESCUELA DE POSTGRADO**

### **TESIS**

**PROPUESTA DE GESTIÓN PARA MEJORAR LA ESTRATEGIA  
SANITARIA DE INMUNIZACIONES: FACTORES QUE INFLUYEN EN  
EL INCUMPLIMIENTO DEL ESQUEMA DE VACUNACION EN NIÑOS  
MENORES DE 5 AÑOS QUE SE ATIENDEN EN EL CENTRO DE  
SALUD PÓSOPE ALTO. CHICLAYO, 2016**

**PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRA  
EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

#### **AUTORA**

Br. LUCY PATRICIA RODRIGO DÍAZ

#### **ASESORA**

Dra. NORMA DEL CARMEN GÁLVEZ DÍAZ

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:  
GESTIÓN Y CALIDAD DE LAS INTERVENCIONES EN SALUD**

**PERÚ - 2016**

## DECLARACIÓN JURADA

Yo, Lucy Patricia Rodrigo Díaz egresado (a) del Programa de Maestría (x) Doctorado ( ) Maestría en Gestión en los Servicios de Salud de la Universidad César Vallejo SAC. Chiclayo, identificado con DNI N° 45046731;

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE:

1. Soy autor (a) de la tesis titulada: **PROPUESTA DE GESTIÓN PARA MEJORAR LA ESTRATEGIA SANITARIA DE INMUNIZACIONES: FACTORES QUE INFLUYEN EN EL INCUMPLIMIENTO DEL ESQUEMA DE VACUNACION EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS QUE SE ATIENDEN EN EL CENTRO DE SALUD PÓSOPE ALTO. CHICLAYO, 2016.** La misma que presento para optar el grado de: Maestría en Psicología Educativa.
2. La tesis presentada es auténtica, siguiendo un adecuado proceso de investigación, para la cual se han respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas.
3. La tesis presentada no atenta contra derechos de terceros.
4. La tesis no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
5. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falsificados, ni duplicados, ni copiados.

Por lo expuesto, mediante la presente asumo frente a LA UNIVERSIDAD cualquier responsabilidad que pudiera derivarse por la autoría, originalidad y veracidad del contenido de la tesis así como por los derechos sobre la obra y/o invención presentada. En consecuencia, me hago responsable frente a LA UNIVERSIDAD y frente a terceros, de cualquier daño que pudiera ocasionar a LA UNIVERSIDAD o a terceros, por el incumplimiento de lo declarado o que pudiera encontrar causa en la tesis presentada, asumiendo todas las cargas pecuniarias que pudieran derivarse de ello. Así mismo, por la presente me comprometo a asumir además todas las cargas pecuniarias que pudieran derivarse para LA UNIVERSIDAD en favor de terceros con motivo de acciones, reclamaciones o conflictos derivados del incumplimiento de lo declarado o las que encontraren causa en el contenido de la tesis.

De identificarse algún tipo de falsificación o que el trabajo de investigación haya sido publicado anteriormente; asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad César Vallejo S.A.C. Chiclayo; por lo que, LA UNIVERSIDAD podrá suspender el grado y denunciar tal hecho ante las autoridades competentes, ello conforme a la Ley 27444 del Procedimiento Administrativo General.

Pimentel, 15 de Marzo de 2018

Firma

Nombres y apellidos: Lucy Patricia Rodrigo Díaz

DNI: 45046731

## DEDICATORIA

A mi madre y amiga **Catalina**, el principal estímulo de mi vida, por estar conmigo en todo momento brindándome amor fuerza y dándome la oportunidad de realizarme profesionalmente.

A mi padre **Elías**, quién siempre me brindó su apoyo cariño y confió en mi.

A mis hermanos: **Remi, Boni y Diana** por su cariño y comprensión y ser ejemplos de superación.

***Lucy Patricia***

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios quien nos dio la vida y nos guía por el camino del bien, permitiéndome alcanzar mis metas propuestas.

A la Escuela de Postgrado de la Universidad Cesar Vallejos por darme la oportunidad de continuar con los estudios para mi crecimiento profesional.

A mi asesora, Dra. Norma del Carmen Gálvez Díaz por su apoyo y comprensión incondicional en la realización del proceso de investigación.

A los miembros del jurado de tesis por su continua y acertada orientación en la presente investigación.

Al Director del Centro de Salud San Miguel por brindarme las facilidades para el desarrollo de la investigación.

A todas las personas que hicieron posible la realización de la presente investigación.

***Lucy Patricia***

## **PRESENTACIÓN**

Respetables Señores Miembros del Jurado de Tesis:

En concordancia y cumplimiento de las normas que estipula el reglamento de grados y títulos de la Universidad César Vallejo se pone a vuestra consideración el presente trabajo de investigación intitulado “Propuesta de Gestión para Mejorar la Estrategia Sanitaria de Inmunizaciones: Factores que Influyen en el Incumplimiento del Esquema de Vacunación en Niños Menores de 5 años que se Atienden en el Centro de Salud Pósope Alto. Lambayeque. 2016”. Con fines de obtener el grado de Magister en Gestión de los Servicios de la Salud.

Esta investigación presenta una propuesta para mejorar la Estrategia Sanitaria de Inmunizaciones en base a los factores que influyen en el Incumplimiento del Esquema de Vacunación en niños menores de 5 años en el centro de salud en estudio.

Seguro del reconocimiento del aporte de este trabajo se está presto a recoger observaciones y sugerencias que ustedes realicen, las mismas que se tomarán en cuenta en beneficio de los participantes para la mejora del servicio y de la calidad en los servicios de salud.

**La Autora**

## INDICE

<b>Dedicatoria</b>	iv
<b>Agradecimiento</b>	v
<b>Presentación</b>	vi
<b>Índice de tablas</b>	viii
<b>Índice de gráficos</b>	ix
<b>Resumen</b>	x
<b>Abstract</b>	xi
<b>I. CAPÍTULO I : INTRODUCCIÓN</b>	
1.1 Realidad Problemática	12
1.2 Trabajos Previos	14
1.3 Teorías relacionadas al tema	17
1.4 Formulación del problema	40
1.5 Justificación del estudio	40
1.6 Hipótesis	40
1.7 Objetivos	41
<b>II. CAPÍTULO II: MÉTODO</b>	
2.1 Diseño de Investigación	43
2.2 Variables, operacionalización	45
2.3 Población y muestra	46
2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y Confiabilidad	46
2.5 Métodos de análisis de datos	48
2.6 Aspectos éticos	48
<b>III. CAPÍTULO III: RESULTADOS</b>	49
<b>IV. CAPITULO IV: DISCUSIÓN</b>	55
<b>V. CONCLUSIÓN</b>	59
<b>VI. RECOMENDACIÓN</b>	61
<b>VII. PROPUESTA</b>	62
<b>VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	66
<b>IX. ANEXOS</b>	71

## INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Caracterizar a los niños menores de 5 años que son atendidos en el Centro de Salud Pósope Alto, Lambayeque. 2016

Tabla 2: Nivel de conocimiento de las madres y Cumplimiento del calendario de vacunación de las madres de niños menores de cinco años del Programa Ampliado de Inmunizaciones del Centro de Salud Pósope Alto, Lambayeque, 2016

## **INDICE DE GRÁFICOS**

Gráfico 1: Nivel cognitivo de las madres del Programa Ampliado de Inmunizaciones del Centro de Salud Pósope Alto, 2016

Gráfico 2: Nivel de cumplimiento de vacunación de las madres de niños menores de cinco años del Programa Ampliado de Inmunizaciones del Centro de Salud Pósope Alto, Lambayeque 2016



## RESUMEN

Las Estrategias Sanitarias son parte del Modelo Atención Integral de Salud, en respuesta a las prioridades nacionales y regionales, una de ellas es la de Inmunizaciones, la cual ha dado excelentes resultados en la protección de las niñas y niños contra las enfermedades inmunoprevenibles. Tuvo como objetivo diseñar una propuesta de gestión para mejorar la estrategia sanitaria de inmunizaciones a partir de los factores que influyen en el incumplimiento del esquema de vacunación en niños menores de 5 años que se atienden en el centro de salud Pósope Alto en Chiclayo. El tipo de investigación fue cuantitativa descriptiva, diseño transversal. La muestra fue censal constituida por 100 madres de niños atendidos en el Consultorio de Crecimiento y Desarrollo, se utilizó como instrumento de recolección de datos un cuestionario, validado por tres expertos. Entre los principales resultados se encontró que los factores referidos al conocimiento y el cumplimiento del calendario de vacunación son destacados como más importantes para que se produzca el incumplimiento del esquema de vacunación. Se tuvieron en consideración los principios de rigor científico y los criterios éticos.

**Palabras Clave:** propuesta de gestión, vacunas, factores, esquema de vacunación.

## ABSTRACT

The Sanitary Strategies are a part of the Model Integral Attention of Health, in reputting to the national and regional priorities, one of them is that of Immunizations, which has given excellent results in the protection of the girls and children against the diseases inmunoprevenibles. It had as aim design an offer of management to improve the sanitary strategy of immunizations from the factors that influence the breach of the scheme of vaccination 5-year-old minor children who attend in the center of health To Pósope Alto in Chiclayo. The type of investigation was quantitative descriptive, transverse design. The sample was sensual constituted by 100 mothers of children attended in the Doctor's office of Growth and Development, there was in use as instrument of compilation of information a questionnaire validated by three experts. Between the principal results he was: The level of knowledge and the fulfillment of the calendar of vaccination have discharge significancia statistical, the hypothesis being approved raised " .En any moment there were had in consideration the beginning of scientific rigor and the ethical criteria

**Key words:** offer of management, vaccines, factors, scheme of vaccination.

## **INTRODUCCIÓN**

### **1.1 Realidad problemática**

De acuerdo a la Declaración Universal de Derechos Humanos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, se reconoce la salud como derecho inalienable e inherente a todo ser humano . Esto implica la obligación del Estado de respetar, proteger y garantizar el derecho a la salud de todos sus ciudadanos, no sólo asegurando el acceso a la atención de salud, sino también la atención adecuada. (Tregnaghi, 2005)

El Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) organiza los servicios para enfrentar los problemas actuales y prepara al sistema para prevenir y hacer frente a los problemas futuros (enfermedades emergentes y re emergentes). Asimismo, las Estrategias Sanitarias son parte del MAIS, en repuesta a las prioridades nacionales y regionales como: Salud Sexual y Reproductiva, Nutrición, HIV/SIDA, Malaria, Tuberculosis, Inmunizaciones, Salud Mental, etc. (Cuadros, 2004).

En la actualidad la inmunización ha dado excelentes resultados en la protección de las niñas y niños contra las enfermedades inmunoprevenibles. La posibilidad de que las niñas y los niños se enfermen gravemente o mueran depende en gran medida de la capacidad de su sistema inmunológico para luchar contra las infecciones causadas por agentes patógenos, como las bacterias, virus y parásitos. (MINSa, 2009)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2010) revelan como: Cada año mueren más de 12 millones de niños menores de 5 años, de los cuales 3 millones fallecen antes de cumplir una semana de vida. Dos millones de estas muertes son causadas por enfermedades que podrían haberse prevenido con las vacunas . Desde ese punto de vista el propósito de la Estrategia Sanitaria de Inmunizaciones (ESNI)

prevee extender la protección al 90% de los de niños menores de un año, lo que conllevaría a reducir considerablemente el número de defunciones causadas por enfermedades prevenibles mediante la vacunación. (Agencia Peruana de noticias, 2010)

En el Perú se ha logrado erradicar la viruela y eliminar la poliomielitis, el tétanos neonatal como problema de salud pública, controlar otras enfermedades inmunoprevenibles (sarampión, tos ferina, difteria, tuberculosis en sus formas graves). Según la Oficina General de Estadística e Informática (OGEI) de la GERESA Lambayeque, en el año 2014 el Perú ha alcanzado una cobertura de vacunación contra la Difteria, Pertusis, Tétanos (DPT) de un 67.4% y antisarampionosa (SPR) el 44.3%, correspondiente a la edad de un año con seis meses; a diferencia del año 2013, donde la cobertura de vacunación de DPT fue de 60.0% y SPR 51.6%, del mismo grupo etáreo .

Evidenciándose un ligero aumento de la cobertura de vacunación de la SPR y una disminución en la vacuna contra la DPT, lo que evidencia la falta de intervenciones para mejorar estos indicadores. (Diagnóstico Perú, 2010)

A nivel de la región Lambayeque, la cobertura de vacunación también ha aumentado en relación años anteriores para DPT (75.64%), antisarampionosa (87.97%). Si bien el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) ha tenido logros significativos en el país, aún muchas niñas y niños no cumplen con el cronograma de vacunación debido a múltiples factores que aún están por aclararse, siendo lo ideal que a partir de esta situación sea propuesto estrategias de gestión a fin de mejorar la estrategia sanitaria de inmunizaciones.

La misma investigadora, al trabajar en el Centro de Salud Pósope Alto, existen según padrón nominal 850 niños menores de 5 años, (en grupos de menores de 1 año, 1 año, 2 años, 3 años y 4 años de edad) de los cuales muchas de sus madres dejan de llevar a vacunarlos generalmente por: el llanto que les genera el dolor de las inyecciones, enfermedad de sus niños y porque presentan fiebre después de la aplicación de los biológicos, entre otros. (MINSa, 2014)

Otro de los factores se observan es el desconocimiento de los padres en relación a la reacciones postvacunales, falsas contraindicaciones que asume el personal de salud; también puede ser porque los horarios para vacunar no son extendidos, la exigencia de demasiados documentos: el carné de vacunación, documento de identidad, historia clínica, y la accesibilidad a los establecimientos de salud lo que implica poner demasiadas barreras a los padres . Otra razón importante es que en el esquema de vacunación se han aumentado nuevas vacunas, condicionando que los padres no asisten a los controles de vacunación por falta de información; además muchas veces la logística para la provisión de las vacunas es tardía, creando algunas veces la ausencia de algunas de ellas, asimismo el desconocimiento por parte del personal de salud en el manejo de la Norma Técnica N° 80-DGSP-MINSA, que establece y regula la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones, contribuyendo al incumplimiento del esquema de vacunación.

Ante esta situación consideramos que es importante que la vacunación se realice en el momento oportuno; para que se cumpla el cronograma de vacunas estipulado por el Ministerio de Salud, lo que conllevaría a aumentar la cobertura de vacunación y a disminuir o erradicar las enfermedades inmunoprevenibles en los niños menores de 5 años. Toda esta problemática conlleva a formular la siguiente interrogante: ¿Cuáles son los factores que influyen en el incumplimiento del esquema de vacunación en niños menores de 5 años que se atienden en el Centro de Salud Pósope Alto. Lambayeque.2016?

## **1.2 Trabajos previos**

Se revisaron diversas fuentes referentes al tema de la presente investigación, encontrándose solo trabajos a nivel internacional, a nivel nacional. A continuación se presenta dicha recopilación:

A nivel internacional:

**Romero Manuel (2013);** y Et al, realizaron una investigación sobre el “Cumplimiento del calendario de vacunación obligatorio en la población infantil de las localidades de Santa Ana y Corrientes Capital durante los meses de Agosto, Septiembre y Octubre del año 2001”. Argentina - 2013 . La investigación es observacional, descriptivo de tipo transversal, retrospectivo, teniendo como objetivos determinar el estado de inmunización de dos localidades de la provincia de Corrientes y los factores involucrados en el no cumplimiento en forma completa del calendario de vacunación obligatorio vigente; comparar los resultados de ambas poblaciones; y descubrir el grado de conocimiento de los tutores encuestados sobre los beneficios de la vacunación de sus hijos . Concluyendo que hay un mayor cumplimiento en la localidad de Santa Ana que en la de Corrientes Capital, siendo en ambas el porcentaje de incumplimiento un valor considerablemente alto. Las razones del incumplimiento demuestran una barrera de accesibilidad cultural más importante en la localidad de Santa Ana que en Corrientes Capital; sin embargo en Corrientes Capital prevalecieron para el incumplimiento las razones personales del tutor, aunque cabe resaltar dentro de este ítem la discordancia horaria entre la actividad laboral y los servicios asistenciales, lo que representa una barrera de accesibilidad organizativa. La distancia al Centro de Atención Primaria de la Salud, a pesar de no ser una de las causas de incumplimiento más frecuente, rebela una barrera de accesibilidad geográfica, más importante para Corrientes Capital que para Santa Ana. Hay un conocimiento aceptable respecto de la utilidad de las vacunas en mayor porcentaje en la localidad de Corrientes Capital que en la localidad de Santa Ana, que coincide con las razones para su incumplimiento.

**Maxi Pulla, (2014)** en Ecuador, realizó una investigación titulado “Factores que Influyen en el Nivel de Conocimientos de las madres adolescentes sobre el Esquema del P.A.I del Centro De Salud N° 1 Azogues 2014” tuvo como objetivo identificar los factores que influyen en el nivel de conocimientos de las madres adolescentes sobre el esquema del programa ampliado de inmunizaciones (PAI) del centro #1 de la ciudad de Azogues, la metodología de esta investigación es

descriptiva transversal en la que se trabajó con una muestra de 106 madres adolescentes, Para la recolección de la información se utilizó la técnica de la entrevista dirigida a las madres y como instrumento una encuesta semiestructurada elaborada por las autoras que consta de 9 preguntas en la que se valora el grado de conocimiento de las madres sobre inmunizaciones. El formulario incluyó preguntas para determinar características sociodemográficas de la población de estudio en los resultados se obtuvo que el 67% de madres se encuentran en adolescencia tardía y el 53.8% tienen secundaria completa. El 83% de las madres tienen conocimiento sobre las enfermedades que protegen las vacunas, el 89.6% saben el manejo del carne de inmunizaciones; sin embargo solo el 36.8 % tienen un conocimiento correcto de las edades a las que debe vacunarse a los niños, el 37.71% tiene un conocimiento parcial y el resto de madres: 25.49% desconocen sobre este aspecto.”

A nivel nacional:

**Macías Mercedes; y Et al (2012)**, realizaron una investigación sobre los “Factores de riesgo para esquemas de vacunación incompletos en niños de seis a sesenta meses en el instituto nacional de pediatría” Perú . Fue observacional, prospectivo, teniendo como objetivo evaluar la frecuencia y los factores de riesgo más asociados a vacunación incompleta o retrasada en niños de seis meses, y cinco años, concluyendo que de 2031 ingresos, 787 (34,2) tenían entre seis meses y cinco años, 2.9% no tenían cartilla, 82.2% los niños tenía esquema de vacunación completo, 59.5% de los casos su administración fue de acuerdo a las edades establecidas por cada biológico . El desconocimiento de la fecha de su próxima vacunación y el que la madre no tuviera una ocupación fuera de casa fueron factores de riesgo con un RR =3.26 y RR= 1.86. El 39 %de los casos de personal de salud nunca pregunto acerca del esquema de vacunación.

**Soto Cáceres (2009)**, Ester; realizó una investigación sobre Conocimiento de las madres sobre el Esquema Nacional de Vacunación (ENV), antes y después de participar en programa educativo. Lima-Perú- 2009, tipo de investigación cuantitativo,

con diseño cuasi experimental, con el objetivo de determinar el conocimiento de las madres en sus factores vacunas específicas, antes y después de participar en Programa Educativo sobre el Esquema Nacional de Vacunación en sus factores objetivos, contenidos, estrategias de aprendizaje y evaluación. En conclusión los resultados confirman que el programa educativo resultó efectivo para inducir cambios positivos y significativos en el conocimiento de las madres sobre el Esquema Nacional de Vacunación.

### **1.3 Teorías relacionadas al tema**

Para una mejor comprensión de las variables en estudio se hace referencia a autores que contribuyen a un mejor entendimiento de las mismas. La Propuesta de gestión es importante porque aporta una organización sistemática para integrar los recursos humanos, procesos y resultados, así como la interdependencia entre ellos. (Donabedian, 1984)

Una de las teorías que abarca lo relacionado con propuesta de gestión es Edwards Deming, quien creó el Modelo Deming o el ciclo de Deming (de), también conocido como círculo PDCA (del inglés plan-do-check-act, esto es, planificar-hacer-verificar-actuar) o espiral de mejora continua, es una estrategia de mejora continua de la calidad en cuatro pasos, basada en un concepto ideado por Walter A. Shewhart. Es muy utilizado por los sistemas de gestión de la calidad (SGC) y los sistemas de gestión de la seguridad de la información (SGSI). Los resultados de la implementación de este ciclo permiten a las empresas una mejora integral de la competitividad, de los productos y servicios, mejorando continuamente la calidad, reduciendo los costos, optimizando la productividad, reduciendo los precios, incrementando la participación del mercado y aumentando la rentabilidad de la empresa u organización. Así tenemos que;

Plan (Planificar).- Se establecen las actividades del proceso, necesarias para obtener el resultado esperado. Al basar las acciones en el resultado esperado, la exactitud y cumplimiento de las especificaciones a lograr se convierten también en un elemento a mejorar. Cuando sea posible conviene realizar pruebas de



preproducción o pruebas piloto para probar los posibles efectos. Recopilar datos para profundizar en el conocimiento del proceso, detallar las especificaciones de los resultados esperados, definir las actividades necesarias para lograr el producto o servicio, verificando los requisitos especificados, establecer los objetivos y procesos necesarios para conseguir resultados necesarios de acuerdo con los requerimientos del cliente y las políticas organizacionales.

Herramientas de Planificación: Pueden servir para dos cosas: Para facilitar y estandarizar la metodología de planificación de proyectos, actividades y tareas; y para ayudar a diseñar productos, procesos y servicios según los requisitos y funciones previstas en el futuro.

Do (hacer).- Se realizan los cambios para implantar la mejora propuesta. Generalmente conviene hacer una prueba piloto para probar el funcionamiento antes de realizar los cambios a gran escala.

Check (Controlar o Verificar).- Pasado un periodo previsto de antemano, los datos de control son recopilados y analizados, comparándolos con los requisitos especificados inicialmente, para saber si se han cumplido y, en su caso, evaluar si se ha producido la mejora esperada. Monitorear la implementación y evaluar el plan de ejecución documentando las conclusiones.

Herramientas de evaluación: Las herramientas de evaluación sirven para controlar el estado actual de un proyecto, proceso, producto o servicio con el objetivo de tener una visión detallada de su estado, evaluarlo o buscar formas de mejorarlo posteriormente.

Act (Actuar).- A partir de los resultados conseguidos en la fase anterior se procede a recopilar lo aprendido y a ponerlo en marcha. También suelen aparecer recomendaciones y observaciones que suelen servir para volver al paso inicial de Planificar y así el círculo nunca dejará de fluir. Actualmente algunos expertos prefieren denominar este paso "Ajustar". Esto ayuda a las personas que se inician en el ciclo PDCA a comprender que el cuarto paso tiene que ver con la idea de cerrar el ciclo con la realimentación para acercar los resultados obtenidos a los objetivos. Además, no debe confundirse este paso "A" con el conjunto de acciones

(implementación) consecuencia del despliegue de los planes (que se desarrolla en el segundo paso, "D", de "hacer" o "llevar a cabo las Acciones").

Herramientas de mejora: Las herramientas de mejora continua están pensadas para buscar puntos débiles a los procesos, productos y servicios actuales. Del mismo modo, algunas de ellas se centran en señalar cuáles son las áreas de mejora más prioritarias o que más beneficios pueden aportar a nuestro trabajo, de forma que podamos ahorrar tiempo y realizar cambios sólo en las áreas más críticas.

Por otro lado se constituye en un soporte de la política educativa fortaleciendo la autonomía del centro educativo y de las acciones orientadas a sostener la máxima eficiencia y eficacia del proceso educativo. Promueve la construcción y desarrollo de la cultura organizacional democrática e identidad, propiciando el sentido de pertenencia institucional que oriente y dé sentido a las acciones pedagógicas de forma colectiva e individual. Articula el debe ser con el quehacer cotidiano, expresado en los procesos para dar dirección a la gobernabilidad, al mejoramiento continuo de la calidad y la pertinencia de la acción educativa. (Gil, 2009)

Para formular la propuesta de gestión se tiene en cuenta lo siguiente:

Recuperar la información recogida y sistematizada en la identidad y el diagnóstico. De la primera, tomamos la misión y la visión. De la segunda, solo aquellos aspectos vinculados con el área de gestión: organización, clima institucional, procesos de gestión, manejo de personal . Estos elementos constituyen el punto de inicio que permite establecer relaciones entre la propuesta de gestión y las necesidades reales del centro operativizando de esta manera la propuesta en salud. (Gil, 2009)

La inmunización es la actividad de salud pública que ha demostrado ser la de mayor costo beneficio y costo efectividad en los últimos dos siglos. Aunque se admite que las vacunas no son completamente eficaces, constituyen las intervenciones más seguras en salud .

El término inmunización denota el proceso de inducir o transferir inmunidad mediante la administración de un inmunobiológico. Puede ser activa, y se refiere a la producción de anticuerpos en respuesta a la administración de una vacuna o toxoide, o natural que se adquiere por el padecimiento de la enfermedad y es generalmente permanente o pasiva que se refiere a la transferencia de inmunidad temporal mediante la administración de anticuerpos preformados en otros organismos, en cuyo caso es artificial. (PAI, OPS; 2010)

Las inmunizaciones en el Perú se consolidan como la actividad líder en el campo de la salud pública, que promueve cambios positivos en la atención integral por etapas de vida dentro de los servicios de salud y en la comunidad, generando corrientes de opiniones favorables hacia la adopción de prácticas saludables y movilización de recursos con propuesta de cambios estructurales en la política para fortalecer el desarrollo sostenible de la nación . Además garantiza a la población el acceso a vacunación segura, a través de los servicios de salud con prestaciones basadas en la atención integral por etapas de vida, logrando mantener al Perú libre de enfermedades prevenibles por vacunación. (PAI, OPS; 2010)

Cada país adopta un esquema de vacunación teniendo en cuenta aspecto como la protección de los niños contra enfermedades infecciosas, de acuerdo a su realidad, disponiéndose de vacunas eficaces y seguras, enfocándose preferentemente a la población infantil. En el Perú el programa de inmunizaciones existió desde 1972 hasta el año 2001, año en que la actividad se incorporó dentro del programa de atención integral de salud del niño, siendo el 27 de julio del 2004 creada la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones, con la finalidad de señalar la prioridad política, técnica y administrativa que el pueblo y Gobierno Peruano reconocen en las inmunizaciones, es o por ello que el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) se puede definir como una acción conjunta de las naciones del mundo y de organismos internacionales, por apoyar acciones para lograr coberturas universales de vacunación, con el fin de disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad causadas por las enfermedades

inmunoprevenibles, y con fuerte compromiso de erradicar y controlar las mismas. (Agencia peruana de noticias, 2010)

Según la Organización Mundial de la Salud las vacunas son suspensiones de microorganismos vivos, inactivos o muertos, fracciones de los mismos o partículas proteicas, que al ser administrados inducen una respuesta inmune que previene la enfermedad contra la que está dirigida; también son considerados como vacunas los toxoides, que son toxinas de origen bacteriano modificadas, que han perdido su capacidad patogénica es decir para producir enfermedad, pero conservan su poder antigénico lo que puede inducir la respuesta inmune o protectora .

Las vacunas pueden ser inactivadas las que son producidas por el crecimiento de la bacteria o del virus en un medio de cultivo y que posteriormente han sido tratados con productos químicos o calor, lo que permite su inactivación . Estas vacunas no son vivas, por lo tanto no pueden replicar y tampoco pueden causar enfermedad, aún en personas inmunocomprometidas, así también tenemos que la respuesta de la vacuna no se afecta con la presencia de anticuerpos circulantes, por lo que pueden ser administradas aun con anticuerpos presentes en la sangre por pasaje trasplacentario o por la administración de sangre y derivados. Requieren de múltiples dosis, en general la primera dosis no genera inmunidad, es decir no produce anticuerpos protectores, solamente pone en alerta al sistema inmune y la protección se desarrolla recién en la segunda o tercera dosis; y las vivas atenuadas son microorganismos que han sido cultivados expresamente bajo condiciones en las cuales pierden sus propiedades nocivas, generalmente por cultivos repetidos. (MINSa, 2009)

Para producir una respuesta inmune, las vacunas vivas deben replicarse en la persona vacunada y cuando estas vacunas replican generalmente no causan enfermedad tal como lo haría la enfermedad natural . La administración de un inmunobiológico al organismo puede ser por vía oral o inyectable (intradérmica, subcutánea o intramuscular) (center for disease, 1979).

Existiendo una vía específica para cada inmunobiológico, con el fin de evitar efectos indeseables, locales o generales, y para asegurar una máxima eficacia de la vacuna; además que se debe tener en cuenta la edad de la vacunación con la finalidad de lograr una respuesta óptima del organismo sin verse afectados por el riesgo específico de enfermarse según grupo de edad, la epidemiología de la enfermedad, la madurez del sistema inmune, la capacidad para responder a una vacuna específica y la interferencia por inmunidad pasiva transferida por la madre y para proporcionar la mejor protección, se recomienda que los niños sean vacunados tan pronto su sistema inmunitario sea capaz de responder a vacunas, con las dosis adicionales posteriores que sean necesarias, algunas vacunas se administran en varias ocasiones para no suponer una agresión al organismo infantil de una sola vez. (MINSA, 2014)

Con este objetivo se elabora a nivel nacional el calendario de vacunación; la naturaleza específica de las vacunas difieren entre sí, dependiendo donde las producen, y su composición puede variar por el uso de diferentes cepas o por la cantidad de unidades viables para la misma enfermedad además contiene Líquido de suspensión que puede ser tan simple como agua destilada o solución salina, o tan complejo como el medio biológico donde se haya producido el inmunobiológico, los Adyuvantes son para incrementar la respuesta inmune esto ocurre porque el adyuvante retarda la absorción del antígeno haciendo que éste sea expuesto por más tiempo al sistema inmune.

Farjas (2010); en algunas vacunas con microorganismos muertos y fracciones de los mismos se utilizan compuestos de aluminio, alumbre o calcio, estos deben inyectarse profundamente en la masa muscular, pues su inoculación en grasa o intradérmica provoca irritación local, granulomas o necrosis y los preservativos, estabilizadores y antibióticos, se utilizan para inhibir o prevenir el crecimiento bacteriano en los cultivos virales, en el producto final o para estabilizar el antígeno pueden ser sustancias tales como el timerosal, neomicina .

Dentro del proceso de inmunización del niño se pueden esperar reacciones propias de la vacuna y del niño para lo cual la OMS ha elaborado una lista de definiciones para el monitoreo de estos eventos adversos asociados o atribuidos a las vacunas pueden ser eventos adversos locales como; absceso en el sitio de inyección que es la presencia de una lesión fluctuante o que drena líquido en el sitio de la inyección, con o sin fiebre y puede ser bacteriana o estéril; la Linfadenitis que puede incluir la linfadenitis supurativa, es un linfonodo de al menos 1,5 cm. de tamaño o un seno drenante a partir de un linfonodo y es casi exclusivamente causada por la BCG, entre 2 y 6 meses después de la vacunación y la reacción local severa en la que existe enrojecimiento y/o inflamación en el sitio de la lesión ,además inflamación más allá de la articulación más cercana; dolor, enrojecimiento e inflamación por más de 3 días; lo que requiere hospitalización (Gil, 2009).

También puede existir los eventos adversos del sistema nervioso central como: Poliomiелitis parálitica asociada a la vacuna, Síndrome de Guillan-Barré, Encefalopatía que puede estar asociada temporalmente a la vacuna y con dos o más y si puede presentar convulsiones, alteración del estado de conciencia por un día o más, y cambio de comportamiento por más de un día, la encefalitis que puede presentar un cuadro de encefalopatía más signos de inflamación cerebral, pleocitosis en LCR y/o aislamiento viral, la meningitis que puede presentarse en inicio agudo de enfermedad grave con signos meníngeos o rigidez de nuca y debe incluir estudio de LCR y/o aislamiento de algún microorganismo y las convulsiones, con duración de uno a más de 15 minutos que no se acompañe de signos o síntomas neurológicos focales, puede acompañarse de fiebre (Cuadros, 2004).

Dentro de las reacciones no esperadas se pueden encontrar otros eventos adversos como la reacción alérgica: caracterizada por manifestaciones en piel, prurito, edema facial o generalizado, reacción anafilactoide o de hipersensibilidad: reacción aguda exagerada, dentro de las primeras dos horas post-vacunación, con broncoespasmo, laringoespasmo o edema laríngeo, y

puede presentar manifestaciones dérmicas: pápulas, edema facial o generalizado, el shock anafiláctico, que es la alteración del estado de conciencia, hipotensión, pulso periférico débil o ausente, extremidades frías, enrojecimiento de la cara, sudoración y puede presentar broncoespasmo, laringoespasmo o edema laríngeo, que lleva a insuficiencia respiratoria y ocurre de inmediato después de la inmunización, la artralgia, que es el dolor articular generalmente en articulaciones pequeñas de extremidades, puede persistir por más de 10 días, la becegeitis diseminada que es una infección diseminada que ocurre entre uno y 12 meses después de la vacunación con BCG, la fiebre que puede ser: ligera a temperatura de 38,0 °C a 38,9 °C, alta a temperatura de 39,0 °C a 40,4 °C y extrema a temperatura igual o mayor a 40,5 °C, Osteitis/osteomielitis que es una inflamación del hueso ya sea debido a la vacuna BCG o causada por otra infección bacteriana, el llanto persistente que es el llanto constante e inconsolable y dura al menos tres horas acompañado de gritos altos, la sepsis, que es una infección bacteriana y generalizada, el síndrome de shock tóxico que tiene un inicio abrupto de fiebre, vómito y diarrea acuosa, pocas horas después de la vacunación, que generalmente lleva a la muerte en 24 a 48 horas. (Cuadros, 2004).

A pesar de que las verdaderas contraindicaciones son raras, muchas veces se dan “falsas contraindicaciones”, lo cual ocurre por desconocimiento del personal de salud o creencias de la población., como las Infecciones de las vías aéreas superiores con fiebre leve, diarreas, alergias, asma u otras manifestaciones atípicas, nacimiento prematuro, desnutrición, lactancia materna, historia familiar.

Los eventos que más nos interesan son los ocasionados por errores del programa, pues son los más frecuentes y los que se pueden evitar con asesoría, capacitación y supervisión del personal siendo la frecuencia e intensidad de estas reacciones las que a menudo aumentan con el número de dosis, por lo general, la reacción se presenta uno o dos días después de la administración de la vacuna, no obstante, hay un tipo de efectos que el vacunador puede prevenir y

se trata de “error operativo del programa”, que puede dar lugar a un conglomerado de eventos adversos no esperados. (Cuadros, 2004) .

Muchos eventos que son supuestamente relacionados con alguna vacuna, pueden deberse a un problema en la aplicación de la vacuna, como contaminación, aplicación de la inyección inadecuada, problemas en la cadena de frío, errores en la dosificación, dilución o administración de medicamentos como si fueran vacunas, también las prácticas inadecuadas de vacunación pueden dar lugar a abscesos u otras infecciones transmitidas por la sangre .

Según la OPS, la cadena de frío es el proceso logístico que asegura la correcta conservación, almacenamiento y transporte de las vacunas, desde que salen del laboratorio que las produce hasta el momento en el que se va a realizar la vacunación, para ello es necesario tener en cuenta los elementos fundamentales que forman parte de esta cadena como, el recurso humano, que son las personas que de manera directa o indirecta tienen que organizar, manipular, transportar, distribuir y administrar las vacunas, o vigilar los equipos frigoríficos donde se conservan; el recurso material, incluye el equipo indispensable para almacenar, conservar y trasladar las vacunas de un lugar a otro como los equipos frigoríficos entre ellos los refrigeradores, congeladores, cuartos fríos de refrigeración y congelación, camiones refrigerados, termos, cajas frías, termómetros, alarmas, graficadores y los recursos financieros, que son los medios económicos necesarios para asegurar la operatividad de los recursos humanos y materiales, así como el funcionamiento del sistema. (Cuadros, 2004).

Dentro de la cadena de frío la temperatura es un elemento necesario para el buen funcionamiento de la cadena de frío, por eso es necesario que las vacunas se almacenen y conserven en todo momento, a temperaturas de entre +0 °C y +8 °C, de manera que se garantice todo su poder inmunológico, para ello deben ser cuidadosamente manipuladas y transportadas desde el laboratorio que las produce hasta la población objeto .



Las vacunas liofilizadas de BCG, antisarampionosa, antipoliomielítica y fiebre amarilla pueden congelarse. Las normas y recomendaciones de conservación de estas vacunas recomiendan mantenerlas a bajas temperaturas (entre  $-15\text{ }^{\circ}\text{C}$  y  $-25\text{ }^{\circ}\text{C}$ ), especialmente cuando tienen que mantenerse por periodos prolongados (de 6 meses a 2 años) en los almacenes frigoríficos de los niveles centrales y regionales . Sin embargo hay vacuna que no pueden congelarse como son todas las vacunas (líquidas) reabsorbidas al hidróxido de aluminio, o fosfato de aluminio, independientemente del tipo de que se trate (viral, bacteriana o toxoide) no deben exponerse a temperaturas inferiores a  $0\text{ }^{\circ}\text{C}$  y mucho menos congelarse. (Cuadros, 2004) .

A este grupo corresponden las vacunas DPT, TT, TD, Td, hepatitis B, Hib y pentavalente. Estas vacunas deben almacenarse y conservarse en todo momento a temperaturas de refrigeración ( $+2\text{ }^{\circ}\text{C}$  a  $+8\text{ }^{\circ}\text{C}$  ). La exposición de estas vacunas a bajas temperaturas puede degradarlas y hacerlas perder su potencia y la administración de estas a la población objeto después de congeladas puede ocasionar reacciones adversas post-vacunales.

( Tregnaghi,2005)

Existen vacunas liofilizadas que requieren de un diluyente, siendo esta una solución necesaria para la reconstitución de las vacunas deshidratadas . Este se puede mantener en un ambiente y no necesariamente en refrigeración. Si se dispone de espacio en la cámara frigorífica o en el refrigerador, se pueden almacenar los diluyentes en los estantes inferiores.( Tregnaghi,2005)

El transporte de los diluyentes deberá hacerse en los mismos recipientes térmicos, junto con las vacunas . Los frascos o ampollas de diluyentes se colocarán dentro de bolsas plásticas en la parte superior interna de las cajas térmicas. (Cuadros, 2004).

Es muy importante recordar la política de frascos abiertos, esta política revisada por la OMS establece que en las sesiones de vacunación en instituciones de

salud, los frascos con dosis múltiples de vacunas OPV, DPT, TT, TD, Td, hepatitis B, y las fórmulas líquidas de vacunas contra Hib de los que se hayan extraído una o varias dosis de vacuna durante una sesión de vacunación podrán ser utilizados en sesiones ulteriores de inmunización durante un periodo máximo de cuatro semanas, siempre y cuando se cumplan ciertas condiciones. (Tregnaghi,2005)

En las sesiones de vacunación fuera de la institución de salud, todos los frascos de vacunas OPV, DPT, TT, TD, Td, hepatitis B, así como las fórmulas líquidas de vacuna contra Hib que sean transportados y abiertos para su uso, deben ser desechados, independientemente del tipo de vacuna o el número de estas.

La política revisada no ha modificado las pautas recomendadas para la manipulación de las vacunas que deben ser reconstituidas, como la BCG, SRP, SR, fiebre amarilla y otras fórmulas de vacunas liofilizadas contra Hib . Estas vacunas deben descartarse después de las seis horas de haber sido reconstituidas o al finalizar cada sesión de vacunación, lo que primero suceda.

Al establecer la política sobre el uso de las vacunas de dosis múltiples una vez que se han abierto los frascos, se ha tomado en consideración la potencia de la vacuna y la inocuidad de su administración.

Las vacunas OPV, DPT, TT, TD, Td, hepatitis B y otras fórmulas líquidas de vacunas contra Hib conservan su potencia siempre que los frascos abiertos se almacenen y conserven en temperaturas entre +2 °C y +8 °C, de acuerdo con lo recomendado por el laboratorio productor y que no haya pasado la fecha de caducidad.

“El riesgo de contaminación es mayor en frascos con dosis múltiples de vacunas que en frascos con una sola dosis, por la exposición repetida de las vacunas cada vez que se extrae una dosis. ”

Por lo general las vacunas liofilizadas no contienen elementos preservantes. Por lo tanto no deben ser utilizadas transcurridos el tiempo recomendado por el

productor y nunca después de más de seis horas de haber sido reconstituidas. (Tregnaghi, 2005)

El uso de vacunas de virus vivos, reconstituidas y utilizadas por un periodo mayor que lo recomendado, puede producir graves efectos adversos por la descomposición y toxicidad del producto. (Gil, 2004)

Para que las vacunas conserven su efectividad, para que las coberturas de vacunación aumente y con ello disminuya el número de niños con enfermedades inmunoprevenibles es importante la capacitación del personal de salud, el cuál debe tener el conocimiento necesario para poder identificar los frascos con vacunas que pueden utilizarse de nuevo en sesiones de vacunación posteriores y los que deben desecharse. Para esto hay que elaborar o revisar el material de capacitación y supervisión para que refleje el cambio. Los supervisores deben informar y documentar el cumplimiento o no de las acciones. ( Tregnaghi, 2005)

Según Diagnóstico Perú (2010); el sistema inmunológico es el encargado de distinguir entre lo propio y lo ajeno, y de desarrollar una respuesta inmune encaminada a eliminar lo ajeno. Es característico del sistema inmune su especificidad, ya que distingue entre antígenos diversos y genera respuestas apropiadas para cada uno de ellos, así como la capacidad de conservar el recuerdo de un primer contacto con el antígeno, propiedad a lo que llamamos memoria inmunológica. Cada linfocito lleva un receptor distinto de una única especificidad, y que se ha generado por recombinación al azar de diferentes genes del receptor T (RCT) o del receptor B (RCB); en este último caso una inmunoglobulina de superficie de especificidad exacta a la de los anticuerpos que producirá más tarde la célula plasmática derivada de ese linfocito B.

Los linfocitos que pueden reaccionar con antígenos propios se eliminan durante épocas tempranas del desarrollo o se inactivan en etapas posteriores. Cuando un linfocito maduro encuentra en la superficie de una célula presentadora a un antígeno extraño, el linfocito lo reconoce a través de su receptor, pero para que la célula se active y se convierta en una célula efectora necesita una segunda

señal coestimuladora . Para las células B esta señal la dan por lo general las células T, mientras que para éstas, la señal la puede dar las células b, los macrófagos o las células dendríticas, tanto las foliculares como las móviles. Éstas últimas, quizá son las que tienen mayor importancia en este proceso. Las células foliculares dendríticas de los folículos linfoides tienen también una relevancia especial, ya que al retener al antígeno sin procesar en su superficie durante largos períodos de tiempo, son esenciales para la formación de las células B de memoria. (MINSa, 2014)

Las señales generadas por las células presentadoras de antígeno activan a las células linfoides, las hacen proliferar produciendo células con idéntica especificidad (expansión clonal) y las diferencian en células efectoras. Existen dos tipos de células T, distinguibles por la presencia en su superficie de antígenos de diferenciación. Las CD4+ son fundamentalmente productoras de linfocinas y activan a otras células, por ello se denominan cooperadoras. Las CD8+ tienen una actividad fundamentalmente citotóxica. Las T CD4+, a medida que madura la respuesta inmune, se convierten en células denominadas Th1 o Th2. Las primeras segregan linfocinas inflamatorias, mientras que las segundas segregan linfocinas importantes para la producción de anticuerpos por el linfocito B.

Se denomina antígeno a toda sustancia capaz de interactuar con el receptor de las células T o B. Si además provoca una respuesta inmune se denomina inmunógeno. Se utiliza la palabra antígeno para referirse a una molécula, virus, bacteria o una célula .

Los receptores de los linfocitos tienen un lugar de combinación con el antígeno que no abarca a la totalidad de una bacteria o de un virus, ni tan siquiera a toda una molécula, sino a un solo determinante antigénico de tamaño molecular limitado (6 a 12 aminoácidos). Así, un virus o una bacteria tienen varias moléculas antigénicas y cada una de éstas diversos determinantes antigénicos. Sólo algunos de éstos determinantes antigénicos dan lugar a respuestas

inmunológicas protectoras . El RCB reconoce determinantes antigénicos en estado nativo, mientras que el RCT reconoce péptidos de pequeño tamaño, procesados previamente por las células presentadoras de antígeno que los unen a sus antígenos de histocompatibilidad para que puedan ser así reconocidos como extraños por el RCT. Las células TCD4+ reconocen a péptidos originados tras endocitosis y que se unen los antígenos del complejo mayor de histocompatibilidad (CMH) de clase II, mientras que las células TCD8+ reconocen péptidos derivados del mismo metabolismo celular, como son los antígenos virales y que ligan a sus antígenos del CMH de clase I. existen antígenos T dependientes y T independientes . Para los primeros son las células T las que deciden si los linfocitos B producirán o no anticuerpos, ya que es necesario un contacto íntimo entre ambas células. La gran mayoría de los antígenos son de este tipo. En el caso de los antígenos T independientes, por lo general polisacáridos, las células B son capaces de generar anticuerpos en ausencia de las células T, aunque sí necesitan señales coestimuladoras dadas por monolitos, macrófagos o células dendríticas. (MINSA, 2014)

Las respuestas T independientes están por lo general restringidas a la Ig M y a la Ig G2. por causas que desconocemos su aparición en la ontogenia es tardía, siendo estas respuestas escasas en el humano antes de los dos años de vida. Además, la memoria inmunológica que producen estos antígenos es pobre y la formación de estos anticuerpos tras esplenectomía es prácticamente inexistente .

Una vez que el sistema inmunológico entra en contacto con un antígeno, el estado del sujeto con relación a este antígeno se modifica, la persona adquiere un estado inmune, lo que se traduce en una respuesta inmunológica más rápida y vigorosa. El sistema inmunológico del neonato es, en principio, virgen ya que en el útero el feto, en circunstancias normales, está exento de estímulos producidos por antígenos extraños. Por ello el neonato carece de memoria inmunológica, la cual va adquiriendo a medida que entra en contacto con los diversos antígenos (Tregnaghi, 2005)

Cuando el sistema inmunológico entra en contacto por primera vez con un antígeno se produce una respuesta primaria. Esta respuesta está mediada por anticuerpos Ig M con un pico entre los 5 y los 14 días, seguida por una respuesta de IgG y/o Ig A, con el pico entre las 2 y las 8 semanas. Si el individuo ha estado en contacto con ese antígeno, es decir, si está en un estado inmune, aparece la respuesta secundaria o anamnésica.

En este tipo de respuestas los anticuerpos mediados por IgG y/o Ig A aparecen hacia los 3-5 días y en títulos más elevados que en las respuestas primarias, mientras que la respuesta mediada por IgM suele ser menor. En las respuestas subsiguientes los títulos de anticuerpos pueden ser todavía más elevados, hasta que se llega a una meseta. Las respuestas primarias mediadas por IgM pueden ser inducidas por el antígeno de manera, al menos en parte, independiente de la célula T. Las respuestas secundarias necesitan la cooperación de las células T activadas.

Este estímulo que proporciona la célula T activada a la célula B, no es sólo mediante la secreción de linfocinas, sino también por el contacto célula-célula. poco sabemos sobre las vías que dan lugar a esta memoria inmunológica . Es probable que las células T y B de memoria expresen diferentes marcadores de membrana que las hagan más fácilmente activables. Sin duda, también contribuye a la memoria el aumento del número de células de un clono específico de antígeno, es decir, la expansión clonal, así como la persistencia del antígeno en las células presentadoras. (MINSAs, 2014)

Inmunidad es el grado de resistencia o capacidad del organismo para defenderse de la agresión de un agente causal de enfermedad o de sus toxinas por medio de mecanismos fisiológicos que lo neutralizan, metabolizan o eliminan. Nos refiere que hay varios tipos de inmunidad: inmunidad natural, es aquella la de los individuos o especies vivos que en forma natural están protegidos contra algunos agentes patógenos; como por ejemplo, enfermedades que sólo afectan a los animales y no al hombre. (Farjas, 2010)

En la especie humana, también hay enfermedades que únicamente atacan a determinadas razas y la inmunidad adquirida es el grado de resistencia obtenida de una exposición previa a un agente específico, por ejemplo la madre que está inmunizada, y sus anticuerpos son capaces de atravesar la barrera placentaria (sarampión, tétanos), y le da inmunidad al feto .

A su vez esta inmunidad se puede adquirir en forma activa cuando el organismo participa activa y directamente en la producción de sus propios anticuerpos, por ejemplo, ante un estímulo (antígeno) o puede ser en forma pasiva, que es aquella en la que el organismo recibe anticuerpos ya formados, no hay participación directa del organismo en la formación de anticuerpos específico, los ha formado de otra parte, por ejemplo, las inmunoglobulinas. (MINSA, 2014)

Señala también que las características inmunológicas aún no se han aclarado del todo los mecanismos inmunológicos de defensa en el recién nacido. Se han comprobado respuestas celulares y humorales disminuidas . Los leucocitos del neonato ofrecen una respuesta deficiente a los estímulos quimiotácticos, y como consecuencia de éstos no tiene la capacidad de concentrar las células inflamatorias en el sitio de la inflamación, igualmente, los polimorfo nucleares tienen fagocitosis deficientes y, por tanto, está disminuida su capacidad bactericida. (Diagnóstico Perú, 2010)

El neonato recibe de su madre inmunoglobulinas, además de inmunidad durante los 3 primeros meses, por parte de los distintos antígenos a los que ella ha estado expuesta . El lactante al año tiene un 40% de síntesis de sus propias inmunoglobulinas, junto a pequeñas cantidades de IgM otras inmunoglobulinas como la IgA, Ig D, IgE, tienen una síntesis más lenta por lo que su formación la obtiene pasando el período de lactante.

Otras moléculas que también reaccionan ante un agente patógeno son los anticuerpos (proteínas más carbohidratos) llamadas globulinas, razón por la cual se le denomina también inmunoglobulinas, gammaglobulinas, son producidas por las células plasmáticas. Los anticuerpos se caracterizan por su capacidad de

reaccionar específicamente contra los antígenos extraños formando un complejo antígeno – anticuerpo. Existe diversos tipos de inmunoglobulinas dentro de ellas tenemos la JgG: contiene anticuerpos contra la mayoría de microorganismos bacterianos y virus previamente adquiridos por la madre ( Tregnaghi,2005)

Atraviesa la barrera placentaria, aparece a los tres meses de gestación y se acumula progresivamente, aumentando notablemente durante el último trimestre; por tanto, el prematuro tiene niveles más bajos de esta inmunoglobulina. Después del nacimiento los anticuerpos Ig G son catabolizados en los niños con una baja durante los tres primeros meses de vida .

La síntesis de Ig G realizada por el (la) niño (a) aumenta gradualmente durante el mismo período, y aproximadamente a los tres meses de edad es suficiente para reemplazar la inmunoglobulina G materna, la IgM: llamado también anticuerpo natural, principal tipo de anticuerpos que se produce durante la fase temprana de la respuesta inmunitaria primaria. Esta presente en el plasma sanguíneo. No atraviesa la barrera placentaria, el feto produce cantidades significativas a las 20 semanas de gestación, aumentándose si hay infección uterina, de lo contrario, los recién nacidos poseen niveles bajos de esta inmunoglobulina . Aumenta lentamente desde valores muy bajos hasta cerca del 30% de los del adulto al alcanzar el año de edad .

Tenemos también la Ig A: se caracteriza por no atravesar la barrera placentaria ni es detectable en la mayoría de los niños al nacer. En las secreciones salivales y gastro intestinales las concentraciones son bajas o nulas y solo ascienden después de transcurrido el primer mes de vida. Se encuentra presente en la leche materna en una buena concentración, y el niño (a) la adquiere pasivamente por la leche materna. Es resistente a la destrucción por enzimas proteo líticas y se une a bacterias, virus y antígenos constituyendo un tipo de defensa leal muy importante (Tregnaghi, 2005).

Por último tenemos la Ig E: esta se encuentra poco en el plasma pero en mayor proporción en la submucosa de los tractos respiratorio y digestivo . No atraviesa



la placenta, esta disminuye absurdamente entre el 3 y 12° meses. Es necesario señalar también que algunas enfermedades inmunoprevenibles como la poliomielitis han dejado de aparecer en las causas de muerte y otras como la difteria, el tétanos, han disminuido notoriamente su frecuencia como resultado de las medidas preventivas realizadas, especialmente por la vacunación de los menores de un año. (MINSA, 2014)

Se debe tener en cuenta que la reducción de muerte infantil se debe en gran medida a que han modificado patrones culturales, dentro de la familia que es la unidad fundamental de la sociedad existe influencia por los valores, creencias, costumbres que determinan el papel que debe cumplir como forma de vida .

En la actualidad tenemos que la familias de la zona urbana si creen que la prevención de la enfermedad es importante, ya que por el nivel cultural y el acceso a los medios de comunicación valoran la importancia de las vacunas; pero en cambio los inmigrantes de las zonas rurales que no tienen conocimiento sobre las enfermedades prevenibles no aceptan la aplicación de las vacunas, además en la población que es atendida en los centros de salud se identifican madres con recursos económicos bajos, que laboran la mayor parte del día, que no cuentan con el apoyo de su familia lo que lleva al incumplimiento del calendario de vacunación .

Estos factores deben ser tomados en cuenta por el personal de salud, para que de alguna manera busquen estrategias para promover la concientización de las madres de familia y se pueda cumplir con el calendario de vacunación .

Es importante considerar las políticas educativas respecto a la salud preventiva de la población, ya que debe existir prevención y difusión en cuanto a las campañas de vacunación y su importancia .

Desde los primeros días de vida, el lactante debe recibir cuidados en cuanto a alimentación, baño e higiene, esquema de inmunización, entre otros; los cuales deben se proporcionados principalmente por la madre, ya que es ella quien se

dedica y está la mayor parte del tiempo con su bebe . Estos cuidados son de gran importancia para el desarrollo y crecimiento de manera física, emocional y social del niño y al mismo tiempo ayuda a reforzar el vínculo de amor que existe entre la madre y el hijo .

Todos los niños cuando nacen tienen defensas que les ha pasado su madre durante el embarazo, y se van agotando a la vez que el niño va fabricando sus propias defensas (anticuerpos) . A partir del 2º-3º mes de vida el niño tiene ya pocas defensas maternas y está empezando a hacer todavía las suyas. Ese es el momento de empezar la vacunación: así el estímulo que producen las vacunas hará que pronto estén bien protegidos frente a enfermedades que pueden ser graves y son evitables y esto principalmente lo proporciona la madre es la responsable de llevar al niño al centro de salud.

La organización de la Atención Primaria, se basa fundamentalmente en la estructura, que son los recursos que existen tanto físicos como humanos; el proceso, que es todo lo que se hace o se manda hacer dentro o fuera del centro de salud; y los resultados, que es lo que se consigue al finalizar .

Dentro de la estructura física encontramos al centro mismo de salud, que es una estructura funcional en la que se van a desarrollar las actividades propias de la Atención Primaria, aquí encontraremos un equipo pluridisciplinario que agrupa al personal sanitario, social y administrativo necesario . El tamaño del centro de salud debe permitir la mayor operatividad y coordinación entre sus miembros, asumiendo la gestión de los recursos y la coordinación funcional con otros niveles del sistema de salud ya que para el desarrollo de las funciones es necesaria una infraestructura, que incluye recursos humanos y medios complementarios de exploración y de documentación. (Wilson, 2009)

Para que exista una mayor organización es necesario aprovechar las aptitudes y las actitudes de los distintos componentes y para su mejor racionalización se utilizan la cita previa, la visita urgente y la visita programada, estas formas de actuación llevan a una mejor distribución de la demanda de los pacientes, en

base a un mejor uso del centro y de sus recursos. “Otro aspecto de esta asistencia sería la domiciliaria, tanto programada como espontánea, cubriendo la necesidad de asistencia cuando hay alguna incapacidad para desplazarse al centro de salud . En este aspecto integra a distintos profesionales del equipo de salud. (Wilson, 2009)

El Centro de Salud no es una agrupación de profesionales únicamente, sino que éstos forman un equipo de trabajo . Cada profesional se responsabiliza de un área de actuación, con unas actividades definidas, que alguna vez se van a realizar en cooperación con otros miembros del equipo, por ello deben establecerse unas normas de convivencia y de trabajo, que incluyen, los objetivos y actividades de cada miembro de forma individual y en cuanto al equipo, las relaciones interpersonales, los métodos de trabajo y los roles a desempeñar. (Wilson, 2009)

Se debe recordar que los servicios sanitarios de primer nivel que es la atención primaria se caracterizan por tener una gran accesibilidad y por la suficiente capacidad de resolución técnica como para abordar íntegramente los problemas de salud de presentación frecuente por eso debe comprender la asistencia sanitaria a demanda, programada y urgente tanto en la consulta como en el domicilio del enfermo, también la indicación o prescripción y la realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos; las actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria; las actividades de información y vigilancia en la protección de la salud; la rehabilitación básica; las atenciones y servicios específicos relativos a las mujeres, que específicamente incluirán la detección y tratamiento de las situaciones de violencia de género .

En la atención primaria de salud se debe considerar la distancia desde la población hasta donde se encuentra el centro de salud por eso la zona básica es el territorio de influencia de un centro de salud, y puede abarcar uno o varios barrios, pueblos o ciudades, que deben tener distancias a menos de 30 minutos

del centro de salud . Estas zonas básicas cuentan con áreas de salud que son la agrupación de varias zonas básicas, es decir un área de salud es igual a un área de gerencia, abarcando aproximadamente a 250.000 habitantes, o a una provincia. (Wilson, 2009)

Dentro de los componentes del centro de salud existe un equipo básico conformado por médicos, enfermería, auxiliares de clínica, asistentes sociales, técnicos no sanitarios; y un equipo de apoyo odontología, laboratorio, radiología, farmacia, salud mental, atención a la mujer, veterinaria (MINSa, 2009).

En la estructura humana del centro de salud encontramos a un Equipo de Atención Primaria (EAP), se compone de los administrativos, enfermería y médicos, el cual debe realizar todas las funciones destinadas a garantizar y a mejorar el nivel de la salud individual y colectiva de la población.

- Ambulatoria o a demanda, que puede ser sin cita previa o espontánea, o con cita previa o programada, equilibrando la demanda y mejorando la asistencia en los casos que sea preciso .
- Domiciliaria, es un tipo de asistencia programada, dedicando ese tiempo a la población que por diferentes circunstancias no pueden acceder a la ambulatoria .
- Urgente, el equipo debe estar programado para garantizar la presencia del personal adecuado durante todo el día y, durante todos los días .

En la atención primaria de la salud se debe:

- Promover la salud, ya que esta dirigida a toda la población sana y enferma, se basa en la educación sanitaria, el control del medioambiente y en la participación de la comunidad en los problemas de salud, dentro de la educación sanitaria es importante la colaboración con los padres y con los maestros. Su objetivo es la adquisición de hábitos y actitudes favorables a la salud, necesitando la participación consciente de la población .

- Prevención de la enfermedad, Se realiza fundamentalmente a través de las campañas de vacunación que se realizan con arreglo al calendario oficial que está consensuado por el Ministerio de Sanidad y Consumo con los responsables sanitarios de las diversas Comunidades Autónomas, si bien hay algunas comunidades que modifican parcialmente ese calendario .
- Rehabilitación, La rehabilitación debe alcanzar los tres niveles: física, psíquica y social. Es en este aspecto donde se pone de manifiesto en toda su magnitud la ventaja de los grupos interdisciplinarios, al intervenir no sólo médicos, sino también psicólogos, trabajadores sociales .
- Funcionamiento Interno, Docencia e investigación, gestión de recursos, sesiones clínicas, control de calidad, entre otras, son las tareas que se desarrollan a nivel interno. Lógicamente con la limitación que la atención primaria supone para la investigación biomédica que, en este caso, se centra fundamentalmente en la elaboración de estudios estadísticos de morbilidad, sin perjuicio de otros trabajos de investigación .

El segundo paso dentro de la estructura de la atención primaria de salud es el Proceso que es todo lo que se hace o se manda hacer dentro o fuera del centro de salud como las actividades clínicas: que lo conforman las consultas en el centro de salud, a domicilio o programada, también la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación; las actividades docentes como sesiones clínicas, formación continuada, educación sanitaria, unidad docente: residentes en Medicina Familiar y Comunitaria; y la investigación donde se encuentran los estudios científicos, publicaciones: revistas, libros, congresos.

Según MINSAs, 2014; el Monitoreo Rápido de Cobertura (MRC) . Es una herramienta de gestión que ayuda en el proceso de monitoreo de las actividades de vacunación pues permite determinar si todos los niños y niñas de una área determinada del establecimiento de salud han sido vacunados y las razones o motivos por las que no se vacuno . Tiene por objetivos: reducir la posibilidad de dejar un niño sin vacunar; reducir la probabilidad de dejar áreas sin visitar;

permitir identificar las debilidades en la aplicación de las tácticas de vacunación; verificar el cumplimiento del seguimiento de los niños; conocer las razones o motivos por las que el niño no fue vacunado .

El Monitoreo Rápido de Cobertura se realiza dentro de las 48 horas de haber concluido la campaña de vacunación en el ámbito de responsabilidad del establecimiento de salud . Así mismo puede ser utilizado para monitorear las coberturas, dado que los servicios de salud por lo general tiene una jurisdicción territorial la cual está dividida por sectores, áreas, zonas, calles, barrios u otra división que les permite organizar el trabajo de campo, siendo necesario que cada establecimiento de salud deba ejecutar como mínimo 4 monitoreos, en su jurisdicción .

Cada establecimiento de salud tiene que registrar, para cada uno de los sectores o zonas el número total de niños (as) encontradas y cuántos de estos están vacunados, así como el número de cada una de las razones o motivos por la que los niños(as) no fueron vacunados . La responsabilidad de llenar este anexo es de los servicios de salud y como mínimo serán los resultados de cuatro áreas, sectores, barrio su otro tipo de zonificación. La última fila del anexo, exige colocar la población de un año, los vacunados con SRP, la cobertura administrativa de la jurisdicción del establecimiento de salud y la suma de los parciales del monitoreo de los 4sectores y la cobertura del MRC. (Wilson, 2009)

Se conoce como oportunidad perdida de vacunación a todas aquellas situaciones en las que un niño con su madre o acompañante ; concurren a una unidad, puesto de salud o son visitados por las brigadas de vacunación de su localidad (en un puesto de vacunación o visitas en su casa a cas) y no se aplican las vacunas necesarias, a pesar de no tener contraindicaciones: fiebre diarrea, vomito, resfrío o tos; actitud del personal: resistencia a abrir un frasco por un niño, no ofrecen servicio, no consultan sobre el esquema de niños; logística y organización del servicio (desabastecimiento de vacunas , horarios y días de vacunación, personal ausente); el propósito de las estrategias para evitar

oportunidades perdidas de vacunación debe ser, aprovechar las oportunidades que se presenten para vacunar a la población, especialmente en niños, adolescentes, la mujeres en edad fértil ( 15-44 años) y mayores de 60años; Impedir que haya niños(as) que queden sin recibir oportunamente los servicios de vacunación .

#### **1.4 Formulación del problema.**

¿Cómo se diseña una propuesta de gestión para mejorar la estrategia sanitaria nacional inmunización niño a partir de los factores que influyen en el incumplimiento del esquema de vacunación en niños menores de 5 años que se atienden en el centro de salud Pósope Alto. Lambayeque, 2016?

#### **1.5 Justificación e importancia**

Los niños menores de 5 años por sus características fisiológicas pertenecen al grupo poblacional en el que es más frecuente estas infecciones; además existen estadísticas que muestran un alto porcentaje de muertes en niños con enfermedades inmunoprevenibles y la consecuente baja cobertura en la estrategia sanitaria nacional de inmunizaciones y a la falta de implementación de un programa regional que contribuya a la mejora de estos indicadores; es por ello que se considera importante realizar el presente estudio de investigación, con la finalidad de determinar los principales factores que influyen en el incumplimiento del esquema de vacunación; permitiéndonos plantear estrategias para el control de estos factores así como también dar aportes a las nuevas generaciones que realicen estudios de investigación referente a esta problemática .

También a partir de la presente investigación se podrían generar políticas públicas para aumentar a porcentajes positivos las coberturas de inmunizaciones, con la presentación de una propuesta de gestión a la Gerencia

Regional de Salud Lambayeque para mejorar el paquete de atención integral de salud del niño concerniente al tema de inmunizaciones.

A la Escuela de postgrado servirá como evidencia para que otras investigaciones apliquen y desarrollen investigaciones que intervengan hacia el cambio realmente deseado po anhelado.

## **1.6 Objetivos**

### **General:**

- Diseñar una propuesta de gestión para mejorar la estrategia sanitaria de inmunizaciones a partir de los factores que influyen en el incumplimiento del esquema de vacunación en niños menores de 5 años que se atienden en el Centro de Salud Pósope Alto de Chiclayo, 2016

### **Específicos:**

- Identificar los factores sociodemográficos presentes en las madres de los niños menores de 5 años que son atendidos en el Centro de Salud Pósope Alto, Lambayeque, 2016
- Identificar el nivel del factor cognitivo sobre cumplimiento del calendario de vacunas de las madres de niños menores de 5 años atendidos en el Centro de Salud Pósope Alto, Lambayeque. 2016
- Identificar el nivel del factor cumplimiento del calendario de vacunas que tienen las madres de niños menores de 5 años atendidos en el Centro de Salud Pósope Alto, Lambayeque. 2016
- Identificar la relación entre los factores sociodemográficos, cognitivos con el cumplimiento del calendario de vacunas presentes en las madres de los niños menores de 5 años del Centro de Salud de Pósope Alto, Lambayeque 2016



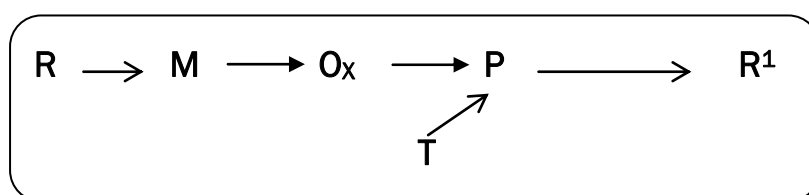
- Elaborar una propuesta de gestión para mejorar la estrategia sanitaria de inmunizaciones a partir del factor cognitivo y de cumplimiento encontrados en las madres de los niños menores de 5 años que se atienden en el Centro de Salud Pósope Alto, Lambayeque. 2016

## 2. MÉTODO

### 2.1 Tipo y diseño de estudio:

Es un estudio cuantitativo porque se ha medido la variable factores presentes en el incumplimiento del esquema de vacunación en niños menores de 5 años.

El diseño es descriptiva y propositiva porque observa y describe una situación problemática. (Hernandez Sampieri, 2014).



En el cual:

Realidad (R): Esta referida a la problemática observada en el Centro de Salud Pósope Alto de Chiclayo

Muestra (M): Abarca la muestra atendida en el centro de salud Pósope Alto de Chiclayo

Observación (OX): Observación de la situación existente, particularmente sobre el problema detectado.

Modelo teórico (T): Construcción del esquema teórico que incluye los elementos necesarios para elaborar la propuesta de gestión para mejorar la estrategia sanitaria de inmunizaciones.

Modelo de gestión (P): Corresponde a la propuesta de gestión

Realidad transformada (R1): Si se aplicara la propuesta se encontraría una realidad transformada

## Variables

### 2.2 Operacionalización de variables

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	INSTRUMENTO
Factores presentes en incumplimiento de vacunas	Factor socio demográfico	Edad materna	Cuestionario
		Número hijos	
		Procedencia	
		Grado de instrucción	
		Ocupación	
	Factor cognitivo	Concepto de vacuna e importancia	
		Cronograma de vacunas del menor de 5 años	
		Reacciones post vacunas	
		Acciones a tomar post vacunas	
		Eventos adversos	
	Factor cumplimiento	Fecha de la última vacuna	
		Calendario completo para la edad	
		Cita próxima programada	

### **2.3. Población y muestra**

La población lo constituyó 100 madres con niños menores de 5 años que se atendieron regularmente por mes en el Centro de Salud Pósope Alto - Lambayeque, la muestra fue censal, dado que fue un grupo pequeño desde el punto de vista estadístico .

#### **Criterios de inclusión:**

- Madres con hijos sanos menores de cinco años
- Madres mayores de edad
- Madres con niños menores de 5 años y que se atiendan regularmente en el Centro de Salud Pósope Alto
- Madres que deseen participar voluntariamente en la investigación.

#### **Criterio de Exclusión:**

- Madres que no tiene niños menores de cinco años
- Madres que sus niños no pertenecen a la jurisdicción
- Madres que no acepten participar del estudio

### **2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad**

La técnica utilizada fue la encuesta que consistió en obtener información de la muestra en estudio. El instrumento fue el cuestionario (anexo N° 02) el que consistió en un formulario impreso destinado a obtener respuestas sobre el problema en estudio siendo esta llenada por la investigadora .

Este cuestionario fue aplicado directamente a las madres que tengan niños menores de cinco años, que se atendieron en el centro de salud Pósope Alto y que voluntariamente desearon colaborar en la aplicación de la encuesta .

Este cuestionario contó con 18 preguntas las cuales estuvieron destinadas a medir que factores influyen en las madres para el incumplimiento del

calendario de vacunación en niños menores de 5 años. Estos factores fueron los sociodemográficos, cognitivos y de cumplimiento.

El instrumento fue validado por tres expertos en temas relacionados al área y línea de Investigación, y con experiencia en investigación, quienes dieron su punto de vista y aportaron según sus criterios. Posteriormente con el instrumento validado, se procedió a medir el grado de confiabilidad, aplicando el instrumento en un establecimiento de salud denominado Pedro Pablo Atusparias ubicado en el distrito de José Leonardo Ortiz, cuyas madres participantes tuvieron características similares a la muestra y que luego no participaron de la investigación, para no repetir el dato.

Para evaluar la confiabilidad del instrumento, se hizo uso del método de consistencia interna: coeficiente alfa de Crombach, considerando una estructura de opción múltiple, en donde se obtuvo un coeficiente alfa de 0.782 para una muestra piloto de 25, calificando al instrumento apto para su aplicación.

La dimensión factor cognitivo estuvo conformado por diez ítems con un puntaje de 2 puntos cada uno, a las cuales se les realizó el análisis de percentiles para el baremo obteniendo un calificativo de: bajo de 0 a 10 puntos, medio de 11 a 15 puntos y alto de 16 a 20 puntos.

Para el factor cumplimiento se calificó como si cumple sólo a las madres que cuentan con su calendario completo de vacunas y que esta concuerde con la última vacuna de acuerdo a la edad de su niño, así como las que conocen la próxima cita de su menor hijo; mientras que se calificó como no cumple a aquellas madres que no contestaron ninguno de los tres ítems de este factor. Para esta dimensión no se consideró baremos por la naturaleza dicotómica de los ítems.

## 2.5 Métodos de análisis de datos

Para el procedimiento de la información se usó el paquete estadístico SPSS versión 21 que permitió el análisis estadístico descriptivo de la variable en estudio. La información fue presentada a través de cuadros o gráficos respectivos y el análisis de los datos se hizo tomando en cuenta al marco teórico.

## 2.6 Aspectos éticos

Se aplicaron los criterios de reporte Belmont:

- **Principio de Beneficencia:** Se respetó la autonomía de las madres, siempre pensando que el trabajo a realizar redundará en el mismo . En la presente investigación sobre los factores que influyen en el incumplimiento del calendario de vacunación, se les informó a las madres participantes en que toda la información solo sería utilizada para fines de la investigación siendo el único beneficio permitir elaborar una propuesta teórica a partir de esos resultados .
- **Principio de Justicia:** Todos fueron tratados por igual, se explicó a todas, el motivo y objetivo de nuestro trabajo, se veló por el anonimato de los participantes . Para poder llevar a cabo este informe de investigación, se dio a conocer el tipo de investigación, la utilidad de éste, la justificación y los objetivos a los que se pretende llegar, siendo la madre libre de elegir si formará parte del proceso de investigación a realizarse .
- **Principio de Autonomía:** Se dio la oportunidad de opinar a todas las madres sin que exista discriminación alguna, respetando los horarios predispuestos por ellas, se brindó la seguridad de que la información que nos proporcionó sería confidencial, respetando el derecho al anonimato . Si alguien no deseaba participar de la investigación se detuvo la encuesta .

### III. RESULTADOS

Tabla 1

Factores sociodemográficos presentes en las madres de niños menores de 5 años atendidos en el Centro de Salud Pósope Alto, Lambayeque-2016

Factor Sociodemográfico	Cumplimiento				
	Si cumple		No cumple		
	n	%	N	%	
Edad de la	14 - 17	3	3.0	13	13.0
	18 - 24	23	23.0	21	21.0
	25 - 34	8	8.0	10	10.0
	Mayor de 35 años	9	9.0	13	13.0
<b>TOTAL</b>	<b>43</b>	<b>43.0</b>	<b>57</b>	<b>57.0</b>	
N° de hijos	Uno	5	5.0	10	10.0
	Dos	23	23.0	16	16.0
	Tres	3	3.0	12	12.0
	Más de cuatro	12	12.0	19	19.0
<b>TOTAL</b>	<b>43</b>	<b>43.0</b>	<b>57</b>	<b>57.0</b>	
Procedencia	Costa	20	20.0	13	13.0
	Sierra	5	5.0	29	29.0
	Selva	18	18.0	15	15.0
<b>TOTAL</b>	<b>43</b>	<b>43.0</b>	<b>57</b>	<b>67.0</b>	
Grado de instrucción	Primaria	9	9.0	37	37.0
	Secundaria	12	12.0	13	13.0
	Técnico	22	22.0	7	7.0
<b>TOTAL</b>	<b>43</b>	<b>43</b>	<b>57</b>	<b>57.0</b>	
Ocupación	Ama de casa	16	16.0	23	23.0
	Empleada estable	27	27.0	34	34.0
<b>TOTAL</b>	<b>43</b>	<b>43.0</b>	<b>57</b>	<b>57.0</b>	
<b>TOTAL</b>	<b>100 madres encuestadas</b>				

Fuente: Elaboración propia



## INTERPRETACIÓN:

Al analizar los factores sociodemográficos entre el grupo de madres que no cumplieron el calendario de vacunas de sus hijos menores a 5 años, se encontró que el 21% de ellas tuvieron una edad entre 18-24 años, así mismo el 19% de ellas tienen más de cuatro hijos, un 29% es proveniente de la sierra, considerando además que el 37% sólo tiene grado de instrucción primario y además un 34% de ellas indicaron que son empleadas estables.

Un panorama diferente tuvieron el grupo de madres que si cumplieron el calendario de vacunas de sus hijos menores a 5 años, ya que se encontró que el 23% de ellas tuvieron una edad entre 18 a 24 años, con sólo dos hijos, por otro lado el 20 % de estas madres tiene procedencia la costa, el 22% tiene un grado de instrucción técnico y el 27% de ellas son empleadas estables.

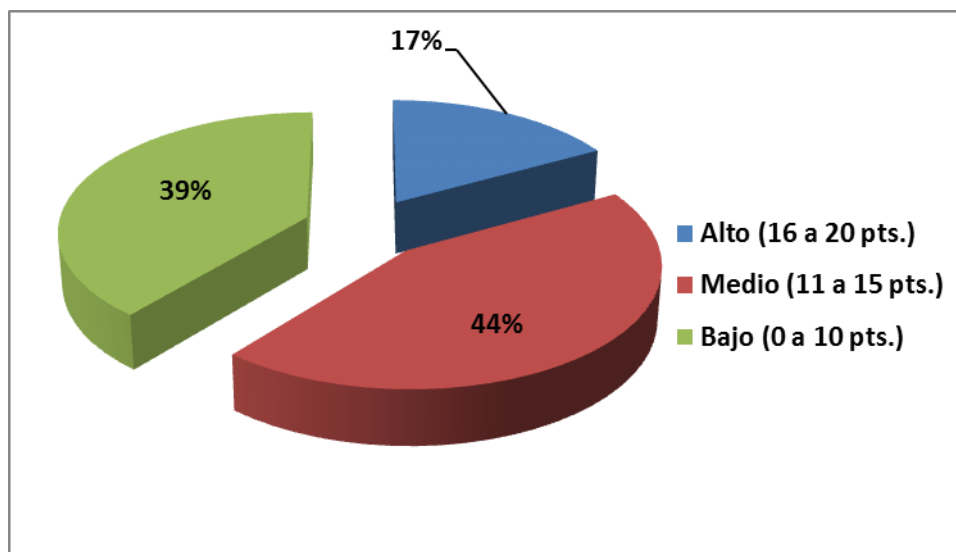
**Tabla 2**

**Nivel del factor cognitivo sobre cumplimiento del calendario de vacunas de las madres de niños menores de 5 años atendidos en el Centro de Salud Pósope Alto, Lambayeque. 2016**

<b>Nivel del factor cognitivo</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Alto (16 a 20 pts.)	17	17
Medio (11 a 15 pts.)	44	44
Bajo (0 a 10 pts.)	39	39
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Elaboración propia

**Nivel del factor cognitivo sobre cumplimiento del calendario de vacunas de las madres de niños menores de 5 años atendidos en el Centro de Salud Pósope Alto, Lambayeque. 2016**



**Figura 1:** al evaluar a las madres de niños menores de 5 años atendidos en el Centro de Salud Pósope Alto en relación al Programa Ampliado de Inmunizaciones, se evidenció que el 44% de ellas tuvo un nivel medio de conocimientos, el 39% un nivel bajo y el 17% un nivel alto.

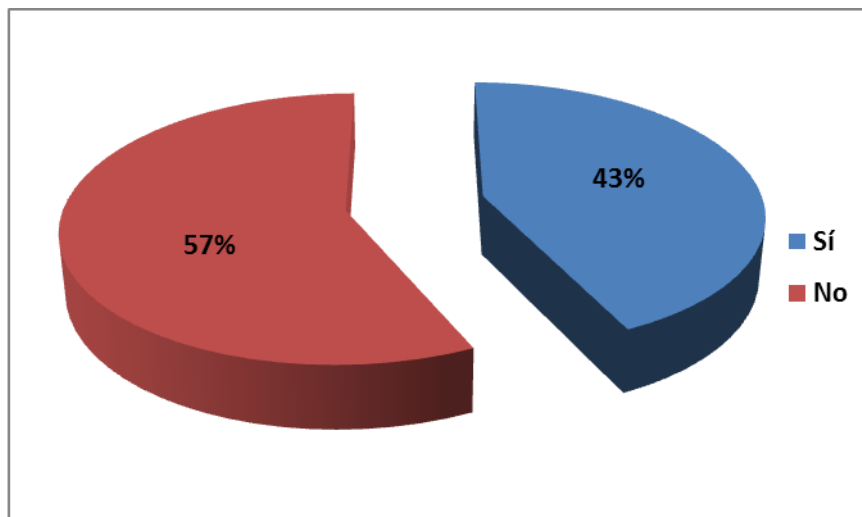
**Tabla 3**

**Nivel del factor cumplimiento sobre cumplimiento del calendario de vacunas de las madres de niños menores de 5 años atendidos en el Centro de Salud Pósope Alto, Lambayeque. 2016**

Cumplimiento de calendario	n	%
Si	43	43
No	57	57
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Elaboración propia

**Nivel del factor cumplimiento sobre cumplimiento del calendario de vacunas de las madres de niños menores de 5 años atendidos en el Centro de Salud Pósope Alto, Lambayeque. 2016**



**Figura 2:** En relación al cumplimiento del calendario de vacunas que tienen las madres de niños menores de 5 años atendidos en el Centro de Salud Pósope Alto, el 57% de ellas no cumplieron con el calendario de vacunas para sus hijos, mientras que el 43% de ellas si lo cumplieron.

**Tabla 4**

**Factor cognitivo y Cumplimiento del calendario de vacunación de las madres de niños menores de cinco años del Programa Ampliado de Inmunizaciones del Centro de Salud Pósope Alto, Lambayeque, 2016**

CONOCIMIENTO	Cumplimiento				Total	
	Si cumple		No cumple		N	%
	n	%	n	%		
Alto	14	<b>14.0</b>	3	3.0	17	17.0
Medio	18	18.0	26	26.0	44	44.0
Bajo	11	11.0	28	<b>28.0</b>	39	39.0
<b>TOTAL</b>	43	43.0	57	57.0	100	100
<b><math>chi^2 = 34.59</math></b>		<b><math>p = 0.000</math></b>		<b><math>gl=2</math></b>		

Al analizar la relación entre el conocimiento con el cumplimiento del calendario de vacunación se observa que el mayor porcentaje de las madres tiene conocimiento bajo y la mayoría no cumple el calendario vacunación a diferencia del menor porcentaje de madres que tienen conocimiento alto y la mayoría si cumple el calendar vacunación .

Las variables se encuentran asociados, es decir están relacionadas entre sí, según la prueba  $chi^2 = 34,59$  con un nivel de significancia de  $p = 0,000$  es decir ( $p \leq 0,05$ )

Tabla 5

**Factores sociodemográficos y Cumplimiento del calendario de vacunación de las madres de niños menores de cinco años del Programa Ampliado de Inmunizaciones del Centro de Salud Pósope Alto, Lambayeque, 2016**

FACTOR SOCIODEMOGRÁFICO	Cumplimiento				Prueba Chi-Cuadrado	
	Si cumple		No cumple			
	n	%	N	%		
Edad de la madre	14 - 17	3	3.0	13	13.0	Chi <sup>2</sup> = 1.15 p = 0.124
	18 - 24	23	<b>23.0</b>	21	<b>21.0</b>	
	25 - 34	8	8.0	10	10.0	
	Mayor de 35 años	9	9.0	13	13.0	
<b>TOTAL</b>	<b>43</b>	<b>43.0</b>	<b>57</b>	<b>57.0</b>		
N° de hijos	Uno	5	5.0	10	10.0	Chi <sup>2</sup> = 24.35 p = 0.001
	Dos	23	<b>23.0</b>	16	16.0	
	Tres	3	3.0	12	12.0	
	Más de cuatro	12	12.0	19	<b>19.0</b>	
<b>TOTAL</b>	<b>43</b>	<b>43.0</b>	<b>57</b>	<b>57.0</b>		
Procedencia	Costa	20	<b>20.0</b>	13	13.0	Chi <sup>2</sup> = 32.64 p = 0.000
	Sierra	5	5.0	29	<b>29.0</b>	
	Selva	18	18.0	15	15.0	
<b>TOTAL</b>	<b>43</b>	<b>43.0</b>	<b>57</b>	<b>67.0</b>		
Grado de instrucción	Primaria	9	9.0	37	<b>37.0</b>	Chi <sup>2</sup> = 37.24 p = 0.324
	Secundaria	12	12.0	13	13.0	
	Técnico	22	<b>22.0</b>	7	7.0	
<b>TOTAL</b>	<b>43</b>	<b>43.0</b>	<b>57</b>	<b>57.0</b>		
Ocupación	Ama de casa	16	16.0	23	23.0	Chi <sup>2</sup> = 2.64 p = 0.053
	Empleada estable	27	<b>27.0</b>	34	<b>34.0</b>	
<b>TOTAL</b>	<b>43</b>	<b>43.0</b>	<b>57</b>	<b>57.0</b>		
<b>TOTAL</b>	<b>100 madres encuestadas</b>					

Al analizar la relación entre los factores sociodemográficos y el cumplimiento del calendario de vacunación, se encontró que sólo los factores: n° de hijos, procedencia, y grado de instrucción se asocian al nivel de cumplimiento, considerándolos factores influyentes. Según la prueba chi<sup>2</sup>, con un nivel de significancia de  $p \leq 0.05$ .

#### IV. DISCUSIÓN

El Programa Ampliado de Inmunizaciones es gratuito, y es el responsable de la eliminación, erradicación y control de las enfermedades inmunoprevenibles en la población menor de 5 años en Perú . Dichas enfermedades son de alto costo y generan gran impacto económico y social, pues traen como consecuencia consultas médicas, hospitalizaciones y muertes prematuras .

Las enfermedades inmunoprevenibles han ocasionado altas tasas de morbimortalidad en niños menores de un año, en la actualidad se ha logrado reducir esas tasas gracias a las campañas de vacunación que han permitido salvar la vida de millones de niños en todo el mundo, debido a que es un elemento esencial para la prevención de algunas enfermedades infecciosas y tiene un impacto positivo en la salud, la economía y el desarrollo del país, ya que sus costos son relativamente bajos con relación al gran beneficio que genera .

En los Factores sociodemográficos y el cumplimiento del calendario vacunal del se tiene que entre las madres que no cumplieron el calendario de vacunas de sus hijos menores a 5 años, se encontró que el 21% de ellas tuvieron una edad entre 18-24 años, así mismo el 19% de ellas tienen más de cuatro hijos, un 29% es proveniente de la sierra, considerando además que el 37% sólo tiene grado de instrucción primario y además un 34% de ellas indicaron que son empleadas estables.

Un panorama diferente tuvieron el grupo de madres que si cumplieron el calendario de vacunas de sus hijos menores a 5 años, ya que se encontró que el 23% de ellas tuvieron una edad entre 18 a 24 años, con sólo dos hijos, por otro lado el 20 % de estas madres tiene procedencia la costa, el 22% tiene un grado de instrucción técnico y el 27% de ellas son empleadas estables. Dentro de estos resultados al analizar la relación con el nivel de cumplimiento del calendario de vacunas que tuvieron las madres resultó que al analizar la relación entre los factores sociodemográficos y el cumplimiento

del calendario de vacunación, se encontró que sólo los factores: número de hijos, procedencia, y grado de instrucción se asocian al nivel de cumplimiento, considerándolos factores influyentes. Según la prueba  $\chi^2$ , con un nivel de significancia de  $p \leq 0.05$ .

En términos generales el nivel de cumplimiento del calendario de vacunas de niños menores de 5 años atendidos en el Centro de Salud Pósope Alto se tienen que el 57% de ellas no cumplieron con el calendario de vacunas para sus hijos, mientras que el 43% de ellas si lo cumplieron.

En ese sentido la gestión de las políticas en salud que el estado peruano debe impulsar están dirigidas a rescatar los aspectos culturales, teniendo en cuenta el número de hijos, grado de instrucción procedencia como elementos que deciden el cumplimiento del calendario de vacunas y que el estado peruano debe considerar no solo en políticas escritas sino en convertirlas en acción a travez de estrategias adaptadas a estas realidades donde los niños muchas veces no son considerados desde sus entornos familiares más próximos.

Estos datos coinciden con Tirado (2012), que encontró que las madres que no cumplían el esquema de vacunación solo tenían instrucción primaria, eran amas de casa y contaban con varios hijos. Los niños que no reciben protección oportuna están en más riesgo de enfermar o morir por enfermedades infecciosas, por lo que es importante que se brinde educación a las madres, no solo a las que van a la consulta sino que se desarrollen programas orientados a la promoción de la salud y prevención de enfermedades inmunoprevenibles por los diferentes medios de comunicación, principalmente por la radio que está al alcance de las mayorías.

Respecto al nivel de conocimiento de madres sobre el Programa Ampliado de Inmunizaciones (Gráfico 1) se observa al evaluar a las madres de niños menores de 5 años atendidos en el Centro de Salud Pósope Alto en relación al Programa Ampliado de Inmunizaciones, el 44% de ellas tuvo un nivel medio de conocimientos, el 39% un nivel bajo y el 17% un nivel alto.

Estos datos coinciden con los resultados de Carrasco (2012), que encontró aproximadamente que la mitad de madres presentaban nivel de conocimiento medio con tendencia a bajo, además de tener grado de instrucción bajo, nivel económico bajo y se dedicaban a la agricultura o ganadería .

Al analizar la relación entre el conocimiento con el cumplimiento del calendario de vacunación se observa que el mayor porcentaje de las madres tiene conocimiento bajo y la mayoría no cumple el calendario vacunación a diferencia del menor porcentaje de madres que tienen conocimiento alto y la mayoría si cumple el calendar vacunación Las variables se encuentran asociados, es decir están relacionadas entre sí, según la prueba  $\chi^2 = 34,59$  con un nivel de significancia de  $p = 0,000$  es decir ( $p \leq 0,05$ ).

En ese sentido se rescata que la capacitación del personal de salud en la promoción y educación a las madres siempre debe ser continuo, permanente a fin de mejorar los conocimientos ya que las prácticas en el cumplimiento del calendario de vacunas de sus menores hijos si depende de los conocimientos que ellas tengan, en ese sentido el Perú tendrá más adolescentes y adultos sanos y consecuentemente más productivos.

Estos datos coinciden con los resultados de Boscan, en donde se aprecia que el mayor porcentaje de las madres en estudio presentaron incumplimiento en el esquema de inmunizaciones de sus menores hijos .

Lo que es similar a la investigación de Moukhallalele (2012), que encontró que la mayoría de las madres con nivel de conocimiento bajo cumplían menos el esquema de vacunación, por lo tanto, las enfermedades inmunoprevenibles pueden ser mayor en sus hijos que no están protegidos. Los datos confirman la hipótesis de que a menos conocimientos menor cumplimiento del esquema de vacunación .

Esta investigación es importante, porque es la primera vez que se realiza este enfoque en el Centro de Salud de Pósope Alto en Lambayeque y el haber encontrado que el mayor porcentaje de madres tienen bajo nivel de



conocimiento y la mayoría de ellas no cumplen con el calendario de vacunación, puede repercutir en el estado de salud de sus menores hijos .

Los niños del Perú constituyen la población más vulnerable, ya que son los más susceptibles de enfermar y morir; siendo una de las formas más efectivas de control y disminución de riesgo, la prevención de enfermedades inmunoprevenibles por medio de la inmunización .

El Programa Ampliado de Inmunizaciones es gratuito, y es el responsable de la eliminación, erradicación y control de enfermedades inmunoprevenibles en la población menor de 5 años. Dichas enfermedades son de alto costo y generan gran impacto económico y social, pues traen como consecuencia consultas médicas, hospitalizaciones, discapacidades e incluso la muerte prematura .

## V. CONCLUSIONES

- Al analizar los factores sociodemográficos entre el grupo de madres que no cumplieron el calendario de vacunas de sus hijos menores a 5 años, se encontró que el 21% de ellas tuvieron una edad entre 18-24 años, así mismo el 19% de ellas tienen más de cuatro hijos, un 29% es proveniente de la sierra, considerando además que el 37% sólo tiene grado de instrucción primario y además un 34% de ellas indicaron que son empleadas estables.
- Un panorama diferente tuvieron el grupo de madres que si cumplieron el calendario de vacunas de sus hijos menores a 5 años, ya que se encontró que el 23% de ellas tuvieron una edad entre 18 a 24 años, con sólo dos hijos, por otro lado el 20 % de estas madres tiene procedencia la costa, el 22% tiene un grado de instrucción técnico y el 27% de ellas son empleadas estables.
- Al evaluar a las madres de niños menores de 5 años atendidos en el Centro de Salud Pósope Alto en relación al Programa Ampliado de Inmunizaciones, se evidenció que el 44% de ellas tuvo un nivel medio de conocimientos, el 39% un nivel bajo y el 17% un nivel alto.
- En relación al cumplimiento del calendario de vacunas que tienen las madres de niños menores de 5 años atendidos en el Centro de Salud Pósope Alto, el 57% de ellas no cumplieron con el calendario de vacunas para sus hijos, mientras que el 43% de ellas si lo cumplieron.
- Al analizar la relación entre el conocimiento con el cumplimiento del calendario de vacunación se observa que el mayor porcentaje de las madres tiene conocimiento bajo y la mayoría no cumple el calendario

vacunación a diferencia del menor porcentaje de madres que tienen conocimiento alto y la mayoría si cumple el calendario vacunación”.

- Las variables se encuentran asociados, es decir están relacionadas entre sí, según la prueba  $\chi^2 = 34,59$  con un nivel de significancia de  $p = 0,000$  es decir ( $p \leq 0,05$ ). Al analizar la relación entre los factores sociodemográficos y el cumplimiento del calendario de vacunación, se encontró que sólo los factores: n° de hijos, procedencia, y grado de instrucción se asocian al nivel de cumplimiento, considerándolos factores influyentes. Según la prueba  $\chi^2$ , con un nivel de significancia de  $p \leq 0.05$

## VI. RECOMENDACIONES

- A la Escuela de Postgrado de la UCV, se recomienda continuar con la realización de investigaciones, no solamente en madres de niños menores de un año, sino también al personal involucrado en las actividades de vacunación utilizando el enfoque cualitativo con la finalidad de profundizar más en el tema. ”
- A la jefatura del Centro de Salud Pósope Alto para que coordine la continuidad de las visitas domiciliarias a las madres que no asisten con sus niños para la vacunación en la fecha programada, con el fin de retroalimentar sobre la importancia de la protección oportuna en los niños menores de un año mediante las vacunas. ”
- A la GERESA, poder continuar con la implementación de la presente propuesta para mejorar la cobertura de vacunas en Lambayeque.”

## VII. PROPUESTA

### PROPUESTA DE GESTIÓN PARA MEJORAR LA ESTRATEGIA SANITARIA DE INMUNIZACIONES

#### 1. FUNDAMENTACIÓN

La Estrategia Sanitaria de Inmunizaciones es una herramienta gerencial de programación y control, que facilita la priorización de actividades para el logro eficiente y oportuno de objetivos y metas, así como la estandarización de la aplicabilidad de cada una de las vacunas. “Aunque cada país tiene su propio proceso de planeación, en esta propuesta se revisarán algunos conceptos generales sobre planificación. “En la actualidad, la Organización Mundial de la Salud (OMS) está preparando guías para la formulación de los planes de acción plurianuales, que responderán al Plan de Acción Mundial sobre Vacunas (GVAP por sus siglas en inglés). “El GVAP, como nuevo marco, busca un acceso equitativo a las vacunas existentes para todas las personas en todas las comunidades.

#### 2. OBJETIVOS

- Implementar actividades acordes con los objetivos y estrategias diseñadas en el tiempo programado.
- Armonizar acciones y actores en torno a un objetivo común, según las características de la población.
- Obtener y comprometer los recursos necesarios.

#### 3. FASES.

“La propuesta se hace en base a las limitaciones encontradas en los resultados del capítulo que corresponde:

“Dado que existen factores relacionados con las madres; que intervienen en el cumplimiento del esquema de vacunas de niños menores de 5 años. El proceso de planificación deberá comprender las siguientes etapas:

1. **Análisis de situación:** Considerando la procedencia y cultura de las madres de niños menores de 5 años; se precisa que partir de un estudio y diagnóstico de salud de la comunidad, localidad o país,

teniendo como marco las políticas globales, regionales, nacionales y locales. “Para el análisis de la situación de salud se debe hacer, entre otros, una evaluación de la siguiente información relacionada con las enfermedades prevenibles por vacunas (EPV), así como la disponibilidad de servicios efectivos de vacunación en la red nacional, el nivel de educación y participación de la población de manera individual y colectiva, y la integración con otros programas, con el fin de orientar las actividades y racionalizar los recursos.

- 2. Establecimiento de prioridades referidas a fortalecer la educación y capacitación en las madres de los menores de 5 años; poniendo énfasis en características sociodemográficas y teniendo en cuenta: Número de hijos, procedencia, grado de instrucción:** Se realiza para proponer objetivos y metas nacionales acordes con las metas regionales y globales basadas en el análisis de situación de salud y de acuerdo con los recursos disponibles.
- 3. Formulación de objetivos y metas:** orientados al cumplimiento del esquema de vacunación de niños menores de 5 años.

“Después del análisis de situación de salud, y la priorización de los problemas a ser intervenidos, debe seguir como consecuencia lógica, el establecimiento de objetivos del plan de acción consistentes con los estándares del programa.

“Es muy importante que en el establecimiento de salud o la instancia que corresponda, cuando se formule objetivos realistas se debe tener en cuenta entre otros, los resultados de la investigación, considerando la revisión histórica de las metas de los años anteriores.

“Esta propuesta de gestión busca *minimizar los factores que limitan el cumplimiento del esquema de las vacunas en los niños menores de 5 años que se atienden en el Centro de Salud Pósope Alto*”.

- 4. Formulación del plan de acción:** selección de estrategias, actividades, recursos, resultados esperados, cronograma e indicadores.

Descripción de los componentes y selección de estrategias y tácticas:

“Los componentes del plan de acción son las áreas estratégicas que la gerencia del programa debe considerar a la hora de planificar: a. Prioridad política y bases legales b. Planificación y coordinación c. Biológicos e insumos • Vacunas • Jeringas • Insumos d. Cadena de frío e. Capacitación f. Movilización social g. Gastos operativos h. Supervisión y monitoreo i. Vigilancia Epidemiológica (VE) y Laboratorio (LAB) j. Sistema de información k. Investigación l. Evaluación.

**5. Implementación de las actividades.**

La implementación de las actividades ofrece una excelente oportunidad a los miembros del programa para trabajar como equipo. La descripción de las tareas a ejecutar debe ser complementada con la indicación de las responsabilidades y la cronología o etapas en que se implementará”. “Este aspecto, resulta importante a los fines de evitar superposición de responsabilidades y asegurar que los esfuerzos estén integrados y dirigidos hacia los objetivos centrales de la gestión, con adecuadas comunicaciones horizontales y verticales (coordinación) para obtener el mejor rendimiento de los recursos disponibles”. Dentro de las actividades a realizar se encuentran: Formular un plan de Capacitación para las madres de niños menores de 5 años que acuden al C.S Pósope Alto, sobre todo lo concerniente a vacunas teniendo en cuenta la cultura y factores sociodemográficos. De la misma manera capacitar a las enfermeras involucradas en la Estrategia de Inmunizaciones (sobre todo en el tema de indicadores en inmunizaciones). Involucrar a las autoridades locales en el tema y realizar el seguimiento respectivo de niños que no acudan a sus citas programadas para vacunas.

## **6. Monitoreo y supervisión de la propuesta**

Es una función básica del quehacer gerencial que garantiza que las actividades se realizan tal como fueron planificadas teniendo en cuenta requisitos de calidad". "Se debe generar un plan de supervisión que permita la aplicación de medidas correctivas en forma activa y apoye la toma de decisiones para la solución de problemas de forma oportuna, generando así un documento dinámico". Se recomienda tener reuniones periódicas con el personal o redes de trabajo involucradas en la ejecución del plan de acción, con el revisar el avance o reprogramar actividades conforme a los resultados obtenidos".

## **7. Evaluación del plan**

Los objetivos y metas requieren ser evaluados, con el fin de analizar el grado de cumplimiento entre lo programado y lo ejecutado". "Esta evaluación, que puede realizarse semestral o anualmente, favorece: Actualizar o modificar, los contenidos del plan de acción con base en la ejecución de lo planeado, identificar acciones que no avancen en su ejecución, valorando las causas de esta situación, y formulando soluciones para facilitar su ejecución en el futuro, disponer de información para retroalimentar a los comprometidos en la ejecución del plan de acción, programar el plan de acción para el año siguiente en coherencia con las actuaciones que los agentes implicados en el plan.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amador, C. y. (2010). Un sistema de gestión de calidad en salud, situación actual y perspectivas en la atención primaria. Revista Scielo Revista Cubana de Salud Pública [online]., vol.36(n.2), pp. 175-179.

Agencia Peruana de Noticias, Lima 7 de julio del 2007. Disponible en Web: <http://www.andina.com.pe/espanol/Noticia.aspx?id=u5PIY29h5HA=> [Consulta: 19 de octubre de 2010] [ Links ]

American Academy of Family Physicians. AAFP Clinical Recommendations for Immunizations. [Internet]. 2009. Disponible en: <http://www.aafp.org/x10631.xml> [ Links ]

Carrasco A. Conocimiento sobre inmunizaciones y factores socioeconómicos de madres de niños menores de un año [en línea]. Lima; 2007. [fecha de acceso 14 de mayo de 2012]. URL disponible en: <http://sigb.uladech.edu.pe/intranet-tmpl/prog/es-ES/PDF/9301.pdf>.

Cuadros, C. Editor. Vacunas Prevención de Enfermedades y Protección de la Salud. OPS. 2004. Disponible: <http://www.paho.org/spanish/dd/pub/vacunas-lu.pdf>

Centers for Disease Control and Prevention. Immunization of Health-Care Workers: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) and the Hospital Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). MMWR 1997;46(No. RR-18). [ Links ]

Chindoy, W. (2009). Propuesta para la implementación de un sistema de gestión de la calidad de la e.s.e. Hospital San Lorenzo de Liborina - Antioquia. Trabajo para optar el título de Profesional en Administración en Salud Énfasis en Gestión de Servicios de Salud., Universidad de Antioquia, Antioquia.

Fernandez, N. (2014). Propuesta de modelo de gestión, según el enfoque por competencias, para la calidad de atención de los usuarios atendidos en el Hospital Santiago Apostol, Bagua Grande, Amazonas, 2014. Tesis para obtener el grado de Maestro en Gestion de Servicios De Salud., Universidad César Vallejo, Bagua Grande.

Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia. Programa de vacunación para inmigrantes. [Internet]. Mursia Salud; 2002. [acceso 18/10/2010]. Disponible en: <http://www.murciasalud.es/pagina.php?id=595&idsec=85> [ Links ]

Deming, E. (2014). *Círculo de Deming: México*. [Actualizado 23 mar 2014; citado 13 nov 2016]. Disponible en: <http://equipo.altran.es/el-ciclo-de-deming-la-gestion-y-mejora-de-procesos/>

Diagnóstico Perú. Unicef. Disponible en Web: [http://www.unicef.org/peru/\\_files/notas\\_prensa/carpetasinformativas/vacunacion.pdf](http://www.unicef.org/peru/_files/notas_prensa/carpetasinformativas/vacunacion.pdf) [Consulta: 19 de octubre de 2010] [ Links ]

Diario El País. [En línea]. Disponible en Web: [http://www.elpais.com/articulo/sociedad/45/nuevos/MIR/extrajeros/elpepusoc/20100405elpepusoc\\_3/Tes](http://www.elpais.com/articulo/sociedad/45/nuevos/MIR/extrajeros/elpepusoc/20100405elpepusoc_3/Tes)[Consulta: 06 de

octubre de 2010] [ Links ]

Diagnóstico Perú. Unicef. Disponible en Web: [http://www.unicef.org/peru/\\_files/notas\\_prensa/carpetasinformativas/vacunacion.pdf](http://www.unicef.org/peru/_files/notas_prensa/carpetasinformativas/vacunacion.pdf) [Consulta: 19 de octubre de 2010]

Donabedian, A. (1984). La calidad de la atención médica. . Prensa Médica Mexicana, 95-151

Documento Técnico ( RM N° 727-2009/MINSA) Política Nacional de calidad en Salud. Obtenido de Calidad en Salud y seguridad del paciente: <http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2010/cali>:

Donabedian, A. (1986). Quality Assurance in Our Health Care System. American College. Michigan: Journal of the American Medical Association.

Farjas M. Vacunación en inmigrantes. Fistera. España [en línea] <<http://www.fistera.com/vacunas/pdf/Inmigrante.pdf>> [Consulta: 18 octubre 2010] [ Links ].

Gil de Miguel A. Vacunación en inmigrantes. Calendarios incompletos. Actualización en vacunas 2009; 43-49. [ Links ]

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P (2014). Metodología de la Investigación Científica. México: MCGRAW-HILL

Juric, R. (2011). Gestión en calidad de Hospital Público Municipal. Diagnóstico. Evaluación de los valores y tradiciones de la organización. Visión del futuro. Maestría en administración de negocios , Universidad Nacional de Mar del Plata, Mar del Plata.

Ministerio de Salud del Perú. Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Vacunación. Lima 9 de julio del 2009 (RM 457-2009/MINSA).

Ministerio de Salud del Perú. Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Vacunación. Lima 9 de julio del 2009 (RM 457-2009/MINSA). [ Links ]

Ministerio de Salud- Dirección General de las Personas. (2009). Obtenido de 1. Ministerio de Salud- Dirección General de las Personas. (2009).

Ministerio de Salud Perú. (2011). Guía técnica del evaluador para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo. Obtenido de <http://190.12.79.236/calidad/images/normas/acreditacion/1-Guia-Tecnica-del-Evaluador.pdf>

Montgomery, D. (1996). Introduction to Statistical Quality Control. USA: John Wiley and Sons.

Muza, R., & Muza, P. (2011). Satisfacción del paciente con tres especialidades dentales . Revista Chilena de Salud Pública., 12(1):12-7.

Moukhallalele K. Factores que influyen en el nivel de conocimiento de las madres sobre el esquema de inmunizaciones pediátricas [en línea]. Maracaibo; 2008. [fecha de acceso 12 de mayo de 2012]. URL disponible en: <http://bibmed.ucla.edu.ve/DB/bmucla/edocs/textocompleto/TWS135DV4>

Maxi Pulla AE, Narváez Mora JB, Narváez Vásquez MJ. Factores que influyen en el nivel de conocimientos de las madres adolescentes

sobre el esquema del P.A.I del centro de salud N°1 Azogues 2014. tesis. Ecuador: Universidad de Cuenca, Azogues; 2014.

Programa Ampliado de Inmunizaciones. Publicaciones OPS. Disponible en Web: <http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/PAI.pdf> [Consulta: 19 de octubre de 2010] [ Links ]

Serrano C, Jiménez L, Fernández-Pacheco B, et al. Seroprevalencia y conocimiento de vacunación en nuevos residentes. Med Segur Trab 2009; 55 (214): 101-110. [ Links ]

Tregnaghi, M. Manual de vacunas de Latinoamérica. 3era ed. Mexico: Sociedad Latinoamericana de Infectología Pediátrica. 2005; p. 1 - 17. [ Links ]

Wilson L, Velásquez A, Ponce C. La ley marco de aseguramiento universal en salud en el Perú: análisis de beneficios y sistemartización del proceso desde su concepción hasta su promulgación. Rev Peru Med Exp salud Publica. 2009; 26(2):207-17. [ Links ]

Tirado A. Factores asociados a las bajas coberturas de vacunación en Santa Bárbara [en línea]. Antioquia; 2008. [fecha de acceso 12 de mayo de 2012]. URL disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=159014989004>.

Tirado A. Factores asociados a las bajas coberturas de vacunación en Santa Bárbara [en línea]. Antioquia; 2008. [fecha de acceso 12 de mayo de 2012]. URL disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=159014989004>

## ANEXO 1

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Al firmar este documento, doy mi consentimiento para participar en el estudio titulado:

PROPUESTA DE GESTIÓN PARA MEJORAR LA ESTRATEGIA SANITARIA DE INMUNIZACIONES: FACTORES QUE INFLUYEN EN EL INCUMPLIMIENTO DEL ESQUEMA DE VACUNACION EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS QUE SE ATIENDEN EN EL CENTRO DE SALUD PÓSOPE ALTO. CHICLAYO, 2016

Se me ha informado que este estudio permitirá conocer los factores que influyen en la percepción de la calidad de los usuarios externos. Entiendo que seré entrevistado en los horarios que yo determine y las preguntas estarán orientadas al objeto de estudio de esta investigación. También estoy enterado de que el investigador puede ponerse en contacto conmigo en el futuro a fin de obtener más información.

He concedido libremente esta entrevista. Se me ha notificado que es del todo voluntaria mi participación y que aún después de iniciada puedo rehusarme a continuar participando del estudio. He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Se me ha informado qué personas tendrán acceso a la información y se ha especificado cómo contactar con el responsable de esta investigación en caso si hubiera alguna duda. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi integridad.

A continuación detallo mis datos personales y consigno mi deseo de participar en este estudio: Yo..... (Nombres y apellidos) Identificado con DNI N°.....domiciliado en.....

Declaro que:

He leído la hoja de información que se me ha entregado He podido hacer preguntas sobre el estudio

He recibido suficiente información sobre el estudio

He hablado con.....(Nombre del investigador).

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1. Cuando quiera
2. Sin tener que dar explicaciones
3. Sin que esto repercuta en mi integridad física ni psicológica.

Por lo tanto doy libremente mi conformidad para participar en el estudio

\_\_\_\_\_  
FIRMA-PARTICIPANTE

\_\_\_\_\_  
FIRMA-INVESTIGADOR

## ANEXO 2

### CUESTIONARIO

El cuestionario tiene como objetivo obtener información, para la cual se solicita su colaboración en forma sincera, expresándole que es de carácter anónimo.

Marcar con un aspa (X) la opción que considere correcta, elegir solo una alternativa. No dejar las preguntas en blanco. Gracias.

**a) Factores sociodemográficos**

1. ¿Cuál es su edad?
  - a) 14 a 17 años
  - b) 18 a 24 años
  - c) 25 a 34 años
  - d) Mayor de 35 años
  
2. ¿Cuántos hijos tiene?
  - a) Uno
  - b) Dos
  - c) Tres
  - d) Más de cuatro
  
3. ¿Cuál es su lugar de procedencia?
  - a) Lima
  - b) Provincias de la Costa
  - c) Provincias de la Sierra
  - d) Provincias de la Selva
  
4. ¿Cuál es su grado de instrucción?
  - a) Primaria
  - b) Secundaria
  - c) Técnico
  - d) Superior
  
5. ¿Cuál es su ocupación?
  - a) Ama de casa
  - b) Empleada estable
  - c) Empleada inestable
  - d) Estudiante

6. ¿Cuánto es su ingreso mensual?
- a) Sueldo básico (750 soles )
  - b) Menor al sueldo básico
  - c) Mayor al sueldo básico
  - d) No trabaja

## II Factor cognitivo:

7. ¿Qué es para usted la Inmunización?
- a) Es el proceso a través del cual se administra vitaminas importantes
  - b) Es el proceso que aumenta la resistencia a una enfermedad infecciosa
  - c) Ninguna es correcta
  - d) Desconoce
8. ¿Qué es para usted una vacuna?
- a) Es una vitamina para prevenir una enfermedad
  - b) Es un medicamento para prevenir una enfermedad
  - c) Es un antiparasitario para prevenir una enfermedad
  - d) Desconoce
9. ¿Por qué son importantes las vacunas?
- a) Los hace crecer sanos y fuertes
  - b) Previenen enfermedades
  - c) Permite que se desarrollen adecuadamente
  - d) Desconoce
10. ¿Cuáles son las vacunas que debe recibir un recién nacido?
- a) Pentavalente y APO
  - b) BCG y Hepatitis B
  - c) Antipolio e Influenza
  - d) Desconoce
11. ¿Qué vacunas debe recibir su hijo antes del primer año de vida?
- a) BCG, Pentavalente, Neumococo, APO, HvB, Rotavirus, Influenza, Antiamarilica
  - b) BCG, Pentavalente, Neumococo, APO, HvB, Rotavirus, Influenza
  - c) Solo BCG, Antipolio e Influenza
  - d) Desconoce



12. ¿Cuáles son algunas de las reacciones secundarias que se puede presentar después de la aplicación de la vacuna?
- a) Llanto y/o disminución del apetito
  - b) Fiebre, dolor y/o enrojecimiento en zona de la aplicación
  - c) Alergia durante los primeros días
  - d) Desconoce
13. Cuándo no debe vacunar a su hijo?
- a) Cuando está llorando
  - b) Cuando tiene fiebre o diarreas
  - c) Cuando tiene sarpullido o está inquieto
  - d) Desconoce
14. ¿Cuáles son los beneficios de la vacuna?
- a) Es importante para el crecimiento
  - b) Protegen de las enfermedades infecciosas
  - c) Es importante para su adecuado desarrollo
  - d) Desconoce
15. ¿Considera usted que es necesario completar todas las dosis de las vacunas para prevenir a su niño de enfermedades?
- a) No
  - b) Sí
  - c) Tal vez
  - d) Desconoce
16. ¿Cuándo considera que su hijo está protegido de alguna enfermedad?
- a) Cuando se le aplica la primera dosis que debe recibir
  - b) Cuando se le aplica todas las dosis que debe recibir
  - c) Cuando está en proceso de recibir alguna de las dosis
  - d) Desconoce.

### **VIII. Factor cumplimiento**

- a. Fecha de la última vacuna
- a) Menor de 2 meses
  - b) Menor de 6 meses
  - c) Menor de 1 año
  - d) Menor de 2 años

b. Su niño (a) cuenta con sus calendario completo de vacuna para su edad?

a) Si

b) No

c. Conoce Ud su próxima cita de su menor hijo

a) Si

b) No

### ANEXO 3

## ANÁLISIS DE CONFIBILIDAD MÉTODO DE CONSISTENCIA INTERNA – ALFA DE CROMBACH

### 1. Análisis de los casos

Resumen del procesamiento de los casos

	N	%
Válidos	25	100,0
Casos Excluidos <sup>a</sup>	0	,0
Total	25	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,782	19

### 2. Interpretación

Al analizar la consistencia interna de los 19 ítems del instrumento, se generó un coeficiente Alfa de Cronbach de 0.782, calificando al instrumento con una buena consistencia interna, encontrándose apta para su ejecución.