

Universidad Andina Simón Bolívar

Sede Ecuador

Área de Salud

Maestría en Epidemiología y Salud Colectiva

Análisis de la determinación social del rechazo a la inmunización en el primer año de vida en las unidades de salud Tomebamba y Quingeo del distrito 01D02, en el cantón Cuenca, 2016-2017

Jhoana Dominique Rueda Bravo

Tutor: Hugo Marcelo Aguilar Velasco

Quito, 2020

Trabajo almacenado en el Repositorio Institucional UASB-DIGITAL con licencia Creative Commons 4.0 Internacional

	Reconocimiento de créditos de la obra No comercial Sin obras derivadas	
---	--	---

Para usar esta obra, deben respetarse los términos de esta licencia

Cláusula de cesión de derecho de publicación

Yo, Jhoana Dominique Rueda Bravo, autora de la tesis intitulada “Análisis de la Determinación Social del rechazo a la Inmunización en el Primer Año de Vida en las Unidades de Salud Tomebamba y Quingeo Del Distrito 01D02, en el Cantón Cuenca, 2017-2018”, mediante el presente documento dejo constancia de que la obra es de mi exclusiva autoría y producción, que la he elaborado para cumplir con uno de los requisitos previos para la obtención del título de Magíster en Epidemiología y Salud Colectiva, en la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador.

1. Cedo a la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, los derechos exclusivos de reproducción, comunicación pública, distribución y divulgación, durante 36 meses a partir de mi graduación, pudiendo por lo tanto la Universidad, utilizar y usar esta obra por cualquier medio conocido o por conocer, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico. Esta autorización incluye la reproducción total o parcial en los formatos virtual, electrónico, digital, óptico, como usos en red local y en internet.
2. Declaro que en caso de presentarse cualquier reclamación de parte de terceros respecto de los derechos de autor/a de la obra antes referida, yo asumiré toda responsabilidad frente a terceros y a la Universidad.
3. En esta fecha entrego a la Secretaría General, el ejemplar respectivo y sus anexos en formato impreso y digital o electrónico.

14 de septiembre de 2020

Firma: _____

Resumen

Esta investigación es de tipo cualitativo de corte transversal. Contó con la colaboración de las madres o cuidadores de niñas y niños menores de un año que acudieron a las unidades de Salud de Tomebamba y Quingeo en el distrito 01D02-Salud en el Cantón Cuenca, Azuay. El objetivo es comprender la determinación social del rechazo a la inmunización en el primer año de vida, mediante un acercamiento a esta realidad desde la integralidad que propone la determinación social y sus componentes.

Los resultados muestran que existe incumplimiento al esquema de vacunación en la población de menores de un año, lo que caracteriza su condición de salud. Este incumplimiento fue mayor en la población rural y se asocia con el nivel de ingresos económicos, situación geográfica y accesibilidad a los servicios de salud.

Existe un constructo de dinámica social en estas comunidades que engloba las inmunizaciones: la familia, la comunidad y la sociedad, expresada generalmente por los prestadores de salud, que contribuyen de manera directa en el cumplimiento de la vacunación en niñas y niños menores de un año. Esta contribución está dada desde decisiones basadas en la experiencia personal y familiar, hasta la obligatoriedad normada del Ministerio de Salud.

De estos procesos relevantes en el análisis, cabe destacar el reconocimiento de la influencia de los modos de vida en el constructo del proceso salud-enfermedad de cada una de las comunidades. Existen variaciones en los comportamientos individuales, familiares y comunitarios en el sector rural y en el sector urbano, que diferencian las relaciones de poder presentes dentro de un sistema dinámico.

Palabras clave: niñez, incumplimiento, normativa, esquema de vacunación, situación geográfica

Este trabajo lo dedico con mucho amor a mi esposo Teo, a mis amores chiquitos, José y Sofía y a mis queridos padres. Todos ellos, quienes con su amor y paciencia, han sido mi fortaleza en cada una de las metas y han sacrificado tiempo de familia valioso en busca de mis logros personales.

Agradecimientos

Mi agradecimiento a Dios por las oportunidades que me bendice y por el día a día que me regala. Mi sincero agradecimiento a todos y cada uno de los profesores y personal administrativo de la Universidad Andina Simón Bolívar y, de manera especial, a mi tutor el doctor Marcelo Aguilar Velasco, ilustre médico e investigador de nuestro país.

Tabla de contenidos

Tablas, gráficos y mapas	13
Abreviaturas.....	15
Introducción.....	17
Capítulo primero: Enfoque y marco teórico	27
1. Determinación social de la salud.....	27
1.1 Dimensión general.....	30
1.2 Dimensión particular	30
1.3 Dimensión singular.....	30
2. Conceptos técnicos sobre inmunización.....	31
Capítulo segundo: Contexto sociohistórico de las comunidades atendidas por las unidades de salud Tomebamba y Quingeo del Distrito 01d02 salud.....	47
1. Quingeo	49
1.1. Recorrido histórico	49
1.2. Grupos poblacionales	50
1.3. Salud.....	51
1.4. Agricultura y ganadería	51
1.5. Dinámica familiar.....	52
1.6. Localización geográfica de Quingeo	53
2. Monay (Tomebamba).....	53
2.1 Recorrido histórico	53
2.2 Actividades económicas	54
2.3 Grupos poblacionales	54
2.4 Salud.....	55
2.5 Dinámica familiar.....	55
2.6 Localización geográfica de Tomebamba (Monay).....	56
3. Análisis del metabolismo social de las comunidades en torno al consumo para la salud	56
Capítulo tercero: Metodología.....	61

Capítulo cuarto: Estudio de los modos y estilos de vida en las parroquias Tomebamba y Quingeo: un acercamiento a las percepciones y conductas sobre el cuidado de la salud. 67

Discusión, conclusiones y recomendaciones..... 95

Lista de referencias 107

Anexos 113

 Anexo 1: Consentimiento informado..... 113

 Anexo 2: Guía de preguntas..... 114

Tablas, gráficos y mapas

Lista de tablas

Tabla 1 Cobertura de vacunación, menores de un año. Centro de Salud Quingeo y Tomebamba, 2016.	24
Tabla 2. Modelo Analítico y Operacional del estudio.....	64
Tabla 3. Esquematización comparativa de los modos de vida de las parroquias Quingeo y Tomebamba.	77
Tabla 4. Morbilidad de la parroquia Quingeo. 2018	81
Tabla 5. Morbilidad de la parroquia Monay (Tomebamba). 2018	81
Tabla 6. Características de los niños	82
Tabla 7. Descripción de los modos de vida de las parroquias Quingeo y Tomebamba	83
Tabla 8. Descripción de las condiciones de vida (entorno).....	84
Tabla 9. Esquema de vacunas.....	85
Tabla 10. Comparación del lugar de nacimiento	86
Tabla 11. Perfil epidemiológico	87

Lista de gráficos

Gráfico 1. Dominios y componentes del modelo de la determinación social de la salud	31
--	----

Lista de mapas

Mapa 1. Localización geográfica de la parroquia Quingeo dentro del Cantón Cuenca	53
Mapa 2. Localización geográfica de la parroquia Monay dentro del Cantón Cuenca.....	

¡Error! Marcador no definido.

Abreviaturas

- BCG : Vacuna Bacilos de Calmette y Guérin, vacuna contra la tuberculosis
- CDC : Centers for Disease Control and Prevention
- DPT : Vacuna contra la Difteria, Pertusis y Tétanos
- EPV : Enfermedades prevenibles por Vacunación
- ENI : Estrategia Nacional de Inmunizaciones
- GAD : Gobierno Autónomo Descentralizado
- GIVS : Visión y Estrategia Mundial de la Inmunización
- GVAP : Global Vaccine Action Plan
- HB : Vacuna contra la Hepatitis B
- HHS : Servicios de Salud y Cuidado
- HPV : Virus del Papiloma Humano
- IESS : Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
- INEC : Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
- IPV : Vacuna Inactivada contra la Polio
- MMR : Vacuna contra Sarampión, Paperas y Rubeola
- MSP : Ministerio de Salud Pública
- OMS : Organización Mundial de la Salud
- OPS : Organización Panamericana de la Salud
- OPV : Vacuna antipoliomiélica oral
- TNF : Factor de necrosis tumoral
- Unicef : Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

Introducción

La vacunación en la actualidad es reconocida dentro del campo de la salud pública como uno de los logros con mayor costo eficacia en el control de enfermedades infectocontagiosas. Además de prevenir enfermedades discapacitantes o incluso la muerte en poblaciones vulnerables como los son los menores de un año de edad, la vacunación ha sido una de las estrategias que más han contribuido a la reducción de la mortalidad infantil. La Organización Mundial de la Salud estima que la inmunización previene de dos a tres millones de muertes anuales en todos los grupos de edad causadas por enfermedades inmunoprevenibles entre las más comunes la tos ferina, el tétanos, el sarampión (Organización Mundial de la Salud 2018a, 1).

En cada país, según su perfil epidemiológico, se establece un calendario de vacunación con el objetivo de proteger del contagio y propagación de enfermedades infectocontagiosas prevenibles por vacunación. Esta estrategia a más de tener un efecto individual busca un efecto grupal, en el cual mientras mayor es la cantidad de individuos vacunados menor riesgo de circulación del agente infeccioso, y por ende, se mantiene bajo control la enfermedad. A pesar de mantener programas regulares de vacunación y de todos los esfuerzos gubernamentales para lograr coberturas epidemiológicamente seguras, 90 a 95 % de personas, no tienen una distribución equitativa en todos los países del mundo, evidenciándose en diversos estudios que existe una influencia social en los diversos países que produce desigualdad en pacientes captados para la vacunación limitando los esfuerzos globales para reducir la carga de la enfermedad en las poblaciones de bajo y medios recursos (Blue 2018, 1–80).

A pesar de la demostración histórica de la utilidad de las vacunas y el indiscutible control de enfermedades a escala mundial, existen controversias que rondan esta estrategia. Existe una pérdida de credibilidad ante la población con las consiguientes consecuencias negativas para los colectivos (Galindo, Arroyo, y Díaz 2011, 153).

También es reconocido que existen poblaciones, que por situaciones culturales y sociales rechazan la vacunación, ya sea por “rumores” generados sobre la seguridad de las mismas, por miedo a sus efectos o simplemente por decisión del tutor o padre del menor. A nivel mundial existen un incremento de los grupos que se encuentran en contra de la

vacunación y de acuerdo a los estudios revisados, su posición podría carecer de fundamento científico.

Por otro lado es preocupante la reaparición de enfermedades infectocontagiosas como el sarampión en países que cada vez tienen más opositores para el desarrollo de programas de vacunación. Es importante dentro de este tema reconocer situaciones opuestas que podrían generar coberturas de vacunación bajas, por un lado países que cuentan con procesos destructivos de carácter general como por ejemplo conflictos bélicos, situaciones políticas adversas o por un deficiente sistema sanitario no cuentan con la posibilidad de llegar a la población con programas de vacunación. Por otro lado puede encontrarse situaciones en las que existen las condiciones y el presupuesto para llegar a la población con vacunas seguras que permitan mantener bajo control a las enfermedades infectocontagiosas, pero que por situaciones sociales y culturales como las enunciadas anteriormente no se puede cumplir con el objetivo.

En Ecuador, el gobierno nacional mantiene una política en favor de la vacunación bajo la modalidad de un esquema de vacunación obligatoria regular en niños y niñas menores de un año, y en otros grupos etáreos. Históricamente las coberturas de vacunación obtenidas a través de este programa habían sido seguras para evitar el apareamiento de estas enfermedades infectocontagiosas con potencial epidémico. Sin embargo desde hace algunos años atrás las coberturas alcanzadas en las diferentes poblaciones, son bajas, lo que genera riesgo del reapareamiento de estas enfermedades para la población en general.

Un análisis cuantitativo se basa en la recolección de coberturas y la debida retroalimentación mediante estrategias de intervención en las comunidades para la recuperación de coberturas, sin embargo, no se aborda el tema desde una concepción integral, es decir se debe averiguar a profundidad el motivo del rechazo de las inmunización.

El presente documento presenta un análisis desde la Determinación Social. Se presenta un análisis de los procesos asociados al rechazo a la Inmunización en el Primer Año de Vida en las unidades de salud Tomebamba y Quingeo del Distrito 01D02 del Cantón Cuenca. Para ello se analiza el perfil epidemiológico, el contexto sociohistórico, los modos y estilos de vida de las poblaciones estudiadas con el fin de entender la respuesta de las poblaciones ante la oferta de la inmunización.

En el primer capítulo denominado Enfoque y Marco Teórico se explica los fundamentos teóricos en los que se basa la investigación. Es importante comenzar explicando el corpus teórico de la Determinación Social de la Salud.

En el segundo capítulo denominado Contexto socio histórico de las comunidades atendidas por las unidades de salud Tomebamba y Quingeo del Distrito 01D02 salud, se evidencia un enfoque cualitativo y cuantitativo de la realidad territorial, en el cual los criterios de los miembros de estas comunidades se describen con el fin de poder comparar y relacionar con lo expresado en las estadísticas de instituciones de la salud, el objetivo que se busca es poder tener un entendimiento de la concepción de la enfermedad frente a su prevención.

El tercer capítulo detalla la Metodología aplicada para la presente investigación, se explica la pregunta de investigación y los objetivos de investigación, el tipo de estudio y el diseño. De igual manera se da a conocer el universo y muestra, así como el proceso utilizado para la conformación de dicha muestra. En este apartado también se describen las técnicas empleadas en el desarrollo del presente estudio.

En el cuarto capítulo titulado Estilos y Modos de vida en las parroquias Tomebamba y Quingeo presenta un acercamiento a las percepciones y conductas sobre el cuidado de la salud, se recogen relatos y testimonios relacionados a la salud y cuidados de las cuidadoras de las niñas y niños menores de un año, los cuales orientaron esta investigación permitiendo entender la dinámica de estas comunidades.

Por último se describen las Conclusiones y Recomendaciones dadas en base a los resultados que se obtuvieron después de la realización de la investigación.

1. Planteamiento del problema

La Organización Mundial de la Salud en su folleto Visión y Estrategia Mundial de Inmunización (GIVS) publicada en el 2009 define a la inmunización como una de las intervenciones de salud pública más costo eficaz y que más éxito ha tenido en todas las épocas, teniendo logros tan efectivos como la erradicación de la viruela y la reducción de la incidencia mundial de la poliomielitis en un 99 % desde 1998. Además de otros logros

como la reducción significativa en la incidencia del sarampión, la difteria, la tosferina, el tétanos y la hepatitis B (Organización Mundial de la Salud 2009, 1).

Autores como Federico de Montalvo indican:

Las vacunas constituyen uno de los elementos esenciales de las políticas de salud pública y de la medicina preventiva [...], la aplicación de vacunas en la prevención de enfermedades transmisibles ha constituido uno de los mayores éxitos de la historia de la salud pública, no solo porque es el método más eficaz para prevenir determinadas infecciones a nivel individual sino porque ha permitido el control y casi desaparición de enfermedades consideradas un problema sanitario. (De Montalvo 2012, 210–13)

En base a las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud, UNICEF y el Banco Mundial, la inmunización cada año evita que mueran 2,5 millones de niños, pero en los países en vías de desarrollo casi el 20 % del total de niños que nacen cada año, no completa el ciclo de inmunizaciones previstas durante el primer año de vida (Organización Mundial de la Salud, UNICEF, y Banco Mundial 2010b, 26–27).

Si bien los programas de inmunizaciones hablan acerca de muchos éxitos alcanzados, no se puede dejar de reconocer que históricamente han existido poblaciones que por temas sociales o culturales rechazan la vacunación ya que al ser sustancias producidas artificialmente podrían causar efectos secundarios tras su aplicación. Es por esto que al hablar de vacunas es necesario recordar las palabras de Donald Henderson, coordinador general de la Campaña contra la Viruela: “en el terreno de las vacunaciones, la prudencia es una herramienta esencial” (Nigenda, Orozco, y Leyva 1997, 314), haciendo referencia a que cuando se utiliza una vacuna siempre es necesario conocer la aceptación de la población.

Problemas referentes a la vacunación no son recientes. En la década de los cincuenta en Estados Unidos, tras la aplicación masiva de la vacuna anti poliomielítica, cientos de niños habían desarrollado parálisis tras haber recibido la inoculación de la vacuna Salk, que no contenía virus desactivados, produciéndose el efecto conocido como “efecto Cutter”, ante lo cual Glasser demostró que en las zonas en donde más baja era la cobertura, se debía a la presentación de este efecto, por lo que existía un rechazo a la vacuna dentro de la población (Nigenda, Orozco, y Leyva 1997, 315).

Si bien científicamente el reconocimiento de la eficacia de la vacunación para prevenir un gran número de enfermedades y para contener los brotes epidémicos ha sido comprobado, no parece ir acompañado del mismo reconocimiento social. Actualmente

existen grupos sociales, padres de familia o tutores de niños y niñas que rechazan la vacunación especialmente en menores de edad, sobre todo en los Estados Unidos de Norteamérica, Reino Unido, Alemania y países bajos además en países del Caribe como Granada, en donde cada vez se encuentra mayor número de páginas web en contra de la vacunación y de poblaciones asociadas con este fin; en España, el Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría destaca como los principales motivos a la negativa de vacunación, el miedo a los efectos adversos y baja percepción de los padres al riesgo de enfermedad (De Montalvo 2012, 215–16).

Algunos estudios son coincidentes en que entre las razones más comunes para no permitir o para no recibir la vacuna se encuentra el miedo ante las vacunas, la oposición de algún familiar especialmente el jefe de familia, recomendación médica, la presencia de alguna enfermedad; dentro de las posibles motivos institucionales de las bajas coberturas de vacunación se encuentra la debilidad de los sistemas sanitarios en muchos de los países en vías de desarrollo, falta de infraestructura y logística sobrecargada de distribución de biológicos, desconocimiento por parte de la población más pobre de la importancia que tienen las vacunas y los rumores no fundamentados sobre la seguridad de la vacuna (Organización Mundial de la Salud, UNICEF, y Banco Mundial 2010b, 29).

Ante estos planteamientos es necesario realizar un análisis desde la Determinación Social, entendiendo que es una identificación paradigmática que cuenta con elementos básicos como son los fenómenos de salud y enfermedad tanto biológicos como sociales y que además nos permite entender las dinámicas que estructuran la sociedad humana (Esleva Castañeda 2020, 398).

2. Justificación

En el año 2012 los países miembros de la Organización Mundial de la Salud incluido nuestro país Ecuador suscribieron el Plan Mundial de Vacunas GVAP por sus siglas en inglés, Global Vaccine Action Plan, que tiene como visión extender los logros mundiales en temas de inmunización y además exhortan a los gobiernos a mantener el compromiso de proteger a las poblaciones libres de Enfermedades Prevenibles por Vacunación (EPV) (Organización Mundial de la Salud 2013), este plan cuenta con seis objetivos estratégicos:

1. Todos los países se comprometen con la inmunización como prioridad.
2. Individuos y comunidades comprenden el valor de las vacunas y exigen la inmunización como un derecho y una responsabilidad.
3. Los beneficios de la inmunización se distribuyen de forma equitativa a todas las personas.
4. Sistemas de inmunización robustos que forman parte integral de un sistema de salud que funcione correctamente.
5. Programas de inmunización que cuenten con un sistema sostenible y una financiación previsible, suministro de calidad y tecnología innovadoras.
6. Innovaciones en investigación y desarrollo a escala nacional regional y mundial para maximizar los beneficios de la inmunización.

Acercas de estos objetivos, la OMS conjuntamente con la Estrategia de Inmunizaciones (ENI) del Ministerio de Salud Pública del Ecuador buscan fortalecer esta estrategia para lograr una vacunación universal incluso indicando que es un derecho y responsabilidad de distribución equitativa sin considerar la aceptación que pudieran tener en la población, sin considerar religión, vulnerabilidad, tomando en cuenta solo aspectos técnicos que involucran el programa en sí.

Por lo que la vacunación en el Ecuador se garantiza a través de las prestaciones de salud pública y la vigilancia epidemiológica, dirigida a grupos específicos clasificados de acuerdo a vulnerabilidad: menores de un año, escolares, mujeres en edad fértil, tercera edad y embarazadas, y además a la población en general o grupos de riesgo ante situaciones de riesgo epidemiológico. Sea cual fuere el caso la cobertura mínima a alcanzar es del 95 %, valor sobre el cual se define como cobertura epidemiológicamente segura (Organización Mundial de la Salud, UNICEF, y Banco Mundial 2010a, I).

Es importante señalar que el esquema de vacunación en nuestro país durante los últimos años ha tenido variaciones importantes como la inclusión de nuevos biológicos, la modificación en la periodicidad de aplicación de las mismas y el retiro de algunos de estos.

En el 2005 el esquema vacunal para niños y niñas menores de un año estaba conformado por:

- BCG: 1 dosis en el Recién Nacido. Vía intradérmica.

- HB: 1 dosis en Recién Nacido solo en la región amazónica. Vía intramuscular
- OPV: 1 dosis a los 2 meses, 4 meses, 6 meses y un refuerzo al año de la última dosis. Vía oral
- Pentavalente (Difteria, Pertusis, Tétanos, Haemophilusinfluenzae, Hepatitis B): 1 dosis a los 2 meses, 4 meses y 6 meses. Vía intramuscular
- DPT: 1 dosis al año de la última dosis de pentavalente. Vía intramuscular

El esquema actual de vacunación, adoptado desde el año 2016, consta de 7 biológicos para los niños y niñas menores de un año:

1. Pentavalente (Difteria, Pertusis, Tétanos, Haemophilusinfluenzae, Hepatitis B): 1 dosis a los 2 meses, 4 meses y 6 meses. Vía intramuscular
2. BCG: 1 dosis en las primeras 24 horas del recién nacido. Vía intradérmica.
3. HB: 1 dosis en las primeras 24 horas del recién nacido. Vía intramuscular
4. Rotavirus: 1 dosis a los 4 meses y otra a los 6 meses. Vía oral
5. IPV: 1 dosis a los 2 meses. Vía intramuscular
6. OPV: 1 dosis a los 4 y otra a los 6 meses. Vía oral
7. Neumococo conjugado: 1 dosis a los 2 meses, 4 meses y 6 meses. Vía intramuscular

De acuerdo a lo indicado hasta el momento nuestro país no ha considerado condiciones generales que determinan la distribución desigual del proceso salud-enfermedad, de allí que el presente estudio se justifica en base con los siguientes componentes:

a) Relevancia social: El grupo poblacional al que va dirigido la acción de vacunación y por tanto inmunización, es reconocido por ser un grupo vulnerable dentro de todas las categorías sociales, sobre el cual se fundamentan muchos lineamientos para su cuidado y protección, sobretodo lineamientos políticos para estrategias de desarrollo de la sociedad.

b) Valor teórico: Los estudios planteados dentro de nuestro país en relación a la vacunación están ligados a temas cuantitativos que valoran conocimientos, actitudes y prácticas en los representantes, tutores o padres de familia de los niños y niñas en grupos generales de edad. Por ello el presente estudio se plantea desde el paradigma de la

determinación social, con el análisis respectivo de los modos de vida y la reproducción social de cada una de las comunidades estudiadas.

Mediante el análisis de la cobertura de aplicación de las vacunas alcanzadas en los últimos años de acuerdo a registros publicados por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, llama la atención la disminución de los valores alcanzados en el programa regular, es así que en el territorio de cobertura del Distrito 01D02 parroquias urbanas y rurales en el sur del cantón Cuenca, en el año 2016 de los 7 biológicos que deben administrarse a los niños y niñas menores de 1 año, ninguno alcanza la cobertura necesaria para considerar como coberturas seguras, como se demuestra en la siguiente tabla:

Tabla 1
Cobertura de vacunación, menores de un año. Centro de Salud Quingeo y Tomebamba, 2016

UNIDADES DE SALUD	BCG	HB	ROTAVIRUS		PENTAVALENTE			IPV	OPV			NEUMOCOCO		
	de 28 a 365 días	menor de 28 días	primera dosis	segunda dosis	primera dosis	segunda dosis	tercera dosis	primera dosis	primera dosis	segunda dosis	tercera dosis	primera dosis	segunda dosis	tercera dosis
Tomebamba (Monay)	23,9	0	35,5	39,2	37,3	39,4	41,5	36,2	0	30,4	35,1	37,3	39,4	42
Quingeo	30,4	0	43,8	42,5	43,8	41,7	48,3	46,7	0	38,8	45	43,8	41,7	48

Fuente: Base de datos de la Unidad Zonal de Vigilancia de la Salud/Zona 6
Elaboración propia

Ante este tipo de reporte, dentro de este territorio no se han realizado estudios que permitan determinar por qué no se ha podido llegar a la meta que brinde una cobertura epidemiológica segura, que esté ligada de manera directa al análisis de los modos de vida y a la reproducción social o al perfil epidemiológico de las clases.

En nuestro país la Estrategia de Inmunización constituye un programa del Ministerio de Salud Pública, el cual se basa en la aplicación de componentes biológicos a la población en busca de erradicar enfermedades potencialmente contagiosas y epidemias, sin embargo, es una estrategia que no cuenta con un respaldo legal que obligue a la población a recibirla, es decir, es una estrategia ligada a la voluntad de un ser humano que en la mayor parte de los casos decide por otro ser humano como es el caso de un niño a un adulto mayor. Por lo tanto es importante que el rechazo a la vacunación deba ser analizado no solo desde el punto de vista estadístico sino también desde la determinación social, al ser un

tema con relevancia social ya que a más de involucrar conocimientos científicos abre muchas preguntas para el campo de la investigación de nuevas posibilidades de biológicos que podrían estar ligados a la aparición o reaparición de enfermedades supuestamente erradicadas, pero que por las bajas coberturas podrían reaparecer, como es el caso de la epidemia de Sarampión en el 2010 en nuestro país. Por lo que con el presente trabajo se intenta demostrar que la vacunación no solo depende de la voluntad política sino que tiene una gran e importante influencia social basada en los diferentes comportamientos de la diversidad de nuestro país.

El abordar el tema del rechazo a la inmunización, como causa de las bajas coberturas de vacunación desde la visión de la epidemiología crítica, se debe entender que la salud es multidimensional, se la puede dimensionar como objeto y como concepto, también desde campo de la acción, como un proceso que se realiza en la dimensión general de la sociedad, en la dimensión particular de los grupos sociales y en la dimensión singular de los individuos y su cotidianidad (Breilh 2003, 8). Cuando se analiza desde la intervención se la puede trabajar desde la dimensión curativa, preventiva y de promoción, y cuando se analiza desde lo epistemológico de la salud puede analizarse la perspectiva desde diferentes culturas (Breilh 2003, 49).

En el artículo de Jaime Breilh titulado “Epidemiología Crítica: una nueva visión del espacio urbano” el autor claramente indica que:

La salud se desarrolla como un proceso concatenado de las dimensiones espaciales de lo general, lo particular y lo singular, entendiendo que si bien los fenómenos de lo general y particular tienden a conservar y a reproducir sus condiciones la lógica general se impone en la formación social pero lo procesos más específicos y singulares generan nuevas condiciones en los ámbitos locales, sin dejar de lado la influencia de las relaciones jerárquicas ya que los procesos singulares se encuentra subsumidos en los procesos de la lógica general, siendo de importancia clara que la influencia de la autonomía relativa es la que permite generar cambios.(Breilh 2015, 88)

Ante este concepto es necesario indicar la importancia de realizar este estudio en base a la epidemiología crítica ya que se estudiarán dos contextos geográficos que en base a relaciones jerárquicas de distribución podrían presentar semejanzas o diferencias que permitan el entendimiento de lo esencial que produce las bajas coberturas en la vacunación buscando en si la existencia o no del rechazo a la vacunación como componente social.

El análisis en la presente investigación de los modos y estilos de vida nos permitirá conocer y entender los procesos sociales que influyen de manera directa en el rechazo a la vacunación, los mismos que podrán ser identificados como procesos protectores o procesos destructivos que influyen de manera directa en la metabolismo social de las comunidades de Quingueo y Monay-Tomebamba.

Capítulo primero

Enfoque y marco teórico

Las enfermedades infecto contagiosas son descritas en toda la historia de la humanidad, al igual que varios son los intentos por descubrir formas para detener estas enfermedades que han llegado a diezmar a la humanidad. Por lo que en la historia de la Medicina se describen varios intentos para tratar de controlar enfermedades como el sarampión o la difteria, y es en el siglo XVIII que el médico Edward Jenner descubre la vacuna contra la viruela humana la que en menos de diez años fue conocida en todo el mundo (Corcho, Cruz, y Suárez 2000).

De esta manera, poco a poco a través del tiempo, se fueron descubriendo nuevas vacunas que tenían en un inicio preparación artesanal y así como eran una gran arma para combatir enfermedades infecto contagiosas también producían efectos adversos o contaminaciones e incluso la muerte en quienes habían sido inoculados, como es el caso ocurrido en el año 1922 con la colocación de la vacuna BCG cuando tras la aplicación de esta fallecieron 75 niños en Alemania (Corcho, Cruz, y Suárez 2000).

A pesar de estos problemas a través del tiempo se continúan con las investigaciones y los avances en vacunación, siendo considerados grandes logros dentro de la salud pública por el gran impacto en la reducción de la morbi mortalidad, especialmente en grupos vulnerables como el caso de niños y niñas menores de un año; las vacunas son cada vez producidas con mejor tecnología y el esquema de vacunación de cada país va siendo modificado de acuerdo al perfil epidemiológico y al apareamiento de nuevas patologías especialmente virales. Algunos autores afirman: “Se puede decir que la situación epidemiológica del mundo ha cambiado paralelamente a la incorporación de vacunas” (González et al. 2016, 4).

1. Determinación social de la salud

El paradigma de la epidemiología crítica se fundamenta en tres categorías: la reproducción social, el metabolismo sociedad-naturaleza y la determinación social que se

sitúa en una interfase entre el materialismo crítico, la economía política y la ecología política en su diálogo con una versión crítica de las ciencias de la salud, el ambiente y la sociedad (Breilh 2015, 51).

Es por esto que la determinación social propone descifrar el movimiento de la vida, el metabolismo histórico en la naturaleza, los modos de vivir, movimientos genotípicos humanos, acumulación de capital es decir la reproducción social (Breilh 2015, 51).

Se trata de un paradigma distinto que busca acompañar el esfuerzo histórico de los pueblos por derrotar el capitalismo creador de exclusión social y acumulación, busca la emancipación de la sociedad y conseguir la vigencia plena de la sustentabilidad, soberanía, solidaridad, y salud integral (Breilh 2015, 52).

Para la epidemiología crítica la salud no obedece un orden individual exclusivo, sino más bien es un proceso complejo, socialmente determinado, totalmente en contra del modelo biomédico clásico; la determinación social “va y viene” dialécticamente entre las dimensiones general, particular y singular, el sistema se vuelve resiliente para mantener el modo de reproducción social, su economía, la política, la cultura y la forma de relacionarse con la naturaleza (Breilh 2015, 61).

La salud colectiva determina un perfil epidemiológico enmarcando la esencia de su fenotipo y su genotipo, sin embargo existe un error frecuente de interpretación en donde la salud colectiva es interpretada por la sumatoria estadística de lo individual, sin embargo es importante tener la concepción que la salud colectiva cubre tanto los individuos como los procesos.

Los programas de prevención y control como lo es la vacunación, suelen ser acciones de protección en procesos, no todo es aplicado directo a los individuos, es por tanto que la salud colectiva debe ser pensada más allá del individuo sobre procesos.

Ante este tipo de visión se produce el auge de la salud colectiva influenciada de todos los componentes, involucrando el perfil epidemiológico de cada comunidad en donde se identifique los procesos protectores y destructivos a más el metabolismo social. Es así importante realizar investigaciones mucho más allá de lo individual, es necesario el conocimiento integral de lo vivido en una comunidad; el componente histórico que marca la presentación fenotípica individual que surge de un proceso de vida repetitivo, que

determina la presentación genotípica determinando el fenotipo predominante en una comunidad.

Breilh, en su artículo la “Metodología de la Investigación en Salud: Determinación y Evidencias (El Método Clínico fortalecido desde la Epidemiología)” refiere que:

Tanto en uno como en otro campo de la salud se han producido en décadas recientes cambios interpretativos profundos que buscan superar esa visión reduccionista de la salud/enfermedad, que la circunscribe sólo a ciertos fenómenos observables en los pacientes directamente, es decir una visión que se restringe a los llamados procesos terminales, perdiendo de vista la integralidad de los procesos que los ocasionan o procesos determinantes como también se los conoce. De esa forma, la acción de salud acaba concentrándose solo en medidas curativas o asistenciales, que terminan poniendo a un lado las enormes potencialidades del campo preventivo, con el cual se puede penetrar en los modos y estilos de vida y sus determinantes, para evitar los problemas y ahorrar ingentes cantidades de recursos, tiempo y sufrimiento. (Breilh 2003, 2)

Este tipo de análisis ha permitido el cambio de visión ante la problemática de salud, que día a día presenta modificaciones importantes y que por el alto impacto en la sociedad son considerados como problemas de la Salud Pública, pero que aún se tiene una visión sesgada para su manejo, es por tanto importante la visión desde la Epidemiología Crítica que nos permite una visualización total de la problemática y no solo la punta del iceberg, en donde solo se considera el número de casos de tal o cual “enfermedad”, más no su realidad social de donde nacen los problemas de salud. Breilh indica que

la necesidad de asumir una lógica dialéctica que mantenga con vida los dos polos del movimiento de la determinación (individual y colectivo) pero entendiendo el papel de cada uno [...], la salud no obedece a un orden exclusivamente individual, sino que es un proceso complejo, socialmente determinado, aspecto que muchas veces desaparece del pensamiento en la salud pública debido al predominio de una visión biomédica. (Breilh 2015, 61)

La determinación social presupone la discusión de las relaciones entre individuo y sociedad basado en la historicidad de los procesos y los modos de devenir de los fenómenos, instaurando un terreno desde la realidad epistemológica que analiza la posibilidad de que los sujetos conozcan y modifiquen la realidad de manera múltiple y compleja (Esleva Castañeda 2020, 299).

La epidemiología crítica busca la emancipación de los procesos malsanos que se provocan en las órdenes general, particular y singular, en busca de una sociedad sustentable, soberana, solidaria y saludable (biosegura), en donde los procesos protectores y

soportes colectivos posibiliten formas fisiológicas y psíquicas sustentadoras de una buena calidad de vida (Breilh 2015, 64)

1.1 Dimensión general

Corresponde a la determinación del sistema de acumulación, la lógica matriz del sistema de producción, las políticas y expresiones del Estado y los procesos generales de la cultura y condicionantes epistémicos (Breilh 2015, 109).

Esta dimensión corresponde a el contexto socio histórico en donde el territorio y el espacio se consideran como categorías generales ya que en estas se generan las relaciones de poder, en donde la economía política del movimiento y los proceso de acumulación del capital, subsume los modos de vida de la dimensión particular, y los estilos y condiciones de vida de lo singular (Breilh 2015, 110).

1.2 Dimensión particular

Corresponde a las condiciones estructuradas de los modos de vida de los grupos constitutivos, con sus patrones típicos de exposición a procesos nocivos para la salud colectiva y sus patrones característicos de vulnerabilidad grupal a dichos procesos nocivos (Breilh 2015, 109).

Esta dimensión involucra a la clase social con su cadena de producción, la calidad y satisfacción de los bienes de consumo relacionada a las necesidades colectivas y su accesibilidad, la capacidad de organización social, la capacidad de reproducción cultural e identidad, y los componentes ecológicos (Breilh 2015, 89).

1.3 Dimensión singular

Expresa la determinación de los estilos de vida de las personas y de sus rasgos fenotípicos y genotípicos. Los procesos de la dimensión general y particular tienden a reproducir y conservar sus condiciones (Breilh 2015, 109)

Los rasgos fenotípicos y genotípicos influirán de manera directa en el perfil epidemiológico de cada comunidad.

Los tres dominios están relacionados con la curación y prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, las intervenciones dirigidas hacia el dominio singular tiene como componente central la enfermedad derivan en acciones de curación y prevención; de lo singular a lo general las intervenciones disminuyen su componente de curación prevaleciendo la promoción (Cardona 2016, 186).

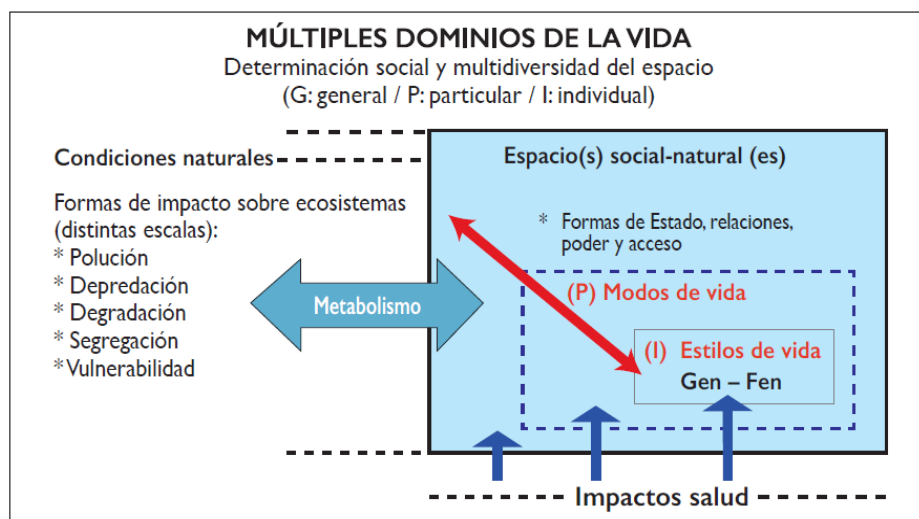


Gráfico 1. Dominios y componentes del modelo de la determinación social de la salud
Fuente y elaboración: (Breilh 2003, 98; Solíz 2016, 26)

2. Conceptos técnicos sobre inmunización

a) *Vacuna*.- Se entiende por vacuna cualquier preparación destinada a generar inmunidad contra una enfermedad estimulando la producción de anticuerpos. Puede tratarse, por ejemplo, de una suspensión de microorganismos muertos o atenuados, o de productos o derivados de microorganismos. El método más habitual para administrar las vacunas es la inyección, aunque algunas se administran con un vaporizador nasal u oral (Organización Mundial de la Salud 2018b).

En el sitio web del gobierno federal de los Estados Unidos de Norteamérica, administrado por la oficina del Programa Nacional de Vacunas, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS), unidad de difusión de información

relevante sobre vacunación, quienes trabajan en asociación con el CDC de Atlanta, indican que existen 4 tipos de vacunas principales, definiéndolas de la siguiente manera (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. 2019):

- Vacunas vivas atenuadas
- Vacunas inactivadas
- Vacunas de subunidades, recombinantes, polisacáridas y combinadas
- Vacunas con toxoides

b) Vacunas vivas atenuadas.- Las vacunas vivas utilizan una forma debilitada (o atenuada) del germen que causa una enfermedad. Dado que estas vacunas son tan similares a la infección natural que ayudan a prevenir, crean una respuesta inmunitaria fuerte y de larga duración. Solo 1 o 2 dosis de la mayoría de las vacunas vivas pueden protegerte durante toda la vida contra un germen y la enfermedad que causa.

Sin embargo, las vacunas vivas también tienen algunas limitaciones. Por ejemplo:

- Dado que contienen una pequeña cantidad de un virus vivo debilitado, algunas personas deben hablar con su proveedor de atención médica antes de vacunarse, tales como las personas con sistemas inmunitarios debilitados, problemas de salud a largo plazo o que han tenido un trasplante de órganos.
- Deben mantenerse en frío, por lo que no se puede viajar con ellas. Esto significa que no se pueden utilizar en países con acceso limitado a refrigeradores.

Las vacunas vivas se utilizan para proteger contra:

- Sarampión, paperas, rubéola (vacuna MMR combinada)
- Rotavirus
- Viruela
- Varicela
- Fiebre amarilla

c) Vacunas inactivadas.- Son las que utilizan la versión muerta del germen que causa una enfermedad.

Las vacunas inactivadas no suelen proporcionar una inmunidad (protección) tan fuerte como las vacunas vivas. Es posible que necesite varias dosis con el tiempo (vacunas de refuerzo) para tener inmunidad continua contra las enfermedades.

Las vacunas inactivadas se utilizan para proteger contra:

- Hepatitis A
- Influenza (solo vacuna inyectable)
- Polio (solo vacuna inyectable)
- Rabia

d) Vacunas de subunidades, recombinantes, polisacáridas y combinadas.- Las vacunas de subunidades, recombinantes, polisacáridas y combinadas utilizan partes específicas del germen, como su proteína, azúcar o cápsula.

Dado que las vacunas solo utilizan partes específicas del germen, ofrecen una respuesta inmunitaria muy fuerte dirigida a partes claves del germen. También se pueden utilizar en prácticamente cualquier persona que las necesite, incluso en personas con sistemas inmunitarios debilitados o problemas de salud a largo plazo.

La única limitación de estas vacunas es que posiblemente necesite vacunas de refuerzo para tener protección continua contra las enfermedades.

Estas vacunas se utilizan para proteger contra:

- Enfermedad Hib (*Haemophilus influenzae* tipo b)
- Hepatitis B
- HPV (virus del papiloma humano)
- Tos ferina
- Enfermedad neumológica
- Enfermedad meningocócica

e) Vacunas con toxoides.- Las vacunas con toxoides utilizan una toxina (producto nocivo) fabricada a partir del germen que causa una enfermedad. Crean inmunidad a las partes del germen que causan una enfermedad en lugar de al germen en sí. Esto significa que la respuesta inmunitaria va dirigida a la toxina en lugar de a todo el germen.

Al igual que otros tipos de vacunas, es posible que necesite vacunas de refuerzo para tener protección continua contra las enfermedades.

Las vacunas con toxoides se utilizan para proteger contra:

- Difteria
- Tétanos

f) Inmunización.- La inmunización previene enfermedades, discapacidades y defunciones por enfermedades prevenibles mediante vacunación, tales como el cáncer cervical, la difteria, la hepatitis B, el sarampión, la paroditis, la tos ferina, la neumonía, la poliomielitis, las enfermedades diarreicas por rotavirus, la rubéola y el tétanos. Es indiscutible que no hay intervención sanitaria preventiva más costo efectiva que la inmunización, que evita entre 2 y 3 millones de muertes anuales por difteria, tétanos, tos ferina y sarampión. Sin embargo, si se mejorara la cobertura vacunal mundial se podrían evitar otros 1,5 millones (Organización Mundial de la Salud 2019).

g) Sistema inmune.- También conocido como sistema inmunitario o sistema inmunológico, es el conjunto de estructuras y procesos biológicos de un organismo que supone una protección contra las enfermedades, ya que logra identificar y eliminar las células patógenas (Biblioteca Virtual en Salud 2019b).

h) Inmunidad.- Es un estado de resistencia que tienen ciertos individuos o especies frente a la acción patógena de microorganismos o sustancias extrañas. Dicho estado puede ser natural o adquirido (Biblioteca Virtual en Salud 2019a).

i) Tipos de inmunidad.- Se clasifica en dos tipos:

1. Inmunidad innata: Llamada también inmunidad natural, es la primera línea de defensa del huésped frente a los microorganismos, actúa a través de barreras epiteliales, células efectoras, proteínas efectoras, que dan como respuesta la inflamación. Este es un complejo proceso en el cual existe, un aumento de la permeabilidad capilar y migración de los leucocitos desde la sangre, hacia la zona afectada mediada por cambios estructurales en los capilares sanguíneos, que permiten el paso de los leucocitos desde la sangre al tejido, intervienen las citoquinas, factor de necrosis tumoral (TNF) y las quimioquinas, encargadas de activar y guiar a los fagocitos hacia la zona afectada. El fin de la inflamación es localizar

a la infección a un solo sitio, impidiendo que esta se propague y afecte a otros tejidos (Brandan, Aquino, y Codutti 2007, 1–18).

2. Inmunidad adaptativa.- La Inmunidad adaptativa o inmunidad específica, es un mecanismo de defensa mucho más evolucionado, que es estimulada luego de la exposición a agentes infecciosos, y cuya capacidad e intensidad defensiva aumenta después de cada exposición subsiguiente a un determinado microorganismo (Brandan, Aquino, y Codutti 2007, 1–18). Existen dos tipos de inmunidad adaptativa, la inmunidad celular y la inmunidad humoral.

2.1 Inmunidad Celular.- sus mediadores son células T o linfocitos T. Estos se encargan básicamente de erradicar a los microorganismos intracelulares (Brandan, Aquino, y Codutti 2007, 1–18).

2.2 Inmunidad Humoral.- sus mediadores son los anticuerpos y las proteínas del complemento (Brandan, Aquino, y Codutti 2007, 1–18).

Ante este análisis de las principales definiciones relacionadas al tema a investigarse, es necesario recordar que la mayor parte de vacunas que al momento existen buscan la prevención o control de infecciones agudas virales o bacterianas con potencial epidémico, siendo necesario para su fabricación el conocimiento de la inmunidad natural o innata de cada enfermedad, ya que el objetivo principal de la vacuna es imitar la respuesta que provoca la infección natural evocando mecanismos similares a los que ocurre luego del proceso infeccioso. Las vacunas se utilizan como una forma de inmunoprofilaxis buscando que se otorgue protección mucho tiempo antes de que se dé la exposición al agente infeccioso (Rivas 2002, 52).

Es necesario recordar también que para la decisión de la producción de una vacuna el factor epidemiológico de una enfermedad es un indicador importante, incluso si estas necesitan dosis de refuerzo para sostener la inmunidad a través del tiempo. Los desafíos vinculados a la inmunización están relacionados a características evolutivas tanto del agente infeccioso como del sistema inmunológico humano. Los avances de la ingeniería genética que se utilizan para la producción de inmunoprofilaxis han mejorado la efectividad y seguridad de la inmunización, garantizando la activación de la memoria inmunológica y la disminución o ausencia de efectos colaterales indeseables (Rivas 2002, 52).

Además de todo lo que involucra inmunidad del cuerpo humano y toda la vinculación a programas de inmunoprofilaxis o producción de vacunas para el éxito de los programas de vacunación en todos los países se deben cumplir con dos factores: altos índices de aceptación y cobertura vacunal; en cuanto a las coberturas y de acuerdo a afirmaciones de la OMS – Organización Mundial de la Salud la cobertura vacunal mundial se mantiene con firmeza, además indica que la inmunización evita de 2 y 3 millones defunciones, pero a la vez también reconoce que existen veinte y un millón de niños lactantes que no han recibido ninguna vacuna (González et al. 2016, 5).

Cuando se analiza el factor relacionado a los índices de aceptación se puede identificar que desde muchos años atrás existen muestras de rechazo a la vacunación observándose mucho más en países desarrollados.

La inclusión de los programas de vacunación dentro de la Región de las Américas data desde los años 70, época desde la cual los Estados Miembros de la OPS/OMS “han considerado a la inmunización como bien público, así como un componente preventivo esencial de la atención primaria en salud” (Organización Mundial de la Salud 2014b, 1).

En la Región de las Américas desde 1983 la Organización Panamericana de la Salud – OPS inicia investigaciones encaminadas a detectar los principales factores que afectarían directamente a la cobertura de vacunación, considerando que la vacunación “forma parte de las actividades cotidianas de salud pública; es entendida como un sistema dinámico, en el que la oferta y la demanda están relacionadas entre sí, donde se identifican las necesidades de la población, y cuya satisfacción depende del comportamiento de usuarios y proveedores de servicios de vacunación”. Además explica que “La interacción entre usuarios y proveedores requiere que los primeros reconozcan que tienen necesidad del servicio y procedan a su búsqueda y que los segundos lo ofrezcan en condiciones técnicas, logísticas y operativas suficientes en cantidad y calidad para que sea eficiente” (Organización Mundial de la Salud 2014b, 2).

Cuando hablamos de vacunación dentro de los países de la Región de las Américas la normativa, una proporción de los recursos y el control del programa es manejado por la Organización Panamericana de la Salud ente que pertenece a la Organización Mundial de la Salud, la misma que cuando analiza las bajas coberturas en vacunación no analiza “rechazo” sino los nomina como “no vacunación”, dentro de este tipo de estudios indica

que se deben analizar los servicios de salud ya que permite identificar de manera precisa porque un niño que acude con su madre o acompañante a un servicio de salud no recibe las vacunas necesarias a pesar de no tener contraindicaciones, llamando a esta situación como “Oportunidad perdida de vacunación” (Organización Mundial de la Salud 2014b, 3).

En el documento titulado “Metodología para la evaluación de oportunidades pérdidas de vacunación” del año 2014 de la Organización Mundial de la Salud indica que los determinantes para la cobertura de inmunización son complejos y se interrelacionan, los clasifican en dos categorías que a su vez contienen subcategorías, clasificadas de la siguiente manera:

1. Atribuibles al usuario y su demanda:

- Dependientes de las características de la familia
- Conocimientos y actitudes de los padres o responsables de la vacunación de los niños

2. Atribuibles a la oferta de los servicios:

- Servicio de salud y programas de inmunización
- Conocimiento, actitudes y prácticas del trabajador de la salud.

Luego de esta investigación la OMS concluye que las principales causas de oportunidades pérdidas de vacunación se deben a problemas en los servicios de salud como horarios, falta de insumos y falta de personal. En cuanto al personal de salud indican limitantes como falta de conocimiento, falsas percepciones acerca de la eficacia de las vacunas, o falta de conocimiento de los padres de los niños a vacunar, y en cuanto a las familias indican la falta de confianza en el personal de salud, falsas percepciones de los efectos, cultura y conocimientos (Organización Mundial de la Salud 2014b, 21).

Si estas causas establecidas por la OMS son aplicadas en nuestro país, es importante recordar que las actividades analizadas son propias del primer nivel de atención de acuerdo al Modelo de Atención del Ministerio de Salud Pública, y además es necesario indicar que esta es la única entidad que cuenta con primer nivel de atención claramente identificado y fortalecido a diferencia de otras instituciones de la Red de Salud Pública y Privada en donde se han fortalecido especialmente el tercer nivel de atención.

Sin embargo el estudio del rechazo a la vacunación no es actual data desde las épocas de las primeras campañas de vacunación para combatir la Viruela en Inglaterra y en Estados Unidos de Norteamérica; para el año 1992 la OMS tenía información de 79 estudios realizados en todo el mundo evaluando las oportunidades perdidas en vacunación colocando como uno de sus motivos el miedo a la vacunación o el componente religioso y en algunos de ellos también se consideró el desabastecimiento del biológico y la actitud del profesional de salud responsable de la aplicación de la vacuna, de estos estudios el 66 % habían sido realizados en servicios de salud, un 23 % eran estudios poblacionales y el resto eran ensayos comunitarios controlados. “La mediana de oportunidades perdidas en niños en los estudios de servicios de salud en el mundo fue de un 32 %, siendo de 44 % en la región de las Américas” (Rodríguez 2001, 75).

En la última década los estudios realizados sobre este tema han incrementado notablemente sobre todo en Inglaterra, Estados Unidos, España, Canadá y en pocos países de América Latina como Colombia y Brasil; las asociaciones de Pediatría como la norteamericana presenta en su página web estudios en los que se ha investigado por ejemplo la relación del Timerosal, componente de la vacuna del Sarampión Rubéola con el apareamiento de autismo en niños menores de cinco años. En los 42 artículos publicados, sometidos a revisión, se descarta la asociación causa efecto; sin embargo en otras páginas como las conocidas “Ligas en contra de la vacunación” que surgieron por la seguridad y eficacia de la vacunación contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (DTP), el sarampión, las paperas y las rubéola (MMR) y con mayor actualidad con la vacuna de HPV, son muy claros en exponer investigaciones con bajo contenido científico, videos, noticias de efectos totalmente adversos, inclusive letales como consecuencia a la aplicación de las vacunas.

En el Ecuador al realizar una búsqueda de las principales investigaciones relacionadas con el tema de vacunación, se puede evidenciar que las mismas se relacionan con temas de tesis de pregrado en donde no se investiga los motivos por los cuales las coberturas de vacunación son bajas, o porque existe rechazo a la vacunación; el tema que se investiga está relacionado con conocimientos, actitudes y prácticas referentes a la misma.

En este punto es necesario recordar que las actividades de inmunización en la región de las Américas se iniciaron en razón de las recomendaciones de la III Reunión Especial de Ministros de Salud en Chile en el año 1972, la que tuvo como propósito reducir la

morbilidad y mortalidad causada por enfermedades prevenibles mediante vacunación, usando como estrategia principal la intensificación de acciones con jornadas nacionales y locales, para llegar a coberturas altas en poco tiempo, mismas que en 1990, alcanzó logros significativos para todos los biológicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones, con más de un 90 % en la aplicación de las primeras dosis (Rodríguez 2001, 74).

La OMS, en su de tercera versión del informe mundial de vacunas e inmunización, estima que si se adoptará en forma generalizada las vacunas que disponemos hoy en día contra las enfermedades de la infancia, y si los países hubieran incrementado hasta el 2015 la cobertura vacunal hasta un promedio mundial del 90 % podría haberse prevenido dos millones de muertes más al año entre niños menores de cinco años, así como también la reducción en gran medida la carga de morbilidad y discapacidad debidas a enfermedades prevenibles mediante vacunas, y contribuiría a mejorar la salud y el bienestar de los niños, además de reducir los costos de hospitalización (Organización Mundial de la Salud, UNICEF, y Banco Mundial 2010b).

De igual manera la OMS define a la reticencia a la vacunación como la tardanza en aceptar vacunas seguras o el rechazo a dichas vacunas pese a la disponibilidad de los servicios de vacunación, catalogándola como un problema de creciente importancia para los programas de inmunización de los países (Organización Mundial de la salud 2015, 1).

En el informe de OMS además refiere que “gracias a la inmunización cada año se evita que mueran 2,5 millones de niños [...] a pesar de los éxitos conseguidos, millones de niños de los países en desarrollo, casi el 20 % del total de niños que nacen cada año, no completa el ciclo de inmunizaciones previstas durante el primer año de vida; [...]”, “llegar a esos niños exigirá superar varias barreras importantes que hasta ahora han retrasado el avance” (OMS 2015, 3).

De acuerdo a ese informe una de las dificultades más importantes es la debilidad subyacente del sistema sanitario en muchos países en desarrollo, la dificultad de distribuir vacunas mediante una infraestructura y un sistema de apoyo logístico que a menudo están sobrecargados. Otra causa más es el desconocimiento de la importancia que tienen las vacunas, especialmente entre las poblaciones más pobres, lo que hace que éstas no demanden de forma activa el acceso a los servicios de inmunización (Organización Mundial de la Salud, UNICEF, y Banco Mundial 2010b).

Los rumores erróneos o no documentados acerca de la seguridad de las vacunas también suponen un obstáculo, al igual que las caídas previstas en la financiación necesaria para alcanzar los objetivos mundiales en materia de inmunización” (Organización Mundial de la Salud, UNICEF, y Banco Mundial 2010b).

La Organización Mundial de la Salud indica que 24 millones de niños no inmunizados o incompletamente inmunizados viven en los países más pobres, en donde los servicios de salud tienen infraestructura frágil o inexistente, además tienen una topografía difícil y conflictos armados [...]. Otros niños no inmunizados viven en países que cuentan con infraestructura pero no han dado prioridad a la vacunación, otros son niños refugiados o sin hogar, que quedan fuera del alcance de las actividades de inmunización sistemática (Organización Mundial de la Salud, UNICEF, y Banco Mundial 2010b, 9).

Antoni Trilla en su artículo “Vacunación Sistemática: convencidos, indecisos y radicales” refiere:

[...]en ningún momento los grupos o pretendidos expertos contrarios a la vacunación han sido capaces de presentar evidencias suficientes, contrastadas, sólidas ni concluyentes en los foros adecuados (revistas biomédicas con revisión por pares, reuniones científicas) que posibiliten refutar sus tesis. Para salvar esta situación alegan, entre otros despropósitos, que existe una conspiración académica mundial que les impide acceder a los canales de comunicación y debate científico ordinario.(Trilla 2015a, 160)

Trilla refiere que las razones del rechazo o desconfianza en las vacunas son varias, probablemente las que más contribuyen a este fenómeno en la actualidad son las relativas a la percepción sobre la seguridad de las mismas. Sin embargo indica como una idea central que “La realidad es que para la mayoría de la población de todo el mundo la normalidad es vacunarse” (Trilla 2015b, 161).

Justich se refiere que el posible rechazo que se puede dar a la vacunación puede involucrar al profesional que a partir de la construcción de su conocimiento, cree que las vacunas pueden ser más perjudiciales que la enfermedad y suele actuar bajo convicciones honestas, aunque, sin duda, erróneas. Además reconoce la importancia de la salud pública, para llegar a la población y al personal sanitario que la sistematización de las vacunas no surge de una pretensión hegemónica, sino de un análisis profundo de los riesgos y los beneficios de esta práctica (Justich 2015, 444).

De lo hasta aquí descrito todos los autores y organizaciones analizados describen situaciones que podrían ajustarse a la realidad de nuestro país como es el caso de infraestructura que no cumple con lo necesario para almacenamiento o distribución inmediata de biológicos, desconocimiento o falta de práctica en el manejo de la vacunación por parte del personal de salud o incluso costumbres que podrían alejar a la población de aceptar la vacunación o simplemente aceptar la vacunación como un requisito de ser un ciudadano ecuatoriano.

En el año 2017, la Organización Panamericana de la Salud realiza la “Evaluación de la Estrategia de Inmunizaciones, Ecuador 2017”, en el cual además del análisis de cobertura se evaluó calidad del dato, calidad del sistema de monitoreo, completitud y oportunidad del reporte, detalla todos los cambios que ha tenido el sector salud resaltando los pro y contras del Modelo de Atención en Salud como base para el funcionamiento del sector, y describe situaciones causantes de las coberturas bajas como es el hecho de una errónea proyección de poblaciones para el cálculo de las dosis a vacunar.

En este estudio la OPS indica:

Se observó un descenso progresivo de las coberturas de vacunación en los últimos 4 años. Se usaron como referencia las dosis aplicadas tanto de Penta 3 como de Polio 3. Debido al gran acumulo de susceptibles en las cohortes de los últimos años, se requiere implementar con urgencia un Plan de Contingencia para mejorar las coberturas de vacunación a corto plazo y disminuir el riesgo de transmisión de enfermedades inmunoprevenibles. (Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud Pública, y Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo 2017, 13)

En este análisis se reconoce que es necesario reforzar la vacunación en poblaciones vulnerables de difícil acceso, indica que los datos dados por el INEC sobre la población menor de un año es correcta; este es el análisis más reciente realizado en nuestro país por una organización reconocida en el tema de inmunización, sin embargo nuevamente indica proceso administrativos, ligados al sistema de salud, y a un modelo de salud que desde un inicio indicaba ser comunitario. Lo que no se refleja en ningún momento es un análisis relacionado a la comunidad como tal, no se habla de un modo de vida o de un estilo de vida, sino que identifica procesos administrativos y de talento humano como las posibles causas.

Al ser la vacunación la acción mediante el cual el ser humano adquiere la inmunización contra una enfermedad específica es necesario involucrar los

comportamientos humanos que involucran aceptación o rechazo. Por tanto es importante destacar por qué un programa de vacunación que específicamente en nuestro país cuenta con muchos años de historia con altas coberturas de vacunación y que en la actualidad se ve enfrentada a disminución de la mismas, se ha analizado muchos “factores administrativos” que no involucran el comportamiento de una población que está conformada por una variedad multiétnica y diversidad reconocida por la Constitución de la República en la que reconoce al Ecuador como un país “intercultural, plurinacional [...]”(Asamblea Nacional Constituyente 2014, 16).

Existen muchas teorías y estudios que se refieren a las ventajas y desventajas de vacunar, sin embargo estudios propios en nuestro país no se han realizado, es por esto que el estudio comparativo y descriptivo propuesto puede evidenciar la situación actual de una población, que nos permita identificar el problema y evidenciar los posibles riesgos de salud pública a los que nos podríamos enfrentar. Esta investigación está inscrita en el marco disciplinar de la epidemiología crítica, el cual estaría justificado en razón de que dentro de sus tres principales fundamentos contempla la determinación de la salud, junto con la reproducción social y el metabolismo sociedad-naturaleza que conforman el eje teórico de la propuesta de ruptura con el paradigma dominante de la salud pública (Breilh 2013a, 1).

Es necesario indicar que el estudio que se propone sobre el rechazo o aceptación de la vacunación y su influencia en las bajas coberturas de vacunación específicamente en las comunidades de Quingeo y Tomebamba (Monay), pertenecientes al distrito 01D02 de Cuenca, no puede ser estudiado totalmente desde el paradigma de la epidemiología tradicional que no permite el contacto y estudio de la comunidad en su modo y estilo de vida, sin embargo la epidemiología crítica me permite tener esta posibilidad ya que en su fundamento indica:

El paradigma de la epidemiología crítica trabaja, en la construcción popular-académica de una sociedad centrada en la vida, la equidad y la plena bioseguridad (socio-biocéntrica), mediante una investigación intercultural, interdisciplinaria y basada en la comunidad, que busca alimentar un proceso de reforma crítica, cuyo eje estratégico es el apoyo desde la ciencia epidemiológica a la defensa de los derechos. Una investigación y monitoreo enfocados en los procesos críticos de la salud, y proyectados hacia el horizonte de una nueva civilización que pueda ser saludable y biosegura, produciendo conocimientos críticos, instrumentos técnicos y herramientas para la rendición de cuentas y control social sobre los

grandes dominios de la determinación social general que se expresan en las 4 “S” de la vida (civilización sustentable, soberana, solidaria, saludable/biosegura). (Breilh 2013a, 11)

Desde la determinación social, “la salud es un objeto polisémico en tanto objeto real, objeto pensado (de modo intersubjetivo) y campo de praxis” (Breilh 2003).

Es proceso complejo, socialmente determinado, aspecto que muchas veces desaparece del pensamiento en la salud pública, debido al predominio de una visión biomédica, que reduce la problemática al estrecho límite de los trastornos o malestares individuales, su curación y la prevención individual. La determinación social va y viene dialécticamente entre las dimensiones general, particular y singular: se reproduce de lo general a lo particular, y se genera de lo particular a lo general. (Breilh 2013a, 8)

Mientras en la epidemiología convencional se enfoca fundamentalmente procesos individuales y lo social aparece apenas como “variables” externas que inciden en estados patológicos de personas; la epidemiología social asume los procesos colectivos o grupales como elemento irreductible a lo individual, y espacio de intervenciones (Breilh 2013a, 8).

Jaime Breilh indica que existe “la necesidad de asumir una lógica dialéctica que mantenga con vida los dos polos del movimiento de determinación (individual y colectivo) pero entendiendo el papel de cada uno, un proceso de generación de cambio que va de lo micro (individuo, más simple) hacia lo macro (social, más complejo); al que se opone dialécticamente un proceso de reproducción de las condiciones generales de la sociedad” (Breilh 2013b, 1) de lo cual Breilh indica que la salud no obedece a un orden exclusivamente individual, sino un que es proceso complejo, “socialmente determinado, aspecto que muchas veces desaparece del pensamiento en la salud pública, debido al predominio de una visión biomédica, que reduce la problemática al estrecho límite de los trastornos o malestares individuales, su curación y la prevención individual” (Breilh 2013a).

El artículo escrito por Leonarda Arditti en el 2018 “La vacunación no es opinable: es una obligación y una responsabilidad social” es concordante con lo expresado por Breilh y demuestra la importancia mundial de la vacunación como una estrategia de protección social. El artículo hace referencia al error cometido por el médico Andrew Wakefield, quien en el año 1998, publicó en la revista *The Lancet*, en el cual se indica sobre efectos adversos de la vacuna MMR o triple viral, específicamente relacionados al desarrollo del autismo tras la colocación de esta vacuna. Este artículo sobretodo fue difundido en Europa

y a pesar de no tener sustento científico causó temor en padres de familia, quienes optaron por no vacunar a sus hijos produciendo brotes sobretodo de sarampión con complicaciones inclusive letales. Ante esta publicación toman fuerza los denominados “grupos antivacunas” sobretodo en Reino Unido. Estos grupos afirman que padecer la enfermedad es más inocuo que recibir una “sustancia química” en el cuerpo, además manifiestan que al estar vacunados “otros” dentro de su población ellos se beneficiarían indirectamente de las vacunas (Arditti 2018, 1).

Este tipo de acciones en contra de las vacunas ha llevado sobretodo en países desarrollados a padecer brotes de enfermedades inmunoprevenibles, por ejemplo en España un brote de Difteria en el 2015, que causó incluso la muerte de un niño. La difteria en España había registrado su último caso en 1987 (Arditti 2018, 1).

Otro caso muy preocupante de brotes presentados ante las bajas coberturas de vacunación, es lo sucedido con la circulación del virus de la Polio en Africa Central ocurrida en el 2014. Cuando la OMS declaró un riesgo muy alto de propagación internacional de la poliomielitis desde África Central en particular desde Camerún, en este año, Brasil notificó que habían detectado poliovirus salvaje en muestras de aguas residuales en el Aeropuerto Internacional de Viracopos. Por la secuencia genética se pudo determinar que tenía estrecha relación con el virus circulante en Nueva Guinea, sin embargo, no notificó ningún caso de polio en este país. Al revisar sus coberturas de vacunación a nivel distrital mostraban coberturas mayores al 95 %, siendo un indicador de total protección para toda la población, que se vio protegida ante el hallazgo indicado (Organización Mundial de la Salud 2014a, 1).

En América el último caso de polio fue reportado en 1991 y la región fue declarada libre de la enfermedad en 1994. En el resto del mundo actualmente hay casos solo tres países: Pakistán, Nigeria y Afganistán, países en los cuales por situación de conflictos bélicos no se ha podido llegar con este beneficio de protección contra enfermedades prevenibles con vacunación (Organización Mundial de la Salud 2014a, 1).

El reconocimiento del efecto protector de la vacunación es innegable. No vacunar a nuestros niños, a nuestra población es un acto irresponsable, carente de fundamento científico alguno y que pone en riesgo especialmente a aquellos que son más vulnerables, como los son los niños y niñas menores de un año que aún no han completado por una

cuestión etaria sus esquemas. Defender y fomentar una idea de que las vacunas son perjudiciales para la salud de un niño o de una persona de grupos vulnerables, es defender una falacia. Porque la salud de la población, y el derecho de los niños a no enfermar por causas prevenibles es un deber no solo del estado sino directamente de sus padres o tutores.

Es imposible negar que la vacunación ha sido uno de los descubrimientos más espectaculares y significativos en la historia de la humanidad. Humildemente dar las gracias a quienes como Jenner, Pasteur, Sabin, Salk y tantos otros dedicaron su vida a dejarnos como legado a esta invaluable aliada de la medicina, la vacuna (Arditti 2018).

Capítulo segundo

Contexto sociohistórico de las comunidades atendidas por las unidades de salud Tomebamba y Quingeo del Distrito 01d02 salud

Dentro del entorno social y cultural se crean costumbres y estilos de vida específicos de cada sector analizado, la ubicación geo-política juega un papel fundamental. Para poder comprender la determinación o acuerdo social que tiene la inmunización en el primer año de vida es necesario conocer la realidad de la población en análisis, puesto que depende de cómo reciban y entiendan la información a la que tienen acceso y en muchos otros casos no.

Tomando como referencia el análisis anterior de alimentación, medidas de prevención, conocimiento y frecuencia con la que asisten al centro de salud, condiciones de cercanía y lejanía y el rol que cumple en todo este proceso las posibilidades económicas de una población. Se ha conseguido responder a los objetivos de esta investigación, además podemos asumir que si hablamos de sector urbano las complicaciones son menores puesto que las madres (quienes se encargan de llevar a su hijos a los centros de salud) tienen más clara la necesidad del proceso de inmunización, a pesar de que no interioricen la información al 100 %, es decir; saben que sus hijos necesitan las vacunas gracias al carnet más, no conocen cual es el objetivo de cada una de las vacunas.

En el sector rural al parecer existe más desconocimiento del proceso, sin embargo, gracias a convenios con las instituciones centrales se puede llegar con información de la vacunación necesaria en el primer año de vida. Otra de las formas de abarcar a la población y lograr su vinculación es que se realice un proceso de difusión de información “de boca en boca”, siendo este un método muy válido dentro del margen rural puesto que por cercanía o vínculos, la información puede ser receptada y aceptada de mejor manera.

A pesar de que los contextos son muy diferentes la importancia de mantener sanos a los más pequeños siempre es prioridad; es así que si bien el modo y estilo de vida influye en la aceptación del proceso de inmunización las personas están dispuestas a capacitarse y a recibir información más certera acerca de la salud de sus hijos y como se pueden prevenir enfermedades e infecciones a las que son sensibles mediante la vacunación.

Debe tomarse también en cuenta que el interés de la población debe ser motivado por las instituciones públicas que buscan aumentar las cifras dentro de este proceso, sin dejar de lado la antigua medicina ancestral tradicional que bajo indicaciones previas puede ser empleada por las mismas personas dentro de casa. Por tanto es importante y necesario caracterizar cada una de las poblaciones estudiadas con el objetivo de poder comprender como el contexto socio histórico de cada comunidad pueden influir en la aceptación de la vacunación.

El conocimiento de la determinación social de la salud como fenómeno multidimensional abarca los procesos generales de la sociedad y del metabolismo socio-ambiental, como los particulares procesos de los modos de vivir de distintos grupos sociales, como los estilos de vida familiar e individuales, implica una ruptura con el modelo histórico liberal (Breilh 2017).

El movimiento de la vida social donde se genera la salud de una colectividad, se produce en una unidad dinámica con la naturaleza siendo un proceso consciente histórico tanto económico como generador de una cultura, organización, relaciones de poder y construye relaciones con la naturaleza. Las relaciones sociales están presididas por la complejidad y no pueden ser reducidas a un análisis físico-biológico. La forma en la que los seres humanos se organizan en la sociedad determina la forma en la que ellos afectan, transforman y se apropian a la naturaleza, condicionando de esta manera la configuración de las sociedades (Toledo 2013, 41–71).

Las relaciones establecidas entre los seres humanos y la naturaleza son dobles, individuales o biológicas y colectivas o sociales, los seres humanos tomamos de la naturaleza el agua, el aire y la biomasa para sobrevivir y de igual manera producimos sustancias de deshecho; en la parte social cada individuo debe relacionarse a través de diferentes nexos para garantizar la subsistencia que toma y genera energía, al igual que nutrientes y sustancias, siendo procesos denominados por Margalef en 1993, como energía endosomática y energía exosomática que en conjunto forman el metabolismo entre la sociedad y la naturaleza (Toledo 2013, 41–71).

Este proceso de metabolismo entre sociedad y naturaleza dan lugar al proceso conocido como “apropiación” definido por Cook en 1973 como “ el proceso por medio del cual los miembros de toda sociedad se apropian y transforman ecosistemas para satisfacer

sus necesidades y deseos”, siendo una dimensión propiamente ecológica del proceso de producción (Toledo 2013, 41–71). Este proceso toma al ser humano como el productor y en la parte social lo transforma en un ente económico. Como es entendible la relación sociedad naturaleza es un proceso que nace con la sociedad y debe ir variando hasta la sociedad actual lo que obliga a quien busca la realidad de un territorio a estudiar los principales patrones y tendencias que van tomando estas configuraciones a lo largo del tiempo con sus diferentes cambios sean leves o de gran trascendencia en la historia de la misma.

El contexto socio histórico de las comunidades estudiadas en el presente documento es relevante en el sentido que podría demostrar las posibles diferencias que influyan para la aceptación de la vacunación.

1. Quingeo

1.1. Recorrido histórico

Parroquia rural del cantón Cuenca, gracias a su historia y a sus casas de arquitectura peculiar fue declarada Patrimonio Cultural de la Nación el 13 de septiembre de 2009.

Se dice que cuando los académicos franceses Louis Godin, Pedro Bouger y Carlos María de la Condamine, vinieron a realizar la misión geodésica francesa en 1736, visitaron la parroquia y coincidieron con la similitud que tenía con un pueblo francés llamado Quingueo. Pero yendo a lo más cercano, existe una referencia que indica que Quingueo etimológicamente viene del quechua “quingos” que interpreta al zigzagado de su principal río (GAD Parroquial de Quingeo 2019).

La parroquia de San Pedro de Quingeo fue fundada en 1545, doce años antes que la ciudad de Cuenca. En su templo se venera una efigie de Cristo Crucificado, muy visitada y conocida como, el Señor de los Milagros. En esta parroquia, fueron célebres, durante el Carnaval, los juegos del Pucara, que significa: fortaleza. Consisten en la lucha entre dos rivales, generalmente indígenas muy fuertes y de pequeña talla, provistas de ondas y masas de hierro que lanzaban contra su contendor, el que se defendía escudándose con un sombrero de cuero, de grandes faldas, que al agacharse protegían su cuerpo. Sus

festividades corresponden al Señor de los Milagros, a San Pedro y a las populares fiestas del Carnaval (GAD Parroquial de Quingeo 2019).

1.2. Grupos poblacionales

Se encuentra ubicada a 28 km de la ciudad de Cuenca. Cuenta con una extensión aproximada de 114.2 kilómetros cuadrados y posee 7.450 habitantes de acuerdo al censo de 2010; la población de esta parroquia, en su mayoría, está formada por población indígena, solo el 2,55 % de la población se encuentra ubicada en casco parroquial y el 97,45 % distribuida en los 28 sectores que la conforman. En Quingeo el 41,76 % de población con el rango de 0 a 14 años se encuentra concentrada sin ninguna preferencia de sexo y con el 8,79 % de adultos mayores, siendo la característica de las mujeres, el rango que tiene menor concentración de población es el de 55 a 59 años y está representada por el 2,68 % del total de la población parroquial; el 71,90 % de la población de esta parroquia es una población económicamente activa, que presenta 5357 personas donde el 55 % es la población femenina (GAD Parroquial de Quingeo 2019). Un dato importante recalado por el GAD Parroquial de Quingeo indica:

La socialización del rol de género comienza en la familia, continúa en grupo de compañeros y en la escuela, y continúa en todos los medios que rodean a los individuos. Un alto índice femenino establece una diferencia significativa de género en cuanto a oportunidades y roles establecido para hombres y mujeres, es un resultado evidente del proceso migratorio que ha sufrido el cantón. Según su interpretación convencional, se trata de un indicador asociado a las transferencias intergeneracionales y su aumento sistemático implica para el GAD una mayor inversión en salud y seguridad social orientada a las personas de edad. (GAD Parroquial de Quingeo 2019)

Como referente se ha tomado la consulta del censo 2010 sobre la auto identificación según su cultura y costumbres, con una distribución de población mestiza es del 77,10 % es decir, casi la totalidad de los habitantes de la parroquia y un 18,98 % se identifica indígena y un 2,58 % como blanco, las demás categorías están menor a 1 % (GAD Parroquial de Quingeo 2019).

En cuanto a la distribución de la población infantil que involucra la investigación actual, el 48,05 % de la población de Quingeo corresponde a la de los niños, niñas y adolescentes donde el 52,24 % corresponde a hombres y el 44,50 % a mujeres, el 21,31 %

corresponde a niños y niñas de 0 a 3 años de los que solo el 2,18 % se encuentra ubicado en el centro parroquial (GAD Parroquial de Quingeo 2019).

1.3. Salud

Los indicadores más representativos de mortalidad en Quingeo son el cáncer 20 %, muerte por la vejez 17 % y la mortalidad materna durante el parto 14 %. En cuanto a la morbilidad, las estadísticas del sistema de salud reportan más casos de patologías respiratorias como son los resfriados comunes, faringitis y amigdalitis consecuencia del cambio brusco de clima (GAD Parroquial de Quingeo 2019).

De acuerdo al análisis que indica el GAD Parroquial identifica la pobreza por necesidades básicas insatisfechas, se asienta en la clasificación de los hogares como pobres o no pobres de acuerdo a la satisfacción de sus necesidades básicas como la educación, salud, vivienda, servicios urbanos y oportunidades de empleo, de acuerdo a esto se tiene que 96 personas de cada 100 en la parroquia son pobres y de cada 100 hogares 95 son pobres (GAD Parroquial de Quingeo 2019).

Dentro de los servicios de salud cuenta con un centro de salud tipo A del Ministerio de Salud Pública, este centro de salud se encuentra ubicado en el centro parroquial, cumple con actividades de salud de primer nivel, realizando referencias al Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca en caso de ser necesario; en esta población existen problemas de salud críticos como muerte materna y neonatal, además la cobertura de servicios de salud es muy limitada, y la cobertura de inmunización de acuerdo a los registros del Ministerio de Salud son bajas.

1.4. Agricultura y ganadería

En la parroquia de Quingeo la agricultura y ganadería constituyen las principales actividades productivas y de tradición familiar. Las características del terreno son optimas para el desarrollo de las mismas. Debido a su clima templado, la variedad de cultivos es amplia y sobre todo le permite a la población tener una producción que sustenta a la familia y además genera recursos económicos a través de la venta de los productos. La mayor parte

de la población tiene terrenos propios para el cultivo y una parte pequeña de la población trabaja en casa de haciendas de familias que viven en la ciudad de Cuenca.

En cuanto a los animales de crianza son domésticos entre aves, cerdos, cuyes y además vacunos de los cuales existe la producción láctea que en su mayoría es entregada a mayoristas quienes entregan el producto en la ciudad de Cuenca.

1.5. Dinámica familiar

La mayor parte de las familias de la parroquia de Quingeo lo constituyen las familias extendidas con patriarcado muy marcado para la toma de decisiones y sustento familiar. El hombre cumple el sustento del hogar, la mujer trabaja en el cuidado y crianza de los hijos y las actividades domésticas.

En cuanto a tasas de nivel de educación, este indicador reporta porcentajes altos el 89,25 % de los niños que están en edad de formación de básica están asistiendo a algún establecimiento de enseñanza regular y el 44,14 % a la formación de bachillerato, esto en relación a la edad que le corresponde a cada nivel. El mayor porcentaje de la población tiene el nivel primario o básico a los cuales corresponde el 71,78 % de los habitantes de Quingeo, solo un 0,76 %, tiene cubierto el nivel superior. Además se ha encontrado un total de 997 habitantes analfabetos que corresponde al 15,37 % (GAD Parroquial de Quingeo 2019).

El factor migración ha influido directamente en la dinámica familiar, siendo en igual proporción para hombres y mujeres; al ser en su mayor parte familias extendidas los niños de la familia quedan a cargo de la hermana, la tía o la abuela.

La mayor parte de hogares se forman a partir de parejas jóvenes quienes tienen hijos a edades tempranas.

En los discursos de los informantes se descubrió que, en Quingeo, la ubicación geográfica de la población (el campo) y la época o diferencia generacional (los antiguos) podrían estar influyendo en el rechazo a las vacunas en los niños y niñas en las comunidades; consideran, mediante experiencias familiares o por lo que han escuchado en la comunidad, que es por descuido, despreocupación, porque piensan que están bien y que no necesitan. Una informante manifestó que antes tenía el pensamiento de que las vacunas

no eran necesarias, pero luego de informarse cambió de parecer, lo que podría indicar que el rechazo puede darse además por la falta de información. Otra informante dijo que una de las causas de su no aceptación se basa en conflicto familiar causado por los celos del cónyuge que impide que la mamá lleve a su niña a vacunar.

1.6. Localización geográfica de Quingeo



Mapa 1. Localización geográfica de la parroquia Quingeo dentro del Cantón Cuenca Fuente y elaboración: Atlas PDOT Cuenca. GAD Municipal del cantón Cuenca 2016

2. Monay (Tomebamba)

2.1 Recorrido histórico

La parroquia Monay cuenta con varios barrios urbanos dentro de ellos la ciudadela Tomebamba de donde toma el nombre del centro de salud Tomebamba, por lo que este sector es conocido con el nombre de Monay o Tomebamba. Es una parroquia urbana, ubicada al noreste de la ciudad de Cuenca. Sus inicios datan de 1980 cuando el Banco de la Vivienda crea un programa de vivienda. Se trata de una parroquia que ha surgido y ha logrado las obras de infraestructura sanitaria en base a la gestión barrial a través de una

directiva que gestiona permanentemente los cambios necesarios, como es el caso históricamente conocido de la reubicación de las “lavadoras” por su ubicación a la orilla del río afectaba urbanísticamente el sector, a más de esto constituían un problema de contaminación de agua y por la gran afluencia de todo tipo de personas era considerado una de las zonas con índices delincuenciales altos por lo que los moradores del sector realizaron todo tipo de acciones hasta que las lavadoras fueran reubicadas en otros sectores.

Al momento las zonas que antes eran ocupadas por las lavadoras se han convertido en zonas recuperadas para el entretenimiento familiar donde se han máquinas para ejercitar.

2.2 Actividades económicas

Al ser una zona urbana, esta parroquia cuenta con actividades de comercio tanto de pequeños comerciantes como grandes empresas, es el caso de la ubicación de un centro comercial que tiene gran afluencia de personas de toda la ciudad y una de las principales condiciones que ha modificado la zona comercial es la presencia del único hospital público del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de esta ciudad, por lo cual alrededor del mismo se han implementado todo tipo de negocios como son las farmacias de las grandes cadenas y negocios pequeños como sitios de oferta de alimentos, zonas de reposo, bazares, tiendas pequeñas, panaderías, funerarias.

Estos sitios de comercio son fuentes de trabajo para la comunidad, sin embargo, otra parte importante de la población trabaja en sitios lejanos a la misma, situación que se ve favorecida por la facilidad del transporte público.

Dentro de la historia de crecimiento de esta comunidad no se puede dejar de mencionar la presencia del Seminario Mayor San Miguel Magno que es el único sitio del Azuay que forma sacerdotes. La parroquia eclesiástica Santa Teresa de Monay brinda servicios a la colectividad.

2.3 Grupos poblacionales

De acuerdo al registro del INEC esta parroquia cuenta con una población total de 24.158 habitantes, sus indicadores socioeconómicos son altos comparados a la población de

Quingeo. En Monay el nivel familiar cuenta con un nivel socioeconómico medio (80 %), el 95 % de la población es urbana y el 5 % restante es urbano marginal, el 93 % de la población tiene algún grado de educación formal. Su población económicamente activa se encuentra cerca del 70 % y está equilibrada entre varones y mujeres. Es necesario indicar que los datos estadísticos de esta parroquia en el INEC son contemplados dentro de los datos generales del cantón Cuenca.

La población estudiantil se encuentra asignada a una Unidad del Milenio que acoge a la mayor parte de niños y adolescentes de la zona, además cuenta con guarderías.

2.4 Salud

Dentro de esta parroquia se encuentra ubicado a más del centro de salud tipo A del Ministerio de Salud Pública, el Hospital Regional Vicente Corral Moscoso (MSP) hospital de segundo nivel, el Hospital José Carrasco Arteaga, unidad de tercer nivel, y existen consultorios médicos y varias casas de salud particulares. Los problemas de salud detectados en esta parroquia están relacionados a problemas de enfermedades crónicas no transmisibles, con un 60 % de presentación, siendo las más frecuentes las hipertensión arterial, diabetes mellitus y los diferentes tipos de cáncer. Las principales causas de mortalidad se encuentran relacionadas a la morbilidad antes señaladas, sumándose también como causa temprana de fallecimiento las relacionadas con accidentes de tránsito.

En cuanto a la aceptación de los programas de salud en la parroquia Monay es mucho más amplia que en el sector rural, situación que podría estar relacionada con la cercanía y facilidad de movilización tanto para los usuarios de los servicios como para el personal de salud que lleva la información y la promoción de dichos programas sobre todo relacionados a nutrición, salud sexual y reproductiva, e higiene.

2.5 Dinámica familiar

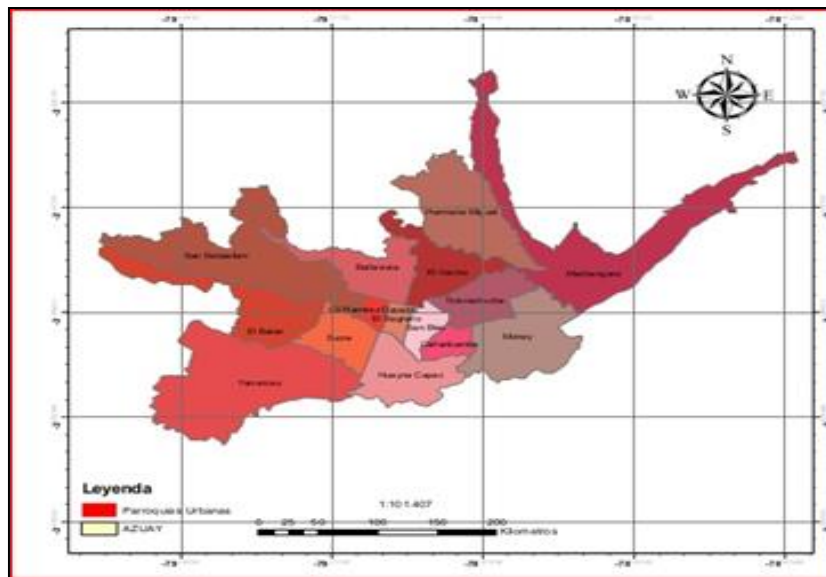
Esta parroquia según los datos estadísticos del INEC reporta un descenso en el número de matrimonios en el 9.7 % en los últimos tres años, y en cuanto a divorcios en

igual lapso de tiempo existe un incremento sobre el 100 % (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos 2016).

Un componente importante dentro de la parroquia de la Tomebamba es el fenómeno social de la migración tanto interna como externa. La provincia del Azuay, tanto en sus parroquias rurales como urbanas, históricamente ha sido influenciada por la dinámica familiar conferida por este fenómeno social. En esta parroquia se puede encontrar en igual proporción familias uniparentales, biparentales y extendidas, además un componente importante, pero no mayoritario, es el número de familias en etapa de nido vacío.

En jefe de hogar está representado en igual proporción por el padre como por la madre, siendo sujetos productivos económicamente.

2.6 Localización geográfica de Tomebamba (Monay)



Mapa 2. Localización geográfica de la parroquia Monay dentro del Cantón Cuenca
Fuente y elaboración: Atlas PDOT Cuenca. GAD Municipal cantón Cuenca. 2016

3. Análisis del metabolismo social de las comunidades en torno al consumo para la salud

La salud es considerada una necesidad básica del ser humano. Esta realidad se evidencia en las comunidades de estudio pues se manifestó que la interacción con la

naturaleza en el sentido de recibir de ella, viene dado por elementos procesados en forma de fármacos y en forma de agüitas (plantas medicinales). El propósito principal de su consumo es curarse o sanarse, en definitiva lograr un estado óptimo de salud.

En primer lugar, algunas de las participantes informaron que adquieren los fármacos en forma de pastillas o jarabes del mismo centro de salud o de la farmacia, que su uso está limitado por una receta médica o la consulta a un profesional (reconocimiento del capital intelectual), que los perciben más seguros que la medicina natural y que se constituyen en la primera opción para algunas personas. Ninguna participante manifestó estar en contra de los fármacos, más bien se evidencia la forma de valor de cambio de la medicina pagada con fuerte aceptación además de la que gratuitamente es entregada por el sistema público.

Algunos testimonios evidencian esta situación:

porque me da más seguridad que la medicina natural, o sea, no es que sea mala tampoco. (Quingeo 2017, entrevista personal 7)

yo le he visto que ella de una va a las farmacias y consulta y recibe, allí le dan pastillas o jarabe le dan para la niña. (Quingeo 2017, entrevista personal 2)

lo que le manda el doctor, lo que le receta el doctor, casi no le doy natural porque está chiquita, me da miedo darle. (Tomebamba 2017, entrevista personal 3)

viene acá al subcentro o va a las farmacias y consulta, no le auto médica digamos, solo a veces le da agüitas. (Quingeo 2017, entrevista personal 2)¹

hay un doctor aparte en la feria libre que es bueno, pero la consulta vale 30 dólares, solo consulta, medicina a veces sesenta, setenta, y a veces usted sabe, no hay. (Quingeo 2017, entrevista personal 5)

En segundo lugar, algunas informantes manifestaron que el uso de las plantas en su estado natural es la primera opción, cuando se trata de enfermedades no graves como una infección, una gripe o enfermedades de la cosmovisión andina como el shungo. La efectividad que resulta de su uso es una condicionante para llevar o no al centro de salud. En la percepción de algunas informantes de Quingeo, el uso de las plantas se relaciona con el hecho de ser del campo, sin embargo, el consumo también es evidente en Tomebamba. En el uso de las plantas no se manifiesta rigidez en la dosis ni en una receta dada por un profesional, más bien, las plantas mencionadas son de uso común, doméstico y popular. El

¹ Se ha identificado cada entrevista realizada a los padres de familia o tutores con el nombre de la comunidad con el número de orden de la entrevista realizada.

valor de uso viene dado por la efectividad en la curación de las enfermedades y en opinión de una de las informantes, en la atribución que se le da a prevenir enfermedades “por eso mis hijos no se enferman” como manifiesta una de las informantes y el capital intelectual viene dado por la sabiduría andina transmitida de generación a generación inherente a la comunidad.

Parroquia Quingeo

Al analizar los determinantes fundamentales que influyen en el proceso salud-enfermedad de estas parroquias se puede indicar que:

Dominio singular

Familia extendida por tradición, en donde es marcada la presencia del patriarcado, el hombre cumple el rol de ser el sustento del hogar, y la mujer-madre se dedica al cuidado y crianza de los hijos y actividades domésticas.

En cuanto a los estilos de vida se evidencia el alcoholismo y migración muy frecuente a ciudades de nuestro país y muy poco al exterior. Además es necesario indicar que las decisiones en cuanto al manejo del hogar en general son tomadas por el padre, sin embargo en desiciones que involucran salud las mismas son tomadas por la madre y generalmente con el acompañamiento o consejo de la abuela o de una mujer de generación anterior.

Dominio particular

El modo de vida de la gente se rige a actividades como la agricultura y la ganadería que a más constituyen las principales actividades de sustento familiar y económico, sin embargo este tipo de modos de vida esta ligada a la alta utilización de agrotóxicos que podrían estar afectando directamente a la salud de la comunidad ya que las principales causas de mortalidad están relacionadas en un 20 % a todo tipo de cáncer.

Cuando hablamos de mortalidad en esta parroquia no puede dejarse de lado un estilo de vida como es la atención del parto por comadronas que de igual manera influye de

manera directa en la mortalidad en donde la muerte materna representó en el año 2018 el 14 % (GAD Quingeo 2019).

Dominio general

Se trata de una parroquia rural, reconocida como patrimonio cultural, con limitaciones de acceso vial, falta de servicios básicos en comunidades alejadas, en donde la emigración juega un papel importante para la economía de la parroquia, se encuentra ubicada a 1 hora del cantón Cuenca.

La institución que se encarga directamente de las acciones de curación y promoción en cuanto a salud es el Ministerio de Salud Pública mediante un centro de salud tipo A, que como base fundamental de sus programas de protección y promoción lidera el programa de vacunación, sin embargo es fundamental el apoyo que recibe de la GAD parroquial, la iglesia y las instituciones educativas.

Parroquia Tomebamba (Monay)

Al analizar los determinantes fundamentales que influyen en el proceso salud-enfermedad de estas parroquias se puede indicar que:

Dominio singular

Los tipos de familia en si son variados, desde familias en formación, hasta familias en nido vacío, la jefatura del hogar se distribuye en igual proporción tanto al padre como a la madre, siendo una característica constante que los dos son sujetos productivos económicamente y las decisiones en cuanto a vacunación son compartidas.

Es una parroquia con modos de vida ligados a la era moderna, en donde el uso de tecnologías es cada vez mayor, en donde la educación se convierte en una de las principales preocupaciones de la familia y en donde la mayor parte de la población tiene acceso a la misma.

Dominio particular

Muchas de las familias de esta parroquia se dedican a actividades comerciales como una de sus formas de ingreso y un porcentaje alto también son profesionales con actividades dentro de la parte pública y privada de la ciudad.

Por el tipo de actividades a las que se dedican las familias las principales causas de enfermedad son las llamadas enfermedades crónicas no trasmisibles, además por ser una zona altamente transitada por transporte público y privado los accidentes son una causa alta de morbilidad y de mortalidad, llevando también a presentar en forma repetitiva cuadros clínicos de enfermedades respiratorias y dermatológicas.

Dominio general

Se trata de una parroquia urbana, en crecimiento notable, se encuentra dotada de todos los servicios básicos con acceso amplio a internet, además cuenta con zonas comerciales amplias y muy visitadas, en los últimos años se encuentra dentro de las parroquias con mayores actividades comerciales.

En cuanto a salud a más de contar con un centro de salud tipo A, enfocado a acciones de curación, promoción y prevención, cuenta con hospitales de tercer nivel tanto públicos como privados, con cadenas de farmacias en todos sus barrios.

Si bien estos datos expuestos son extraídos de la estadística del Plan Estratégico del GAD parroquial de Quingeo y del Cantón Cuenca, el tema de inmunizaciones no cuenta dentro de estos documentos como un tema de análisis menos aún su influencia en salud, por lo que dentro de la presente investigación se enfatiza la visión acerca del tema con los miembros de estas comunidades.

Capítulo tercero

Metodología

En este punto se describe el marco metodológico utilizado en el estudio, en el cual se da una explicación de las técnicas e instrumentos utilizados en la recolección y análisis de los datos, tanto como en el planteamiento de la pregunta de investigación y de los objetivos.

Se indica también el tipo de estudio o investigación empleado, el proceso de obtención de la muestra y los aspectos éticos a considerarse en la investigación.

La pregunta de investigación que guió este trabajo fue: ¿Cuáles son los procesos que influyen en los representantes o tutores de los niños y niñas menores de un año en las comunidades de Tomebamba y Quingeo por los cuáles no se han podido llegar a la meta para una cobertura epidemiológica segura?

Para lograr responder el planteamiento se trazaron objetivos:

Objetivo general

Comprender la determinación social del rechazo a la inmunización en el primer año de vida en las poblaciones atendidas por las unidades de salud Tomebamba y Quingeo del distrito 01D02 en el cantón Cuenca, 2016-2017.

Objetivos específicos

1. Caracterizar el espacio socio histórico de las comunidades atendidas por las unidades de salud Tomebamba y Quingeo del distrito 01D02 en el cantón Cuenca.
2. Identificar las categorías de la determinación social que influyen en la baja cobertura de inmunización en el primer año de vida de niños y niñas en la zona de estudio

3. Describir modos y estilos de vida de la población participante en el estudio que influyen en los procesos de inmunización.
4. Caracterizar el perfil epidemiológico de las comunidades atendidas por las unidades de salud Tomebamba y Quingeo del distrito 01D02 en el cantón Cuenca.

La presente investigación corresponde a un estudio observacional descriptivo desde una aproximación a la determinación social de salud. Se lo definio como observacional debido a que en la investigación se explica la relación entre los modos y estilos de vida de las familias que tienen niños y niñas menores de un año dentro de las comunidades de Tomebamba y Quingeo; y es descriptivo ya que se describen los modos y estilos de vida, así como también se analizan los procesos destructivos y protectores de los tutores de niños menores de un año de las parroquias de Quingeo y Tombemamba (Monay).

El presente estudio es de tipo cualitativo basado en los conocimientos, actitudes y percepciones de padres de familia o tutores de niños y niñas menores de un año en las comunidades de Quingeo y Tomebamba. Recolecta datos en un sólo momento, en un tiempo único, en este caso durante el año 2017, mediante su aplicación se logró consolidar las categorías que permiten analizar incidencia y las relaciones que se puedan verifican en un momento dado.

Se llevo a cabo un muestreo basado en opiniones, por conveniencia, en el que se selecciono 30 madres, padres, cuidadores y/o tutores de niños entre 0 meses y 1 año que acuden a los centros de salud de las zonas de estudio y que aceptaron participar en las entrevistas, se seleccionó por conveniencia, participaron 30 madres o cuidadoras 15 en Tomebamba y 15 en Quingeo.

La técnica aplicada para la recolección de datos fue la realización de entrevistas semiestructuradas, guiadas con un cuestionario de preguntas abiertas, sin secuencia impuesta, basada en la literatura científica y relacionada a los objetivos de la investigación.

Previo a la realización de las entrevistas, se obtuvieron los permisos necesarios para la accesibilidad a los subcentros de salud, de igual manera, antes de abordar a los informantes, se les explicó los objetivos de la investigación, los riesgos y beneficios, se garantizó la confidencialidad y el uso responsable de la información, se solicitó el permiso

para grabar la conversación y la autorización del uso de los datos; los documentos de consentimiento informado fueron firmados por todos los participantes. Los datos sociodemográficos fueron registrados en una ficha informativa y se tomaron notas de campo durante el proceso. Para la identificación de cada uno de los participantes se asignó el nombre de la parroquia seguido del número de entrevista, en orden secuencial.

Los datos recolectados fueron sistematizados en una base de datos general la cual debió ser parametrizada para posteriormente proceder a digitalizarlos. Los datos fueron grabados y transcritos en Word como documentos primarios y pasaron por el proceso de codificación en la herramienta de análisis cualitativo Atlas ti versión 7.5.1.

Confidencialidad

El investigador asume que toda la información es confidencial y no podrá ser reproducida, modificada, hacerse pública o divulgarse y certifica el acceso controlado de terceras personas a la información.

Anonimización de datos

Para mantener la anonimización de los datos no se utilizaron nombres ni otros datos con los que se pueda identificar a persona alguna, se utilizó el sistema de codificación para cada entrevista aplicada y se asignó una codificación literal y numeral en secuencia.

Consentimiento informado²

Los padres y madres de familia, cuidadores y/o tutores de los niños menores de un año que acudieron a las unidades de salud fueron informados sobre los objetivos del estudio, se garantizó los criterios de confidencialidad y el uso responsable de la información para investigaciones de acuerdo a las Normas y Códigos Sanitarios vigentes, se les invitó a realizar todas las preguntas necesarias a fin de entender claramente su participación y despejar sus dudas; se les pidió permiso para grabar la conversación y su autorización del uso de los datos, finalmente se suscribió su consentimiento informado.

² El consentimiento informado utilizado en la investigación se encuentra en Anexos.

Modelo Analítico y Operacional del estudio

Tabla 2
Modelo Analítico y Operacional del estudio

Capítulo	Objetivo	Técnicas de investigación	Sujetos sociales	Variables	Indicadores
Contexto socio histórico de las comunidades atendidas por las unidades de salud Tomebamba y Quingeo del distrito 01D02	Caracterizar el espacio socio histórico de las comunidades atendidas por las unidades de salud Tomebamba y Quingeo del distrito 01D02 en el cantón Cuenca.	Revisión de fuentes documentales primarias y secundarias Historia de salud individual. Historia de salud familiar. Historia de salud comunitario	Madres, Padres, tutores, cuidadores de niños y niñas menores de 1 año, trabajadores de salud en las comunidades atendidas por las unidades de salud Tomebamba y Quingeo del distrito 01D02 Personal de salud Líderes comunitarios	Condición socio económica. Inserción de clase social Actividad laboral	Mapeo geográfico de la comunidad INSOC
				Nivel de escolaridad. Niveles de organización e inclusión en el sistema de salud y prevención. Relaciones con la familia.	Historia personal. Inclusión y participación social.
Procesos de determinación social	Identificar los determinantes sociales que influyen en la baja cobertura de inmunización en el primer año de vida de niños y niñas en la zona de estudio	Formulario Características sociodemográficas Entrevistas a profundidad	Madres, Padres, tutores, cuidadores de niños y niñas menores de 1 año, trabajadores de salud en las comunidades atendidas por las unidades de salud Tomebamba y Quingeo del distrito 01D02	Características Sociodemográficas Procesos protectores y destructivos	Edad Sexo Estado civil Nivel de instrucción Inserción laboral Número de hijos

					Nacionalidad
Descripción de las poblaciones atendidas por modo y estilo de vida de las unidades de salud Tomebamba y Quingeo del distrito 01D02	Describir modos y estilos de vida de la población participante en el estudio que influyen en los procesos de inmunización.	Entrevistas a profundidad Notas de campo	Madres, Padres, tutores, cuidadores de niños y niñas menores de 1 año, trabajadores de salud en las comunidades atendidas por las unidades de salud Tomebamba y Quingeo del distrito 01D02	Componente socio histórico de la comunidad Caracterización de la comunidad Redes sociales	Reproducción material: modelo productivo Reproducción social: cuidado y crianza Consumo: farmacéutico énfasis en productos inocuos Organización social Relación con la naturaleza
Perfil Epidemiológico de las comunidades atendidas por las unidades de salud Tomebamba y Quingeo del distrito 01D02 Salud	Caracterizar el perfil epidemiológico de las comunidades atendidas por las unidades de salud Tomebamba y Quingeo del distrito 01D02 en el cantón Cuenca.	Revisión de fuentes documentales primarias y secundarias Perfil socio histórico Perfil familiar Perfil individual	Madres, Padres, tutores, cuidadores de niños y niñas menores de 1 año, trabajadores de salud en las comunidades atendidas por las unidades de salud Tomebamba y Quingeo del distrito 01D02 Personal de salud	Análisis socio histórico de las comunidades. Identificación de procesos protectores y destructivos en las comunidades Determinación de perfiles epidemiológicos de familias que aceptan o rechazan la vacunación	Cartografía del territorio Historia de salud comunitaria Historia de salud familiar Historia de salud individual.

Fuente y elaboración propias

Capítulo cuarto

Estudio de los Modos y Estilos de vida en las parroquias Tomebamba y Quingeo: un acercamiento a las percepciones y conductas sobre el cuidado de la salud

El desafío de superar las posibilidades de estas nociones: rendición de cuentas o responsabilidad y agencia o acción ligada a las disparidades e inequidad, se trata de la transformación de las relaciones de poder construidas alrededor de un sistema de acumulación y exclusión, que destruye la vida, y por tanto algo más complejo, que amerita el enfrentamiento estratégico, sobre una base popular, para una superación del sistema de contradicciones, y que en la propuesta de Breilh se organiza bajo la categoría perfil epidemiológico (Breilh 2013b, 8).

La diferencia con esta noción, en la epidemiología crítica de Laurell y Breilh, es un alejamiento de la noción lineal de ruta, planteando una comprensión dialéctica de proceso de determinación por generación y reproducción, donde opera el movimiento entre subsunción y autonomía relativa, para soslayar una posible interpretación lineal del movimiento de determinación (Breilh 2013b, 8).

Ante estos conceptos que nos permiten entender el perfil epidemiológico desde la Epidemiología Crítica, es necesario conocer el “Habitus” de cada una de las comunidades, entendida “como los esquemas de pensar y sentir asociado a la posición social de las personas de un entorno social homogéneo que tienden a compartir estilos de vida”(Boyer 1996, 81).

Las informantes manifiestan mantener un contexto social estrechamente relacionado con las relaciones familiares y el entorno en donde desarrollan sus actividades cotidianas. La mayoría de ellas expresaron dedicarse a los quehaceres domésticos, por lo tanto, las tareas del hogar y el cuidado de los hijos determinan sus prioridades. Las mamás o cuidadoras que manifestaron tener negocios cumplen una doble función, sin embargo, lo relacionado con los hijos es lo primordial.

En primer lugar, los modos y estilos de vida relacionados a lo doméstico en las comunidades de estudio, manifiestan una cultura preventiva ante enfermedades, entre los

elementos que constituyen el principal foco de atención del cuidado, se destacan la alimentación, la vestimenta, contacto con el medio ambiente y con agentes propagadores de virus.

En segundo lugar los modos y etilos de vida relacionados a la inmunización manifiestan aceptación y continuidad y adaptabilidad pro salud, entre los elementos analizados se encuentran la frecuencia de visitas al centro de salud, el uso del calendario de vacunación, distancia, tiempo y, modos y costos de movilización.

Se puede percibir diferencias entre Tomebamba y Quingeo que parten de los conceptos de urbano y rural, encontrándose varias desigualdades estructurales y culturales como la forma de alimentar a los niños, el contacto con el medio ambiente, los costos de movilización y distancia entre otros que se visibilizan en cada habitus.

Modos de vida parroquia Quingeo

De acuerdo a las informantes de Quingeo, la alimentación para los bebés obedece a los conceptos de sano, saludable y adecuado para la edad. La leche materna es el principal elemento, le sigue la leche de fórmula y para bebés que ya han incluido alimentos sólidos. Las informantes manifiestan considerar un grupo selecto de frutas y verduras preparadas en forma de sopas o coladas. Como se manifiesta en los testimonios expuestos a continuación, las mujeres que participaron en el estudio tienen una visión muy marcada de lo que significa una adecuada alimentación.

solo seno, no toma ni biberón, nada nada. (Quingeo 2017, entrevista personal 1)

darle solo cosas que no tengan grasa, alimentos sanos como verduras, frutas, así yo le doy en la casa. (Quingeo 2017, entrevista personal 3)

más es la fórmula. (Quingeo 2017, entrevista personal 7)

a mí me han hablado de la manzana, de la pera, de las uvas, del guineo, y lo mismo las verduras deben ser como decir las sopitas licuadas para los bebés, y no deben tener mucho arroz ni fideos. (Quingeo 2017, entrevista personal 4)

coladitas, verduras, frutitas. (Quingeo 2017, entrevista personal 8).

De igual manera, consideran que la asepsia es un factor importante para la prevención de enfermedades como parte de la vida cotidiana. Manifiestan que tanto los alimentos, objetos que se introducen en la boca, como las partes del cuerpo, deben ser

lavados y aseados y que los bebés deben mantenerse alejados de lo que les puede contaminar. Esta práctica ha sido socializada (me han dicho, me recomendó) tanto a nivel comunitario como a nivel profesional, tal como expresan a continuación:

a mí la doctora me recomendó primerito darle el juguito de granadilla, eso dice que es buenazo para que no le críe infección. (Quingeo 2017, entrevista personal 1)

me han dicho casi siempre que tienen que ser lavados las manos para comer, tienen también las frutas que ser lavadas, como decir, tener a ellos siempre limpios, aseados. (Quingeo 2017, entrevista personal 4)

prevenimos nosotros así cuidándole un poquito más que no esté en contaminación mucho con la tierra. (Quingeo 2017, entrevista personal 5)

cuidándolo que no se ensucie, que no juegue en la tierra. (Quingeo 2017, entrevista personal 6)

que hierban los biberones. (Quingeo 2017, entrevista personal 7)

bañarle así dos veces a la semana o tres veces a la semana, proteger que no coja la tierra o algo, porque él ahorita ya se sienta y coge todo, ya gatea para atrás y se cae y así protegerle para que no se enferme mucho. (Quingeo 2017, entrevista personal 8)

bueno, yo les baño a diario a mis hijos porque yo estoy acostumbrada así de hacerles bañar diario, le cepillo los dientes a mi hija y a mi hijo también lo mismo les cuido así. (Quingeo 2017, entrevista personal 9).

En relación con el tipo de vestimenta de los bebés, se asocia al factor clima por el frío o el viento y calor, las prácticas consisten en mantener a sus bebés templados, arropados durante el frío y ropa ligera en el calor.

cuando está bastante frío yo prefiero poner así, tantas chompas, un mono, como decir ahorita que están viniendo unas gripes tan fuertes y ellos como sufren de la gargantita, yo a veces así le arropo tanto con las ropas. (Quingeo 2017, entrevista personal 4)

si le abrigo bien, cuando hace calor ya le destapo. (Quingeo 2017, entrevista personal 7).

Los informantes de Quingeo consideran que la propagación de enfermedades puede darse por compartir vajilla, por el contacto con los animales, la tierra o la basura o por la cercanía con personas enfermas, en ese caso afirman tomar medidas de precaución que involucra a toda la familia.

no compartir el mismo plato, porque usted sabe que en el plato pasa la enfermedad a la mucosa, entonces nosotros prevenimos a eso. (Quingeo 2017, entrevista personal 1)

las cucharas, el vasito, el platito, como decir a veces ellos comen cualquier cosa, no deben compartir porque tal vez él está enfermo y la otra no puede seguir en eso. (Quingeo 2017, entrevista personal 4)

como tenemos siete hermanos, le siguen atrás a mi hijo, le siguen para allá, para acá, que no coja nada que puede ser basura, contaminarse. (Quingeo 2017, entrevista personal 3)

no hacer llegar a él, a los otros chiquitos que se mantengan alejados de él. (Quingeo 2017, entrevista personal 8)

no hay como tenerles, animalitos también contaminan a veces. (Quingeo 5 2017, entrevista personal)

tiene su cuarto, está lejos de los animales. (Quingeo 2017, entrevista personal 7)

yo sí tengo alergia con los perros, con los gatos, no, yo sí que tengo alergia, crían las lanas, que las pulgas le sigan, yo no soy para hacer a llegar a ellos con los animales [...] a veces ellos ya están queriendo coger, por decir las lanitas ya se quedan en la ropa, a mí me da miedo que pueda dar alguna enfermedad cuando están con las mascotas. (Quingeo 2017, entrevista personal 4).

De acuerdo al contexto local, algunas de las informantes de Quingeo manifiestan la falta de acceso a servicios básicos, específicamente al agua potable, por lo que aseguran tomar las medidas necesarias. Al parecer también es más común el contacto de los niños con la tierra y los animales, ante lo cual también se manifiestan cuidados.

como nosotros tenemos agua entubada, no tenemos agua de ETAPA, nada, nosotros como decir siempre hacemos hervir el agua para poder dar a ellos. (Quingeo 2017, entrevista personal 4)

nosotros no vivimos a lado de la comunidad, no sabemos cómo tendrán, nosotros simplemente para consumir el agua consumimos de una vertiente, o sea es vertiente de un pozo, ese pozo limpiamos con el tío de mi marido, con mi suegro, así entre familia mismo limpiamos y le pusimos ese cloro, no sé qué y esa agua sirve para hacer así, le hago hervir y entonces bien hervida consume, toma, porque él tiene sed, entonces eso le doy de tomar bien hervido. (Quingeo 2017, entrevista personal 1)

cuidándole que no esté, que no ande con los animales, que no ande mucho en el polvo. (Quingeo 2017, entrevista personal 6).

Las participantes de Quingeo informaron que la frecuencia de visitas al centro de salud mayormente es mensual para los controles, pero acuden esporádicamente en el caso de

presentarse una enfermedad y de forma obligatoria en el caso de las vacunas, lo que demuestra la fuerte inclusión al sistema de salud público, lo cual se constituye como una oportunidad para la socialización de los procesos de inmunización.

cuando mi hijo está enfermo o yo [...] cuando toca las vacunas. (Quingeo 2017, entrevista personal 3)

para hacer los controles de mis hijos, eso siempre aquí, como decir cuando se enferman, para las vacunas. (Quingeo 2017, entrevista personal 4)

mensual, para los controles o a veces ya cuando están enfermos también se acude [...] cada que llaman, uno se va y se hace vacunar. (Quingeo 2017, entrevista personal 6).

El uso de la libreta integral de salud es estratégico para mantener el control y cumplimiento con la inmunización, de acuerdo a las informantes ésta sirve como guía y ellas se mantienen pendientes en las fechas señaladas, como nos señalaron durante el estudio.

mi nuera sabe ya, por ejemplo, ella ya está pendiente, ya dice. “tal mes me toca la vacuna de mi niña” y ella se va. (Quingeo 2017, entrevista personal 3)

en el carnet ponen las fechas, la que recibió y la que le toca. (Quingeo 2017, entrevista personal 2)

en el carnet mismo mandan y se vacuna en la fecha que dice. (Quingeo 2017, entrevista personal 6).

Las narraciones de las informantes de Quingeo dan cuenta de que el acceso a las instalaciones de salud pública no está limitada a la distancia ni al tiempo, ya que algunas de las informantes manifiestan vivir lejos del centro, pero aun así acuden, a pesar de las dificultades de transporte y el costo que esto involucra.

cerca para mí [...] solo que yo con él que es pesado, no avanzo a caminar yo también, medio que estoy enferma, no avanzo, por eso es que yo utilizo transporte. (Quingeo 2017, entrevista personal 1)

lejos, porque yo vivo casi a la entrada del milenio, de ese nuevo milenio, más acasito [...] yo vivo más arriba y todavía bajar más adentro, está lejos de la salida con lodo, todo eso [...] 40 minutos hasta acá. (Quingeo 2017, entrevista personal 3)

una hora (caminando). (Quingeo 2017, entrevista personal 4)

10 minutos. (Quingeo 2017, entrevista personal 5)

unos tres minutos, no está lejos. (Quingeo 2017, entrevista personal 6)

unos cuatro kilómetros, porque vivo en el kilómetro cuatro de la vía Quingeo – Cumbe, entonces sí, es tres kilómetros [...] cargando a la bebé si quiera una hora y media. (Quingeo 2017, entrevista personal 7).

De igual manera sucede cuando se trata de modo y costos de movilización, las informantes afirman haber llegado a pagar incluso diez dólares a fin de llegar al subcentro, ya que por el factor distancia se ven obligadas a utilizar carros de alquiler. Una de las informantes manifestó que la demanda de transporte es muy alta en el sector en dónde vive, que el único medio con el que cuentan es transporte alquilado.

bus [...] me cobran caro, cincuenta centavos. (Quingeo 2017, entrevista personal 1)
camionetas de alquiler [...] desde donde yo vivo cinco dólares nos cobran. (Quingeo entrevista personal 2)

bus [...] 25 centavos de ida, vuelta de venida. (Quingeo entrevista personal 3)

yo caminando, hay veces como digo cuando hay algún carrito que venga trayendo, es más caminar de nosotros, a veces hay unas camionetitas que salen de arriba y nosotros venimos allí, pero a veces no. (Quingeo entrevista personal 4)

caminando. (Quingeo entrevista personal 5)

caminamos, porque no está lejos. (Quingeo entrevista personal 6)

un fletero, un carro fletero o de algún familiar [...] tres dólares el fletero, el familiar, gratis, en bus, veinte y cinco centavos. (Quingeo entrevista personal 7)

yo en un carro siempre no hay bus, hubiera bus, ya viniera en bus pues [...] alquilado [...] cinco dólares la venida cinco dólares el regreso, serían 10 dólares. (Quingeo entrevista personal 9).

Modos de vida parroquia Tomebamba

Según las informantes de Tomebamba, la alimentación para los bebés obedece a los conceptos de sano, saludable y adecuado para la edad y enfatizan primeramente la leche materna. Al igual que en Quingeo, algunas participantes consideran también los gustos de los bebés, la cantidad de la porción; unas seleccionan los tipos de alimentos y otras mencionan todo tipo de alimentos o la comida normal, consideran también poca sal y azúcar

y evitar comida chatarra, gaseosas, comida preparada en la calle o que sea pesada. Como se evidencia en los discursos la alimentación.

solo el seno, nada más. (Tomebamba 2017, entrevista personal 5)

primeramente la leche materna, después le doy normal la comida. (Tomebamba 2017, entrevista personal 9)

ahorita como ella tiene cinco meses, no puede comer, le estoy dando sólo el seno, nada más, la pediatra me mandó a darle frutitas, papaya, pera, granadilla y manzana y le doy un poquito, en porciones pequeñas. (Tomebamba 2017, entrevista personal 3)

comida sana, saludable, como ser, le gusta la naranja, no le doy comida muy pesada. (Tomebamba 2017, entrevista personal 1)

coladas, como colada de machica, de plátano, comer frutas, los granos vegetales, creo que eso le ayudaría que esté ella bien [...] comida chatarra como ser la papa, o que le dé de comer algo de la calle, creo que eso no le ayude a ella a crecer bien (Tomebamba 2017, entrevista personal 2)

las coladitas, que no puede con sal, con azúcar, que no puede los cítricos hasta después del año. (Tomebamba 2017, entrevista personal 4)

desde los seis meses ya darles, papillas [...] así la manzana aplastadita. (Tomebamba 2017, entrevista personal 5)

bueno, lo que más es un desayuno normal, de la leche de tarro de ella, luego unas frutas, almuerzo una sopa a ella aparte de verduras o de pollo, me cuido de no darle lo que son grasas, póngase colas y cosas frías, eso. (Tomebamba 2017, entrevista personal 6)

yo creo que todo tipo de alimentos, frutas, verduras, las harinas, ya cuando empiezan a comer. (Tomebamba 2017, entrevista personal 8)

De igual manera, consideran que la asepsia es importante a más de lavar “bien” las frutas, las desinfectan o las pelan. La asepsia se amplía también hacia las personas o animales que estarán en contacto con los bebés:

les lavo bien, y de allí le doy pelada (frutas). (Tomebamba 2017, entrevista personal 3)

(frutas) crudas, les lavo bien y le doy. (Tomebamba 2017 entrevista personal 6)

eso sí, lavo bien, las frutas les desinfecto, eso, el agua también le hierbo para darle. (Tomebamba 2017, entrevista personal 9)

eso he hecho con mis sobrinos, les digo: [...] lávense las manos para tocarle a ella. (Tomebamba, entrevista personal 3)

al perro primero aseándole bien, para que pueda él también relacionarse con mi hijo, el perro así, hay veces cuando el perro está medio sucio, ya no le hago que él también este allí. (Tomebamba, entrevista personal 7)

En relación con la vestimenta no hubo muchas pronunciaciones al respecto, lo que sí se mencionó es mantenerles abrigaditos:

como uno es primeriza tiene al mayor hijo, mayor cuidado y todo eso, que no se caiga, que el frío, que abrigados, el sol, el protector, todo eso. (Tomebamba 2017, entrevista personal 4)

Las informantes de Tomebamba manifiestan tener cuidados preventivos respecto a los agentes propagadores, algunas mencionaron evitar lugares o personas que puedan contagiarles, la gripe es de lo que mayores cuidados se tiene.

Mmm, no le tengo mucho cuidado como no son muy enfermizos, no soy de las personas que dicen: “no me voy porque usted está enferma”. (Tomebamba 2017, entrevista personal 1)

cuando los primos de ella están con la gripe, yo no les hago que se acerquen, o si estornudan que se tapen la nariz, así. (Tomebamba 2017, entrevista personal 2)

no llevándole a lugares dónde puede tener, o sea, dónde no esté la influenza, dónde hay muchas enfermedades, hospitales, así [...] yo sé decir que no estornuden cerca de ella, que se tapen, que se den la vuelta, eso he hecho con mis sobrinos, les digo: “mijos, dense la vuelta” o lávense las manos para tocarle a ella. (Tomebamba 2017, entrevista personal 3)

hay un perro, pero nunca permito que se le acerque a ella, bueno tengo mucho cuidado porque dicen que los perros tienen enfermedades, no sé. (Tomebamba 2017, entrevista personal 6)

hay que cuidarles a los niños, las gripes se contagian, ahora estamos toditos con la gripe en la casa, ya le contagiamos. (Tomebamba 2017, entrevista personal 8)

no, no, en este caso no he tenido para qué gracias a Dios, todavía un caso así que pueda evitarle a mi guagua, cuando están con gripe les digo no se acercarán mucho no más les digo. (Tomebamba 2017, entrevista personal 9).

Algunas de las informantes de Tomebamba manifiestan que los cuidados propios del contexto local están relacionados con el clima y con la contaminación ambiental principalmente, consideran la atención al calor, el uso de protector solar, la polución de la ciudad. La percepción acerca de sus propios cuidados es que estos eran demasiados.

yo a ella le cuidaba demasiado, le tapaba mucho, cosa que le salía granitos, pero ahora ya le cuido sin... Bueno sí le tapo cuando pasan los carros, también de la contaminación de los

humos, que votan los carros. (Tomebamba 2017, entrevista personal 2)

ahí sí que soy temática, yo le cuido mucho, me da miedo, del calor, como dice mi esposo está haciendo mucho calor le tapo mucho, pero está bien, no se ha enfermado ni nada, sí le cuido bien”. (Tomebamba 2017, entrevista personal 3)

como uno es primeriza tiene al mayor hijo, mayor cuidado y todo eso, que no se caiga, que el frío, que abrigados, el sol, el protector, todo eso. (Tomebamba 2017, entrevista personal 4).

Las informantes de Tomebamba manifiestan que las visitas al subcentro de salud las realizan mensualmente para llevar el control de los bebés, esporádicamente en caso de enfermedades, visitas odontológicas o psicológicas y para las vacunas. Solo una mamá mencionó que acude exclusivamente para las vacunas:

mensualmente, acudo para las revisiones pediátricas. (Tomebamba 2017, entrevista personal 7)

uhh, siempre [...] atención para mi hija, para mí, odontología y para la psicóloga. (Tomebamba 2017, entrevista personal 3)

una vez al mes. (Tomebamba 2017, entrevista personal 4)

cuando estamos con fiebre, gripe, todo eso, de ahí las vacunas y medicina así cada control, cada mes. (Tomebamba 2017, entrevista personal 10)

solo cuando les toca las vacunas, nada más.(Tomebamba 2017, entrevista personal 6).

En relación con el calendario de vacunas las madres de esta investigación se guían por el carnet o libreta integral de salud proporcionada por el subcentro de salud, ya que se registra la fecha de la próxima vacuna. Una madre señaló que puede atrasarse en el cumplimiento en caso de presentarse una enfermedad:

tienen un carnet, ahí tienen ya las fechas que les toca. (Tomebamba 2017, entrevista personal 1)

libreta integral de salud [...] este es de las vacunas, es que aquí me dice venga tal fecha. (Tomebamba 2017, entrevista personal 3)

aquí mismo me dieron un calendario ando a llevar a todo lado. (Tomebamba 2017, entrevista personal 6)

cada vez que yo le vengo a poner una vacuna, me mandan la fecha que tengo que venir [...] algunas veces que no puedo venir ese mismo día porque, siempre cuando le toca vacuna se

me enferma, entonces tengo que venir después de dos días, pero sí sí vengo cada vez. (Tomebamba 2017, entrevista personal 7)

Referente a la distancia se evidencia que las mujeres de Tomebamba que participaron no tienen problemas como los que se evidenciaron en Quingeo, ya todas mencionaron la cercanía con el centro, aunque no especificaron el tiempo que les toma trasladarse desde sus domicilios.

vivo cerca. (Tomebamba 2017, entrevista personal 1)

vivo cerca. (Tomebamba 2017, entrevista personal 3)

cerca. (Tomebamba 2017, entrevista personal 4)

cerca, aquí en Gapal. (Tomebamba 2017, entrevista personal 6)

no me parece muy lejos, pero venimos en el carro (risas). (Tomebamba 2017, entrevista personal 7)

de aquí está cerca, como yo vivo en Monay. (Tomebamba 2017, entrevista personal 8)

bueno, por ahora vivo al frentecito del centro de salud. (Tomebamba 2017, entrevista personal 9).

La forma de trasladarse hacia el subcentro de Tomebamba es mediante bus, taxi caminando o en auto propio, aunque no se mencionó costos. Se asume que equivale a los 50 centavos, muy por debajo de lo que mencionaron las informantes de Quingeo

caminando o en bus. (Tomebamba 2017, entrevista personal 1)

bus, sí bus (Tomebamba 2017, entrevista personal 2)

camino. (Tomebamba 2017, entrevista personal 3)

el bus o el carro, generalmente el carro. (Tomebamba 2017, entrevista personal 4)

taxi. (Tomebamba 2017, entrevista personal 6)

a mí me trae mi mamá, mi mamá tiene su vehículo, vengo con ella y regresamos en lo mismo. (Tomebamba 2017, entrevista personal 7)

en bus, solo en bus. (Tomebamba 2017, entrevista personal 8).

Tabla 3
Esquematización comparativa de los modos de vida de las parroquias Quingeo y Tomebamba

Categoría	Conceptualización local	Dimensión	Parroquia Quingeo	Parroquia Tomebamba
Alimentación	La alimentación de los bebés es compatible con el concepto de sano, saludable y adecuado para la edad. La leche materna es el principal elemento, le sigue la leche de fórmula y para bebés que ya han incluido alimentos sólidos, también se incluyen un grupo selecto de frutas y verduras preparadas en forma de sopas o coladas	Social- salud.	<ul style="list-style-type: none"> • Lactancia materna • No se alimentan con grasas. • Prefieren alimentos sanos como verduras, frutas. • Usan leche de formula. más es la fórmula. • Evitan carbohidratos concentrados y optan por coladas y pures de frutas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Toma seno/ lactancia materna. • Consume alimentos sanos como verduras, frutas. • Toma formula.
Asepsia	Se considera a la asepsia es un factor importante para la prevención de enfermedades como parte de la vida cotidiana, esto se ha socializado tanto a nivel comunitario como a nivel profesional.	Social- salud.	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar infecciones mediante el uso frutos locales. • Lavarse las manos y lavar los alimentos antes de ingerirlos. • Evitar que este en ambientes contaminados o en la tierra. • Bañar a los niños frecuentemente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lavar y desinfectar los alimentos. • No permitir que los niños este en contacto con los animales. • Lavarse las manos.
Vestimenta	Esta población asocia al factor clima por el frio o el viento y calor, las prácticas consisten en mantener a sus bebés templados, arropados durante el frio y ropa ligera en el calor.	Social- salud.	<ul style="list-style-type: none"> • Proteger a los niños del frio con abundante ropa. • Vestirlos acorde al clima. 	<ul style="list-style-type: none"> • En relación con la vestimenta no hubo muchas pronunciaciones al respecto, lo que sí se mencionó es mantenerles calientes.
Propagación de enfermedades	Se considera que la propagación de enfermedades puede darse por compartir vajilla, por el contacto con los animales,	Social- salud.	<ul style="list-style-type: none"> • No comparten vajilla. • Evitar que los niños jueguen con basura. • Alejar a los niños de los 	<ul style="list-style-type: none"> • Evita lugares donde se puedan contagiar • Lavado de manos • Evitar contacto con personas

	la tierra o la basura o por la cercanía con personas enfermas, en ese caso afirman tomar medidas de precaución que involucra a toda la familia.		animales.	enfermas
Acceso a servicios básicos.	En esta parroquia se manifiesta la falta de acceso a servicios básicos, específicamente al agua potable, por lo que aseguran tomar las medidas necesarias.	Social- salud.	<ul style="list-style-type: none"> • No hay agua potable. • Se consume agua directo de fuentes naturales. • Se hierva el agua. 	<ul style="list-style-type: none"> • Acceso a servicios básicos • Agua potable
Visitas al centro de salud	La frecuencia de visitas al centro de salud mayormente es mensual para los controles, pero acuden esporádicamente en el caso de presentarse una enfermedad y de forma obligatoria en el caso de las vacunas, lo que demuestra la fuerte inclusión al sistema de salud público, lo cual se constituye como una oportunidad para la socialización de los procesos de inmunización.	Social- salud.	<ul style="list-style-type: none"> • Acuden a los controles. • Acuden cuando los niños se enferman o cuando tocan las vacunas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Para revisiones pediátricas • Para odontología y psicología. • Cuando el niño se enferma. • Solo cuando les toca las vacunas.
El uso de la libreta integral de salud	La misma sirve como guía y así se mantienen pendientes en las fechas señaladas	Social- salud.	<ul style="list-style-type: none"> • Con el uso del carnet saben la fecha de la próxima vacuna. 	<ul style="list-style-type: none"> • En el carnet están las fechas de vacunación. • Siempre llevan el carnet de vacunación.
Acceso a las instalaciones de salud pública	Según las participantes el acceso a las instalaciones de salud pública no está limitada a la distancia ni al tiempo, ya que algunas de	Social- salud.	<ul style="list-style-type: none"> • En algunos casos no se puede caminar hay que utilizar transporte. • En otros casos las distancias son muy amplias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vive cerca • No parece un lugar lejano.

	las informantes manifiestan vivir lejos del centro, pero aun así acuden, a pesar de las dificultades de transporte y el costo que esto involucra		<ul style="list-style-type: none"> Las distancias varían entre 3 minutos a una hora y media. 	
Mobilización	De igual manera sucede cuando se trata de modo y costos de movilización, las informantes afirman haber llegado a pagar incluso diez dólares a fin de llegar al subcentro, ya que por el factor distancia se ven obligadas a utilizar carros de alquiler. Una de las informantes manifestó que la demanda de transporte es muy alta en el sector en donde vive, que el único medio con el que cuentan es transporte alquilado.	Social- salud.	<ul style="list-style-type: none"> El costo del transporte varía entre 25 centavos hasta 10 dólares. Hay participantes que refieren caminar, otras usar bus y otras alquilar transporte. 	<ul style="list-style-type: none"> Llega al centro de salud Caminando o en bus. Va al centro de salud en bus o el carro

Fuente y elaboración propia

Caracterización de los perfiles epidemiológicos diferenciales

Lo más frecuente mencionado en ambas comunidades son las infecciones y la gripe, como muestran los siguientes testimonios:

o sea mi tía, mi prima tiene una bebé y ella así solo le vacunó, creo que de seis meses la bebé y ya no le volvió a vacunar más, había crecido así creció sin vacunar, ahora ya tiene casi la edad de mi hija que tiene ocho años. (Quingeo 2017, entrevista personal 1)

mmm, no, no se enfermaba, no le he visto enferma, cuando le coge la gripe, allí sí claro, se enferma feo o grave, entonces. Yo un día me fui acompañando y la doctora le habló pues, le dijo que no le han vacunado, que la señora es irresponsable, entonces le hablaron. (Quingeo 2017, entrevista personal 1)

como decir cuando está bastante frío prefiero poner así, tantas chompas, un mono, como decir ahorita que están viniendo unas gripes tan fuertes y ellos como sufren de la gargantita, yo a veces así le arropo tanto con las ropas. A nosotros nos han dicho, como nosotros tenemos agua entubada, no tenemos agua de ETAPA, nada, nosotros como decir siempre hacemos hervir el agua para poder dar a ellos, así agüita hervida, no agua fría porque dice es malo el agua. (Quingeo 2017, entrevista personal 4)

yo cuando se enferman sí les he traído acá para ver qué me dicen, a veces ya me mandan, cómo decir ellos cuando están con infección, cuando están con vómito, con diarrea me mandan suero oral, para que se hidrate, a veces yo traigo acá, le doy eso entonces ya se han puesto mejorcitos. (Quingeo 2017, entrevista personal 4)

infección sí, otras enfermedades no. (Quingeo 2017, entrevista personal 8)

le dio infección, me dijo que era porque mi pequeño hijo le había dado, convidado un poco de leche una vez no más se me enfermó. (Tomebamba 2017, entrevista personal 9).

En contraste en el contexto estadístico de Instituciones como el Ministerio de Salud Pública, y en los datos reportados en la página web del Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos – INEC sobre el perfil epidemiológico de las dos comunidades Quingeo y Tomebamba, se evidencian los siguientes datos:

Tabla 4
Morbilidad de la parroquia Quingeo. 2018

CIE-10	DESCRIPCIÓN	HOMBRE		MUJER		TOTAL GENERAL	
		Totales	%	Totales	%	Totales	%
J00	Rinofaringitis aguda	287	27,3	309	20,5	596	23,35
A09	Diarrea y gastroenteritis	133	12,6	111	7,3	244	9,56
J03	Amigdalitis aguda	106	10,1	122	8,1	228	8,93
A06	Amebiasis	46	4,3	58	3,8	104	4,07
K30	Dispepsia	25	2,3	62	4,1	87	3,41
N39	Otros trastornos del sistema urinario	6	0,6	75	4,9	81	3,17
R51	Cefalea	20	1,9	48	3,1	68	2,66
K29	Gastritis y Duodenitis	15	1,4	33	2,1	48	1,88
M79	Otros trastornos de tejidos blandos	18	1,7	30	1,9	48	1,88
B82	Parasitosis intestinal sin otra especificación	18	1,7	29	1,9	47	1,84
	Total otras causas		36,1		42,3		39,25

Fuente: Morbilidad general INEC-MSP 2018

Elaboración propia

Tabla 5
Morbilidad de la parroquia Monay (Tomebamba). 2018

CIE-10	DESCRIPCIÓN	HOMBRE		MUJER		TOTAL GENERAL	
		Totales	%	Totales	%	Totales	%
J02	Faringitis aguda	239	14,1	446	12,7	685	13,2
J03	Amigdalitis aguda	182	10,7	283	8,0	465	8,96
J00	Rinofaringitis aguda	161	9,5	225	6,4	386	7,44
K30	Dispepsia	44	2,6	169	4,8	213	4,11
A09	Diarrea y gastroenteritis	97	5,7	102	2,9	199	3,84
N39	Otros trastornos del sistema urinario	10	0,5	160	4,5	170	3,28
M54	Dorsalgia	43	2,5	122	3,4	165	3,18
E66	Obesidad	53	3,1	101	2,8	154	2,97
B82	Parasitosis intestinal sin otra especificación	62	3,6	75	2,1	137	2,64
J30	Rinitis alérgica y vasomotora	51	3,0	58	1,6	109	2,10
	Total otras causas		44,7		50,8		48,28

Fuente: Morbilidad general INEC-MSP 2018

Elaboración propia

En las tablas indicadas se puede evidenciar que las enfermedades reportadas dentro de las estadísticas oficiales del MSP y el INEC son enfermedades no prevenibles con vacunación, por lo que no estaría ligada al cumplimiento de coberturas de inmunización, dentro del análisis se puede observar que el perfil epidemiológico basado en la patología no tiene mayor diferenciación entre lo indicado por los miembros de la comunidad rural de la urbana, pues las dos demuestran enfermedades relacionadas a procesos infecciosos

probablemente relacionados a factores climáticos, o a condiciones de infraestructura y calidad del agua.

El estudio fue realizado con 30 representantes (figura materna) de niños de entre 2 y 11 meses de edad quienes asistían a unidades de salud del cantón Cuenca; 15 personas a una unidad de salud urbana (Tomebamba) y 15 de un sector rural (Quingeo) durante el periodo agosto – septiembre 2018. En la zona urbana se trabajó con representantes de 5 niños y 10 niñas, mientras que en la zona rural se trabajó con 15 niñas.

Fueron 18 niños menores a 6 meses (8 de la zona urbana y 10 de la zona rural) y 12 niños mayores a 6 meses (7 de la zona urbana y 5 de la zona rural). Los detalles se pueden observar en la tabla 6.

Tabla 6
Características de los niños

		Urbano N=15	Rural N=15	Total N=30
Sexo	Hombre	5	0	5
	Mujer	10	15	25
Edad	Menores de 6 meses	8	10	18
	Mayores a de 6 meses	7	5	12

Fuente y elaboración propias

Los resultados se muestran mediante frecuencias absolutas, pues se tienen muestras pequeñas en ambos grupos, para determinar la asociación entre variables. Se empleó la prueba exacta de Fisher y la prueba chi cuadrado para aquellos casos con más de dos categorías. El procesamiento de datos fue realizado mediante la edición de tablas en Excel 2016. Para un mejor entendimiento se utilizaron tablas de frecuencia.

Caracterización sociohistórica

Con referencia al espacio socio histórica de los niños, iniciando con la caracterización de sus representantes se encontró que la mayoría de niños en ambos grupos estaban bajo la responsabilidad de su madre (n=25); las abuelas y tías eran las representantes de 4 niños en la zona rural; la edad de las representantes oscilaba entre 19 y 53 años con una edad media de 31.8, en ambos sectores la mayor parte de representantes se encontraba en una etapa de adultez joven (n = 21), a excepción de la tía que estaba en la etapa de la adultez temprana (19 años). En referencia al estado de pareja, civilmente la

mayoría contaba con una pues se encontraban en unión libre o bajo matrimonio; en el caso de la parroquia rural 9 de las 15 personas estaban en unión libre y 5 eran casadas a diferencia de la parroquia urbana en la que 4 se encontraban en unión libre y 9 estaban casadas.

Diez representantes de niños de la zona urbana habían culminado al menos el bachillerato a diferencia de la zona rural en la que 11 participantes habían culminado la básica media (hasta quinto de básica); con referencia a la ocupación la mayoría de las representantes en ambos grupos se dedicaban a quehaceres domésticos; 5 representantes de la zona urbana tenían empleos remunerados empresarialmente y 4 de la zona urbana empleos de comercio y domésticos, la tabla 4 muestra los detalles en cada caso.

Tabla 7
Descripción de los modos de vida de las parroquias Quingeo y Tomebamba

Características		Urbano N=15	Rural N=15	Total N=30
Representante (Figura materna)	Mamá	14	11	25
	Abuela	1	3	4
	Tía	-	1	1
Etapa de representante	Adulto joven (20-40)	12	9	21
	Adulto medio (40-65)	3	5	8
Estado civil	Unión libre	4	9	13
	Casada	9	5	14
	Soltera	1	1	2
	Divorciada	1	0	1
Nivel de instrucción	Básica elemental	4	9	13
	Básica media	0	2	2
	Básica superior	1	0	1
	Bachillerato (Artesanal)	6	4	10
	Superior	4	0	4
Ocupación	Quehaceres domésticos	9	11	20
	Estudiante	1	0	1
	Empleada privada	3	0	3
	Empleada pública	2	0	2
	Comerciante	0	1	1
	Empleada doméstica	0	3	3

Fuente y elaboración propias

En referencia al lugar de nacimiento de los niños se determinó que 17 niños habían nacido en algún hospital público y la proporción según parroquia era practicante en relación 1:1; fueron 5 casos de la zona urbana que nacieron en un hospital privado y 6 de la zona rural que nacieron en el domicilio.

La condición del entorno en el que viven los niños se presenta en la tabla 3; 6 representantes de la zona urbana residían en vivienda propia y los 9 restantes vivían en una prestada o arrendada; por otro lado en la zona rural 12 representantes tenían vivienda propia. Con referencia al tipo de familia se identificaron 2 plenamente determinadas: nucleares y extendidas; en la zona urbana prácticamente la misma cantidad de personas pertenecían a cada tipo: familias nucleares (n=8) y extendida (n=6); mientras que en la zona rural 11 de las 15 representantes pertenecía a familias extendidas.

Adicionalmente se encontró que el ingreso promedio de los participantes de la zona urbana oscilaba entre 300 y 850 dólares con una media de 571.33 dólares (DE=177.7), mientras que las participantes de la zona urbana tenía variaciones entre 300 y 800 dólares con una media de 444.00 (DE=156.1); se determinó que 25 de las 30 familias no cubrían la canasta básica referencial de cuenca; de las 5 familias que alcanzaban la canasta, 4 pertenecían al grupo urbano.

Tabla 8.
Descripción de las condiciones de vida (entorno)

		Urbano N=15	Rural N=15	Total N = 30
Tipo de vivienda	Arrendada	7	1	8
	Prestada	2	2	4
	Propia	6	12	18
Tipo de familia	Nuclear	8	4	12
	Extendida	6	11	17
Canasta básica*	No cubre	11	14	25
	Cubre	4	1	5

Nota: * Canasta básica Cuenca junio 2018: 734,64 dólares (INEC, IPC, 2018)
Fuente y elaboración propias

Los niños del área urbana tenían un máximo de 3 hermanos, mientras que en la rural los niños tenían hasta 5 hermanos, entre ellos se puede observar que 5 niños de la zona urbana eran hijos únicos, frente a 2 de la zona rural.

Esquema de vacunación

Los resultados revelaron que todos los niños contaban con la BCG, además las vacunas correspondientes a: OPV1, ROTA 1 y NEUMO 1, tenían una alta incidencia de aplicación, pues cumplían 14 de las 15 personas evaluadas de cada grupo.

En lo que corresponde a HB se encontró que aproximadamente los dos tercios de los niños de la zona urbana la tenía, frente a la mitad de la zona rural. En la tabla 9 se puede observar el comportamiento de esquema de vacunación, en el que se observa un comportamiento similar en ambos grupos, salvo en: PENTA 2 Y PENTA 3 en las que aquellos niños de la zona rural tenían ausencia de vacunación en aproximadamente la mitad de los infantes.

Tabla 9
Esquema de vacunas

		Zona		
		Urbano	Rural	Total
BCG	Si tiene la vacuna	15	15	30
HB	Si tiene la vacuna	10	8	18
	No tienen la vacuna	5	7	12
OPV1	Si tiene la vacuna	14	14	28
	No tienen la vacuna	1	1	2
OPV2	Si tiene la vacuna	11	13	24
	No tienen la vacuna	1	0	1
	No aplica para la edad	3	2	5
OPV3	Si tiene la vacuna	9	9	18
	No tienen la vacuna	0	1	1
	No aplica para la edad	6	5	11
PENTA1	Si tiene la vacuna	14	13	27
	No tienen la vacuna	1	2	3
PENTA2	Si tiene la vacuna	11	8	19
	No tienen la vacuna	1	5	6
	No aplica para la edad	3	2	5
PENTA3	Si tiene la vacuna	9	5	14
	No tienen la vacuna	0	5	5
	No aplica para la edad	6	5	11
ROTA1	Si tiene la vacuna	14	14	28
	No tienen la vacuna	1	1	2
ROTA2	Si tiene la vacuna	11	12	23
	No tienen la vacuna	1	1	2
	No aplica para la edad	3	2	5
NEUMO1	Si tiene la vacuna	14	14	28
	No tienen la vacuna	1	1	2
NEUMO2	Si tiene la vacuna	11	11	22
	No tienen la vacuna	1	2	3
	No aplica para la edad	3	2	5
NEUMO3	Si tiene la vacuna	9	5	14
	No tienen la vacuna	0	5	5
	No aplica para la edad	6	5	11

Fuente y elaboración propias

Los resultados revelaron que 17 niños tenían un esquema incompleto de vacunación correspondiente a su edad; en la zona urbana fueron 7 niños con un esquema incompleto y 8 con esquema completo; mientras que en la zona rural fueron 10 niños con esquema incompleto y 5 con completo

Perfil epidemiológico

El sexo del niño, representante y la edad del niño no interfiere con el cumplimiento de la totalidad del esquema de vacunación, pues la proporción en cada uno de los casos es similar, es importante mencionar un particular; la tercera parte de niños mayores a 6 meses no tenían un esquema completo de vacunación.

La condición económica (canasta básica como referencia), tipo de familia y etapa etaria del representante no se encontraron relacionados con la incidencia de esquema de vacunación completo.

Por otra parte, considerando los ingresos económicos según el salario básico, se encontró que 9 personas percibían ingresos menores a un salario básico. De los 13 niños que tenían un esquema completo de vacunación, 12 pertenecían a familias con ingresos superiores al salario básico y que aquellos niños con esquema incompleto 9 superaban el salario básico. Todos los niños que nacieron en el domicilio no tienen un esquema completo de vacunación, lo que muestra una diferencia significativa en esa condición frente a los niños que nacieron en hospitales públicos y privados.

Tabla 10
Comparación del lugar de nacimiento

		Urbano N=15	Rural N=15	Total N=30
Condición de nacimiento	Hospital público	9	8	17
	Hospital privado	5	1	6
	Domicilio	1	6	7

Fuente y elaboración propias

Tabla 11
Perfil epidemiológico

		ESQUEMA COMPLETO	
		SI	No
Sexo del niño	Hombre	3	2
	Mujer	10	15
Edad del niño	Menor a 6 meses	9	9
	Mayores a 6 meses	4	8
Tipo de familia	Nuclear	5	7
	Extendida	8	9
Representante	Mamá	10	15
	Abuela	2	2
Etapa del representante	Adulto joven (20-40)	9	12
	Adulto medio (40-65)	3	5
Zona	Urbano	8	7
	Rural	5	10
Ingresos mensuales	No cubre la canasta básica	9	16
	Cubre la canasta básica	4	1

Fuente y elaboración propias

Contexto social y familiar

En los discursos de los informantes se evidencia la formación de redes inter sociales asociadas al tema de la salud y a los procesos de inmunización. La inclusión al sistema de salud tanto público como particular (incluidos agentes de medicina tradicional) es fuerte en esta etapa (niños menores de un año). Otros sujetos sociales e instituciones vinculadas en este contexto mencionadas fueron: unidades educativas, medios de comunicación, familia extendida y comunidad.

De acuerdo a las narraciones de los informantes de Tomebamba y Quingeo, la primera opción en caso de enfermedades o vacunas es acudir al centro de salud, las razones que manifestaron fueron que la atención es buena, accesible y principalmente gratuita, aunque en cuestión de algunos servicios se evidencian algunas percepciones negativas que dan cuenta de la reproducción hegemónica occidental y burocratizada de la institucionalidad (turnos, malos tratos, impuntualidad en la atención).

a veces buenas, a veces malas, a veces tratan, no nos quieren atender, cuando ellas se demoran más (subcentro de salud). (Tomebamba 2017, entrevista personal 5)

antes de que dé a luz, que 'no', que 'tengo que esperar' y me atendieron (centro público) a las doce de la noche, entonces, a veces es malo, a veces es bueno. (Tomebamba 2017, entrevista personal 5)

depende la enfermedad que esté, porque aquí a veces no les curan [...] allí toca pagar un médico que le atiendan, a veces los medicamentos que mandan de aquí no les corta [...] allí tengo que de ley ir donde mi mami que conoce un médico para que me lleve allá para curarle. (Quingeo 2017, entrevista personal 1)

Algunos de los informantes califican al sector particular de salud positivamente por la atención especializada y oportuna, afirman acudir allí en casos de urgencias y por disminuir el tiempo de espera en la búsqueda de atención, pero se quejan de los altos costos y en menor grado de tratos discriminatorios lo que da cuenta de la preminencia del capital sobre el ser humano en el ámbito de la salud particular.

mis papas han ido a una privada y han cobrado plata, muy caro, le han tratado así groseros. (Quingeo 2017, entrevista personal 3).

a veces la pública es bueno, porque queda cerca, pero en las privadas son doctores más especializados y todo eso, que es mejor, pero por la situación económica que es gratis es mejor los centros de salud. (Tomebamba 2017, entrevista personal 4).

a veces cuando se ponen bien malitos, cuando no me dan aquí, hay veces cuando no hay medicamentos, o sea cuando no hay aquí, sí me voy a particular [...] cuando mis hijas sufren del shungo, de esas infecciones, yo ya no me voy ni acá al subcentro ni a donde los doctores, yo ya prefiero yo mismo tratar de hacer con esas agüitas naturales, tratar de hacer que se curen en la casa mismo. (Quingeo 2017, entrevista personal 4).

a veces cuando póngase, se enferman de noche y tienen, yo no sé, alguna infección fuerte, entonces tenemos que irnos donde algún médico aparte, pero como a veces por falta del dinero, tenemos que acudir también al subcentro, la mayor parte al subcentro. (Quingeo 2017, entrevista personal 5).

En los procesos de inmunización, se evidencia por los discursos de los informantes que existe una articulación entre las unidades de salud pública con las unidades educativas y los medios de comunicación. Los informantes mencionan que en ciertas ocasiones sus hijos han recibido la vacuna en la escuela o se han enterado que los profesionales se movilizan hacia allá para la inmunización. De igual manera cuando se indagó sobre en dónde habían oído de campañas o jornadas de vacunación, se mencionaron la radio y la televisión.

en el subcentro, que hay que vacunarles, a veces llegan a la escuela para vacunar. (Tomebamba 2017, entrevista personal 5)

en las escuelas, allí van ellos, las enfermeras serán, ellas van vacunando en casa a los diabéticos, a los niños, a los mayores, de la tercera edad [...] en la radio sí avisan que van a vacunar para los que tienen diabetes, o los niños. (Tomebamba 2017, entrevista personal 8)

en la radio habían dado y aquí en el subcentro mismo venían a vacunarnos. (Quingeo 2017, entrevista personal 5)

en la televisión, en las noticias. (Tomebamba 2017, entrevista personal 6)

Referente a las relaciones familiares, en los discursos de las informantes se manifiestan formas específicas de articulación como compartir vivienda relacionado con la inmunización de los hijos, el acompañamiento, apoyo e información, solo una participante mencionó no tener ningún familiar cerca debido a que junto con su esposo migraron a Quingeo por trabajo.

como decir los domingos si ya toca, el viene trayendo, él (esposo) tiene un carrito pequeño, el me viene trayendo, de ahí yo paso con mis hijas más [...] yo tengo que salir en adelante yo sola y con mi esposo, los dos salimos adelante para poder vivir. (Quingeo 2017, entrevista personal 4)

La familia nuclear es de mediana presencia en los informantes la mayoría de ellos viven con los padres o con los suegros y el esposo o esposa, solo dos de las informantes viven sin pareja pues son madres solteras. A continuación, se refleja los tipos de combinaciones familiares que comparten vivienda:

esposo e hijos. (Quingeo 2017, entrevista personal 4; Quingeo 2017, entrevista personal 8; Tomebamba 2017, entrevista personal 1; Tomebamba 2017, entrevista personal 5; Tomebamba 2017, entrevista personal 9)

esposo, hijos y nuera y nietos. (Quingeo 2017, entrevista personal 5; Quingeo 2017, entrevista personal 6; Tomebamba 2017, entrevista personal 8)

suegros, esposo e hijos. (Quingeo 2017, entrevista personal 1; Tomebamba 2017, entrevista personal 2; Tomebamba 2017, entrevista personal 4)

mamá, abuelo y esposo. (Tomebamba 2017, entrevista personal 6)

mamá, hermana, esposo e hijos. (Quingeo 2017, entrevista personal 7)

mamá, esposo e hijos. (Quingeo 2017, entrevista personal 2; Quingeo 2017, entrevista personal 9)

padres. (Quingeo 2017, entrevista personal 3; Tomebamba 2017, entrevista personal 7)
 esposo y dos hermanos. (Tomebamba 2017, entrevista personal 3)

En los discursos de las informantes de las comunidades de estudio, se visibiliza el vínculo y la representación de lo femenino en los procesos de inmunización, pues la mayoría manifestó recibir acompañamiento, apoyo e instrucciones principalmente de la mamá, lo que permite la continuación de tradiciones o costumbres de las comunidades.

yo voy donde mi mami, yo le digo: 'mami el guagua está enfermo, ¿qué hago?'; mi mami dice: 'ya vamos a ver si hay plata, yo te presto plata para que vayas al doctor, tienes que hacer ver al guagua, está enfermo, puede no más una de esas morir, cómo vas a enterrar, allí mismo que no está bautizado, que vas a hacer' entonces ella me aconseja a mí que tengo que cuidar bien al bebé. (Quingeo 2017, entrevista personal 1)

el papá de mi hijo trabaja, entonces yo vengo con mi hermana o sino con mi mamá a ponerle las vacunas. (Tomebamba 2017, entrevista personal 7)

mi mamá, a veces a mi abuelita, ellas saben dar consejo para mi hijo: 'esto no hay que darle, alimentar bien a la familia, que sea sano, que sea fuerte. (Quingeo 2017, entrevista personal 3)

mi mamá que ya sabe más ella dice: yo así les crie a mis hijos. (Tomebamba 2017, entrevista personal 9)

Conocimientos y actitudes sobre los procesos de inmunización

Se percibe en los informantes conocimientos y actitudes muy particulares en torno a la inmunización, lo que implica limitaciones en el capital intelectual de las comunidades de estudio mientras que sus actitudes reflejan construcciones socialmente aceptadas que hacen parte de su cultura.

En primer lugar, el conocimiento sobre conceptos básicos como el de inmunización o como los tipos de vacunas, importancia y efectos es limitado, esto se manifiesta porque sus respuestas fueron negativas e incompletas y por la forma popular de nombrar a las vacunas (vacuna de los dos meses, la vacuna de los cuatro meses...).

Al indagar sobre el significado de la palabra inmunización algunas de las respuestas fueron:

no sé, no entiendo esa palabra. (Quingeo 2017, entrevista personal 1)

¿Inmunización? Vacunas. (Quingeo 2017, entrevista personal 2)

no sé. (Quingeo 2017, entrevista personal 3)

no sé. (Quingeo 2017, entrevista personal 4)

no sé qué es la palabra, no sé. (Quingeo 2017, entrevista personal 5)

no sé. (Tomebamba 2017, entrevista personal 6)

¿Inmunización, como que...? (Tomebamba 2017, entrevista personal 7)

¿Inmunización? (Tomebamba 2017, entrevista personal 8)

inmunización, no sé mucho el significado. (Tomebamba 2017, entrevista personal 9)

no tengo idea. (Tomebamba 2017, entrevista personal 10)

Cuando se preguntó qué tipo de vacunas conoce, algunas de las respuestas fueron:

yo conozco que es de neumococo, la vacuna de antivirus que es de ...(Quingeo 2017, entrevista personal 4)

la varicela, el... ya me he olvidado (risas) pero son algunas. (Quingeo 2017, entrevista personal 6)

(Del porqué le vacuna) la verdad no tengo idea, pero viendo allí en el carnet están escritas, de ahí la verdad yo no tengo idea. (Quingeo 2017, entrevista personal 9)

esa creo que es de neumococo y las otras son para refuerzo, algo así, ya no me sé muy bien, pero sí les he vacunado todas esas. (Tomebamba 2017, entrevista personal 2)

primero creo que es la BCG, algo así, bueno la verdad los nombres de las vacunas no me las sé mucho [...] desde que nació fue la vacuna de los seis meses, del año, la vacuna de los 12 meses, 15 meses, 18 meses y creo que viene la vacuna de los dos años. (Tomebamba 2017, entrevista personal 7).

En segundo lugar, las actitudes de las informantes denotan una sumisión y aceptación al proceso de inmunización, principalmente para evitar enfermedades; y el hecho de llevar a sus hijos a vacunar, denota la responsabilidad simbólica y el rol estereotipado de correspondencia de la madre con lo doméstico y los cuidados y al padre

con el trabajo y lo público. A pesar de que algunas de las informantes trabajan, se manifestó que piden permiso a sus superiores a fin de llevar a sus hijos a vacunarles, considerándolo como prioridad.

me han dicho que es obligadas las vacunas hacia ella para evitar las enfermedades. (Tomebamba 2017, entrevista personal 6)

si no le vacuno y no le pongo, me da miedo de la varicela, o esa que le puso ahora, no me sé cuál es. (Tomebamba 2017, entrevista personal 2)

yo, mi esposo trabaja. (Tomebamba 2017, entrevista personal 5)

me han dicho que las vacunas a veces traen las enfermedades, pero yo como decir prefiero tener todas las vacunas y así yo también soy responsable con mis hijas para hacer que estén con todas las vacunas. Sí me han dicho a mí que las vacunas hacen mal, pero yo no, prefiero que sí estén vacunadas. (Quingeo 2017, entrevista personal 4)

la mamá, ella está pendiente y ella el día que a la niña le toca la vacuna, ella pide permiso para llevarle a la niña a hacerle vacunar. (Quingeo 2017, entrevista personal 5)

el papá porque trabaja y mi mamá pasa con sus cosas, entonces la mamá como mamá debería hacerse cargo. (Quingeo 2017, entrevista personal 7)

uno, (la mamá hablando del papá) es que él trabaja y no tiene tiempo [...] nunca he encargado, siempre yo. (Quingeo 2017, entrevista personal 8)

siempre les traigo yo, yo mismo como mamá les he traído. (Quingeo 2017, entrevista personal 9)

mi esposo también dice cuando ya llega el mes, dice 'oye, verás si no te vas al doctor, allí está la plata, coge y ándate a hacer vacunar, si tú ya no te quieres ir ya es tu responsabilidad, si mi hijo está enfermo es tu culpa', allí tengo la culpa yo, por no venir a hacer vacunar, entonces tengo que estar al pie de la letra de mi hijo. (Quingeo 2017, entrevista personal 1).

Si bien es cierto, las informantes manifiestan la aceptación en las vacunas y que puntualmente cumplen con el calendario, declararon que en el caso de que los hijos estén enfermos coincidentemente con la fecha marcada para la vacuna, no le traen al subcentro para la aplicación, infundidos por el temor de que sea contraproducente o por seguir las recomendaciones que reciben de los mismos profesionales de salud, pero, afirman que inmediatamente tratada y pasada la enfermedad, le traen.

las chicas jóvenes, ellas sí ya son responsables y traen a sus hijos la fecha que es. (Quingeo 2017, entrevista personal 2)

nos han dicho que cuando este con fiebre o una fuerte gripe que no les lleven porque la vacuna a veces les apeora, pero ya cuando estén buenitos, tenemos que cumplir con esa vacuna, tiene que ponerse la niña. (Quingeo 2017, entrevista personal 5)

cuando está con fiebre o con gripe [...] sí le llevamos, pero en el subcentro mismo dicen que tiene fiebre y no le vacunan, pero ya le dan algún remedio, se mejora y luego le vacunan. (Quingeo 2017, entrevista personal 6)

en caso de que esté enfermo porque le puede hacer mal. (Tomebamba 2017, entrevista personal 1)

cuando están con fiebre, tos, cuando están enfermos a la vez. (Tomebamba 2017, entrevista personal 5)

De igual manera se refleja en las actitudes de las madres la confianza con las vacunas que para ellas son obligatorias, pero manifiestan que hay otro tipo de vacunas como ser nuevos biológicos introducidos que no consideran necesarios y que, en ese caso, no llevarían a sus hijos para que les apliquen:

por ejemplo una vacuna que digan estamos previniendo de tal enfermedad que va a venir, pero no sabemos si le dará o no le dará, allí no le llevamos, pero las vacunas que obligatoriamente debemos vacunar. (Quingeo 2017, entrevista personal 5)

en el caso que no le tocara la vacuna, en casos de que ella esté bien, que no necesite. (Tomebamba 2017, entrevista personal 3)

Ninguna de las informantes manifestó que las reacciones de las vacunas sean causa para dejar de aplicarlas, por el contrario, expresaron conocer qué hacer ante la fiebre o hinchazón que se produce y lo tomaron como algo normal, sin que sea motivo de alarma.

más es la fiebre, entonces me saben mandar un paracetamol para que le baje la fiebre, pero ni aun así, sabe subir la fiebre, yo se coger un trapito húmedo con agua y tibia para ponerle en la frente, eso le sabe bajar rapidito. (Quingeo 2017, entrevista personal 1)

a bañarle para evitar las fiebres, que le de fiebre [...] en las vacunas le pongo un poco de sábila, nada más. (Tomebamba 2017, entrevista personal 6).

Discusión, conclusiones y recomendaciones

Discusión

Todas las informantes que participaron en la actual investigación manifestaron su aceptación con el sistema de salud a la vez que su aprobación del proceso de inmunización del sector público. El hecho de selección de muestra de cuidadores de niños y niñas, menores de un año que asisten al centro de salud, es ya un indicador de su acogida, sin embargo, sus relatos ofrecen percepciones valiosas sobre el rechazo a las vacunas provenientes de miembros de su familia y comunidad.

Los relatos de las informantes refieren un constructo de redes inter sociales, varios subsistemas o componentes de un marco estructural alrededor de los procesos de inmunización, constituidos principalmente por la familia, la comunidad y las instituciones de salud pública y privada, de educación y de comunicación, que bien articulados, directa o indirectamente, contribuyen a una mejor cobertura de vacunación. En este sentido, coincide con otros estudios como el de Alves y cols., sobre experiencias de familias en la inmunización de niños brasileños menores de dos años, quienes observan que la buena articulación responsable entre familia, servicio de salud y comunidad mejora el acceso a las oportunidades de inmunización (Figueiredo et al. 2011).

Así también con el de Boscan y cols en su estudio denominado: “Actitud de madres en el cumplimiento de vacunas” realizado en Venezuela, afirman que los centros de vacunación localizados en las escuelas representan medidas implementadas para el uso sistemático de vacunas con alta aceptación en la comunidad y que permiten mejorar las coberturas de vacunación (Boscan et al. 2012) y respecto a los medios de comunicación afirma la Asociación Española de Vacunología que estos junto con redes sociales y profesionales sanitarios, son factores que influyen en la vacunación contribuyendo a mejorar la salud de la población y modificar el patrón epidemiológico de múltiples enfermedades (“Medios de comunicación, redes sociales y profesionales sanitarios influyen en la vacunación | vacunas.org” 2018).

Factores como la edad, o estado civil en las comunidades estudiadas no interfieren notoriamente en las coberturas de vacunación. Todas las cuidadoras informantes, sea cual

fuere su condición, manifestaron la aceptación de las vacunas que consideran obligatorias y el cumplimiento con el calendario de vacunación. La edad de la mayoría de las informantes estuvo entre los 21 a los 26 años y el estado civil mayormente era de unión libre.

Estudios como los de Salvatierra en Machala denominado: “Conocimiento de las madres de los niños menores de 5 años sobre el programa ampliado de inmunizaciones relacionado al cumplimiento del esquema en el subcentro Buenos Aires. Primer trimestre del año 2014”(Salvatierra, Zoila, s. f.) y el de Olmedo en Esmeraldas denominado: “Factores socioculturales que influyen en el cumplimiento del esquema de inmunización en niños menores de 5 años, cantón San Lorenzo, provincia Esmeraldas” (“Olmedo, Lucía., Factores socioculturales que influyen en el cumplimiento del esquema de inmunización en niños menores de 5 años, cantón San Lorenzo, provincia Esmeraldas”, s. f.) relacionan la baja cobertura en vacunación por el hecho de que la mayoría de las madres de sus estudios eran adolescentes desde los 10 años de edad y menores de 19 años, esto explicaría que en el presente estudio no concuerde con esa información, ya que ninguna de las informantes eran adolescentes; mientras que un estudio realizado por Upiachihua en Perú denominado: “Factores sociodemográficos, culturales y el cumplimiento del calendario de Inmunizaciones en lactantes, Puesto de salud I-2 Masusa. Punchana, 2015” manifiesta que la edad y el estado civil son factores que influyen directamente en el cumplimiento del control y procesos de inmunizaciones, en este caso, las madres jóvenes y madres con pareja sean convivientes o casadas son las que mayormente cumplieron con la asistencia coincidiendo con el presente estudio en el cual la mayoría de las madres eran jóvenes y en Unión libre.

Tampoco interfiere con la cobertura de vacunación el tipo de ocupación de las informantes, esto más bien, define la dedicación a los procesos de inmunización, observando que dicha actividad está vinculada a lo femenino, no solamente por las madres, también por las abuelitas o tías de los menores de 1 año, la mayoría de ellas sostienen que es una tarea que le corresponde a la mamá como mamá, sumado al enrolamiento del papá con lo público laboral. Esta práctica de la vida cotidiana de las comunidades de estudio refleja que el bienestar de los niños queda indisolublemente ligado a la posición de sus familias, tal como lo observan Pinos y cols., en su investigación denominada: “Estrategias familiares para el cuidado de la infancia en el asentamiento rural Crucecitas. Un estudio de

caso” quienes además citan que esta dinámica se basa generalmente en un orden de identidad de género, basado en la distinción del hombre como sustentador principal de la familia y la mujer como sostenedora del hogar, administradora de la economía familiar y principal cuidadora de los miembros dependientes (Pino Bermúdez, Morejón Ramos, y Medina Hernández 2017).

De igual manera, Caizan y Juca en un estudio realizado en Cuenca denominado: “Conocimiento sobre inmunizaciones en madres de menores de 2 años del centro de salud 'Nicanor Merchán', Cuenca 2016” identificaron que el hecho de que la mayoría de las madres se dedican a los quehaceres domésticos, es lo que determina que su dedicación sea al cuidado de la familia y por ende al cuidado de la salud (Caizan y Juca 2017).

El nivel de conocimientos de las informantes de Quingeo y Tomebamba tampoco se consideró como una barrera en la aceptación de los procesos de inmunización ni en la razón de baja cobertura, pues el hecho de tener conocimientos limitados sobre los biológicos y las enfermedades que con ellos están previniendo, no determinó el cumplimiento de las dosis o el abandono de las vacunas, todas afirmaron cumplir a cabalidad. Esta realidad de limitaciones en el conocimiento se manifiesta de manera generalizada en otras poblaciones, Boscan y cols quienes manifiestan que a pesar de que existe un alto grado de desinformación o de desconocimiento que las madres venezolanas tienen acerca del objetivo principal de las inmunizaciones y sus contraindicaciones, no por eso rechazan la importancia de la vacunación (Boscan, Salinas, y Tres 2012).

De igual manera, Carvalho y cols en su investigación denominada: “Conhecimento das mães a respeito das vacinas administradas no primeiro ano de vida” en Brasil, afirmaron que las madres de niños menores a un año, no correlacionaban las vacunas administradas con la protección que las confieren tanto como la existencia de la dificultad en las madres de aprender los nombres de las vacunas.

Un estudio similar en Cuenca realizado por Caizan y Juca denominado: “Conocimiento sobre inmunizaciones en madres menores de 2 años del Centro de Salud Nicanor Merchán, Cuenca 2016” observó que los conocimientos tanto sobre enfermedades que protege la vacuna, como los efectos de la vacunación, fueron medianos y que solo un pequeño porcentaje tiene un conocimiento amplio, esto señalan a pesar de las campañas

masivas por parte del Ministerio de Salud Pública con las unidades de vacunación respectiva, pero no relacionan con el cumplimiento o no en la inmunización.

Tampoco interfiere con la cobertura de vacunación la condición socioeconómica de los informantes de Tomebamba y Quingeo, pero sí define el tipo de servicios de salud a los que acceden, manifestando que acuden mayormente al subcentro tanto por control, enfermedad y las vacunas, debido principalmente a la gratuidad de los servicios y porque los consideran buenos. Similares prácticas se reflejan en otros estudios como el de Boscan y cols en Venezuela donde perciben que la mayoría de madres prefieren inmunizar a sus hijos en centros públicos, especialmente por los factores socioeconómicos o geográficos (Boscan et al. 2012).

En un reporte del diario el telégrafo denominado: “OPS, Ecuador y las vacunas”, Paz y Miño da cuenta del aumento del sistema asistencial reflejado en hospitales y centros de salud del Ecuador mencionando que la inversión en salud resulta más económico y rentable para el Estado en la prevención antes que en la atención de enfermedades instauradas, información que se relaciona con lo encontrado en la presente investigación.

Este estudio observó comparativamente hablando entre las comunidades de estudio, que las informantes de Quingeo a diferencia de las de Tomebamba, presentan mayores dificultades en la movilización, por la distancia y tiempo que toma llegar a los servicios de salud implicando mayores costos pues en algunas zonas el único medio de transporte es un carro alquilado ya que no tienen servicio de buses, implicando que las oportunidades vienen definidas por el contexto social en el que viven; sin embargo, esta situación no se constituyó como barrera en la cobertura de la inmunización, ya que las personas afectadas mencionan poder cubrir los costos de movilización y caminar las distancias necesarias a fin de acudir al subcentro de salud para inmunizar a sus bebés.

Pinos y cols., en su estudio denominado: “Estrategias familiares para el cuidado de la infancia en el asentamiento rural Crucecitas. Un estudio de caso”, señalan que esta situación, es decir la situación desfavorable del transporte, entre otras, es parte de las condiciones sociales que afectan los procesos del cuidado de la infancia en zonas rurales (Pino, Ramos, y Hernández, s. f.).

Los relatos de la presente investigación manifiestan además la existencia de una hibridación cultural en el sentido de la convivencia entre lo occidental y lo tradicional, por

un lado se observó la confianza con el sistema de salud y los fármacos y, por otro lado, la práctica de la medicina ancestral en el domicilio y en menor grado la visita a las curanderas; sin embargo, se manifestaron factores inmersos en las comunidades de estudio que al parecer se pueden relacionar con las bajas coberturas de inmunización, estas son la localidad y la diferencia generacional, los dichos de los antiguos y las referencias a como se tratan las enfermedades en el campo implica que persisten un pensamiento anti occidental a favor de lo natural o en reconocimiento a lo tradicional o ancestral.

Esta observación concuerda con investigaciones realizadas en Europa, que de acuerdo a Bernstein en su editorial “Autonomía individual vs protección colectiva: la no vacunación infantil entre las capas de mayor renta/escolaridad como desafío para la salud pública”, manifiesta que en zonas europeas las razones para vacunar o no apuntan a la desconfianza en médicos, fuentes gubernamentales e industria farmacéutica (Iriart 2017). De la misma manera, Martínez y cols, en su estudio sobre demandas y expectativas de padres y madres que rechazan la vacunación y perspectiva de los profesionales sanitarios, observaron que los cuidadores plantean que existen alternativas más eficaces y menos dañinas que la vacunación, y señalan la preferencia a la medicina natural o la homeopatía, pues estas respetan su manera de entender la salud, y que forma parte de un estilo de vida con unos valores en los que predomina respetar lo natural (Martínez-Diz et al. 2014).

Las percepciones de algunas de las madres informantes, respecto de las personas que no traen a sus hijos a vacunar, es que existe de su parte descuido, despreocupación o porque piensan que están bien y que no necesitan; sin embargo, ellas manifiestan su completo desacuerdo con este tipo de actitudes en contraposición se autocalifican como responsables cuando cumplen con el proceso de inmunización. Estas percepciones concuerdan con el estudio realizado por Bueno denominado: “Determinantes maternos que influyen en el incumplimiento del esquema de vacunación de niños menores de un año del puesto de salud de Malconga, Huánuco 2016” en Perú, en el cual se manifiesta de una manera más específica e los motivos de incumplimiento del esquema de vacunación predominantes son: por falta de tiempo, seguido por falta de comprensión de la tarjeta de vacunación y por falta de información de vacunas, por no haber quien llevara al niño a vacunar, seguido por el olvido de vacunar u olvido de la cita, los que tienen miedo al dolor, seguido por miedo a efectos secundarios y por último los que tienen dudas sobre la eficacia

y seguridad de la vacuna.

Respecto a la responsabilidad y a la crítica que las informantes hacen ante quienes no vacunan a sus hijos, se explica por el hecho de que para ellas se ha interiorizado lo que para Bernstein es la “cultura de la vacunación” ya asimilada, y no cuestionada, y asume que se trata de una configuración moral (Iriart 2017).

Todos los informantes manifestaron aceptar y haber optado por la aplicación de las vacunas en cumplimiento con el tiempo establecido por el sistema de salud, las denominan vacunas obligatorias; sin embargo, se manifiesta en algunos de ellos cierta resistencia con los nuevos biológicos, declaran que no son necesarios.

Esta situación en las comunidades de Quingeo y Tomebamba no dista mucho de la realidad de otras poblaciones; de acuerdo a Sánchez en su editorial “Hablemos de vacunas” realizado en España, en varias ocasiones los cuidadores tiene dudas sobre vacunar a sus hijos por desconfianza, temor y la falsa percepción de que actualmente las vacunas no son necesarias, ante ello manifiesta diferentes respuestas ante la vacunación: aceptar sin dudas, aceptar pero no estar seguros de hacer bien, retrasar las vacunas o rechazar una, varias o todas las vacunas (Sánchez 2017).

El sentido de obligatoriedad de ciertas vacunas es generalizado; un editorial denominado: “Vacunación sistemática: convencidos, indecisos y radicales” por Trilla en España, cita un dato realizado por Vanguardia, en el que se aborda la opinión de más de 3.738 personas respecto a la pregunta ¿Crees que la vacunación infantil debe ser obligatoria por ley? De la cual un 86 % de respuestas fueron favorables, un 12 % contrarias y solo un 2 % optó por ninguna de ambas respuestas.

Así también Boscan y cols en Venezuela, observaron que algunas madres desconocen importantes vacunas que recientemente han sido incorporadas al esquema de vacunación como son: la vacuna contra el rotavirus (incorporada al PAI), Virus de papiloma humano, antineumococcica, hepatitis A, entre otras, las cuales proporcionan protección al niño frente a enfermedades de gran importancia en la salud pública (Boscan et al. 2012).

Alrededor de los procesos de inmunización en Tomebamba y Quingeo se teje un constructo de redes sociales, constituido principalmente por la familia, la comunidad y las

instituciones de salud pública y privada, de educación y de comunicación, que bien articulados, directa o indirectamente, contribuyen a una mejor cobertura de vacunación.

La edad, o estado civil en las comunidades estudiadas no interfieren notoriamente en las coberturas de vacunación. Todas las cuidadoras informantes, sea cual fuere su condición, manifestaron la aceptación de las vacunas y el cumplimiento con el calendario de vacunación. El tipo de ocupación de las informantes que mayormente es los quehaceres domésticos define la dedicación a los procesos de inmunización mientras que la condición socioeconómica define el tipo de servicios de salud a los que acceden, siendo mayormente al subcentro debido principalmente a la gratuidad de los servicios.

El nivel de conocimientos de las informantes de Quingeo y Tomebamba se consideraron limitados, especialmente sobre los biológicos y las enfermedades que con ellos están previniendo, pero no se relacionó con la razón de baja cobertura.

Las informantes de Quingeo a diferencia de las de Tomebamba, presentan mayores dificultades en la movilización, por la distancia, tiempo y las oportunidades definidas por el contexto social en el que viven; sin embargo, esta situación no se constituyó como barrera en la cobertura de la inmunización.

Se manifiesta además la existencia de una hibridación cultural entre lo occidental y lo tradicional, en el ámbito de la salud en las informantes, pero se percibe factores inmersos en las comunidades que al parecer se pueden relacionar con las bajas coberturas de inmunización, un pensamiento anti occidental a favor de lo natural o en reconocimiento a lo tradicional o ancestral.

Las percepciones de algunas de las madres informantes, respecto de las personas que no traen a sus hijos a vacunar, es que existe de su parte descuido, despreocupación o porque piensan que están bien y que no necesitan; sin embargo, ellas manifiestan su completo desacuerdo con este tipo de actitudes en contraposición se autocalifican como responsables al cumplir con el proceso de inmunización.

Se manifiesta en algunas de las informantes cierta resistencia con los nuevos biológicos, declaran que no son necesarios y por lo tanto no les llevarían a vacunar en esos casos.

Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones

Los estilos de vida de las parroquias de Quingeo y Tomebamba presentan diferencias significativas que influyen directamente en la aceptación a la vacunación; en Quingeo parroquia rural el jefe de familia en algunos casos esta representado por el padre, mientras que en la parroquia Tomebamba la jefatura de la familia se comparte entre el padre y la madre, en razón de que los gastos familiares son compartidos. Es por esta diferencia que en Quingeo las decisiones con relación a la familia son tomadas por el padre, incluido si se vacuna o no.

Se trata de una población que en la mayoría de los casos esta al cuidado de sus padres (madre de familia especialmente), las cuidadoras tienen un nivel básico de educación en la mayoría de los casos situación que influye en la dinámica poblacional, en el dominio singular de la población en donde laboralmente la minoría posee trabajos remunerados. Económicamente se tratan de familias de estratos medios bajos con un importante déficit para alcanzar las necesidades básicas mensuales traducidas en el valor de la canasta básica.

Existen diferencias en lo que respecta a los esquemas de vacunación, existe mayor frecuencia de incumplimiento a la vacunación en el sector rural que en el sector urbano. No se evidencia que factores como el sexo del niño o la edad del mismo o el tipo de representante influya en el cumplimiento del esquema de vacunación. El lugar del nacimiento, en el domicilio, condiciona significativamente el cumplimiento del esquema de vacunación. Además es necesario indicar que existe diferencias en el dominio general de las poblaciones que marca una diferencia significativa en el cumplimiento del esquema de vacunación, en la zona urbana el acceso a los servicios de salud se facilita por la cercanía de los mismos, pero en el sector rural se convierte en un problema el acceso a los servicios de salud debido a las distancias que debe recorrer y al número de transportes que deben tomar lo que incrementa el valor económico, dificultando el acceso.

Un factor significativo que influye en la dinámica de las poblaciones con respecto a

sus modos y estilos de vida es el ingreso económico, expresado en términos de la canasta básica, siendo más frecuente el incumplimiento de la vacunación en familias sin acceso económico completo a dicha canasta.

A nivel social y familiar se evidencia un fuerte componente de relacionamiento con el sistema de salud, a través de los centros de salud principalmente, a pesar de la burocracia el acceso es adecuado y la percepción de las madres es buena. El apoyo familiar también es reconocido como motivación para el cuidado, en especial para el cumplimiento de las inmunizaciones.

El nivel de conocimientos en la mayoría de los casos es bajo y las actitudes no son adecuadas, se basan en la experiencia en casi todos los casos y no se evidenció un componente formal de conocimientos, como los derivados de una intervención directa del Ministerio de Salud Pública. Es necesario indicar que actores sociales como los maestros, sacerdotes, teniente político en el caso de la parroquia rural son fundamentales para actividades de promoción y prevención emprendidas por entidades de salud, ya que constituyen un actores fundamentales en los procesos dinámicos de la salud.

Recomendaciones

Ante los resultados que reflejan la presente investigación, se sugiere algunas acciones que pudieran beneficiar al mejoramiento de la estrategia de inmunización:

Incentivar a los líderes comunitarios y a las organizaciones sociales de las comunidades especialmente rurales a realizar investigaciones de las percepciones de la población ligadas a conocimientos de salud, involucrando aspectos de tipo cultural que pueden influir en la aceptación de la población sobre diferentes programas institucionales con el fin de establecer estrategias que motiven a la población al cumplimiento de las mismas pero con la seguridad del conocimiento de los determinantes fundamentales del proceso salud-enfermedad en cada una de las comunidades.

Motivar a las Instituciones promotoras de salud a llevar acciones de comunicación dirigidas a los tutores de los niños y niñas de las diferentes comunidades en busca de lograr el involucramiento en las actividades para el cuidado de la salud de todos los miembros de la familia, incentivando a su práctica cotidiana que genere patrones protectores que influya

de manera directa en los modos y estilos de vida saludables de la comunidad en general, fortaleciendo el proceso de la salud a través del mejoramiento de las condiciones de protección de la salud.

Fortalecer las redes sociales construidas alrededor de los procesos de inmunización e incorporar las nuevas tecnologías de la información y la comunicación para mejorar la información e incentivar a la participación de la comunidad a dichos procesos como el uso de los infocentros creados en cada comunidad, sin embargo es mucho más importante y real reforzar las redes sociales para apoyo de las familia, líderes sociales como los representantes de las tenencias políticas, líderes comunitarios, club de madres, el apoyo de las unidades educativas.

La Estrategia Nacional de Inmunizaciones debería fomentar educación continua sobre los procesos de inmunización en las cuidadoras y los cuidadores que acuden a los centros de salud mientras que las profesionales deberían mejorar los servicios de vacunación con mejores tratos e información sobre tipos de vacunas y enfermedades que correspondientemente previenen.

Comenzar en los subcentros de salud a incentivar a que las madres lleven a sus hijos a vacunar desde los controles del embarazo a fin de que cuando nazcan sus hijos, las madres cuenten con la información necesaria y estén predispuestas a cumplir con los procesos de inmunización y por ende disminuir la incidencia de enfermedades inmunoprevenibles.

Mejorar el sistema de inmunización en las zonas rurales considerando a los grupos más vulnerables y económicamente debilitados, acercándose más a la población y facilitando el acceso a la inmunización de los infantes.

Lista de referencias

- Arditti, Leonara. 2018. “La vacunación no es opinable: es una obligación y una responsabilidad social”. <https://buenavibra.es/movida-sana/salud/la-vacunacion-no-es-opinable-es-una-obligacion-y-una-responsabilidad-social/>.
- Asamblea Nacional Constituyente. 2014. “Constitución Política de la República del Ecuador. Capítulo 4 de los derechos sociales, económicos y culturales. Sección quinta de los grupos vulnerables”. <http://pdba.georgetown.edu/Parties/Ecuador/Leyes/constitucion.pdf>.
- Biblioteca Virtual en Salud. 2019a. “Definición de inmunidad”. <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/>.
- . 2019b. “Definición de sistema inmune”. <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/>.
- Blue, Courtney. 2018. “Vaccination Coverage and Socioeconomic Status: A Test of Fundamental Cause Theory”. Electronic Theses and Dissertations Center. https://etd.ohiolink.edu/pg_10?::NO:10:P10_ETD_SUBID:173149.
- Boscan, Mariana, Belén Salinas, y Maria Luisa Tres. 2012. “Actitud de las madres en el cumplimiento del calendario de vacunación de niños menores de 6 años” 6 (abril): 7. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375939531006>.
- Boscan, Mariana, Belén Salinas, Maria Luisa Trestini, y Maria Tomat. 2012. “Actitud de las madres en el cumplimiento del calendario de vacunación de niños menores de 6 años”. *Salus* 16 (1): 33–41.
- Boyer, Pedro Castón. 1996. “La sociología de Pierre Bourdieu”. *Reis*, n^o 76: 75. doi:10.2307/40183987.
- Brandan, Nora, José Aquino, y Alexis Codutti. 2007. “Respuesta Inmunitaria”. Cátedra de Bioquímica. Facultad de Medicina UNNE.
- Breilh, Jaime. 2003. *Epidemiología Crítica. Ciencia Emancipadora e intercultural*. Buenos Aires: Lugar.
- . 2013a. “La determinación social de la salud como herramienta de ruptura hacia la nueva salud pública (salud colectiva) (Epidemiología crítica latinoamericana: raíces,

- desarrollos recientes y ruptura metodológica).”
<http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3524/1/CON-107-Breilh%2c%20J.-La%20determinacion.pdf>.
- . 2013b. “La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)”. *scielo*.
http://www.scielo.org/co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000400002.
- . 2015. *Tras las huellas de la determinación*. Primera. Bogotá, Colombia: Coediciones.
- . 2017. “Epidemiología y geografía críticas: una visión transdisciplinaria. La Determinación social de la vida y su espacialidad”. Ponencia presentado en Congreso Internacional Epidemiología Geografía Críticas, Quito.
- Caizan, Nancy, y Nelly Juca. 2017. “Conocimiento sobre inmunizaciones en madres de menores de 2 años del Centro de Salud Nicanor Merchán, Cuenca 2016”. Tesis, Cuenca: Universidad de Cuenca.
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/27287>.
- Cardona, Jaiberth. 2016. “Determinantes y Determinación Social de la Salud como confluencia de la salud pública, la epidemiología y la clínica”. *Archivos de Medicina (Manizales)* 16 (1): 183–91. doi:10.30554/archmed.16.1.1090.2016.
- Corcho, Denis, Georgina Cruz, y Carmen Suárez. 2000. “La vacunación: Antecedentes históricos en el mundo”. *Revista Cubana de Medicina General Integral* 16 (4): 375–78.
- De Montalvo, Federico. 2012. “Rechazo a las políticas públicas de vacunación. Análisis Constitucional del conflicto desde los sistemas español y norteamericano”. *Dialnet* 26: 203–37.
- Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. 2019. “Tipos de vacunas”.
<https://www.vaccines.gov/es/b%3%A1sicos/tipos>.
- Esleva Castañeda, Juan Carlos. 2020. “Pensando la determinación social del proceso salud-enfermedad | Esleva Castañeda | Revista de Salud Pública”. *SINAB*. Accedido septiembre 1.
<https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/68467>.

- Figueiredo, Glória Lúcia Alves, Juliana Coelho Pina, Vera Lúcia Pamplona Tonete, Regina Aparecida Garcia de Lima, y Débora Falleiros de Mello. 2011. “Experiences of families in the immunization of Brazilian children under two years old”. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 19 (3): 598–605. doi:10.1590/S0104-11692011000300020.
- GAD Parroquial de Quingeo. 2019. “Página Institucional del GAD de Quingeo”. <http://parroquiaquingeo.gob.ec/azuay/>.
- GAD Quingeo. 2019. “Actualización del Plan de desarrollo y Ordenamiento Territorial Parroquial de Quingeo”. <https://www.google.com/search?q=gad+parroquial+de+quingeo&oq=g&aqs=chrome.1.69i60j69i59j69i57j0l3j69i60l2.3267j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8>.
- Galindo, Santana, Lellanis Arroyo, y damarys Díaz. 2011. “Seguridad de las vacunas y su repercusión en la población”. *Revista Cubana de Salud Pública* 37 (1): 149–58.
- González, María, María Galván, Rocío Pinedo, Alfredo González, María Anaya, y Cristina Peñafiel. 2016. “Estudio de las causas del rechazo a la vacunación en la población pediátrica gitana adscrita al C.S. Polígono Sur (Sevilla)Manual de Vacunas en Línea. Aspectos generales de la vacunación”. Biblioteca Las Casas.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. 2016. “Anuario de Estadísticas: Matrimonios y Divorcios”.
- Iriart, Jorge Alberto Bernstein. 2017. “Autonomia individual vs. proteção coletiva: a não-vacinação infantil entre camadas de maior renda/escolaridade como desafio para a saúde pública”. *Cadernos de Saúde Pública* 33 (2). doi:10.1590/0102-311x00012717.
- Justich, Pablo. 2015. “El rechazo a vacunar a los niños: un desafío por enfrentar”.
- Martínez-Diz, S., M. Martínez Romero, M. Fernández-Prada, M. Cruz Piqueras, R. Molina Ruano, y M.A. Fernández Sierra. 2014. “Demandas y expectativas de padres y madres que rechazan la vacunación y perspectiva de los profesionales sanitarios sobre la negativa a vacunar”. *Anales de Pediatría* 80 (6): 370–78. doi:10.1016/j.anpedi.2013.08.009.
- “Medios de comunicación, redes sociales y profesionales sanitarios influyen en la vacunación | vacunas.org”. 2018. Accedido marzo 18.

<http://www.vacunas.org/medios-comunicacion-redes-sociales-profesionales-sanitarios-influyen-vacunacion/>.

Nigenda, Gustavo, Emanuel Orozco, y René Leyva. 1997. “Motivos de no vacunación: un análisis crítico de la literatura internacional, 1950-1990”. *Rev. Saúde Pública*, 31 (3): 313–21.

“Olmedo, Lucía., Factores socioculturales que influyen en el cumplimiento del esquema de inmunización en niños menores de 5 años, cantón San Lorenzo, provincia Esmeraldas”. s. f.

Organización Mundial de la Salud. 2009. “Visión y Estrategia Mundial de Inmunización (GIVS)”.

———. 2013. “Plan de acción mundial sobre vacunas 2011–2020”.

———. 2014a. “Actualización sobre la poliomielitis en África Central”. https://www.who.int/csr/don/2014_6_25_polio/es/.

———. 2014b. “Metodología para la evaluación de oportunidades perdidas de vacunación”.

Organización Mundial de la salud. 2015. “Reticencia a la vacunación: Un desafío creciente para los programas de inmunización”. <https://www.who.int/es/news-room/detail/18-08-2015-vaccine-hesitancy-a-growing-challenge-for-immunization-programmes>.

Organización Mundial de la Salud. 2018a. “Semana Mundial de la Inmunización”. Centro de Prensa. <https://www.who.int/mediacentre/events/2018/world-immunization-week/es/>.

———. 2018b. “Vacunas”. <https://www.who.int/topics/vaccines/es/>.

———. 2019. “Cobertura vacunal. Datos y cifras”. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/immunization-coverage>.

Organización Mundial de la Salud, UNICEF, y Banco Mundial. 2010a. *Vacunas e inmunización: situación mundial*. 3ra edición. Francia.

———. 2010b. “Vacunas e inmunizaciones: situación mundial”.

Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud Pública, y Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo. 2017. “Evaluación de la Estrategia Nacional de Inmunizaciones. Ecuador 2017”.

- Pino Bermúdez, Dunia, Eneisi Morejón Ramos, y Odalys Medina Hernández. 2017. “Estrategias familiares para el cuidado de la infancia en el asentamiento rural Crucecitas. Un estudio de caso”. *Revista Novedades en Población* 13 (26). Editorial CEDEM: 231–43. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1817-40782017000200019&lng=es&nrm=iso&tlng=es.
- Pino, Bermúdez, Eneisi Morejón Ramos, y Odalys Medina Hernández. s. f. “Estrategias familiares para el cuidado de la infancia en el asentamiento rural Crucecitas. Un estudio de caso”, 13.
- Rivas, Eva. 2002. “Principios inmunológicos de la vacunación”. *Arch.argent.pediatr* 100 (1): 50–53.
- Rodríguez, María. 2001. “Magnitud y causas de oportunidades perdidas en vacunación en población menor de dos años en América”. *Revista CES MEDICINA* 15 (1).
- Salvatierra, Zoila, CARRERA DE. s. f. “Conocimiento de las madres de los niños menores de 5 años sobre el programa ampliado de inmunizaciones relacionado al cumplimiento del esquema en el subcentro Buenos Aires. Primer trimestre del año 2014”.
- Sánchez, N. García. 2017. “Hablemos de vacunas”.
- Toledo, Victor. 2013. “El metabolismo social: una nueva teoría soci ecológica”. *Relaciones*, 41–71.
- Trilla, Antoni. 2015a. “Vacunación Sistemática: Convencidos, Indecisos y Radicales”. *Undefined*. /paper/Vacunaci%C3%B3n-sistem%C3%A1tica%3A-convencidos%2C-indecisos-y-Garc%C3%ADa/8e88c295358cd1864d2693a2acaaeb82a600ed15.
- . 2015b. “Vacunación sistemática: convencidos, indecisos y radicales”. *Medicina Clínica* 145 (4): 160–62. doi:10.1016/j.medcli.2015.07.001.

Anexos

Anexo 1: Consentimiento informado

Nombre del investigador: Jhoana Dominique Rueda Bravo

Localización del investigador: Móvil 0958723478, Correo: jhoanarueda@hotmail.com

Consentimiento Informado		
Introducción		
Usted ha sido invitado a participar en un proyecto de investigación de la Universidad Andina Simón Bolívar, sede Ecuador. Puede hacer todas las preguntas que desee para entender claramente su participación y despejar sus dudas.		
Propósito del estudio		
El objetivo de este estudio es describir las percepciones y prácticas relacionadas con la inmunización en madres, padres cuidadores y/o tutores de niños o niñas menores a 1 año que acuden a las unidades de salud de Tomebamba y Quingeo del distrito 01D02 en el cantón Cuenca durante el período 2016 -2017		
Riesgos y beneficios		
El presente estudio no involucra ningún riesgo físico ni psicológico para usted. Existe riesgo de molestia en responder a algunas de las preguntas. Usted está en libertad de no responder a las preguntas que considere incómodas.		
Confidencialidad de los datos		
Para mí es muy importante mantener su privacidad, por lo cual aplicaré las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos personales:		
<ul style="list-style-type: none"> - La información que me proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde nadie más que yo tenga acceso. - La información colectada se almacenará en una computadora con clave de acceso. - Su nombre no será mencionado en el informe final. 		
Derechos y opciones del participante		
<ul style="list-style-type: none"> - Usted puede decidir no participar y si decide no participar solo debe indicarlo. - Aunque decida participar, puede retirarse del estudio cuando lo desee. - Usted no recibirá ningún pago, ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio 		
Consentimiento informado		
Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.		
Firma:	Nombre:	Fecha:
Investigador		
Firma:	Nombre:	Fecha:

Anexo 2: Guía de preguntas

1. Datos sociodemográficos

- Edad: _____
- Sexo: _____
- Nacionalidad: _____
- Procedencia: _____
- Estado civil: _____
- Nivel de escolaridad: _____
- Ocupación: _____
- Número de hijos: _____
- Edades de los hijos _____
- Tipo de vivienda: _____
- Con quien vive: _____
- Promedio de ingreso mensual de la familia: _____

2. Identificar los determinantes sociales que influyen en la baja cobertura de inmunización en el primer año de vida de niños y niñas en la zona de estudio

- i) ¿Con qué frecuencia acude usted a Instituciones de salud públicas? (Centro de salud)
- ii) ¿Qué tipo de servicios obtiene usted en Instituciones de salud públicas? (Centro de Salud)
- iii) ¿Con qué frecuencia acude usted a Instituciones de Salud privadas?
- iv) Entre las anteriores, ¿cuál prefiere usted y por qué?
- v) De qué manera previene usted que su hijo se contagie de algún virus
- vi) ¿Qué significa para usted la palabra inmunización
- vii) ¿Usted ha optado por aplicación de vacunas en sus hijos? ¿Por qué?
- viii) ¿En qué casos usted no llevaría a su hijo o hija a vacunar?
- ix) ¿Qué tipos de vacunas conoce usted?
- x) Cuáles son las edades de su hijo o hija en las que debe acudir a vacunarle?
- xi) ¿Alguna vez en su hijo o hija se han presentado reacciones adversas ante una vacuna?
- xii) Si la respuesta es afirmativa: ¿qué ha hecho para superar la reacción?
- xiii) ¿Qué tipo de propagandas conoce usted sobre campañas de inmunización?
- xiv) ¿Ha participado alguna vez en “Jornadas de Vacunación”? (Movilización masiva y ordenada en la población en un día o período corto, con el fin de aplicar el mayor número de vacunas)
- xv) Ha recibido alguna vez la invitación para asistir a alguna charla o conferencia sobre la inmunización
- xvi) A qué cree que se refiera los términos vacunación segura?
- xvii) ¿En alguna ocasión alguien le ha aconsejado que no lleve a su hijo a vacunar?
- xviii) ¿Ha escuchado casos en los cuales un niño o niña nunca han recibido vacunas?
- xix) ¿Porque cree usted que algunas personas pueden estar rechazando las vacunas?

3. Describir modos y estilos de vida de la población participante en el estudio que influyen en los procesos de inmunización.

- i) Lleva un calendario con las fechas de las vacunas de su hijo?
- ii) Quién es la persona responsable en el núcleo familiar de llevar a la vacunación?
- iii) Cuando lleva a su hijo o hija al centro de salud, qué medio de transporte utiliza?
- iv) Cuando su hijo enferma acostumbra acudir a los fármacos o a la medicina natural?
- v) Normalmente de quien pide consejos cuando se trata tema de salud de sus hijos?

vi) Podría describirme como son los cuidados preventivos en lo referente a:

Alimentación: (Qué alimentos considera que pueden ayudar a prevenir enfermedades)

Exposición al ambiente: (Frío, calor, aguas estancadas, basura en el sector, etc)

Mascotas (evita tener mascotas, las mantiene alejadas del bebé)

Enfermedades contagiosas en otras personas (evita encontrarse con ellos, no saluda con la mano, etc)

Qué medio de transporte utiliza para movilizarse al centro de salud para la obtención de vacunas?

Qué significa para usted la palabra inmunización?

Averiguar sobre consumo de fármacos

Uso de medicina natural