

SONDEO RÁPIDO DE OPINIÓN, PARA MEDIR PERCEPCIONES CIUDADANAS SOBRE LA VACUNACIÓN CONTRA LA COVID-19 EN POBLACIONES RURALES

NOVIEMBRE 2021

Este informe fue elaborado para el Programa Ampliado de Inmunizaciones Nacional del Ministerio de Salud y Deportes con apoyo técnico y financiero de la Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a todas las personas encuestadas y entrevistadas en el estudio en los 9 departamentos del país por su participación y sus valiosas opiniones.

Al equipo técnico del Consejo de Salud Rural Andino, Sofía Juanes García (Estadística); Gabriela Llanque Rosado (Coordinadora de Campo), Raul Burgos Murray (Especialista en tecnologías) y al equipo de encuestadores en todo el país por su trabajo sacrificado.

Un agradecimiento especial a la Lic. Sandra Mallo (OPS/OMS), a la Lic. Paula Vera (Comunicadora) y a la Lic. Mary Quintanilla (Supervisora) del PAI/MSD por su apoyo técnico y seguimiento durante este trabajo.

TABLA DE CONTENIDOS

ABREVIACIONES.....	4
RESUMEN EJECUTIVO	5
ANTECEDENTES	7
OBJETIVOS DEL SONDEO	7
DISEÑO	7
METODOLOGÍA.....	9
RESULTADOS.....	11
CONOCIMIENTOS.....	14
ACTITUDES.....	15
PRÁCTICAS.....	16
Factores que han facilitado la vacunación en el área rural	17
Factores que han impedido la vacunación en el área rural	21
INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	27
CONCLUSIONES.....	31
RECOMENDACIONES	33
BIBLIOGRAFÍA	34

ABREVIACIONES

AISEM:	Agencia de Infraestructura en Salud y Equipamiento Médico
APK:	Android Application Package
CAP:	Conocimientos Actitudes y Prácticas
CSRA:	Consejo de Salud Rural Andino
JJVV:	Juntas Vecinales
MSD:	Ministerio de Salud y Deportes
OMS:	Organización Mundial de la Salud
ONA:	Software libre de encuestas
OPS:	Organización Panamericana de la Salud
OTB:	Organización Territorial de Base
PAI:	Programa Ampliado de Inmunización
RNV:	Registro Nacional de Vacunación
RRHH:	Recursos Humanos
RRSS:	Redes Sociales
UDAPE:	Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas

RESUMEN EJECUTIVO

Objetivo: El PAI nacional, con apoyo de la OPS/OMS, desarrolló un sondeo de opinión, entre octubre y noviembre 2021, sobre percepciones ciudadanas sobre la vacunación contra la COVID-19, en el área rural de Bolivia, bajo definición de situación epidemiológica. El estudio específicamente midió las percepciones de la población rural de 18 a 69 años sobre la vacunación y exploró opiniones de la vacunación de autoridades locales y el funcionamiento general del proceso de vacunación desde la perspectiva del personal de salud.

Diseño: El estudio fue cuali cuantitativo de corte transversal. La parte cuantitativa representada por una encuesta CAP digital estructurada con 28 preguntas, con muestreo determinístico, cara a cara en municipios rurales de 9 departamentos del país. La parte cualitativa basada en una guía semi estructurada a autoridades comunales y personal de salud de coordinaciones de red y municipios rurales seleccionados. Se realizaron en total 1520 encuestas, de las cuales 1366 corresponden a 18 municipios de 8 departamentos con baja o muy baja cobertura (según información PAI Septiembre) y 154 encuestas a 2 municipios de Tarija, departamento con buena cobertura. Se entrevistaron a 23 personas clave entre personal de salud y autoridades comunitarias. Lo siguiente son las conclusiones clave:

La cobertura promedio de vacunación con esquema completo en área rural del país es buena (59%), a partir de los datos de encuesta (octubre). Esquema completo representa las personas que mencionaron haber recibido las dos dosis de alguna vacuna bi-dosis sumado a personas que han recibido la vacuna de dosis única Janssen, corroborado por su carnet o no. Los departamentos de Potosí, Santa Cruz, Beni, Pando, Chuquisaca y Tarija muestran cobertura muy buena, Cochabamba y Oruro cobertura buena y La Paz tiene cobertura baja. Estos datos podrían mejorar pronto ya que hay personas con 1ra dosis que todavía no han recibido la segunda dosis. El análisis de brechas entre 1ra y 2da dosis muestra panorama positivo para seguir mejorando la cobertura general en el área rural, sin embargo, hay departamentos con brechas muy altas (Pando, Oruro y Santa Cruz) que pueden significar estancamiento en caso de no asumir medidas de reforzamiento. Por otro lado, dentro de las personas encuestadas que respondieron que no se habían vacunado aún (407), más de la mitad de ellas representan una oportunidad porque son personas que mencionaron que si se vacunarán y la otra mitad mencionaron que no habían decidido aún y que necesitan más información.

Se identificó los siguientes factores facilitadores que, los hallazgos del estudio sugieren, han influido en las personas que se han vacunado: **Factores individuales:** a) El miedo personal o de afectación familiar, o el miedo a las complicaciones que pueden llevar a la hospitalización o que resulten en la muerte debido al COVID-19. b) El establecimiento de medidas de restricción en caso de no estar vacunados. Si bien este factor no fue general, pero fue importante en algunos departamentos como en el Beni, que muestra buenas coberturas y brecha mínima entre 1ra y 2da dosis. **Factores comunitarios:** Participación activa de autoridades comunitarias, específicamente elaborando listas para identificación y motivación de la población vacunable por parte de las autoridades; participación del personal de salud en los Ampliados de las comunidades explicando sobre las vacunas; implementación local de medidas restrictivas y las autoridades comunitarias dando el ejemplo vacunándose primero. Para mucha gente la vacuna ha generado optimismo para afrontar volver a la normalidad social y económica. **Factores del sistema de salud:** En todas las entrevistas con personal de salud han resaltado la provisión regular de las vacunas contra el COVID-19 desde el MSD y la buena cadena de frío en los establecimientos de salud con apoyo de los Gobiernos Municipales.

Respecto a los factores relacionados a porque muchas personas no se han vacunado todavía en el área rural, el estudio ha evidenciado la presencia de factores individuales (demanda) y factores relacionados al sistema de salud (oferta) que, el estudio sugiere, han influido de manera directa o indirecta, de manera separada o en conjunto en la decisión de no vacunarse. **Factores individuales:**

a) *Falta de información* sobre las vacunas contra el COVID-19 como factor individual más frecuente entre las respuestas de la encuesta relacionada principalmente a información sobre la vacuna misma o los tipos de vacunas; b) *Falta de confianza en las vacunas* que muchas asocian con alto riesgo o muerte; c) *Falta de tiempo*: relacionado con las distancias largas que muchas personas deben recorrer para acceder a las vacunas, o el tiempo que podría demandar a las personas si se vacunaran, para recuperarse en caso de síntomas o recomendaciones a cumplir post vacunación; d) *Propias medidas de prevención*, principalmente relacionado a uso tradicional de medios locales o naturales. Este factor fue el más mencionado durante las entrevistas a las autoridades comunitarias del occidente del país. *Factores comunitarios*: a) *Falta de socialización*: especialmente en la región del occidente, no concebido como una acción comunicacional solamente, sino más bien como una oportunidad donde las personas se complementan e interactúan (personal de salud - autoridades); b) Sub estimación de la enfermedad: este aspecto muy frecuente en las entrevistas a autoridades del occidente; c) *Preferencia de vacunas monodosis*. *Factores del sistema de salud*: a) Frascos multidosis que ha sido uno de los mayores desafíos en el área rural, debiendo hacer mucho esfuerzo para buscar la cantidad de gente para abrir un frasco multidosis; b) Insuficiente cantidad de RRHH, expresado como, mucha gente replegada para apoyo a las ciudades, alta rotación de personal con contratos o sobre saturación del personal que debe atender otros programas también.

Información y Comunicación: La falta de información en la población rural del país es una necesidad ampliamente expresada en las encuestas, pero también en las entrevistas con las autoridades comunitarias. El personal de salud, aunque en su mayoría mencionaba que han hecho esfuerzos en informar sobre la vacuna contra el COVID-19 es evidente que no fue suficiente, algo que algunas personas de los equipos de salud auto críticamente lo aceptaron. La falta de información ha contribuido en la falta de confianza de la gente a la vacuna y peor aún contribuyó a que se instauren mitos, creencias erróneas y otros mensajes en contra de las vacunas contra el COVID-19, incluso antes de que comience la campaña de vacunación en el área rural. La falta de información ha contribuido en la subestimación de la enfermedad, que aun cuando en las repuestas de las personas mencionen que usan el barbijo/mascarilla, por ejemplo, en la realidad mucha gente en el área rural no la usa.

Un alto porcentaje de las personas encuestadas estaban expuestas a algún mensaje en contra de las vacunas contra el COVID-19 por algún medio de difusión, siendo las fuentes más frecuentes: Los amigos/compañeros de trabajo; las RRSS específicamente el Facebook, la Televisión y los familiares en casa.

En promedio, las fuentes de información de preferencia para recibir información sobre la vacuna contra el COVID-19 en orden y frecuencia de respuestas eran: Del centro de salud, de la televisión, de la radio, del Facebook, desde las campañas de vacunación y otros. Respecto al idioma de preferencia para recibir información sobre la vacuna contra el COVID-19, en el departamento de La Paz, cerca de la mitad de las personas encuestadas prefieren escuchar mensajes en aymara, en Chuquisaca el quechua es el idioma de preferencia. En Oruro cerca de la mitad de las personas esperan recibir información en quechua y Aymara. En Tarija claramente el idioma de preferencia es el castellano, así como en los otros departamentos del oriente.

SONDEO RÁPIDO DE OPINIÓN, PARA MEDIR PERCEPCIONES CIUDADANAS SOBRE LA VACUNACIÓN CONTRA LA COVID-19 EN POBLACIONES RURALES

ANTECEDENTES

El Ministerio de Salud y Deportes (MSD) y el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) solicitó a la Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Organización Mundial de la Salud (OMS) colaborar con el levantamiento de un sondeo rápido de opinión, para medir percepciones ciudadanas, basados en instrumentos de estudios de Conocimientos Actitudes y Prácticas (CAP), sobre la vacunación contra la COVID-19 en zonas rurales de Bolivia.

La OPS/OMS contrató los servicios del Consejo de Salud Rural Andino (CSRA) institución especializada en levantamientos de estudios CAP para el desarrollo del sondeo de opinión¹.

OBJETIVOS DEL SONDEO

OBJETIVO GENERAL: Desarrollar un sondeo rápido de opinión, para medir percepciones ciudadanas, basados en instrumentos de estudios CAP y técnicas cualitativas, sobre la vacunación contra la COVID-19 en Bolivia, en el área rural, bajo definición de situación epidemiológica.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Medir las percepciones de la población de 18 a 69 años sobre la vacunación contra el COVID-19, a partir de encuestas CAP de 28 preguntas
2. Explorar percepciones de la vacunación contra la COVID-19, de autoridades locales (gobierno municipal, autoridades comunitarias, u otros sectores en la comunidad) en municipios/comunidades seleccionadas, a partir de entrevistas cualitativas.
3. Explorar percepciones sobre el funcionamiento general del proceso de vacunación desde la perspectiva de los jefes municipales de salud y de las Coordinaciones de Red a partir de entrevistas cualitativas.

DISEÑO

El estudio es cuantitativo de corte transversal. La parte cuantitativa representada por una encuesta CAP digital estructurada con 28 preguntas, con muestreo determinístico, cara a cara en municipios rurales de 9 departamentos del país. La parte cualitativa basada en una guía semi estructurada a autoridades comunales y personal de salud de coordinaciones de red y municipios rurales seleccionados.

El marco de muestreo para la encuesta se construyó utilizando información proporcionada por el PAI sobre el estado de cobertura de vacunación con 1ra, 2da dosis y dosis única en todo el país actualizado al 30 de septiembre 2021 y se combinó con la estructura de establecimientos de salud, cuenta con variables de identificación geográfica, como departamento, provincia, red de salud, municipio y cobertura de vacunación, además de la población estimada de 18 a 69 años de edad y género. En ese entendido, el marco muestral considera municipios de baja y muy baja cobertura en 8 departamentos (Chuquisaca, La Paz, Cochabamba, Oruro, Potosí Santa Cruz, Beni y Pando). El enfoque de análisis en estos departamentos será revisar los factores porque la población no accede a la vacunación contra el COVID-19.

¹ El CSRA es una organización no gubernamental que trabaja en Bolivia por más de 35 años brindando asistencia técnica en salud integral a nivel nacional e internacional aplicando investigaciones científicas y estudios para evaluaciones de proyectos.

Se incluyó Tarija en un cálculo separado ya que el departamento tiene buena y muy buena cobertura, según los registros proporcionados. La inclusión de Tarija se la hizo esperando obtener de este departamento fundamentalmente razones porque la gente está accediendo a la vacuna.

Unidades de análisis – Criterio de inclusión para la encuesta: Personas comprendidas entre los 18 a 69 años (hombre, mujer) que residen en los municipios seleccionados de los 9 departamentos del país, vacunados o no y que estaban de acuerdo en participar luego de consentimiento informado oral aplicado.

El *método de muestreo para la encuesta* fue determinístico, por cuotas según sexo y edad, que responde al procedimiento del estudio cuali cuantitativo, basado en un sondeo rápido de opinión cara a cara. Considera a los departamentos como estratos naturales combinando dos etapas de muestreo para la selección final de la muestra.

Para el *cálculo de la muestra* para los 8 departamentos con cobertura baja y muy baja se aplicó la fórmula de muestreo aleatorio estratificado para proporciones con máxima varianza y, para Tarija la de un muestreo aleatorio simple, de acuerdo a:

Muestreo aleatorio estratificado

$$n = \frac{\sum_h N z^2 (\sum_h w_h \sqrt{p_h q_h})^2}{e^2 \sum_h N_h + \sum_h w_h p_h q_h}$$

Muestreo aleatorio simple:

$$n = \frac{N p q^2}{(N - 1)e^2 + p q z^2}$$

La *propuesta fue realizar en total 1.488 encuestas en el país*, con 1.338 para los 8 departamentos con cobertura baja y muy baja (18 municipios) y 150 encuestas para Tarija (2 municipios). Estas muestras garantizan representatividad departamental con nivel de confianza de 95% y error muestral de 3% (para el global) y 8% para Tarija al ser independiente.

La *distribución de la muestra* fue potencial con base al peso poblacional de municipio. Al interior de cada departamento, la cantidad de municipios seleccionados obedece a la proporción de municipios con más problemas en el departamento, eligiéndose más municipios en La Paz comparado con Pando y Beni, por ejemplo. Hemos mantenido el enfoque de Red para el análisis de aspectos de gestión.

La *selección de los municipios* como primera etapa, obedece también a la cantidad de población y en otros casos a la accesibilidad a la Red seleccionada. La *selección de los informantes* como segunda etapa consideró los criterios específicos de sexo y edad para cumplir con la muestra.

Tabla 1: Muestra propuesta: Distribución 8 departamentos (Chuquisaca, La Paz, Cochabamba, Oruro, Potosí Santa Cruz, Beni y Pando)

Departamento	Muestra		
	Total	Hombres	Mujeres
Total	1338	741	747
Chuquisaca	147	73	74
La paz	239	118	121
Cochabamba	225	114	111
Oruro	114	57	57
Potosí	188	94	94
Santa cruz	205	102	103
Beni	120	60	60
Pando	100	49	51

Muestra propuesta: Distribución de la muestra, Tarija

Departamento	Muestra		
	Total	Hombres	Mujeres
Total	150	74	76
Tarija	150	74	76

En Anexo 1 se presenta detalles de los municipios seleccionados en la muestra inicial.

Para las entrevistas cualitativas, se propuso llegar a al menos 10 representantes de salud de municipios seleccionados intencionadamente por regiones y al menos 15 entrevistas a autoridades comunitarias (corregidores, mallkus, presidentes de OTB, de juntas vecinales (JJVV), secretarios generales, otros) de municipios seleccionados.

Periodo: Octubre – noviembre 2021.

METODOLOGÍA

Basada en la propuesta de muestreo, se separó el país en dos sectores: los municipios priorizados de departamentos que, al momento del corte de información de cobertura vacunal del PAI nacional, mostraban *cobertura baja y muy baja*, ingresando en este primer grupo los departamentos de Santa Cruz, Beni, Pando, Cochabamba, Chuquisaca, La Paz, Oruro y Potosí. El departamento de Tarija fue trabajado de manera independiente ya que su marco de muestreo era diferente, por lo que, tanto lo operativo como el análisis de Tarija se hizo por separado.

Operativamente, el CSRA trabajó en una estructura en tres niveles: Un primer nivel liderado por 4 profesionales, un médico salubrista como coordinador general, una estadística, un ingeniero informático y una médico general, quienes lideraron la organización, planificación general en campo y el diseño técnico del instrumento digital. Un segundo nivel conformado por 3 supervisores de campo que verificaron la calidad de la recolección del dato. Un tercer nivel conformado por 15 encuestadores que estaban distribuidos en todo país, repartidos según proporción poblacional/encuestas.

Para la encuesta cuantitativa, se utilizaron dos plataformas de captura de datos; a) una aplicación dedicada plenamente a capturar, validar y enviar los datos a un servidor en la nube mediante dispositivos móviles (Android) y; b) una plataforma basada en WEB y dirigida principalmente a la administración y análisis de los datos almacenados en un servidor central. La aplicación Android, fue entregado en un archivo APK que fue instalado en celulares, la aplicación WEB se publicó de manera segura en Internet pudiendo ser accedida por cualquier persona autorizada a nivel nacional. Antes de la elaboración de la aplicación se trabajó un cuestionario físico que fue revisado y aprobado por el PAI/MSD (Anexo 2). Para las entrevistas cualitativas se diseñó algunas preguntas guía generales para orientar las conversaciones (Anexo 3)

Para la selección de los informantes de la encuesta en cada municipio seleccionado, los encuestadores recorrieron el mismo en dos zonas muestrales: en la capital de municipio y hasta dos comunidades aledañas seleccionadas aleatoriamente para completar la muestra definida. En cada sitio, los encuestadores se encargaron de informar a las autoridades pertinentes sobre la actividad de sondeo. Establecieron un punto aleatorio en la capital municipal y recorrieron identificando personas de los sectores informal y formal, visitando mercados, ferias, sindicatos, gremiales, y ambulantes a partir de una selección aleatoria de informantes. En las comunidades aledañas, el personal encuestador identificó un punto aleatorio de inicio y visitó domicilios al azar para buscar informantes que cumplan con los criterios de inclusión. En los lugares donde se realizó visita a domicilios, en la vivienda se identificó aleatoriamente a una sola persona por hogar/vivienda para aplicar la encuesta. Antes de cada encuesta, el encuestador aplicó consentimiento informado a los

encuestados (as) y solamente se avanzó en caso de aceptar voluntariamente a la participación. La supervisión se realizó fundamentalmente a través de llamadas telefónicas a las personas encuestadas en muestras diarias seleccionadas aleatoriamente, es decir que, de las personas encuestadas, el supervisor asignado realizaba llamadas a algunas personas para confirmar su veracidad. La supervisión se hacía también a partir de revisar la calidad de las respuestas en la base de datos emitiendo recomendaciones a distancia permanentemente.

Para la selección de las personas de las entrevistas cualitativas, el encuestador en cada sitio de encuesta identificó a potenciales personas a entrevistar de acuerdo a los criterios definidos, sistematizando esta información en una lista. Una vez identificadas las personas, compartió estas listas con el Coordinador General quien definía las personas a entrevistar. Una vez confirmada las personas, el encuestador brindaba al potencial entrevistado (a) información sobre el estudio y pedía una cita para entrevista remota desde La Paz a cargo del Coordinador General.

En relación al procesamiento de datos cuantitativos, todos los datos de la encuesta estaban disponibles en tiempo real al envío dentro de la plataforma ONA, por lo que el Coordinador, el estadístico y los supervisores podían en cualquier momento realizar la descargas y análisis de los datos. Los formatos disponibles para la descarga de la base de datos son: Excel o SAV (SPSS). Para el proceso de análisis se trabajaron gráficos y tablas descriptivas y tablas analíticas bivariantes cuya significancia estadística se midió usando Chi cuadrado de Pearson.

En relación al proceso de datos cualitativos, las entrevistas fueron realizadas desde La Paz, vía teléfono, solicitándose autorización para grabar las mismas. En ese sentido, las grabaciones luego fueron revisadas entre el Coordinador General y la médico Coordinadora de Campo. Cada entrevista fue sistematizada en tablas de Fortalezas y Debilidades que se registraron en matrices de consolidación de información por cada contacto. Se identificaron patrones de respuesta para el análisis y conclusiones.

Una vez obtenida la información cuantitativa y cualitativa, se trianguló la información para obtener los insumos, base para el informe final.

RESULTADOS

RESULTADOS DESCRIPTIVOS

Encuestas realizadas

Se realizaron en total 1520 encuestas, de las cuales 1366 corresponden a 18 municipios de 8 departamentos con *cobertura baja y muy baja* (Chuquisaca, La Paz, Cochabamba, Oruro, Potosí, Santa Cruz, Beni y Pando). Para efectos descriptivos, estos departamentos serán presentados separadamente como "los 8 departamentos" de los resultados de Tarija que alcanzó a 154 encuestas en 2 municipios.

La Tabla 2, muestra la distribución de encuestas por departamento en los dos grupos mencionados:

Tabla 2: Encuestas realizadas

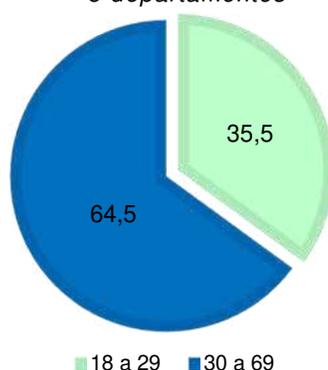
Depto.	8 departamentos (baja cobertura)									Buena cobertura Tarija	Total Gral.
	Chuquisaca	La Paz	Cochabamba	Oruro	Potosí	Santa Cruz	Beni	Pando	Sub Total		
Encuestas	150	244	235	116	190	209	122	100	1366	154	1520
%	11%	17,9%	17,2%	8,5%	13,9%	15,3%	8,9%	7,3%	100%	100%	100%

Se realizaron 23 entrevistas a autoridades comunitarias y personal de salud, cuya lista se adjunta en Anexo 4.

PERFIL DEL ENCUESTADO (A)

El *promedio de edad* del encuestado (a) era de 37 años con una mayor proporción de personas de 30 a 69 años (64,5%; 881/1366) y 35,5% (485/1366) de 18 a 29 años en los departamentos de baja cobertura (Gráfico 1). En Tarija, la población mayoritaria encuestada se mantuvo en el grupo de 30 a 69 años con 68,8% (106/154).

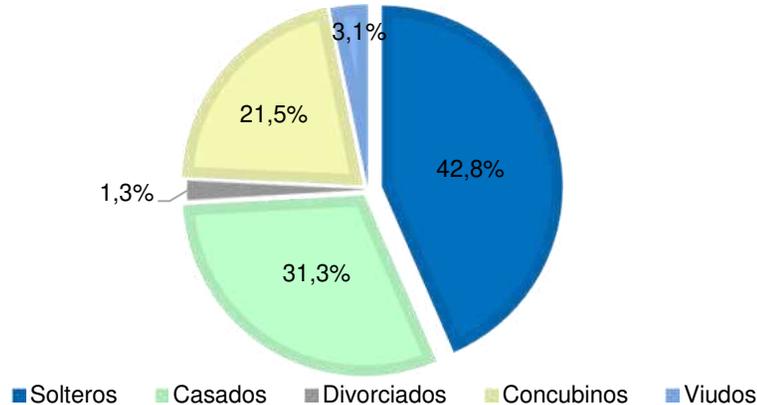
Gráfico 1: Edad de los encuestados (as) (n= 1366)
8 departamentos



Respecto al género, un 51,1% (698/1366) eran mujeres y 668 (48,9%) varones en los 8 departamentos. En Tarija, el porcentaje entre varones y mujeres encuestados (as) era de 50% y 50% respectivamente (77 en cada grupo).

En relación al estado civil, se muestra una cantidad mayoritaria de solteros(as) con 42,8% (584/1366); 31,3% (428/1366) casados (as) y un 21,5% (294/1366) estaban en unión estable. El restante porcentaje lo compartían entre personas en condición de viudos (as) y divorciados(as) en los 8 departamentos. (Gráfico 2)

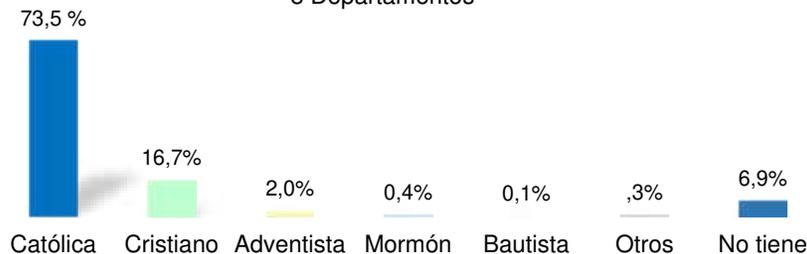
Gráfico 2: Estado civil (n=1366)
8 departamentos



En Tarija los solteros (as) alcanzaron un 50% (77/154), los casados 24,7% y los de unión estable un 16,9% y entre los viudos(as) y divorciados sumaron un 8,4%.

En todos los 8 departamentos, el catolicismo es la religión que prevalece mostrando un promedio de 73,5% (1004/1366) de personas que la profesan. Luego se muestran las otras religiones evangelistas que en el gráfico 3 se muestran desagregados y entre “otros” principalmente los gnósticos². Se evidenció que los departamentos de Oruro y Pando tienen población evangelista muy por encima del promedio nacional. (Gráfico 3). En Tarija, la religión católica alcanzó el 91,6% (141/154).

Gráfico 3: Religión (n=1366)
8 Departamentos

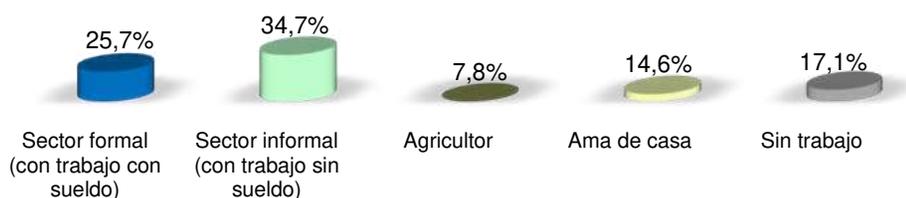


Respecto a la *condición laboral/ocupación*, cerca de una cuarta parte (25,7%; 351/1366) de los encuestados (as) de los *departamentos de baja cobertura* manifestaron tener trabajo con sueldo (sector formal) y el resto era del sector informal (34,7%; 474/1366), agricultores (7,8%; 106/1366), ama de casa (14,6%; 199/1366) y 233 estaban sin trabajo (16,3%) (Gráfico 4). En Tarija se repite la

² Gnóstico, adjetivo relativo al gnosticismo, cuyo propósito fundamental es acceder, mediante la mística y la intuición, al misterio de lo divino

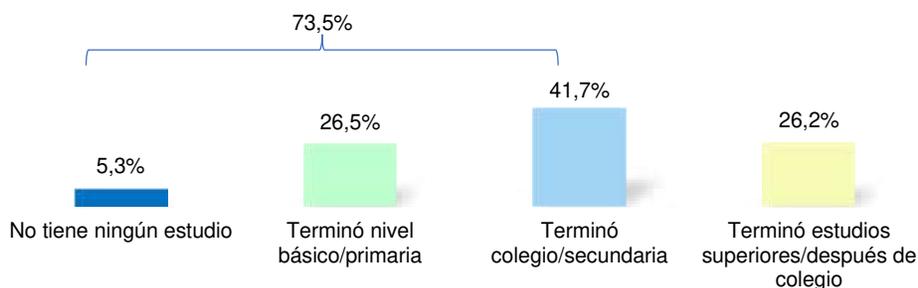
tendencia mayoritaria en el sector informal (35,7%), sector formal (27,9%) y los agricultores aparecen en tercer lugar con 18,2%.

Gráfico 4: Condición laboral/ocupación (n=1366)
8 Departamentos



En relación al nivel de instrucción, en los 8 *departamentos* en promedio, se evidenció insuficiencia en el nivel educativo en la mayor parte de los encuestados (as) (73,5%; 1004/1366) que habían terminado solo hasta secundaria (40,9%; 622/1520), primaria (25,5%; 388/1520) o no tenían ningún estudio (7,1%; 108/1520) (Gráfico 5). La tendencia en Tarija es similar con un 74% (114/154) de encuestados (as) con insuficiencia en educación.

Gráfico 5: Nivel de instrucción completado (n=1366)
Departamentos con baja cobertura

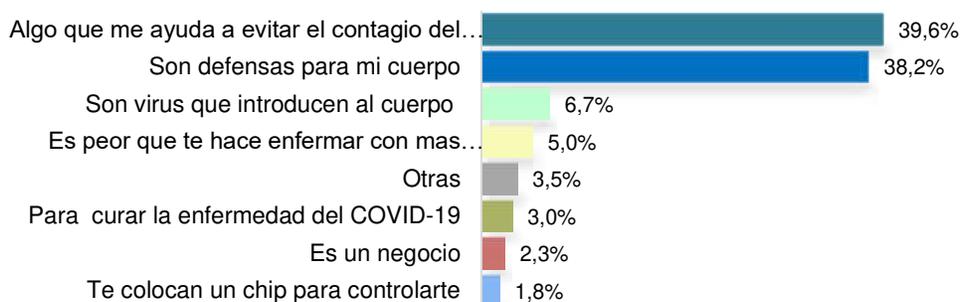


CONOCIMIENTOS

Conocimiento general de los encuestados (as) sobre la vacuna contra el COVID-19

Un 87,6% (1197/1366) de las personas encuestadas, vacunadas o no, en los 8 departamentos conocían sobre la vacuna, y un 11,2%, que representan 153 personas distribuidas en todos los departamentos, no conocían algo sobre la vacuna, considerándose un dato relevante dado el intenso movimiento comunicacional en pro o en contra de la vacuna en los últimos meses en el país. Una proporción similar se evidenció en Tarija como departamento seleccionado por buena cobertura de vacunación. Entre las respuestas más frecuentes relacionadas a que sabe en general la población sobre la vacuna contra el COVID-19, el gráfico 6, muestra las siguientes respuestas: “*algo que me ayuda a evitar el contagio del COVID-19*” y “*son defensas para mi cuerpo*”. La tendencia de respuestas en Tarija fueron las mismas.

Gráfico 6 : Conocimiento general de la vacuna contra el COVID-19
8 Departamentos (1197)



Preocupación sobre las vacunas contra el COVID-19

Un 75,5% (1031/1366) de las personas encuestadas, vacunadas o no, en los 8 departamentos mencionaron tener alguna preocupación sobre la vacuna contra el COVID-19. El gráfico 7 evidencia que las respuestas más frecuentes en una pregunta de opción múltiple fueron las relacionadas a la seguridad de la vacuna “*que no sea segura para mi salud*”; “*No hay suficiente información sobre efectos secundarios*”; “*Que la vacuna me produzca la enfermedad*”; “*Confusión que tipo de vacuna es mejor*”. Tarija mostró similar nivel de personas con preocupación (79,9%; 123/154) y las respuestas más frecuentes fueron: “*No hay suficiente información sobre efectos secundarios (59,3%)*”; “*Que la vacuna me produzca la enfermedad (35%)*”.

Gráfico 7 : Preocupación sobre las vacunas contra el COVID-19
8 Departamentos (n=1031)



ACTITUDES

La actitud de las personas encuestadas, vacunadas o no, se valoró a través de su postura frente a la enfermedad del COVID-19 y su situación económica; su nivel de preocupación por posible contagio de la enfermedad y su postura en relación con la vacunación:

Preocupación por enfermarse de COVID-19 a futuro

En promedio, un 74% (1011/1366) de las personas encuestadas, vacunadas o no, de los 8 departamentos mencionaron que les preocupa enfermarse con el COVID-19 o volver a enfermarse para las personas que ya hubieran pasado la enfermedad. Tarija muestra un dato menor donde 99 personas de las 154 (64,3%) mencionaron estar preocupados por una eventual infección o reinfección con el COVID-19.

Percepción sobre ingresos económicos y el COVID-19

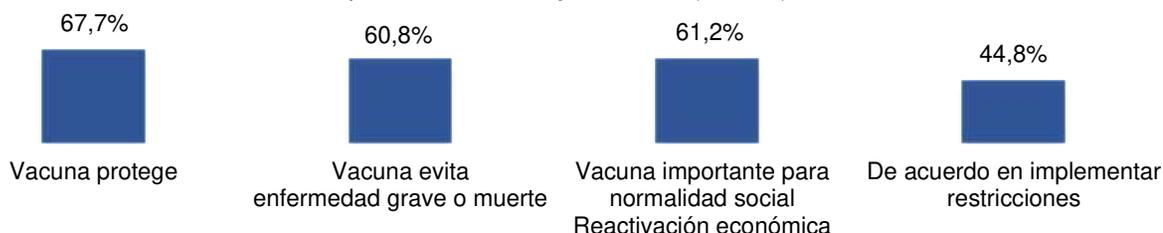
La postura de las personas encuestadas, vacunadas o no, de los 8 departamentos, frente a la consulta “*Cómo piensa usted que estarán sus ingresos económicos de aquí en adelante, ¿debido al COVID -19?*” muestra en promedio que la mayoría sienten incertidumbre sobre el futuro respecto a sus ingresos económicos. (Gráfico 8). El departamento de Tarija muestra una tendencia similar con un 53,9% (83/154) que expresa incertidumbre en relación a su situación futura de ingresos.

Gráfico 8: Ingresos económicos y COVID-19 (n=1366)



Por el contrario, más de la mitad de las personas encuestadas, vacunadas o no, de los 8 departamentos, muestran una actitud positiva/optimista sobre la vacuna en relación a su salud y a la vacuna que coadyuva a volver a la normalidad social o de sus ingresos económicos (reactivación económica). Una tendencia similar se muestra con el departamento de Tarija. Finalmente se consultó si las personas estarían de acuerdo en que se establezcan medidas de prohibición o restrictivas para personas que no se vacunan, habiendo encontrado que un 44,8% (612/1366) están de acuerdo en que se implementen las medidas restrictivas. Este porcentaje es aún mayor en Tarija (69,5%; 107/154). Gráfico 9.

Gráfico 9: Actitudes - Vacunación contra el COVID-19
Departamentos con baja cobertura (n=1366)



Cobertura de vacunación en el área rural

El estudio consultó en las personas residentes de cada municipio si había sido vacunado (a) y que dosis había recibido hasta ese momento y se solicitó el carnet de vacunación, a las personas que habían mencionado haber sido vacunados, para corroborar la información. Solamente la mitad de ellas mostró su carnet de vacunación ya que lo tenían disponible.

Del total de personas encuestadas (1366) en las zonas rurales de los 8 departamentos, en promedio, un 59,7% (816/1366) tienen esquema completo, es decir, son personas que mencionaron haber recibido las dos dosis de alguna vacuna bi-dosis y personas que han recibido la vacuna de dosis única Janssen, corroborado por su carnet o no³ (cobertura buena)⁴. Los departamentos que se acercan al promedio son Cochabamba y Oruro. Los departamentos por encima tiene cobertura muy buena: Potosí, Santa Cruz, Beni, Pando, y Chuquisaca. La Paz muestra cobertura baja, según hallazgo de encuesta. (Tabla 3). El departamento de Tarija muestra cobertura muy buena de 74% (114/154).

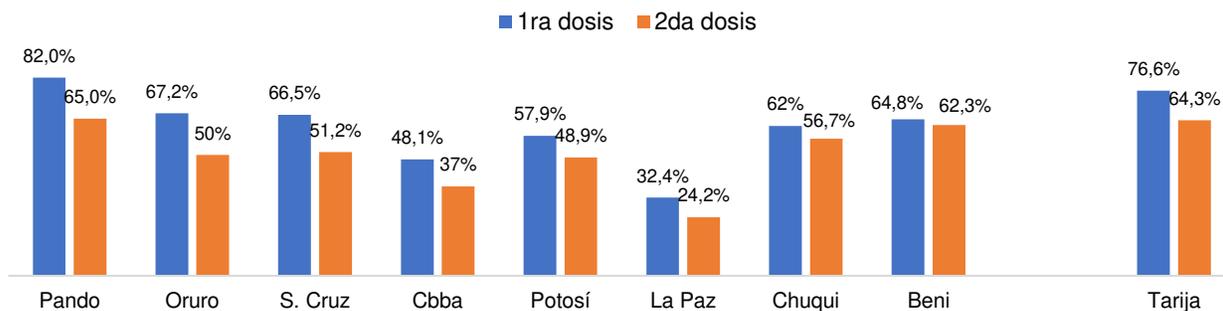
Tabla 3: Cobertura de vacunación – zonas rurales

Dosis	Chuqui		La Paz		Cbba		Oruro		Potosí		S. Cruz		Beni		Pando		Total		Tarija	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
1ra dosis	93	62	79	32,4	113	48,1	78	67,2	110	57,9	139	66,5	79	64,8	82	82	773	56,6	118	76,6
2da dosis	85	56,7	59	24,2	87	37	58	50	93	48,9	107	51,2	76	62,3	65	65	630	46,1	99	64,3
Dosis única	31	20,7	38	15,6	42	17,9	10	8,6	32	16,8	31	14,8	2	1,6	0	0	186	13,6	15	9,7
E.Completo	116	77,3	97	39,8	129	54,9	68	58,6	125	65,8	138	66	78	63,9	65	65	816	59,7	114	74
	150		244		235		116		190		209		122		100		1366		154	

Fuente: Elaboración propia: Estudio sondeo MSD/OPS. Noviembre 2021

Se analizó también la brecha existente entre la primera y segunda dosis en las personas encuestadas que habían recibido alguna vacuna bi dosis. Este dato permite analizar el desempeño del personal de salud y/o la demanda de la población para completar sus esquemas (Gráfico 10).

Gráfico 10: Brecha 1ra - 2da dosis (vacuna bi dosis)



³ La fecha de recolección de datos en campo fue hasta el 27 de octubre, La estructura de la encuesta permitió desagregar que dosis de vacuna tenía el encuestado (a) y además si podía respaldar con su carnet de vacuna la información que estaba proporcionando. En general, las personas encuestadas no mostraron su carnet por diferentes razones, la principal fue que las personas fueron abordadas en las calles.

⁴ Nomenclatura del PAI sobre cobertura: Cobertura excelente (80% a 100%); Muy buena (60% a 80%); Buena (40% a 60%); Baja (20% a 40%); Muy baja (0% a 20%).

En la tabla 4, los departamentos que tienen una brecha de mas de 10 puntos porcentuales están resaltados en rojo (Pando, Oruro, Santa Cruz y Cochabamba); los departamentos que tienen una brecha de entre 6 a 10 puntos porcentuales están pintados de amarillo (Potosí y La Paz) y los que tienen brecha mínima son los pintados de verde (Chuquisaca y Beni). El departamento de Tarija si bien tiene buena cobertura, la brecha inter dosis es alta de 12,3 puntos porcentuales⁵.

Tabla 4: Brecha 1ra y 2da dosis – vacunas bi dosis

	Pando	Oruro	S. Cruz	Cbba	Potosí	La Paz	Chuqui	Beni	Tarija
1ra dosis	82,0%	67,2%	66,5%	48,1%	57,9%	32,4%	62,0%	64,8%	76,6%
2da dosis	65,0%	50,0%	51,2%	37,0%	48,9%	24,2%	56,7%	62,3%	64,3%
Brecha 1ra-2da	17,0%	17,2%	15,3%	11,1%	8,9%	8,2%	5,3%	2,5%	12,3%

Factores que han facilitado la vacunación en el área rural

Los factores que han facilitado la vacunación se explican desde la perspectiva individual (en base a los hallazgos cuantitativos de las encuestas a personas del área rural) y desde las impresiones relevadas a través de las entrevistas a autoridades comunitarias y al personal de salud:

Factores individuales (hallazgos de encuesta a la población rural):

La encuesta evidenció los siguientes *factores individuales* que influenciaron a las personas a vacunarse. Los mismos se muestran en orden de frecuencia en el gráfico 11 y son los que han obtenido mayores porcentajes en una pregunta de opción múltiple.

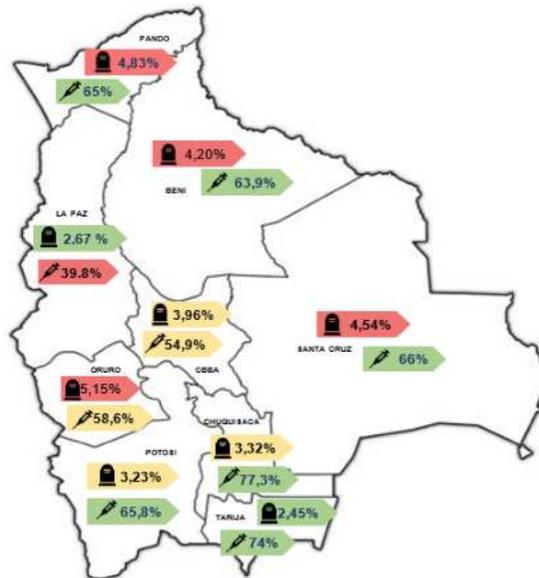
En los departamentos de baja cobertura se resaltan los siguientes 5 factores individuales: *Tengo miedo a contagiarme: No quiero poner en riesgo a mi familia; Es requisito/obligación; Tengo miedo llegar a morir; y No tengo dinero para pagar médicos.* En la tabulación de los factores de Tarija, se evidenciaron: *Tengo miedo a contagiarme: No quiero poner en riesgo a mi familia; Es requisito/obligación; y aparece la opción “he escuchado en TV/radio que es importante vacunarse”.*

Gráfico 11: Factores individuales que motivaron a vacunarse (n=959)



⁵ Todos los departamentos en general tienen brecha entre la primera y segunda dosis que pueden deberse a diferentes factores: Porque todavía no les tocaba recibir la segunda dosis en el momento de la encuesta, porque no hubo demanda de la población o porque existieron debilidades de seguimiento en el personal de salud. No se hizo mayor exploración en este indicador, en vista de la naturaleza de sondeo rápido del estudio, pero se lo muestra para generar algunas reflexiones.

El común denominador entre los principales factores de motivación individual en todo el país fue el miedo personal o de afectación familiar, o el miedo a las complicaciones que pueden llevar a la hospitalización o que resulten en la muerte. En la foto, se muestra el nivel de letalidad por departamento y la coincidencia de nivel de vacunación. La letalidad más alta esta en los departamentos de Ouro, Santa Cruz, Beni y Pando. (UDAPE.2021)



Ref.: Muertes; vacunados

Tabla 5: Letalidad por COVID-19

Letalidad	La Paz	Tarija	Chuquisaca	Cochabamba	Potosí	Oruro	Santa Cruz	Beni	Pando	Total
Casos	81.489	31.040	22.966	54.771	17.842	20.316	139.755	18.626	6.170	280.446
Fallecidos	2.175	762	762	2.171	577	1047	6.341	783	298	11979
%	2,67%	2,45%	3,32%	3,96%	3,23%	5,15%	4,54%	4,20%	4,83%	4,27%

Fuente: Elaboración UDAPE con información del Ministerio de Salud (Hasta junio 2021).

Factores desde la perspectiva de la comunidad:

A continuación, se exponen algunos factores clave identificados, expresados como “*buenas prácticas*” obtenidas de las entrevistas cualitativas a autoridades comunitarias y personal de salud que podrían contribuir a entender porque en algunos lugares se han obtenido buenas coberturas a la fecha del sondeo:

Buenas prácticas

- *En Tarija, San Lorenzo, la doctora del centro de salud, destacó la labor de los corregidores, quienes entregan, al personal de salud, las listas de familias por barrios/comunidades para programación de la vacunación y ellos se encargan de asegurar la llegada de las personas al punto de vacunación enviando instructivos a los barrios/comunidades. “Ellos (corregidores) hacían mucho esfuerzo para informar y asegurar que lleguen...no llegaban todos, pero un buen número sí”. (RMS San Lorenzo)*
- *En Tarija, Uriondo, el presidente de la OTB destacó el trabajo de la doctora del centro de salud, quien participó de los Ampliados y reuniones para informar sobre las vacunas. De esa manera, las autoridades comunales recibieron la información para transmitir la información a las bases (familias). (presidente OTB Uriondo)*
- *En Oruro, la autoridad del Ayllu de Corque, mencionó que el médico del centro de salud, junto a las autoridades de los Ayllus, organizaron Asambleas comunitarias en las que el personal de salud **socializó** a las autoridades sobre la vacuna contra el COVID-19 y las medidas de prevención y las autoridades originarias presentaron las medicinas naturales que podrían usar las personas de la comunidad para prevención y en caso de infección, en un esfuerzo Intercultural. “El doctor tiene nuestra confianza porque hemos trabajado juntos, él nos explicó de la vacuna y nosotros le explicamos de nuestras medicinas tradicionales” (Autoridad originaria de Corque).*
- *En Pando, el presidente de barrio en el municipio de Puerto Rico, destacó que, entre el personal de salud, las autoridades comunitarias, y el Gobierno Municipal han trabajado arduamente desmintiendo la información que llegaba por RRSS sobre mensajes e información en contra de la vacuna. Además, el presidente de barrio acompañaba al personal de salud para buscar a las personas que requerían segunda dosis de vacuna, con apoyo de gasolina del Gobierno Municipal “No están viniendo al centro para vacunarse (2da dosis) ...entonces, los vamos a buscar a su casa para vacunarles, aunque pele el sol (sol fuerte)” (presidente de barrio Puerto Rico)*
- *La autoridad originaria del río Ichilo, mencionó que el personal de salud goza de mucha confianza de la población porque les informa permanentemente en sus reuniones mensuales y sienten que ellos fueron una de las primeras comunidades originarias en recibir las vacunas, lo que agradecieron mucho. (Vice cacique río Ichilo)*
- *En Beni, San Javier, mencionaron que en Trinidad han decidido implementar medidas restrictivas en diferentes espacios públicos como, entrada a los bancos, universidades o institutos técnicos que están impulsando la decisión de personas a vacunarse. (presidente Junta de vecinos San Javier)*
- *En todos estos casos mencionados, las autoridades comunitarias habían recibido la vacuna antes que todos para contribuir a contrarrestar el temor de la gente que tenía para vacunarse.*

Factores de gestión desde la perspectiva del personal de salud:

Los coordinadores de red, personal médico y personal local responsable del PAI, han destacado los siguientes aspectos del sistema de salud que han contribuido positivamente a los procesos de vacunación:

- *Abastecimiento regular de vacunas* desde el nivel central hasta los municipios rurales, objeto de estudio en este sondeo. En general, este factor fue destacado en todos los departamentos. Desde sus expresiones, solamente al principio de la campaña nacional experimentaron corto circuitos de abastecimiento, convirtiéndose poco a poco en regular.
- *Buena cadena de frío*: En todos los casos, la cadena de frío no ha tenido complicaciones o limitaciones que hubieran podido afectar la regularidad de la provisión de vacunas. En muchos casos, los establecimientos de salud fueron equipados con nuevos refrigeradores y otros elementos de la cadena de frío, con financiamiento de fuentes locales, especialmente provenientes de los gobiernos municipales.
- *Movilización*: En Pando (Puerto Rico), y Cochabamba (Tiquipaya), la Coordinadora de red y la jefe médico municipal respectivamente, mencionaron haber organizado dispuesto a todo su personal para la campaña, aun descuidando otros servicios con viajes prolongados de 10 a 12 días en Puerto Rico, para asumir el desafío de la campaña nacional en corto tiempo. “*Esta campaña es inédita, no es como la pentavalente que tienes todo un año para vacunar a un niño, en este caso, teníamos que llegar a toda la población en corto tiempo*” (Dra. jefe médico municipal Tiquipaya)

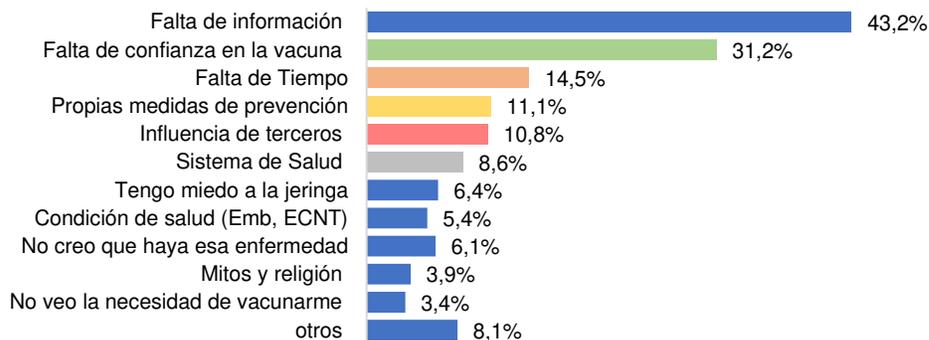
Factores que han impedido la vacunación en el área rural

Varios factores han influido negativamente en la vacunación en el área rural, desde factores individuales en la población que han generado rechazo, hasta factores de gestión del proceso de vacunación. En ese marco, en la siguiente sección, se explicará la perspectiva individual (en base a los hallazgos cuantitativos de las encuestas a personas del área rural de departamentos de baja cobertura) y las impresiones relevadas a través de las entrevistas a autoridades comunitarias y al personal de salud sobre el proceso de vacunación:

Factores individuales (hallazgos de encuesta a la población rural):

La encuesta evidenció, en promedio, los siguientes factores, en las personas encuestadas de LOS 8 departamentos, que han influido directa o indirectamente en el rechazo de las vacunas contra el COVID-19 (Gráfico 12)

Gráfico 12: Factores individuales rechazo a la vacuna
8 Departamentos (n=407)



Se los describe a continuación según frecuencia y en el orden de mención, a partir de una pregunta de opción múltiple.

- “La falta de información” es el factor individual más frecuentemente mencionado. La falta de información estaba relacionada principalmente a información sobre la vacuna misma o los tipos de vacunas. Como se explicó antes, en el gráfico 7, en promedio, cerca de la mitad de las personas encuestadas mencionaron que su mayor preocupación era “que las vacunas no sean seguras para su salud”; un tercio de las personas en promedio mencionaron que “no hay suficiente información sobre efectos secundarios”; y 1 de 4 personas percibía que la vacuna le iba a producir enfermedad. Finalmente, un porcentaje de las personas en la encuesta expresaron confusión sobre “que vacuna es mejor”, lo que se corroboró en las entrevistas cualitativas a autoridades que mencionaron que la gente estaba confundida por los tipos de vacunas y que no sabían cuál era la más efectiva o cual era la menos nociva para su cuerpo. La doctora de Tiquipaya contó su experiencia de preocupaciones que recogía de la gente que decían que conocían un solo tipo de vacuna para los niños y no entendían porque la vacuna contra el COVID-19 eran varias.
- Otro factor frecuentemente respondido era la “falta de confianza a la vacuna”, muy relacionada a los efectos que puede tener las mismas según sus percepciones, pero mucho más debido a que mucha gente la asocia con muerte, aspecto que será explicado en la siguiente sección. Es muy probable que esta falta de confianza este muy relacionada a la falta o insuficiente información sobre la vacuna, como se explicó anteriormente.

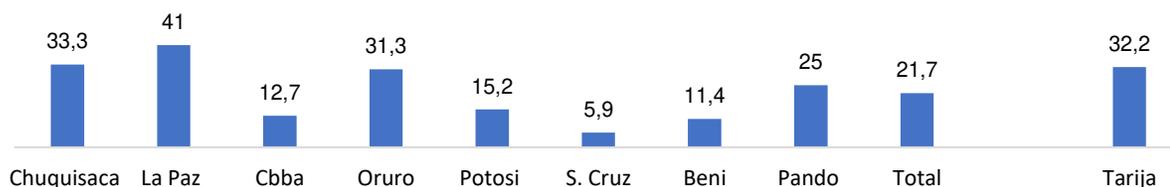
- La “*falta de tiempo*” estaba muy en relación a la distancia que mucha gente tenía que recorrer para llegar a los puntos de vacunación. En las entrevistas cualitativas se explicará como la gente pensaba en el tiempo perdido cuando una persona es vacunada, ya que tiene que cumplir requisitos como “*cuidarse unos días*”; “*no levantar cosas pesadas*”; “*no trabajar*” que a mucha gente le ha significado rechazar la segunda dosis.
- Según el gráfico, el factor de “*propias medidas de prevención*” se refieren a las medidas tradicionales de las personas en las comunidades en caso de cualquier enfermedad, siendo la búsqueda de ayuda en un establecimiento de salud alternativas siguientes a la opción tradicional. En este grupo también estaba la opción de otras medidas de prevención como el dióxido de cloro o la ivermectina a las que algunas personas acudían, sobre todo aquellas que habían escuchado hablar de ellas. En las entrevistas cualitativas y visitas de campo se escuchaba más del dióxido de cloro e ivermectina en las zonas rurales de Oruro y La Paz como otras medias de prevención que la vacuna.
- El factor relacionado a “*influencia de terceros*”, mostró poca frecuencia y se relaciona a la influencia de autoridades, influencia de amigos o familiares o las RRSS para rechazar la vacuna.
- El factor relacionado al “*sistema de salud*” tiene que ver con comentarios que hacían las personas sobre el personal de salud. Las entrevistas cualitativas van a reforzar este último factor más relevante, por lo que será analizado luego.
- Otros factores como “*mitos o religión*”, si bien fueron mencionados, pero en poca frecuencia.

Factores desde la perspectiva de la comunidad:

A partir de las entrevistas cualitativas a autoridades locales y el personal de salud, se han relevado los siguientes aspectos que podrían estar influyendo de manera directa o indirecta en el rechazo a las vacunas. Muchos de estos factores son consistentes con las percepciones individuales obtenidas a partir de las encuestas explicadas en la sección anterior.

- *Propias medidas de prevención*, principalmente con medicinas naturales fue el factor más mencionado por las autoridades en las entrevistas. Es importante mencionar que este factor se escuchó con más frecuencia y fuerza en las entrevistas cualitativas con autoridades de la región del occidente (Altiplano de La Paz, Oruro y Potosí) que es consistente con los datos de encuesta en La Paz y Oruro (Gráfico 13). Si bien varios mencionaron a las alternativas tradicionales o naturales como forma complementaria para prevención, algunas otras autoridades mencionaron que las familias en las comunidades se justifican con ello para no acceder a las vacunas⁶.

Gráfico 13: Medidas de prevención con medicinas naturales



⁶ Dentro de las propias medidas de prevención se escucharon algunas particularidades como en TOMAVE Potosí, donde las comunidades se alimentan frecuentemente de carne de llama y miel de abeja que les protege de sufrir enfermedades, según su corregidor. En otro ejemplo, en Challapata el Ayllu principal mencionó que en sus comunidades promocionaron intensamente medidas como el consumo del dióxido de cloro e ivermectina que las mismas autoridades ayudaban a buscar para sus familias en las comunidades.

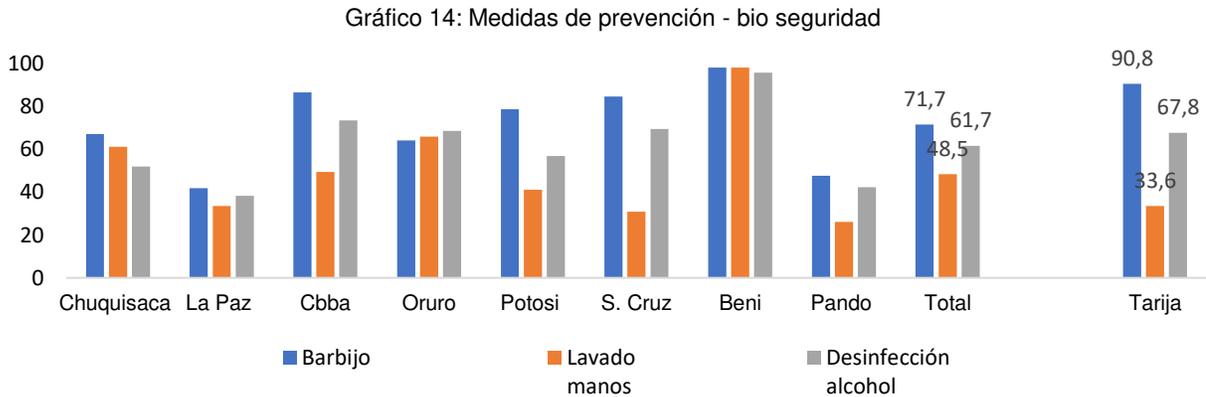
- **El miedo e inseguridad a la vacuna**, fue otro factor más mencionado por varias personas entrevistadas de la comunidad como razones para rechazar la vacuna contra el COVID-19. Como se mencionó anteriormente el miedo estaba relacionado con casos de enfermedad grave o muerte ocurridas post vacuna, según respuestas de los entrevistados. En algún caso se trataba de personas cercanas o familiares dejando un efecto psicológico en toda la familia. Este temor estaba relacionado también a los efectos adversos o síntomas post vacuna que muchas personas en las comunidades quieren evitar para no sentirse perjudicados en su día a día: trabajo, labor gremial o agricultor. *“Sagrado es el trabajo, no te puedes perjudicar ni un día”* (Autoridad originaria de Corque); *“con la dosis única, te perjudicas, pero es solo un día de trabajo”* (Cacique Puerto Villaroel). La inseguridad y temor fue también relacionado a toda la información negativa que proviene de las RRSS.
- **Falta de *socialización***. La mayor parte de las autoridades entrevistadas, sobre todo del occidente han mencionado a la *socialización* como una gran necesidad no cumplida hasta el momento por la mayor parte del personal de salud. Socialización no necesariamente entendida como transmisión de información del COVID-19, sino más bien como una forma de encarar conjuntamente el problema. Especialmente esperan, a través de la socialización, que el personal participe en sus espacios comunitarios para entender mejor el problema (pandemia y luego las vacunas) e identificar de manera conjunta posibles soluciones. *“No vienen a las Asambleas, Ampliados de la comunidad, solo van a sus ferias (ferias de salud), ahí están algunas cuantas personas nomas”* (Ayllu Challapata); *“Nunca han venido, hemos escuchado en radio algunas comunicaciones, pero no han venido a los ampliados...deben estar cansados (los médicos) por eso no vienen”* (Autoridad Tinguipaya). La Socialización en sí, no es una acción comunicacional solamente, es más bien una oportunidad donde las personas se complementan e interactúan (Rengifo.2006) ⁷. Este factor estaba muy en relación con la pérdida de confianza con el personal de salud, según explicaron las autoridades.
- **Sub estimación de la enfermedad**. Varias autoridades entrevistadas, sobre todo del occidente han expresado poca preocupación por la enfermedad, mencionando que “esta enfermedad no es del pueblo” o que *no* les ataca con tanta intensidad como a las personas de las ciudades por lo que son ellas (las personas de las ciudades) las que necesitan vacunarse *“En el campo comemos todo natural, en la ciudad comen comida chatarra nomas, de ahí viene la enfermedad, ellos que se vacunen”*; *“la enfermedad se ha apagado”*; *“ha sido como una pasada de viento, ya no hay, no habrá esa cuarta ola que dicen”* (Autoridad Tinguipaya, Potosí); *“la vacuna no es para el pueblo, es para las ciudades, ahí comida chatarra nomas comen”*; *“así nomás va a pasar, si nos vacunamos, vamos a perder la memoria”* (JJVV Pucarani, La Paz); Algunas autoridades mencionaron que ni barbijo utilizan *“No pues, barbijo para qué? Primero porque en el campo solito andas y segundo porque ya no hay esa enfermedad”* (Autoridad Batallas, La Paz)

Los hallazgos cualitativos que sugieren sub estimación pueden estar en consistencia con los datos cuantitativos de la encuesta que evidencia que, tanto en los departamentos de baja cobertura como en Tarija solo un 36% (492/1366) y 30% (47/154) respectivamente habían mencionado haber enfermado o creen haber enfermado de COVID-19. Comparado con el sondeo de ciudades, donde en promedio un 46,5% de las personas encuestadas habían mencionado haber enfermado de COVID-19, el dato en la zona rural es evidentemente menor (MSD-OPS. 2021)⁸

⁷ Socialización: *“En la sociedad andina, hombres y naturaleza están vinculados efectivamente por una interdependencia que les permite crecer mutua y recíprocamente. Ninguno es superior, considerándose todos iguales con la misma capacidad de aprender unos de otros. Rengifo G. Concepción andina sobre la niñez. Revista de Educación Intercultural Bilingüe. Universidad Mayor de San Simón – Cochabamba, Bolivia. 2006*

⁸ Sondeo ciudades. Demanda de vacuna contra el COVID-19. MSD-OPS.2021

Por otro lado, en los datos de encuesta llama la atención el porcentaje promedio alto del uso de la mascarilla/barbijo a nivel nacional, sin embargo, se evidencia porcentajes bajos en algunos departamentos como La Paz o Pando. En las reuniones de seguimiento al proceso de recolección de datos con los encuestadores, ellos nos comentaban que la mayor parte de las personas entrevistadas no portaban la mascarilla/barbijo durante la entrevista y cuando se les preguntó qué medidas de prevención aplica, mencionaban el uso del barbijo. Por otro lado, se evidencia también baja práctica de lavado de manos y de desinfección de las manos con alcohol. (Gráfico 14) que pueden sustentar la posición de sub estimación de la enfermedad como causa de rechazo a la vacuna contra el COVID-19.



- Preferencia monodosis.* Este factor ha contribuido en la disminución de las segundas dosis en vacunas bi-dosis. Como se mencionó antes, este factor tiene que ver también con los efectos potenciales secundarios de la vacuna, que aún sea un malestar menor, con dolor, a decir de ellos *“les perjudica en su trabajo”*. Una autoridad de Potosí mencionó que el personal de salud le había informado que, si se vacunara, tenía que evitar el alcohol durante 21 días. El replicó mencionado que no se vacunó por ese mismo hecho porque no podría dejar de tomar alcohol *“yo soy autoridad y a nosotros siempre nos invitan, entonces que voy a dejar de tomar alcohol 21 días, ¡¡imposible!!”*
- Influencia directa de autoridades locales, comunitarias para no vacunarse:* Algunas autoridades entrevistadas de Chuquisaca, Potosí y La Paz, expresamente mencionaron que ellos mismos habían instruido a sus bases a no vacunarse, por dos razones, piensan que el COVID-19 no es una enfermedad grave y segundo porque habían sido testigos, según sus repuestas, de muertes de personas que se habían vacunado. Este factor esta descrito como penúltimo, debido a que no fue mencionado tan frecuentemente en las entrevistas, lo que es consistente con los datos de encuesta (Gráfico 12) en el que se menciona a las autoridades comunitarias en un cuarto puesto de respuestas (influencia de terceros), como fuentes de información en contra de las vacunas, sobre todo por RRSS.
- Confusión vacunación obligatoria vs voluntaria.* Varias autoridades responsabilizaron a las comunicaciones de autoridades sobre la obligatoriedad o no de la vacuna. Mencionaron que comenzaron bien cuando algunas autoridades mencionaron que la vacuna era obligatoria, pero cuando algunas personas escucharon por medios informativos que la vacuna es voluntaria, el interés de la gente comenzó a disminuir. A decir de la autoridad comunitaria de Puerto Villaroel (Cochabamba), mucha gente le decía: *“no me puedes obligar ahora, si me pasa algo, tu vas a ser el responsable”*

Factores de gestión desde la perspectiva del personal de salud:

El personal de salud entrevistado, de las Redes de Salud y municipios seleccionados, expresaron sus preocupaciones en relación a la gestión del proceso de vacunación que habrían influido en las bajas coberturas de vacunación en sus sitios de trabajo. Los factores que se describen a continuación se presentan en orden de frecuencia de mención:

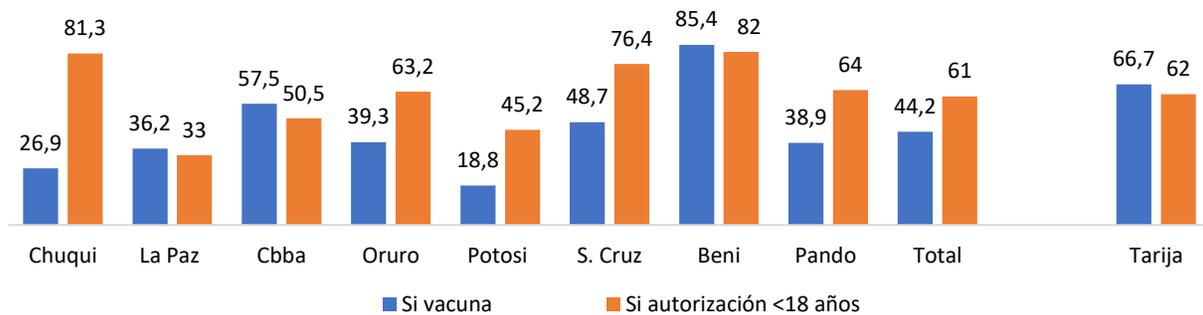
- *Fracos multidosis de vacunas:* la mayor parte del personal entrevistado mencionó que además de afrontar la campaña en poco tiempo también debían lidiar con la necesidad de identificar suficiente población para abrir un frasco multidosis para evitar la pérdida de vacunas. Sumado a este aspecto, varios entrevistados mencionaron que se escucharon diferentes versiones sobre el factor pérdida: algunos mencionaron que habían recibido una circular que les autorizaba a abrir un frasco de vacuna aun así sea para una persona. En otros establecimientos de salud mencionaron que, si bien había una circular de nivel central para abrir frascos con factor pérdida, había otras instrucciones de niveles intermedios que les prohibían tener pérdida. Finalmente había otras personas que ignoraban de estas decisiones y expresaban tener confusión con las circulares, ya que al parecer la instrucción era solo para una sola vacuna (Aztrazéneca) y no para todas las vacunas bi-dosis. Algunas otras personas reflexionaban diciendo que el personal de salud debería tener conciencia evitando perder dosis por el alto costo de estos biológicos para el país. Sin embargo, en general, todo esto repercute en la persona finalmente *“El paciente, viene, espera para vacunarse, y si no encontramos otras personas, se va enojado”* (Dra. San Lorenzo, Tarija); *“por esta razón la vacunación se ha estancado (paralizado)”* (Dra. Chuquisaca, Presto)
- *Insuficiente RRHH:* Varios jefes médicos municipales y Coordinadores de red, coincidieron en que parte del problema es la insuficiente cantidad de personal en los establecimientos de salud: estas fueron algunas expresiones *“gran cantidad de los establecimientos de salud son postas con un solo auxiliar que tiene que ver COVID-19 y otros programas, no se abastecen”*; *“Se ha sobre-saturado el trabajo del personal y en muchos casos, ellos han enfermado y casi colapsamos sin personal”*; *“En mi municipio, algunos médicos fueron replegados a la ciudad desde que comenzó la pandemia y hasta ahora no se han reconstituido (no nos han devuelto los ítems) a sus puestos”*; *“en mi municipio se contrató personal AISEM pero esos ítems fueron designados a personal que ya tiene ítem y eso no puede ser, al final igual tenemos la misma cantidad de personal”*. En algunos departamentos, mencionaron también la inestabilidad del personal de salud por alta rotación de personal con despidos y/o reemplazos frecuentes.
- *Dificultades conectividad RNV:* la dificultad de señal y el uso del Registro de Vacunas también fue mencionado, aunque con menos frecuencia. A decir de los entrevistados, el personal de salud tenía que hacer esfuerzos para recordar si las personas estaban o no vacunadas debido a las limitaciones de conectividad en sitios remotos.
- *Esfuerzo insuficiente de información:* Algunos médicos reconocieron, en un ejercicio de auto evaluación, que no lograron informar lo suficiente a la población sobre la vacuna contra el COVID-19 y que, debido a eso, la información en contra de la vacuna llegó a la población influyendo en su decisión de vacunarse *“nos ha ganado los malos informantes, hemos informado menos...teníamos que competir”* (Dr. Potosí, Tomave). Este aspecto esta agravado por la falta de recursos del personal de salud, técnicos respecto a conocimiento para llegar con mensajes claros y concretos por la misma falta de capacitación recursos financieros para contar con material físico o audible para la promoción.

Intención de vacunación y autorización para vacunación de menores de 18 años

De las 407 personas que no se habían vacunado todavía en el momento de la encuesta, en promedio un 44,2% (180/407) mencionaron que si se van a vacunar y cerca de la tercera parte (27,8%; 113/407) mencionaron que no sabían aún, lo que representa una oportunidad importante para el programa. En el caso de Tarija un porcentaje importante (66,7%; 14/21) decidieron que si se van a vacunar.

Por otro lado, de las 765 personas que mencionaron tener hijos(as) menores de 18 años, en promedio un solamente el 61% (467/765) respondieron que si darán autorización para que se vacunen comparado con el 62% de Tarija. Gráfico 15.

Gráfico 15: Intención de vacunación y autorización para vacunación a menores de 18 años

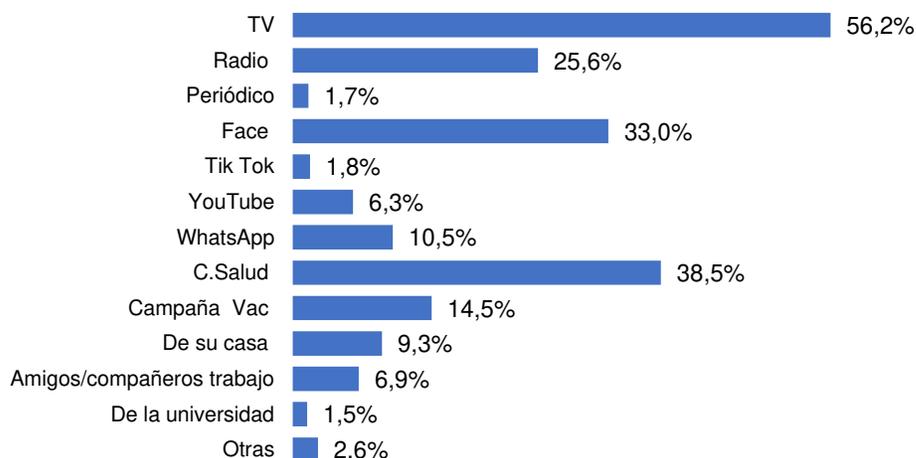


INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

Fuente de información sobre la vacuna contra el COVID-19:

Un 97,4% (1330/1366) de las personas encuestadas en los departamentos de baja cobertura habían recibido alguna información sobre la vacuna contra el COVID-19 y un 98,7% (152/154) en Tarija. Según el gráfico cerca de la mitad de las personas encuestadas en promedio (56,2%) habían recibido la información por la televisión; en segundo lugar, desde el Centro de Salud (38,5); luego a través del Facebook (33%) y finalmente 25% a través de la radio, siendo estas fuentes las más frecuentemente mencionadas. En Tarija se repite la misma tendencia, excepto en el segundo lugar ocupando en ese departamento el Facebook. Las otras opciones obtuvieron menos repuestas en una pregunta de opción múltiple. (Gráfico 16)

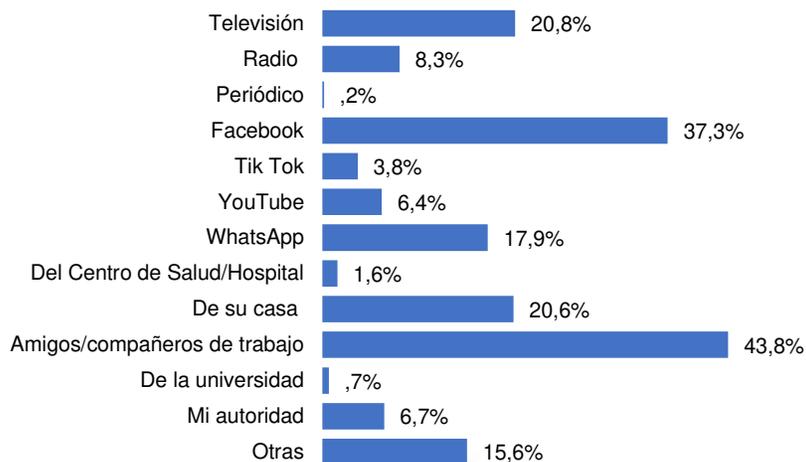
Gráfico 16: Fuente de información sobre la vacuna contra el COVID-19



Mensajes en contra la vacuna contra el COVID-19:

Un 84,5% (1154/1366) de las personas encuestadas en los departamentos de baja cobertura mencionaron haber estado expuestos a algún mensaje en contra de las vacunas contra el COVID-19 por algún medio de difusión. Un porcentaje similar (86,4%; 133/154) en Tarija habían recibido alguna información en contra de las vacunas. Según el gráfico, en promedio, las fuentes más frecuentes de información de mensajes en contra de la vacuna eran, en orden de mención: Los amigos/compañeros de trabajo; las RRSS específicamente el Facebook, la Televisión y los familiares en casa. Las autoridades locales como fuente de información en contra de la vacuna se ubican en un séptimo lugar (Gráfico 17)

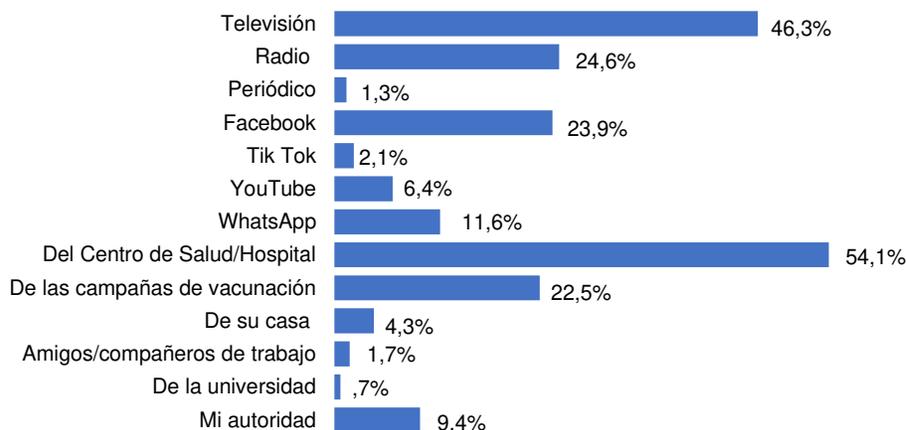
Gráfico 17: Fuentes de mensajes en contra de la vacuna contra el COVID-19



Fuente de preferencia para recibir información sobre la vacuna contra el COVID-19

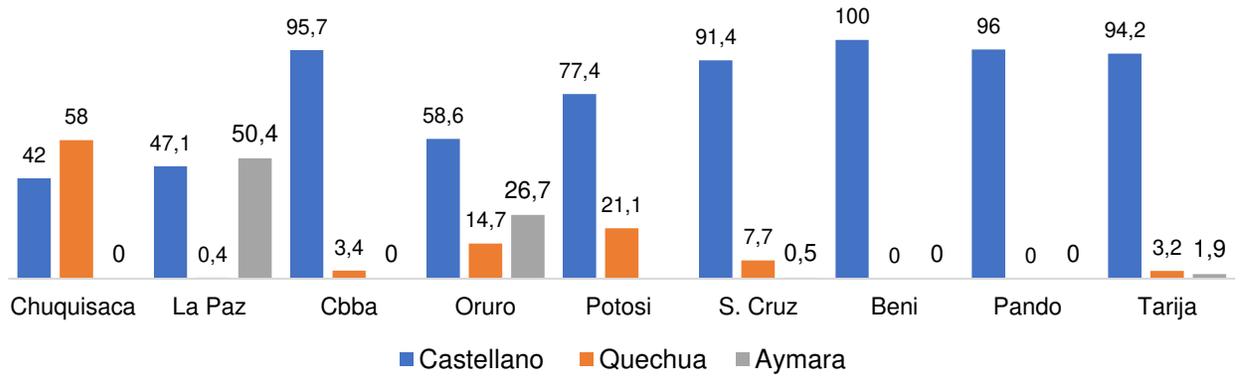
En promedio, las fuentes de información de preferencia para recibir información sobre la vacuna contra el COVID-19 en orden y frecuencia de respuestas eran: Del centro de salud, de la televisión, de la radio, del Facebook, desde las campañas de vacunación y otros. Hay algunas particularidades a interior de los departamentos de baja cobertura, sin embargo, no son estadísticamente representativas. Tarija muestra la misma tendencia con las mismas fuentes de preferencia. (Gráfico 18)

Gráfico 18: Fuente de preferencia para recibir información sobre la vacuna contra el COVID-19



Respecto al idioma de preferencia para recibir información sobre la vacuna contra el COVID-19, si bien en el promedio se evidencia que el idioma castellano es el más preferido, en el detalle por cada departamento se identifican particularidades significativas, especialmente en la región del occidente donde (Gráfico 19) se observa que en el departamento de La Paz, cerca de la mitad de las personas encuestadas prefieren escuchar mensajes en aymara o en Chuquisaca donde el quechua es el idioma de preferencia. En Oruro cerca de la mitad de las personas esperan recibir información en quechua (14,7%) y Aymara (26,7%). En Tarija claramente el idioma de preferencia es el castellano, así como en los otros departamentos del oriente.

Gráfico 19: Preferencia idioma información vacuna COVID-19



RESULTADOS ANALÍTICOS

En el análisis de variables independientes con las variables dependientes de vacunación contra el COVID-19 se evidencia asociación estadísticamente representativa en todas las variables, excepto en la variable de género (Tabla 6):

Tabla 6: Análisis asociativo

Análisis asociativo de variables	Vacunación				Total		Chi-cuadrado de Pearson
	Si		No		#	%	P (Sig. asintótica)
	#	%	#	%			vs. P (sig. 5%)
Edad							
18 a 29	320	66,0	165	34,0	485	100,0	
30-69	639	72,5	242	27,5	881	100,0	
Total	959	70,2	407	29,8	1366	100,0	0,011 < 0,05
Género							
Hombre	472	70,7	196	29,3	668	100,0	
Mujer	487	69,8	211	30,2	698	100,0	
Total	959	70,2	407	29,8	1366	100,0	0,72 > 0,05
Estado civil							
Soltero (a)	416	71,2	168	28,8	584	100,0	
Casado (a)	313	73,1	115	26,9	428	100,0	
Unión estable (Concubinato)	187	63,6	107	36,4	294	100,0	
Total	916	70,1	390	29,9	1306	100,0	0,017 < 0,05
Religión							
Católica	740	73,7	264	26,3	1004	100,0	
Cristiano	149	65,4	79	34,6	228	100,0	
Total	889	72,2	343	27,8	1232	100,0	0,011 < 0,05
Condición laboral							
Con trabajo con sueldo	292	83,2	59	16,8	351	100,0	
Con trabajo sin sueldo	317	66,9	157	33,1	474	100,0	
Total	609	73,8	216	26,2	825	100,0	0,00 < 0,05
Nivel de instrucción							
Terminó colegio/secundaria	389	68,2	181	31,8	570	100,0	
Terminó estudios superiores/después de colegio	304	84,9	54	15,1	358	100,0	
Total	693	74,7	235	25,3	928	100,0	0,00 < 0,05
Enfermó o cree que ha enfermado de COVID-19							
Si	379	77,0	113	23,0	492	100,0	
No	480	67,0	236	33,0	716	100,0	
Total	859	71,1	349	28,9	1208	100,0	0,00 < 0,05
La vacuna contra el COVID-19 evita que una persona enferme gravemente o muera si contrae la enfermedad							
De acuerdo	705	84,8	126	15,2	831	100,0	
Ni de acuerdo/Ni en desacuerdo	214	56,6	164	43,4	378	100,0	
En desacuerdo	40	25,5	117	74,5	157	100,0	
Total	959	70,2	407	29,8	1366	100,0	0,00 < 0,05

CONCLUSIONES

El diseño del estudio separó el país (rural) en dos sectores: los departamentos que, al momento del corte de información de cobertura del PAI (septiembre), mostraban *cobertura baja y muy baja*, ingresando en este primer grupo los departamentos de Santa Cruz, Beni, Pando, Cochabamba, Chuquisaca, La Paz, Oruro y Potosí. El departamento de Tarija fue trabajado de manera independiente ya que en ese momento mostraba buena cobertura. En ese marco, durante la descripción de los resultados, se presentó los hallazgos haciendo mención a los 8 departamentos y Tarija, no con afán comparativo sino para resaltar particularidades sobre factores facilitadores y obstaculizadores a la vacuna contra el COVID-19.

En relación a los resultados, el promedio de edad de los encuestados (as) era de 37 años, siendo el grupo de edad con mayor porcentaje de encuesta, el de 30 a 69 años, mayoritariamente solteros, mayoritariamente católicos y mayoritariamente con insuficiencia educativa habiendo terminado la mayoría solamente hasta la secundaria. Los hallazgos sugieren que la mayoría de ellos no tenían ocupación relacionada a generación estable de ingresos ya que la mayoría eran del sector informal y agricultores.

La cobertura promedio de vacunación con esquema completo en área rural del país es buena (59%), a partir de los datos de encuesta (octubre). Esquema completo representa las personas que mencionaron haber recibido las dos dosis de alguna vacuna bi-dosis sumado a personas que han recibido la vacuna de dosis única Janssen, corroborado por su carnet o no. Los departamentos de Potosí, Santa Cruz, Beni, Pando, Chuquisaca y Tarija muestran cobertura muy buena, Cochabamba y Oruro cobertura buena y La Paz tiene cobertura baja. Estos datos podrían mejorar pronto ya que hay personas con 1ra dosis que todavía no han recibido la segunda dosis. El análisis de brechas entre 1ra y 2da dosis muestra panorama positivo para seguir mejorando la cobertura general en el área rural, sin embargo, hay departamentos con brechas muy altas (Pando, Oruro y Santa Cruz) que pueden significar estancamiento en caso de no asumir medidas de reforzamiento. Por otro lado, dentro de las personas encuestadas que respondieron que no se habían vacunado aún (407), más de la mitad de ellas representan una oportunidad porque son personas que mencionaron si se vacunarán y la otra mitad mencionaron que no habían decidido aún y que necesitan más información.

Se identificó los siguientes factores facilitadores que, los hallazgos del estudio sugieren, han influido en las personas que se han vacunado: **Factores individuales:** a) *El miedo* personal o de afectación familiar, o el miedo a las complicaciones que pueden llevar a la hospitalización o que resulten en la muerte debido al COVID-19. Los departamentos con mayor porcentaje en este factor son Pando, Beni y Santa Cruz y Oruro. Este hallazgo es consistente con otros estudios que concluyen en que la gravedad de los efectos sobre la salud asociados a las enfermedades ejerce una influencia importante en la demanda de vacunación [Sadique. 2013] [1]. De hecho, los datos de mortalidad departamental por COVID-19 registran mayor letalidad en esos departamentos [UDAPE.2021] [2] y en los mismos se evidencian mejores coberturas de vacunación; b) El establecimiento de medidas de restricción en caso de no estar vacunados. Si bien este factor no fue general, pero fue importante en algunos departamentos como en el Beni, que muestra buenas coberturas y brecha mínima entre 1ra y 2da dosis. **Factores comunitarios:** A partir de las entrevistas a autoridades comunitarias se resaltan los siguientes factores que se muestran como *buenas prácticas* en departamentos con buena cobertura: participación activa de autoridades comunitarias, específicamente elaborando listas para identificación y motivación de la población vacunable por parte de las autoridades; participación del personal de salud en los Ampliados de las comunidades explicando sobre las vacunas; implementación local de medidas restrictivas y las autoridades comunitarias dando el ejemplo vacunándose primero. **Factores del sistema de salud:** En todas las entrevistas con personal de salud han resaltado la provisión regular de las vacunas contra el COVID-19 desde el MSD y la buena cadena de frío en los establecimientos de salud con apoyo de los Gobiernos Municipales.

Como otros factores, se demostró influencia, estadísticamente significativa, entre el estado vacunal con la **edad**, con mayor porcentaje de vacunados (as) en el rango de 30 a 69 años, grupo de edad que muestra mayor intención de vacunarse debido a los riesgos más altos relacionados con la edad durante una pandemia [Bish, 2011] [3]; **el nivel de instrucción**, con mayor porcentaje de vacunados (as) en el grupo que había terminado estudios superiores; **condición laboral**, con un porcentaje menor de vacunados en el sector informal y entre agricultores, consistente con [Larson, 2014] [4] que fundamenta que las personas con ingresos económicos más bajos tienden a tener opiniones más negativas sobre las vacunas.

Respecto a los factores relacionados a porque muchas personas no se han vacunado todavía en el área rural, el estudio ha evidenciado la presencia de factores individuales (demanda) y factores relacionados al sistema de salud (oferta) que, el estudio sugiere, han influido de manera directa o indirecta, de manera separada o en conjunto en la decisión de no vacunarse. **Factores individuales:** a) *Falta de información* sobre las vacunas contra el COVID-19 como factor individual más frecuente entre las respuestas de la encuesta relacionada principalmente a información sobre la vacuna misma o los tipos de vacunas. Este factor muy relacionado también con el alto nivel de preocupación porque las vacunas no sean seguras para su salud, entre los encuestados no vacunados; b) *Falta de confianza en las vacunas* que muchas asocian con alto riesgo o muerte; c) *Falta de tiempo:* relacionado con las distancias largas que muchas personas deben recorrer para acceder a las vacunas, o el tiempo que podría demandar a las personas si se vacunaran, para recuperarse en caso de síntomas o recomendaciones a cumplir post vacunación; d) *Propias medidas de prevención*, principalmente relacionado a uso tradicional de medios locales o naturales. Este factor fue el más mencionado durante las entrevistas a las autoridades comunitarias del occidente del país. **Factores comunitarios:** a) *Falta de socialización:* especialmente en la región del occidente, no concebido como una acción comunicacional solamente, sino más bien como una oportunidad donde las personas se complementan e interactúan (personal de salud -autoridades) (Rengifo.2006) [5]; b) *Sub estimación de la enfermedad:* este aspecto muy frecuente en las entrevistas a autoridades del occidente; c) *Preferencia de vacunas monodosis*, de esta forma, las familias del área rural se “*perjudicarían menos, con un solo día de vacunación y menos tiempo de recuperación*” a decir de las autoridades entrevistadas. **Factores del sistema de salud:** Entre los aspectos principales mencionados por el personal de las Coordinaciones de red o el personal entrevistado se resalta: a) *Frascos multidosis* que ha sido uno de los mayores desafíos en el área rural, debiendo hacer mucho esfuerzo para buscar la cantidad de gente para abrir un frasco multidosis; b) *Insuficiente cantidad de RRHH*, expresado como, mucha gente replegada para apoyo a las ciudades, alta rotación de personal con contratos o sobre saturación del personal que debe atender otros programas también.

Información y Comunicación: Un alto porcentaje de las personas encuestadas estaban expuestas a algún mensaje en contra de las vacunas contra el COVID-19 por algún medio de difusión, siendo las fuentes más frecuentes: Los amigos/compañeros de trabajo; las RRSS específicamente el Facebook, la Televisión y los familiares en casa.

En promedio, las fuentes de información de preferencia para recibir información sobre la vacuna contra el COVID-19 en orden y frecuencia de respuestas eran: Del centro de salud, de la televisión, de la radio, del Facebook, desde las campañas de vacunación y otros. Respecto al idioma de preferencia para recibir información sobre la vacuna contra el COVID-19, en el departamento de La Paz, cerca de la mitad de las personas encuestadas prefieren escuchar mensajes en aymara, en Chuquisaca el quechua es el idioma de preferencia. En Oruro cerca de la mitad de las personas esperan recibir información en quechua y Aymara. En Tarija claramente el idioma de preferencia es el castellano, así como en los otros departamentos del oriente.

RECOMENDACIONES

Para la formulación de las recomendaciones se consideró los hallazgos más relevantes y el marco conceptual propuesto por la OMS sobre factores impulsores para la aceptación general de las vacunas [6]. El marco considera 3 factores a partir de los cuales se presentarán recomendaciones específicas:

Entorno favorable:

- **Información y comunicación:** En vista de que la falta de información en la población rural del país fue una necesidad ampliamente expresada en las encuestas, pero también en las entrevistas cualitativas, será fundamental establecer apoyo estratégico y operativo en aspectos comunicacionales al área rural del país. Este apoyo comunicacional debería hacer énfasis en la promoción sobre la vacuna contra el COVID-19 su propósito, seguridad y efectividad (tipos), efectos adversos inmediatos y de largo plazo. En ese marco, los esfuerzos de comunicación deberían enfatizar o reforzar los conocimientos de la población en esos puntos específicos, estando consientes que mucha de esa información está actualmente en investigación; enfocar acciones a grupos más jóvenes, del sector informal, con estudios de primaria y secundaria.

Los esfuerzos comunicacionales deben considerar diseñar estrategias que desmientan los mensajes negativos a la vacuna y finalmente utilizar el idioma nativo de preferencia para el caso de los departamentos de Chuquisaca, La Paz, Potosí y Oruro para la promoción de los mensajes.

- **Frascos vacunas:** De ser posible, el área rural debería verse favorecido con dotación de frascos de vacunas unidosis o de dosis menores por dos razones: porque la vacuna unidosis es la que más prefiere la gente del área rural ya que le “perjudica menos”; y porque es más eficiente para el personal de salud ya que la imposibilidad de apertura de vacunas para pocas personas y la dispersión de la población en las zonas rurales han sido ha sido un factor preponderante para las bajas coberturas en algunos municipios.
- **Recursos Humanos:** Apoyo a las áreas rurales con personal eventual sobre todo en departamentos con baja cobertura La Paz y otros departamentos con brecha alta entre 1ra y 2da dosis. Este esfuerzo sin embargo debe ir acompañado de la estrategia de apoyo comunicacional para ser efectivo y eficiente.
- **Comunicación programática:** Fortalecer la comunicación asegurando la llegada de información al área rural del país en relación a decisiones estratégicas y operativas (instructivos) desde el nivel central hasta los lugares más recónditos del área rural y promover seguimiento a su cumplimiento. Este aspecto fue mencionado por el personal de salud específicamente a raíz de instructivas sobre el factor pérdida de las vacunas.

Influencia Social:

- **Socialización:** En vista de que la mayor parte de las autoridades entrevistadas, sobre todo del occidente han mencionado a la *socialización* como una gran necesidad no cumplida hasta el momento por la mayor parte del personal de salud, se recomienda promover acciones en el marco de la política SAFCI relacionadas al COVID-19 y la vacunación. Específicamente se recomienda no promover la socialización como una acción comunicacional solamente sino más bien una oportunidad donde la perspectiva del sector salud se complementa con la salud comunitaria. El ejemplo concreto de Oruro en el Ayllu de Corque promoviendo esta complementariedad debería ser considerado para su réplica.

BIBLIOGRAFÍA

- [1] Md Z. Sadique, Nancy Devlin. The Effect of Perceived Risks on the Demand for Vaccination: Results from a Discrete Choice Experiment. 2013
- [2] UDAPE (2006). "Presentación ppt" Informe COVID-19 Bolivia. Junio 2021
- [3] Bish A, Yardley L, Nicoll A, Michie S. 2011 Factors associated with uptake of vaccination against pandemic influenza: A systematic review.
- [4] Larson HJ, Jarrett C, Eckersberger E, Smith DMD, Paterson P. 2014 Understanding vaccine hesitancy around vaccines and vaccination from a global perspective: A systematic review of published literature, 2007 - 2012.
- [5] Rengifo G. Concepción andina sobre la niñez. Revista de Educación Intercultural Bilingüe. Universidad Mayor de San Simón – Cochabamba, Bolivia. 2006.
- [6] Behavioral considerations for acceptance and uptake of COVID-19 vaccines: WHO Technical Advisory Group on Behavioral Insights and Sciences for Health, meeting report, 15 October 2020. Geneva: World Health Organization; 2020.