

SONDEO RÁPIDO DE PERCEPCIONES DE PADRES, MADRES O TUTORES DE NIÑOS (AS) DE 5 A 17 AÑOS SOBRE LA VACUNACIÓN CONTRA EL COVID-19, EN ÁREAS URBANAS Y RURALES EL PAÍS

Septiembre 2022

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.

TABLA DE CONTENIDO

ABREVIACIONES.....	3
RESUMEN EJECUTIVO.....	4
ANTECEDENTES.....	5
OBJETIVO.....	5
MATERIAL Y MÉTODOS.....	5
RESULTADOS.....	7
CONCLUSIONES.....	18
BIBLIOGRAFIA.....	21
ANEXOS.....	22

ABREVIACIONES

APK:	Android Application Package
CAP:	Conocimientos Actitudes y Prácticas
CSRA:	Consejo de Salud Rural Andino
ESAVI	Eventos adversos Supuestamente Atribuidos a la Vacunación o la Inmunización
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
PAI:	Programa Ampliado de Inmunización
SPSS	Statistical Package for Social Sciences

RESUMEN EJECUTIVO

El objetivo era desarrollar un sondeo rápido de opinión, para medir percepciones de padres, madres o tutores de niños (as) de 5 a 17 años sobre la vacunación contra la COVID-19, en áreas urbanas y rurales del país basados en instrumentos de estudios CAP.

El diseño del estudio era de corte transversal cuantitativo, descriptivo y analítico a partir de encuesta cara a cara en las ciudades capitales y municipios rurales seleccionados de los 9 departamentos del país, con alto riesgo por bajas coberturas de vacunación, dirigido a madres, padres o tutores de al menos un niño (a) de 5 a 17 años, vacunados (as) o no contra el COVID-19, residentes en el municipio seleccionado y con aceptación de participar luego de consentimiento informado oral aplicado. Realizado entre agosto y septiembre 2022.

Se realizaron 2.153 encuestas a padres, madres o tutores de niños de 5 a 17 años de las 2.132 encuestas que se habían planificado. En las 10 ciudades capitales (9 principales y El Alto) se realizaron 1.085 encuestas y 1.068 encuestas en 20 municipios rurales con mayores problemas de vacunación. Respecto a la cantidad de niños (as) de 5 a 17 años, se detectaron en total 1.821 en ciudades capitales y 1.937 en municipios rurales.

Los resultados de este estudio ponen en evidencia un alto nivel de desinformación de padres, madres o tutores de niños de 5 a 17 años respecto a la vacuna contra el COVID-19 para ese grupo de edad, expresándose en una importante cantidad de niños (as) (52% rural y 22% en ciudades) sin ninguna vacuna contra el COVID-19, y un bajo nivel de intención de padres y madres para autorizar la vacunación de sus hijos (as) de 5 a 17 años. Los factores asociados a una disminución de la intención de vacunación fueron: el estado de vacunación del padre, madre; la baja percepción sobre la efectividad (48% ciudades y 33% rural) y seguridad (58% ciudades, 29% rural)($p < 0,005$); un 33% de padres del área rural considera que no es necesaria muy relacionado con su percepción de riesgo bajo en caso de enfermarse de COVID-19; el temor por los efectos post vacuna ($p < 0,005$); temor de los padres, madres o tutores en ciudades y municipios rurales sobre algunos efectos adversos atribuidos a la vacuna en niños (as) como la esterilidad debido a la vacuna (47% ciudades y 52% rural).

Se han identificado también algunos problemas en la oferta de las vacunas en el establecimiento de salud que, aunque en menor frecuencia, influyen en el acceso a las vacunas y las bajas coberturas de vacunación contra el COVID-19 en niños (as) de 5 a 17 años.

Se recomienda implementar acciones que generen o recuperen la confianza de la población a las vacunas en general y a las vacunas contra el COVID-19 en particular, clave para asegurar la aceptación de las vacunas a partir de acciones que busquen y promuevan participación comunitaria. Se deberá abordar con mayor énfasis y mayor especificidad la información a padres, madres o tutores sobre aspectos como la efectividad, seguridad, efectos de corto y largo plazo de las vacunas contra el COVID-19 en niños de 5 a 17 años, la importancia de completar las dosis y el cuidado post vacuna, la vacuna como parte integrante ahora del programa regular de vacunas del país.

SONDEO RÁPIDO DE OPINIÓN, PARA MEDIR PERCEPCIONES DE PADRES, MADRES O TUTORES DE NIÑOS (AS) DE 5 A 17 AÑOS SOBRE LA VACUNACIÓN CONTRA LA COVID-19, EN ÁREAS URBANAS Y RURALES BASADOS EN INSTRUMENTOS DE ESTUDIOS CAP

ANTECEDENTES

Para el cumplimiento del Plan Nacional de Inmunización 2022 y su componente de comunicación 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 de padres, madres o tutores de niños (as) de 5 a 17 años sobre la vacunación contra la COVID-19 basados en instrumentos de estudios de Conocimientos Actitudes y Prácticas (CAP) en áreas urbanas y 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.

OBJETIVO

Desarrollar un sondeo rápido de opinión, para medir percepciones de padres, madres o tutores de niños (as) de 5 a 17 años sobre la vacunación contra la COVID-19, en áreas urbanas y rurales basados en instrumentos de estudios CAP.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio

El estudio es cuantitativo, descriptivo, analítico de corte transversal, basado en una encuesta digital estructurada de 42 preguntas, con muestreo aleatorio, de aplicación cara a cara en las ciudades capitales y municipios rurales de los 9 departamentos del país, con alto riesgo por bajas coberturas de vacunación. Los participantes debían cumplir con los siguientes criterios de inclusión: a) ser madres, padres o tutores de al menos un niño (a) de 5 a 17 años; b) personas que hayan sido vacunados (as) o no contra el COVID-19; c) personas que sean residentes en el municipio seleccionado; d) Personas con aceptación de participar luego de consentimiento informado oral aplicado.

Muestreo

El cálculo del tamaño de la muestra se realizó de manera independiente para las ciudades capitales y para los municipios rurales aplicando la fórmula de muestreo aleatorio estratificado para proporciones con máxima varianza, de acuerdo con:

$$n = \sum N z^2 h (\sum wh \sqrt{ph qhh})^2 e^2 \sum Nhh + \sum wh ph qhh$$

Donde:

n: tamaño de muestra (Hogares)

N: Total población de hogares

Z: Valor normal tipificado al 95% de confianza

wh: Peso del estrato h

e: Error global de muestreo al 3%

ph: Proporción con máxima varianza

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.

La muestra global fue de 2.132 encuestas en el país, con 1.067 para las 9 ciudades capitales de departamento incluido El Alto y 1.065 en 20 municipios rurales con cobertura baja, haciendo un total de 30 municipios en el estudio (Anexo 1). Estas muestras garantizan representatividad departamental con nivel de confianza de 95% y error muestral de 3% (para el global). La distribución de la muestra fue potencial con base al peso poblacional de cada 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 el departamento de La Paz.

Cuestionario

Se diseñó el cuestionario digital utilizando 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 y OPS. El cuestionario constó de 42 preguntas orientadas a evaluar las características sociodemográficas, la percepción de los padres sobre el riesgo de contagio o enfermedad por COVID-19 en sus hijos (as) de 5 a 17 años, percepción sobre la necesidad de vacunación, así como la percepción y conocimiento sobre los efectos adversos relacionados con las vacunas contra el COVID-19 (Anexo 2). Las preguntas se basaron en encuestas de estudios previos realizados por la OPS y otros estudios similares en la región [1].

Recursos humanos y selección de informantes

El CSRA trabajó con 18 encuestadores que estaban distribuidos en todo el país (entre agosto y septiembre 2022), repartidos según proporción poblacional/encuestas. Estos equipos fueron entrenados en la encuesta y técnicas efectivas de entrevista por 3 profesionales, un médico salubrista como coordinador general, una estadística y un ingeniero informático.

En cada sitio (ciudades y municipios rurales), los encuestadores se encargaron de informar a las autoridades locales sobre la actividad de sondeo. Establecieron un punto aleatorio en cada lugar y recorrieron identificando personas de los sectores informal y formal (visitando mercados, ferias, sindicatos, gremiales, y ambulantes) y en visitas domiciliarias, a partir de criterios estándar de selección aleatoria. 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.

Procesamiento y análisis

Todos los datos de la encuesta estaban disponibles en tiempo real al envío dentro de la plataforma ONA, por lo que el Coordinador y la estadística podían en cualquier momento realizar las 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. Se consideró como significativo un valor $p < 0,05$.

RESULTADOS

Encuestas realizadas

Se realizaron 2.153 encuestas a padres, madres o tutores de niños de 5 a 17 años de las 2.132 encuestas que se habían planificado en general en ciudades capitales (más El Alto) y en municipios rurales seleccionados de cada departamento (Tabla 1)

Tabla 1: Encuestas planificadas y realizadas por zonas de encuesta en el país

	Encuestas ciudades		Encuestas rurales		Total encuestas	
	Planificadas	Realizadas	Planificadas	Realizadas	Planificadas	Realizadas
Sucre/Chuquisaca	95	98	91	82	186	180
La Paz	136	136	179	185	315	321
El Alto/La Paz	142	144			142	144
Cochabamba	128	128	120	119	248	247
Oruro	100	109	83	83	183	192
Potosí	90	91	147	144	237	235
Tarija	89	91	119	119	208	210
Santa Cruz	154	154	120	123	274	277
Trinidad/Beni	72	74	131	133	203	207
Cobija/Pando	61	60	75	80	136	140
Total	1.067	1.085	1.065	1.068	2.132	2.153

A cada padre, madre o tutor se consultó la cantidad de niños o niñas de 5 a 17 años tienen, habiendo contabilizado en total 1.821 en ciudades capitales y 1.937 en municipios rurales. El promedio de niños y niñas de 5 a 17 años es similar en ambos contextos con 1.7 niños/niñas por encuestado (a) en las ciudades y 1.8 en municipios rurales. (Tabla 2).

Tabla 2: Total niños, niñas de 5 a 17 años por encuestados (as) y promedio por encuestado (a)

Departamento/ Ciudades	Ciudades			Municipios rurales		
	Total Padres/ madres	Total niños 5 a 17	Prom.	Total Padres/ madres	Total niños 5 a 17	Prom.
Sucre/Chuquisaca	98	137	1,4	82	138	1,7
La Paz	136	240	1,8	185	290	1,6
El Alto	144	276	1,9			
Cochabamba	128	195	1,5	119	227	1,9
Oruro	109	176	1,6	83	162	2,0
Potosí	91	155	1,7	144	254	1,8
Tarija	91	113	1,2	119	212	1,8
Santa Cruz	154	283	1,8	123	255	2,1
Trinidad/Beni	74	134	1,8	133	221	1,7
Cobija/Pando	60	112	1,9	80	178	2,2
Total país	1.085	1.821	1,7	1.068	1.937	1,8

Para análisis diferenciado de los resultados por ciudades capitales y municipios rurales, los resultados serán presentados por indicadores clave de manera separada (ciudades y municipios rurales).

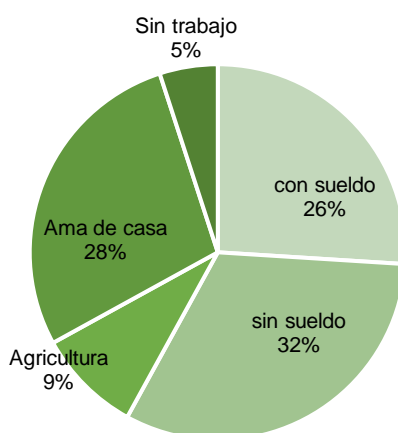
PERFIL DEL ENCUESTADO (A)

La relación de la persona que respondió la encuesta con el niño o niña fue de madre (62%), padre (33%) y tutor (a)² (5%). La edad promedio de la persona que respondía la encuesta fue de 37 años en ciudades capitales y 38 años en municipios rurales.

Respecto a la *condición laboral/ocupación* en los municipios rurales, en promedio, un 26% (282/1.068) mencionaron generar ingresos de manera formal (con sueldo) y un 32% (339/1.068) mencionaron tener alguna actividad económica por cuenta propia (sin sueldo). Sumado a este grupo se incluyen los agricultores con 9% (94/1.068) que producen y venden productos para generar ingresos. En suma, un 67% mencionaron que tienen alguna actividad económica y el restante 33% no tenían ningún trabajo, o eran madres amas de casa (Gráfico 1).

Comparativamente en el área urbana un 77% mencionaron tener alguna actividad económica (trabajo con sueldo y trabajo sin sueldo).

Gráfico 1: % de Encuestadas (os) según actividad laboral.
Municipios rurales (n= 1.068)



² Tutor (a): Autoridad conferida por ley a un adulto para cuidar de un niño (a) en ausencia (por diferentes motivos) del padre, madre o ambos.

PERCEPCIÓN DE HABER ENFERMADO DE COVID-19

La percepción de padres/madres o tutores de haber enfermado de COVID-19 en las ciudades capitales es alta, alcanzado en promedio al 70% comparado a la percepción de padres/madres o tutores de municipios rurales que llega al 48% en promedio, con un pico alto en Beni (86%). En relación con la percepción si el hijo (a) de 5 a 17 años enfermó de COVID-19 se observa en los gráficos 2 (Ciudades capitales) y gráfico 3 (municipios rurales) que la percepción en promedio es baja en ambos casos, 39% y 25% respectivamente.

Gráfico 2: % Enfermó COVID-19 usted o su hijo (a) de 5 a 17 años
- Ciudades Capitales (n=1.085)

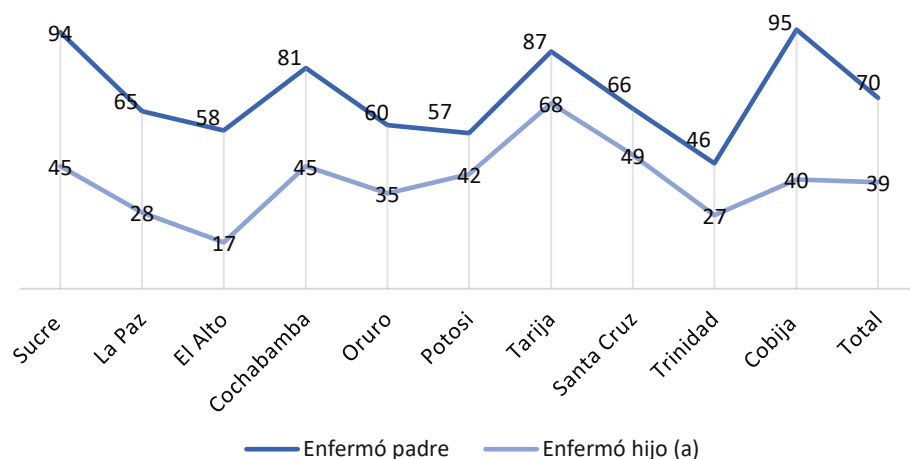
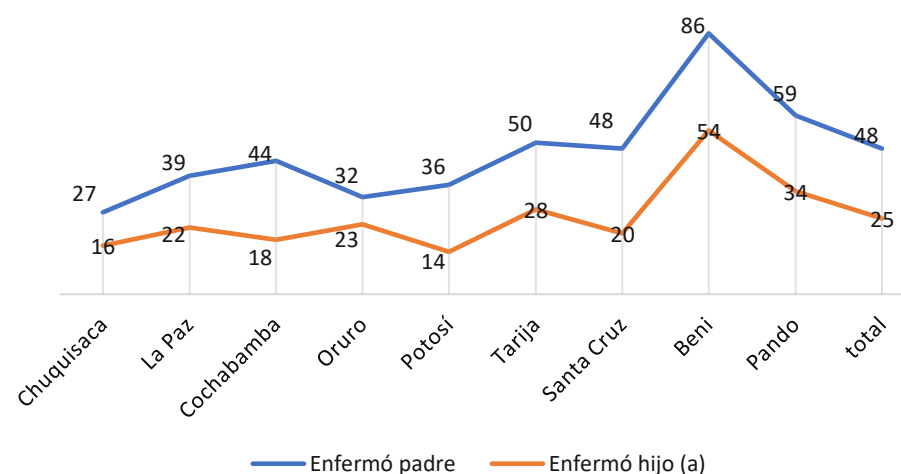


Gráfico 3: % Enfermó COVID-19 usted o su hijo (a) de 5 a 17 años
- Municipios rurales (n= 1.068)



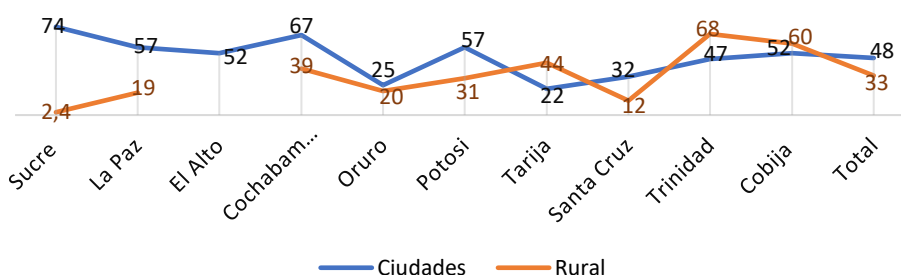
La percepción sobre la posibilidad de volver a enfermarse (o enfermarse por primera vez) del padre, madre o tutor o el hijo o hija de 5 a 17 años alcanza en promedio a 56% (610/1.085) en las ciudades. Resaltar que en las ciudades de El Alto y La Paz esta percepción es baja, con 20% y 33% respectivamente. A la consulta si es que percibe que volvería a enfermarse con síntomas de gravedad, solamente un 27% (167/610) mencionaron que podrían enfermarse gravemente si vuelven a enfermarse de COVID-19.

Con relación a los municipios rurales, la percepción de enfermarse o enfermarse por primera vez (el padre/madre o tutor o el hijo o hija de 5 a 17 años) es menor a las ciudades capitales alcanzando en promedio a 40% (430/1.068) con municipios rurales de Chuquisaca o Santa Cruz con los porcentajes más bajos 17% y 21% respectivamente.

PERCEPCIÓN DE EFECTIVIDAD DE LA VACUNA COVID-19 EN NIÑOS (AS) 5 A 17 AÑOS

De manera general, la percepción de que las vacunas contra el COVID-19 para niños (as) de 5 a 17 años es efectiva³ es baja con un 48% (526/1.085) en ciudades capitales y un 33% (351/1.068) en municipios rurales. Esa diferencia a favor de las ciudades se refleja en la mayoría de los departamentos, excepto en el sur (Tarija) y el norte del país (Pando y Beni) donde se evidencia mejor percepción de efectividad en zonas rurales (Gráfico 4).

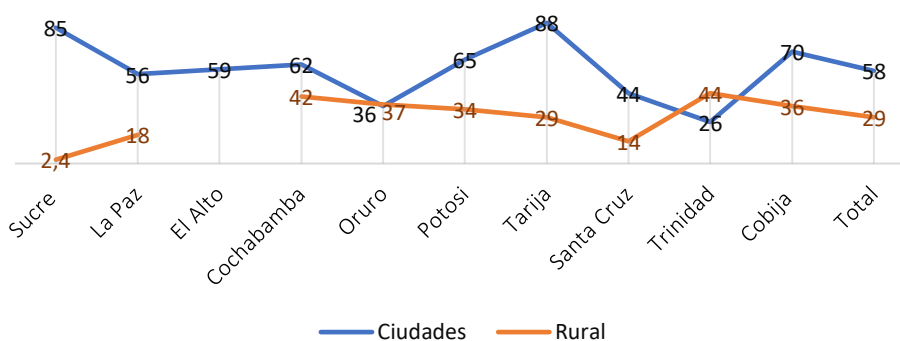
Gráfico 4: % de encuestados (as) que perciben la vacuna protege (EFECTIVA) a niños (as) de 5 a 17 años
Comparativo Ciudades (n=1.085) y rural (n=1.068)



PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD DE LA VACUNA CONTRA EL COVID-19 EN NIÑOS 5 A 17 AÑOS

La percepción de *Seguridad*⁴ de la vacuna contra el COVID-19 para niños (as) de 5 a 17 años entre padres, madres o tutores alcanza al 58% (630/1.085) en ciudades capitales comparado al dato general de municipios rurales que evidencia porcentaje bajo (29% - 306/1.068). Esa tendencia baja se mantiene en la mayoría de los municipios rurales.

Gráfico 5: % de encuestados (as) que consideran SEGURA a la vacuna contra el COVID-19 para niños (as) de 5 a 17 años
Comparativo ciudades (n=1.085) y rural (n=1.068)



Se consultó a los padres, madres o tutores si es que consideran necesario vacunar a los niños(as) de 5 a 17 años y los resultados muestran un 33% (349/1.068) en municipios rurales respondieron que no es necesario vacunar a sus hijos (as) de 5 a 17 años.

³ Efectividad: Entendida como la capacidad de las vacunas de evitar complicaciones que podrían desarrollarse en ausencia de esta en caso de contagio por COVID-19. En la encuesta se utilizó el término "protección", preguntando si perciben que las vacunas contra el COVID-19 protegen a los niños (as) de 5 a 17 años.

⁴ Seguridad: Inocua. No produce efectos a mediano o largo plazo en la salud de las personas.

ESTADO DE VACUNACIÓN CONTRA EL COVID-19 EN PADRES, MADRES O TUTORES

Los padres, madres y tutores fueron consultados sobre su estado de vacunación contra el COVID-19, haciendo énfasis en la dosis y sin especificar el tipo de vacuna. En ese marco, las respuestas que se obtuvieron eran: con dosis única; solo la primera dosis, hasta la segunda dosis, primer refuerzo y segundo refuerzo, y hubo personas que mencionaron que no tenían vacunas. Los gráficos 6 y 7 muestran los porcentajes de respuestas por dosis de vacunas recibidas en ciudades y los municipios rurales seleccionados para el sondeo. De manera general en las ciudades un 33% (355/1.085) mencionaron que habían recibido hasta la segunda dosis de vacunas que sumados a los 11% (122/1.085) que mencionaron recibieron la vacuna de dosis única, se obtiene un 44% de personas en las ciudades que tienen dosis completa de vacunas. Solo un 27% (290/1.085) mencionaron haber recibido hasta un primer refuerzo (“tercera dosis”) y un 10% mencionaron no haber recibido ninguna vacuna. En los municipios rurales, un 29% mencionaron haber recibido hasta la segunda dosis que sumados a los 13% que habían recibido la vacuna de dosis única se obtiene un 42% de personas entre los encuestados (as) que tiene dosis completas. Solamente un 14% llegó hasta el primer refuerzo y un 30% (322/1.068) no recibieron ninguna vacuna contra el COVID-19. Dentro de los municipios rurales debe resaltarse el estado de vacunación de Chuquisaca donde se evidencia un 60% de las personas encuestadas mencionaron que no tienen ninguna vacuna contra el COVID-19.

Gráfico 6: % Respuesta vacunación contra el COVID-19 en padres, madres o tutores Ciudades (n=1.085)

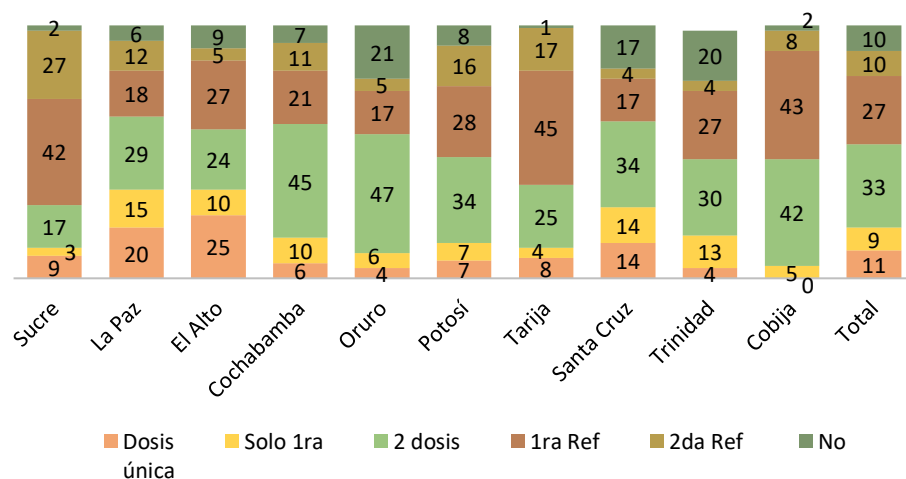
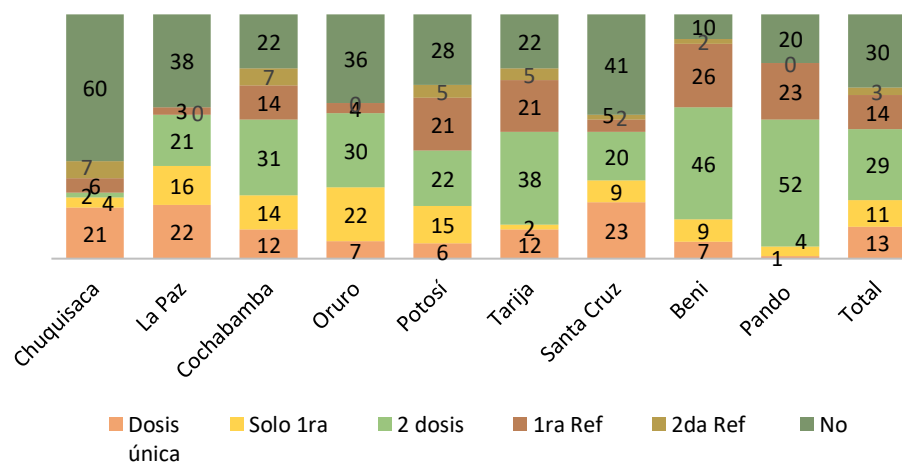


Gráfico 7: % Respuesta vacunación contra el COVID-19 en padres, madres o tutores Municipios rurales (1.068)

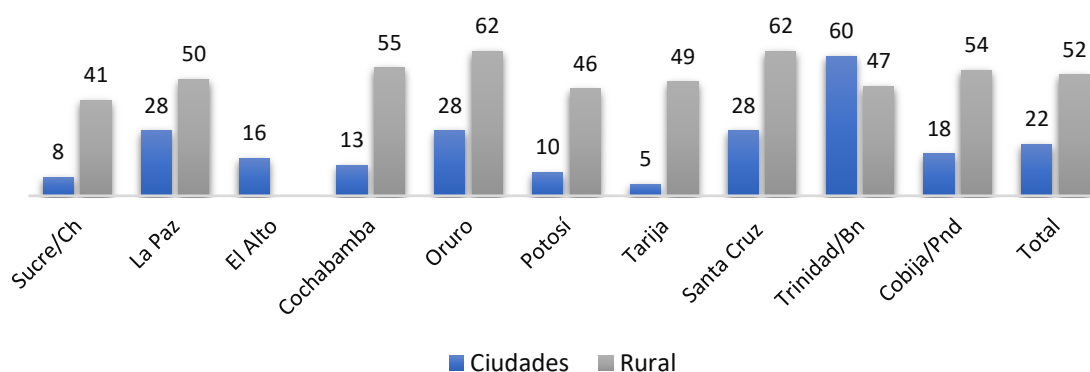


ESTADO DE VACUNACIÓN CONTRA EL COVID-19 EN NIÑOS (AS) DE 5 A 17 AÑOS

Se preguntó a los padres, madres o tutores sobre el estado de vacunación de sus hijos (as) de 5 a 17 años, sin especificar el número de dosis para analizar el acceso de los niños a la vacunación contra el COVID-19⁵.

El gráfico 8 muestra el porcentaje de niños (as) en ciudades y municipios rurales que NO han recibido vacunas hasta el momento del sondeo. Las barras evidencian, en global, porcentajes comparativamente mayores de niños de 5 a 17 años sin vacunas en los municipios rurales (52%) que en las ciudades (22%). Llama la atención el caso de Trinidad/Beni que muestra lo opuesto, mayor cantidad de niños sin vacunas contra el COVID-19 en la ciudad (Trinidad) que en los municipios rurales del Beni visitados (Gráfico 8)

Gráfico 8. % de niños (as) de 5 a 17 años que NO han recibido ninguna dosis de vacuna contra el COVID-19
Ciudades (n=1.821) Rural (n=1.937)



⁵ En vista de que muchas madres, padres o tutores fueron entrevistados en la calle, la solicitud del carnet de vacunación no fue obligatoria. En ese marco, los resultados de este indicador son principalmente en base a recordatorio.

AUTORIZACIÓN DE PADRES, MADRES O TUTORES PARA VACUNAR A SUS HIJOS (AS) DE 5 A 17 AÑOS

De manera general, un 43% (113/260) de los padres, madres y tutores de ciudades autorizarán a vacunar a sus hijos (as) que todavía no habían sido vacunados hasta el momento del sondeo. De las 10 ciudades consultadas, las ciudades de El Alto y Potosí muestran porcentajes bajos en esta variable, por debajo de 20% (Gráfico 9). En los municipios rurales, la decisión de autorizar para vacunar a sus hijos (as) no vacunados hasta el momento es baja (24% - 133/561) con municipios rurales de Santa Cruz y Oruro que están por debajo de este parámetro o Chuquisaca cuyos datos han llegado a 0%, es decir que ninguno respondió interesado en vacunar a sus hijos que no tienen la vacuna al momento del sondeo (Gráfico 10).

En ambos gráficos, aun con resultados bajos, esos padres o madres resultan una oportunidad para el programa para acceder a ellos y ofrecer las vacunas. En este mismo sentido de análisis, en ambos gráficos, se ha incluido la opción de respuesta “No sé” que en el global parecen bajos pero que en algunos sitios muestran resultados altos que son también oportunidad para el programa de vacunación. La respuesta “No se” puede deberse a muchos factores, sin embargo, con seguridad un porcentaje de este grupo bien podría influirse positivamente⁶.

Gráfico 9: % Padres, madres que autorizarán vacunar a sus hijos (as) que No tienen todavía vacuna contra el COVID -19 Ciudades (n= 260)

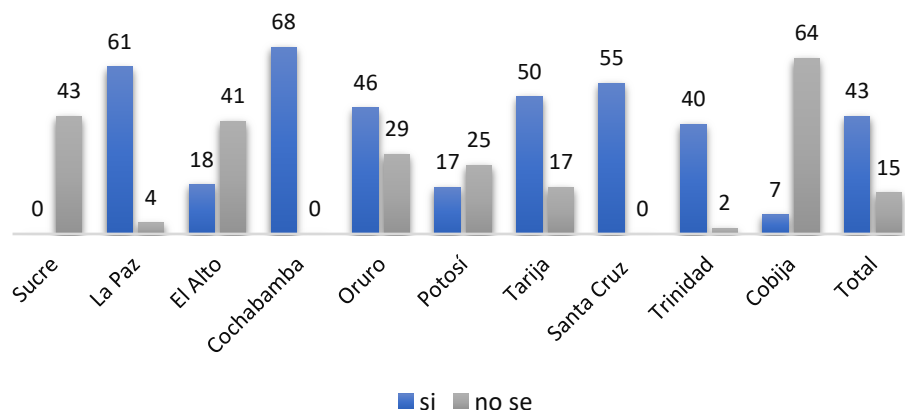
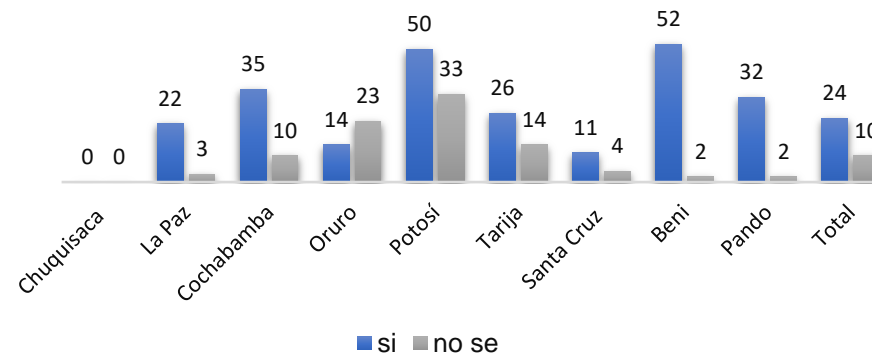


Gráfico 10: % Padres, madres que autorizarán vacunar a sus hijos (as) que todavía No tienen vacuna contra el COVID-19 Municipios rurales (n=561)

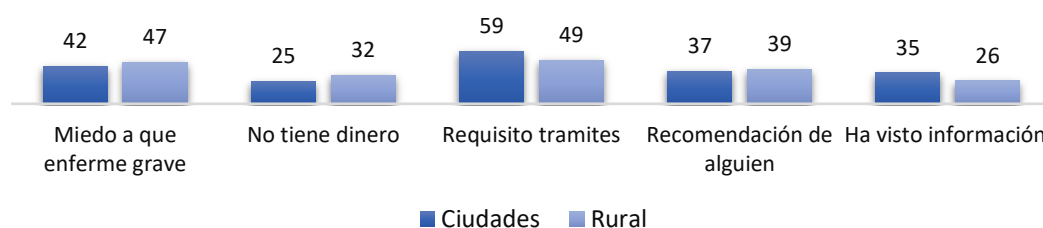


⁶ Los otros porcentajes son de los que respondieron NO autorizará y NO responde

RAZONES DE PORQUE LOS PADRES, MADRES O TUTORES AUTORIZARÁN VACUNAR A SUS HIJOS (AS) DE 5 A 17 AÑOS QUE TODAVÍA NO TIENEN VACUNA CONTRA EL COVID-19

Se consultaron a los padres, madres o tutores, 5 factores que podrían influir en su decisión de autorizar vacunar a sus niños (as) de 5 a 17 años que todavía no tienen la vacuna. De manera general, en un comparativo entre ciudades y municipios rurales (Gráfico 11), se evidencia el factor de la vacuna como requisito para trámites para su hijo (a) como registro en el colegio, autorización de viajes u otros, como primer principal factor porque los padres, madres o tutores autorizarían vacunar a sus hijos (as). Luego está el miedo a que el niño (a) enferme gravemente en caso de que contraiga la enfermedad. Un 32% de padres, madres en el área rural autorizarían a vacunar a sus hijos (as) porque no tienen dinero para cubrir gastos (factor económico) de hospital en caso de que su hijo (a) requiriera internación por complicaciones de COVID-19. Entre otros factores están la recomendación de alguien que conoce sobre la vacuna o información que podría recibir para responder a sus dudas sobre la vacuna.

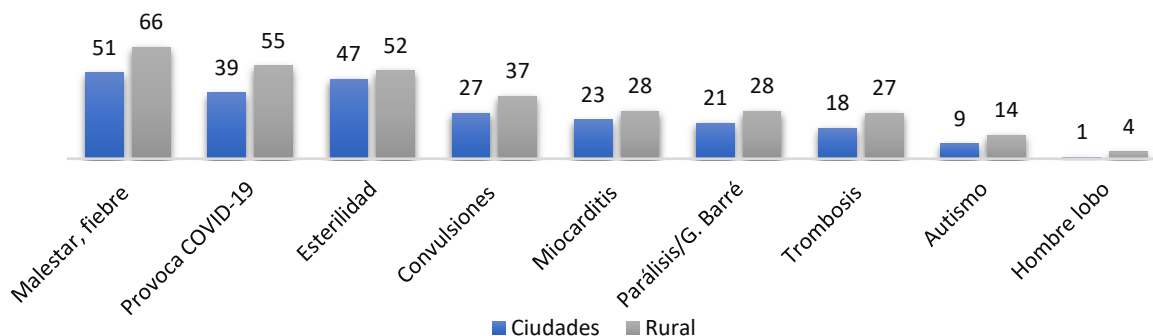
Gráfico 11: % Factores influyentes en la decisión de padres, madres o tutores a autorizar la vacunación de sus niños (as) contra el COVID-19
Ciudades (n=158); Municipios rurales (n=203)



PERCEPCIÓN DE PADRES, MADRES O TUTORES SOBRE LOS EFECTOS ADVERSOS ADUCIDOS A LA VACUNACIÓN CONTRA EL COVID-19 EN NIÑOS (AS) DE 5 A 17 AÑOS

El gráfico 12 muestra al malestar y fiebre después de la aplicación de la vacuna, el temor de que la vacuna provoque el desarrollo del COVID-19 y la “aducida” esterilidad en niños (as) como los principales temores o efectos aducidos a la vacunación contra el COVID-19 en niños (s) de 5 a 17 años. Los otros efectos están presentes, pero en menor frecuencia. En los municipios rurales estos mismos efectos adversos están presentes en mayor frecuencia.

Gráfico 12: % Percepción padres, madres o tutores sobre los efectos adversos aducidos a la vacunación contra el COVID-19 en niños de 5 a 17 años
Ciudades (n=1.085) Municipios rurales (n=1.068)



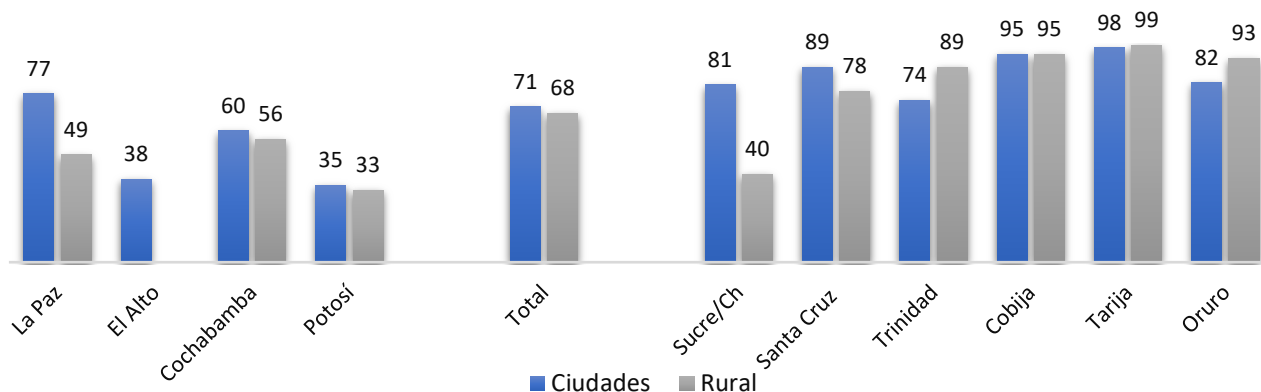
PERCEPCIÓN DE PADRES, MADRES O TUTORES SOBRE ADMINISTRACIÓN DE VACUNAS CONTRA EL COVID-19 EN NIÑOS (AS) DE 5 A 17 AÑOS CON OTRAS VACUNAS AL MISMO TIEMPO

En general, un 71% (775/1.085) en las ciudades y un 68% (724/1.068) en municipios rurales, de padres, madres o tutores perciben que No se puede administrar las vacunas contra el COVID-

19 a niños (as) de 5 a 17 años junto a otras vacunas (Gráfico 13). De manera más específica, los departamentos (ciudades y municipios rurales) donde mayor frecuencia de respuestas hubo en este sentido fueron: Chuquisaca, Santa Cruz, Trinidad, Cobija, Tarija y Oruro. El departamento con menor porcentaje en este sentido es Potosí.

En ese marco, el estudio sugiere que la actitud de negativa de muchos padres, madres o tutores a la vacunación de niños (as) contra el COVID-19 (tanto en ciudades capitales como en municipios rurales) influye en su actitud de rechazo a otras vacunas del programa regular de vacunación en niños (as).

Gráfico 13: % Padres, madres o tutores que mencionan que No se puede administrar la vacuna contra el COVID-19 con otras vacunas al mismo tiempo en niños (as) de 5 a 17 años
Ciudades (n=1.085) Municipios rurales (n=1.068)

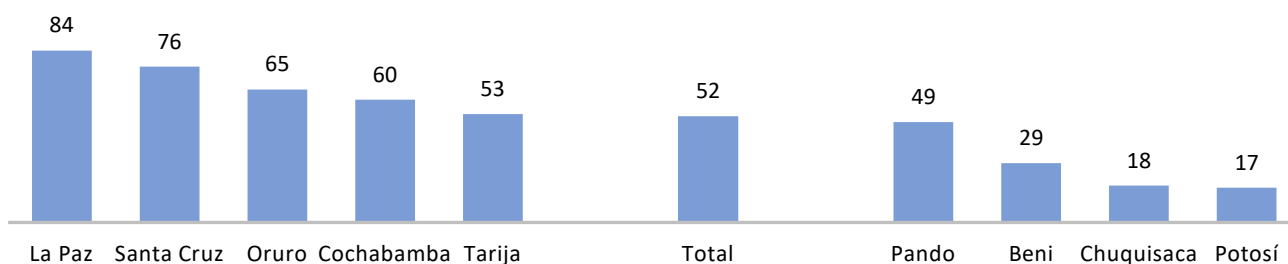


PERCEPCIÓN DE PADRES, MADRES O TUTORES SOBRE LAS MEDICINAS NATURALES Y LA VACUNACIÓN CONTRA EL COVID-19 EN NIÑOS (AS) DE 5 A 17 AÑOS

Los padres, madres o tutores de niños (as) de 5 a 17 años en municipios rurales consideran que las medicinas tradicionales o naturales son efectivas en caso de que los niños (as) de 5 a 17 años contraigan el COVID-19. Esta influencia en promedio a nivel nacional (en municipios rurales) es del 52% (555/1.068) siendo mayor la influencia en municipios rurales de La Paz, Santa Cruz, Oruro y Cochabamba. Los resultados en las ciudades capitales son bajos.

Estos resultados sugieren la amplia confianza de muchos lugares en el país a lo natural como alternativa (reemplazo) a las vacunas contra el COVID-19.

Gráfico 14: % Padres, madres o tutores que perciben que las medicinas naturales pueden reemplazar a la vacuna contra el COVID-19
Municipios rurales (n=1.068)



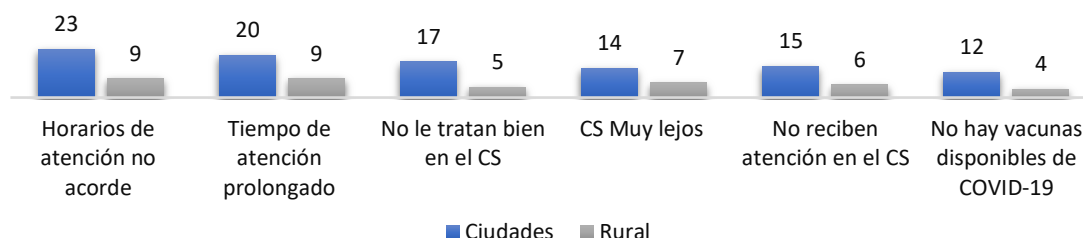
PERCEPCIÓN DE PADRES, MADRES O TUTORES SOBRE FACTORES QUE LIMITAN EL ACCESO A LA VACUNACIÓN CONTRA EL COVID-19 EN NIÑOS (AS) DE 5 A 17 AÑOS RELACIONADOS AL CENTRO DE SALUD

Los factores relacionados al centro de salud fueron: Distancia al centro de salud, atención en el centro de salud, disponibilidad de vacunas contra el COVID-19 para niños (as) de 5 a 17 años, horarios de atención, o tiempos del servicio de vacunación.

De manera general, por la frecuencia de respuestas (Gráfico 15) no se evidencian factores muy relevantes inherentes a la atención de vacunación en el centro de salud, que pudieran considerarse factores que influyen negativamente en la vacunación en las ciudades ni municipios rurales. En las ciudades, de manera general, los factores de horario de atención y el tiempo prolongado de espera tienen 23% y 20% respectivamente que pueden considerarse de influencia relativa por la frecuencia de sus respuestas.

En análisis detallado, es importante mostrar los siguientes resultados particulares: En la ciudad de La Paz un 39% mencionaron que en el centro de salud no reciben atención cuando van (por diferentes motivos, y un 40% mencionó maltrato del personal de vacunación. En El Alto, un 37% mencionaron que los centros de salud de vacunación son lejanos para las madres y un 50% mencionaron que en los servicios de vacunación de los centros de salud no les tratan bien.

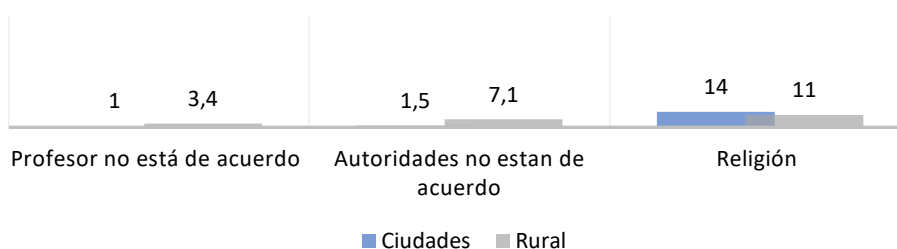
Gráfico 15: % Percepción de padres, madres o tutores sobre factores de acceso a la vacuna contra el COVID-19 en niños (as) relacionados al Centro de Salud
Ciudades (n=1.085) Municipios rurales (n=1.068)



PERCEPCIÓN DE PADRES, MADRES O TUTORES SOBRE OTROS FACTORES QUE LIMITAN EL ACCESO A LA VACUNACIÓN CONTRA EL COVID-19 EN NIÑOS (AS) DE 5 A 17 AÑOS

Se consultó sobre factores de acceso como miembros del sector educativo, autoridades comunitarias o la religión. Tal como muestra el gráfico 16, el estudio sugiere muy baja influencia negativa de estos factores a la decisión de padres, madres o tutores sobre vacunación a niños (as) de 5 a 17 años.

Gráfico 16: % Percepción de padres, madres o tutores sobre otros factores de acceso a la vacunación contra el COVID-19
Ciudades (n=1.085) Municipios rurales (n=1.068)



ANÁLISIS BIVARIADO

Se analizó algunas variables que influyen en los padres, madres o tutores para autorizar o no la vacunación de sus niños (as) de 5 a 17 años contra el COVID-19. En la tabla 3 se presentan aquellos en los que se ha identificado una asociación y aquellas en las que se encontró que esa asociación era estadísticamente significativa. Tanto en ciudades como en municipios rurales, se encontró que las madres muestran porcentajes mayor de participación (comprado a los padres) en la decisión de autorizar la vacunación de sus hijos(as), aunque su asociación no es significativa. Los factores que muestran asociación significativa son: el estado vacunal (contra el COVID-19) del padre o madre, es decir que los padres que fueron vacunados son el grupo que más autorizará vacunar a sus hijos (as) comparado con los que no tienen vacuna. Por otro lado, la percepción de que la vacuna no es segura, el miedo a que la vacuna genere malestar en sus hijos(as), o que les provoque la enfermedad del COVID-19, tienen asociación estadísticamente significativa con su intención de no autorización a la vacunación de los mismos.

Tabla 3: Análisis bivariado, ciudades y municipios rurales

Variables	Autorizará vacunar contra el COVID-19 a sus hijos (as) de 5 a 17 años que todavía no han sido vacunados				Total		Chi-cuadrado de Pearson
	Sí		No		#	%	P (Sig. asintótica) vs. P (sig. 5%)
	#	%	#	%			
Ciudades capitales							
1. Relación con los niños de 5 a 17 años							
Padre	75	30,5%	136	29,6%	211	29,9%	0,952 >0,05
Madre	157	63,8%	299	65,0%	456	64,6%	
Tutor	14	5,7%	25	5,4%	39	5,5%	
Total	246	100,0%	460	100,0%	706	100%	
2. Cobertura de vacunación contra el COVID 19 de la madre, padre o tutor							
Sí, vacunado	206	80%	194	40%	400	60%	0,00 <0,05
No, vacunado	40	20%	263	60%	303	40%	
Total	246	100%	457	100%	703	100%	
3. Cree que la vacuna contra el COVID-19 provoca malestar o fiebre, hinchazón o dolor en el lugar de la inyección							
Sí	218	90,5%	417	95%	635	93,4%	0,023 <0,05
No	23	9,5%	22	5%	45	6,6%	
Total	241	100%	439	100%	680	100%	
4. Cree que los niños de 5 a 17 años se podrían enfermar de COVID-19 debido a la vacuna							
Sí	111	49,6%	343	82,7%	454	71,0%	0,00 <0,05
No	113	50,4%	72	17,3%	185	29,0%	
Total	224	100,0%	415	100,0%	639	100%	
5. Que tan segura que sería la vacuna para los niños (as) de 5 a 17 años							
Segura	55	48%	9	9%	64	30%	
No segura	58	52%	93	91%	151	70%	0,00 <0,05
Total	113	100%	102	100%	215	100%	
Municipios rurales							
1. Relación con los niños de 5 a 17 años							
Padre	34	25,6%	101	28,2%	135	27,5%	0,434 > 0,05
Madre	88	66,2%	238	66,5%	326	66,4%	
Tutor	11	8,3%	19	5,3%	30	6,1%	
Total	133	100	358	100	491	100%	
2. Cobertura de vacunación contra el COVID 19 de la madre, padre o tutor							
Sí, vacunado	108	80%	141	40%	249	50%	0,00 <0,05
No, vacunado	25	20%	215	60%	240	59%	
Total	133	100%	356	100%	489	100%	
3. Cree que la vacuna contra el COVID-19 provoca malestar o fiebre, hinchazón o dolor en el lugar de la inyección							
Sí	116	89,2%	329	95,4%	445	93,7%	0,0143 < 0,05
No	14	10,8%	16	4,6%	30	6,3%	
Total	130	100	345	100,0%	475	100%	
4. Cree que los niños de 5 a 17 años se podrían enfermar de COVID-19 debido a la vacuna							
Sí	50	40,3%	262	82,6%	312	70,7%	0,00 < 0,05
No	74	59,7%	55	17,4%	129	29,3%	
Total	124	100%	317	100%	441	100%	
5. Que tan segura que sería la vacuna para los niños (as) de 5 a 17 años							
Segura	52	39%	25	7%	77	16%	
No segura	81	61%	330	93%	411	84%	0,00 <0,05
Total	113	100%	355	100%	488	100%	

CONCLUSIONES

La vacunación se ha mostrado como una de las estrategias más efectivas para limitar el desarrollo de enfermedad severa y la mortalidad por COVID-19 [2]. Sin embargo, la cobertura de vacunación contra el COVID-19 de niños de 5 a 17 años todavía es baja en nuestro país.

Nuestro estudio a nivel nacional evidenció bajo porcentaje de vacunación contra el COVID-19 (dosis completa) entre padres, madres o tutores, en ciudades capitales y municipios rurales (44% y 42% respectivamente). Las dosis de refuerzo entre los encuestados (as) caen a cifras muy bajas en ambos contextos. Los niveles de vacunación de niños (as) de 5 a 17 años también son bajos, habiéndose evidenciado durante la encuesta que un 52% de los niños (as) de 5 a 17 años en los municipios rurales y un 22% en ciudades capitales no habían recibido ninguna dosis de vacuna contra el COVID-19.

Existe un alto nivel de desinformación de padres, madres o tutores de niños de 5 a 17 años respecto a la vacuna contra el COVID-19 para ese grupo de edad, que se refleja en un bajo nivel de intención de autorizar la vacunación de sus hijos (as) de 5 a 17 años contra el COVID-19 en ciudades (43%) y 24% en municipios rurales. Comparativamente, algunos estudios en América Latina muestran a Haití con un 50% de intención de vacunar a sus hijos (as) menores de 12 años, al Perú con un 83,5% y a México con 95% [3]⁷. Nuestro estudio muestra también un porcentaje importante de indecisos (los que respondieron “no se si los voy a vacunar”) que podrían ser potenciales “aceptadores”.

Las personas que manifestaron que autorizarían la vacunación de sus hijos (as) contra el COVID-19 expresaron que lo harían movidos por: la posible exigencia de la vacuna para trámites (colegio, instituto, universidad, para viajar, entre otros) (59% ciudades y 49% rural); el temor a que sus hijos (as) enfermen gravemente en caso de que se contagien (42% ciudades y 47% rural); los factores “*alguien me lo recomendó*” (personal de salud, familiares, amigos) o “*debido a información que recibí de redes sociales u otros medios de comunicación sobre la importancia de vacunar a los niños (as) de 5 a 17 años*”, tienen también su influencia, aunque comparativamente menor (35% o menos).

El estudio sugiere también los siguientes factores que influyen en la disminución de la intención de padres, madres o tutores para autorizar la vacunación contra el COVID-19 a sus hijos (as) menores de 5 a 17 años:

- El estado de vacunación del padre, madre o tutor, evidenciándose una mayor frecuencia de intención de vacunación de padres o madres que habían recibido la vacuna contra el COVID-19, muy acorde al estudio publicado por Humble et al. que describe que los padres vacunados tuvieron nueve veces más probabilidad de vacunar a sus niños [4].
- La baja percepción sobre la efectividad (48% ciudades y 33% rural) y seguridad (58% ciudades, 29% rural) de las vacunas contra el COVID-19 para niños (as) de 5 a 17 años. En el análisis bivariado se encontró una relación estadísticamente significativa entre los padres y madres que consideran no segura la vacuna con su negativa para autorizar la vacuna en sus hijos (as) ($p < 0,005$)
- Importante cantidad de padres, madres o tutores, especialmente del área rural que perciben que la vacuna contra el COVID-19 no es necesaria para los niños (as) de 5 a 17 años (33% rural). Este factor fue observado en el estudio de Humble et al [4] como influyente para que aumente en dos veces la probabilidad de tener una baja intención de vacunar a los niños. La baja percepción de necesidad de la vacuna contra el COVID-19 para niños (as) por parte de algunos padres o madres, especialmente en municipios rurales puede estar relacionado con la baja prevalencia de morbilidad por COVID-19 en niños (as) de 5 a 17 años comparado con

⁷ Estos estudios se realizaron en el año 2021 cuando la pandemia estaba en otros momentos epidemiológicos y en otros rangos de grupos de edad.

la morbilidad en adultos y la baja percepción de riesgo expresado por la baja cantidad de personas que mencionaron que podrían enfermar gravemente en caso de contagio. Por otro lado, en municipios rurales se afirma (52%) que las medicinas naturales pueden reemplazar a la vacuna del COVID-19.

- El temor de los padres, madres o tutores en ciudades y municipios rurales sobre los efectos inmediatos post vacuna en los niños (as), como fiebre intensa, hinchazón o dolor en el lugar de la inyección (51% ciudades y 66% rural). Este factor mostró asociación estadísticamente significativa con la baja intención de autorizar la vacunación de muchos padres, madres o tutores ($p < 0,005$).
- El temor de los padres, madres o tutores en ciudades y municipios rurales sobre algunos efectos adversos atribuidos a la vacuna en niños (as) como la esterilidad debido a la vacuna (47% ciudades y 52% rural). Los otros efectos atribuidos como autismo, miocarditis, coagulopatías tuvieron porcentajes bajos. Entre otros mitos culturales atribuidos a la vacuna se exploró los rumores relacionados al “hombre lobo” sin embargo, el porcentaje de padres o madres, en ciudades capitales y municipios rurales, que creen que puede tener alguna relación con las vacunas COVID-19 para niños (as) es ínfimo.

Respecto a posibles problemas de acceso a las vacunas relacionados al entorno, el estudio consultó a los padres, madres o tutores su percepción con relación a la atención en el centro de salud, la posible influencia de los profesores o autoridades educativas o la religión en la vacunación de niños (as). Los padres, madres o tutores encuestados han identificado algunos factores, aunque con menor frecuencia, pero presentes como los horarios de atención de vacunas no acordes a las de las familias (23% en ciudades), tiempo de atención prolongado (20% en ciudades) o el “maltrato” en el proceso de vacunación (17% en ciudades). Este último factor con más frecuencia de presentación en El Alto y La Paz.

Finalmente, los padres y madres entrevistados mencionaron que no se pueden aplicar las vacunas contra el COVID-19 en niños (as) junto a otras vacunas (71% ciudades, 68% rural) lo que puede estar relacionado con el temor que muchas madres han comenzado a tener por las otras vacunas del programa regular.

RECOMENDACIONES

En vista de que el temor y desconfianza a las vacunas contra el COVID-19 para niños de 5 a 17 años es alto y pasó de lo individual a lo colectivo, será importante pensar en estrategias que generen o recuperen la confianza de la población a las vacunas en general y a las vacunas contra el COVID-19 en particular, clave para asegurar la aceptación de las vacunas. Para fomentar la confianza, será necesario comenzar con diálogos (bidireccionales) sobre las vacunas, entre el personal de salud y cada grupo poblacional dentro de la comunidad (jóvenes, juntas de vecinos, organizaciones de base, organizaciones religiosas, militares, entre otros). Los diálogos bidireccionales deberán comenzar por entender específicamente sus principales preguntas, dudas y temores en torno a las vacunas en general y hacia las vacunas contra la COVID-19, respondiendo a ellas adecuadamente.

Las estrategias deberán considerar a la participación comunitaria que aumente la probabilidad de que las comunidades participen en la definición de sus soluciones fomenten la influencia de los actores locales, facilite el acceso a la información y su comprensión, permita y promueva el derecho a opinar sobre los servicios recibidos, y aproveche las capacidades locales [5]. En este caso, se espera que la participación comunitaria desempeñe también un papel esencial en la promoción de la seguridad de las vacunas y en abordar posibles eventos adversos supuestamente atribuidos a la vacunación o la inmunización (ESAVI).

Establecer alianzas estratégicas con actores locales claves, y autoridades especialmente las unidades educativas y medios de comunicación ofreciendo información basada en evidencia.

Abordar con mayor énfasis y mayor especificidad la información a padres, madres o tutores sobre aspectos como la efectividad, seguridad, efectos de corto y largo plazo de las vacunas contra el COVID-19 en niños de 5 a 17 años, la importancia de completar las dosis y el cuidado post vacuna, la vacuna como parte integrante ahora del programa regular de vacunas del país.

BIBLIOGRAFIA

[1] Zamora, JG, Moreno, DS, Soriano, A., Ponce-Rosas, L., De-Los-Ríos-Pinto, A., Murrieta-Ruiz, V., Morocho-Alburquerque, N., Caira-Chuquineyra, B., & Alave-Rosas, J. Percepciones e intención de los padres de vacunar a sus hijos menores de 12 años contra el COVID-19: Perú. (2022)

[2] Izda V, Jeffries MA, Sawalha AH. COVID-19: A review of therapeutic strategies and vaccine candidates. Clin Immunol. (2021)

[3] Urrunaga-Pastor D, Herrera-Añazco P, Uyen-Cateriano A, Toro-Huamanchumo CJ, Rodríguez-Morales AJ, Hernández AV, Benites-Zapata VA, Bendezu-Quispe G. Prevalence and Factors Associated with Parents' Non-Intention to Vaccinate Their Children and Adolescents against COVID-19 in Latin America and the Caribbean. (2021 Nov 9)

[4] Humble RM, Sell H, Dubé E, MacDonald NE, Robinson J, Driedger SM, Sadarangani M, Meyer SB, Wilson S, Benzies KM, Lemaire-Paquette S, MacDonald SE. Canadian parents' perceptions of COVID-19 vaccination and intention to vaccinate their children: Results from a cross-sectional national survey. (2021)

[5] OMS (2020). RCCE action plan guidance: COVID-19 preparedness and response. Ginebra: OMS 2021

ANEXOS

Anexo 1: Lista de municipios de la muestra

Anexo 2: Cuestionario_Boleta física de encuesta

Anexo 3: Base de datos