



**UNIVERSIDAD  
DEL PACÍFICO**

**Escuela de  
Postgrado**

**RETICENCIA A LA VACUNACION EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS  
EN DISTRITOS DE LIMA METROPOLITANA**

**Trabajo de Investigación presentado  
para optar el Grado Académico de  
Magister en Gestión Publica**

**Presentado por  
LIZ KAREN ALATA RAMOS  
ELIZABETH VERENA CARDENAS GUTIERREZ  
PEDRO PABLO TORRES MARQUEZ**

**Asesor: Rafael Augusto Cortez Valdivia**

**[0000-0002-9334-320X](tel:0000-0002-9334-320X)**

**Lima, Julio 2025**

## REPORTE DE EVALUACIÓN DEL SISTEMA ANTIPLAGIO

A través del presente, Juan Carlos Ubillús Ramírez deja constancia que el trabajo de investigación titulado "RETICENCIA A LA VACUNACION EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS EN DISTRITOS DE LIMA METROPOLITANA" presentado por Liz Karen Alata Ramos con D.N.I N.º 41640901, Elizabeth Verena Cardenas Gutierrez, con D.N.I N.º 41271597 y Pedro Pablo Torres Marquez, con D.N.I N.º 21882670, para optar al Grado de Magíster en Gestión Pública fue sometido al análisis del sistema antiplagio Turnitin del programa Blackboard el 22 de enero de 2026 dando el siguiente resultado.:

turnitin Ir a Vista nueva Pedro Torres Márquez Alata, Cárdenas y Torres... 1 de 2

**Resumen de coincidencias** X

**17 %**

#	Origen	Porcentaje
1	vaidp.info Fuente de Internet	5 %
2	hdl.handle.net Fuente de Internet	1 %
3	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1 %
4	repositorio.usa.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
5	ija.unemi.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
6	repositorio.upagu.edu... Fuente de Internet	<1 %
7	www.coursehero.com Fuente de Internet	<1 %
8	documentop.com Fuente de Internet	<1 %
9	Ipanaque Viena, Matilde... Publicación	<1 %
10	ija.paho.org Fuente de Internet	<1 %

22 de enero de 2026.

Juan Carlos Ubillús Ramírez  
Jefe Académico

## Resumen

La presente investigación evaluó la reticencia a la vacunación infantil en niños menores de 2 años en Lima Metropolitana, problemática que ha cobrado especial relevancia tras la pandemia de COVID-19. La metodología usó un enfoque cuantitativo, diseño no experimental, transversal y retrospectivo-comparativo, y se utilizó fuentes secundarias oficiales del Repositorio Único Nacional de Información en Salud (REUNIS), el CDC Perú y otras entidades del período 2018–2024. El análisis estadístico se realizó mediante el software SPSS, aplicando pruebas como Wilcoxon, chi-cuadrado y análisis de tendencia.

Los resultados muestran una reticencia vacunal significativa en diversas vacunas del esquema regular, especialmente IPV3, PENTA3, NEUMO3, VARICELA, HAV y AMA, con mayor concentración en distritos urbanizados como San Borja, Miraflores y Pueblo Libre, que son de altos y medianos ingresos. La prueba de Wilcoxon ( $p = 0.011$ ) evidenció un impacto estadísticamente significativo de la pandemia en el incremento de la reticencia. Entre los factores determinantes destacaron la desinformación, la baja percepción del riesgo y la desconfianza institucional.

Como respuesta a los hallazgos de esta investigación, que identificaron altos niveles de reticencia vacunal en distritos urbanizados como San Borja, Miraflores y Pueblo Libre, especialmente en vacunas como IPV3, PENTA3, NEUMO3, VARICELA, HAV y AMA, se propone la campaña informativa “Vacúnalo con amor: su futuro depende de ti”. Esta iniciativa, fundamentada en estrategias emocionales, territoriales y participativas, busca recuperar la confianza en el sistema de salud, contrarrestar la desinformación y fomentar la continuidad del esquema de vacunación infantil. Desde una perspectiva de gestión pública, esta propuesta representa una herramienta viable de política sanitaria, especialmente en contextos urbanos donde las brechas de cobertura se vinculan no tanto al acceso, sino a factores perceptivos, sociales y culturales.

## **Abstract**

This research aimed to assess vaccine hesitancy toward childhood immunization in children under two years old in Metropolitan Lima, a public health issue that has gained particular relevance after the COVID-19 pandemic. An applied, quantitative, non-experimental, cross-sectional, and retrospective-comparative study was conducted. Secondary official data sources were used, including the National Unified Health Information Repository (REUNIS), CDC Peru, and other institutions, covering the period from 2018 to 2024. Data analysis was performed using SPSS software, applying statistical techniques such as Wilcoxon test, chi-square, and trend analysis.

The results revealed significant vaccine hesitancy across several regular immunizations, particularly IPV3, PENTA3, NEUMO3, VARICELLA, HAV, and AMA, with higher prevalence in urban districts such as San Borja, Miraflores, and Pueblo Libre. The Wilcoxon test ( $p=0.011$ ) indicated a statistically significant impact of the pandemic on the increase in hesitancy. Key contributing factors included misinformation, low perceived risk, and institutional distrust.

In response to the findings of this research which identified high levels of vaccine hesitancy in urbanized districts such as San Borja, Miraflores, and Pueblo Libre, particularly for vaccines like IPV3, PENTA3, NEUMO3, VARICELLA, HAV, and AMA this study proposes the informational campaign “Vaccinate with love: their future depends on you.” This initiative, based on emotional, territorial, and participatory strategies, aims to rebuild trust in the health system, counter misinformation, and promote continuity in the childhood vaccination schedule. From a public management perspective, this proposal represents a viable health policy tool, especially in urban contexts where coverage gaps are linked not so much to access, but to perceptual, social, and cultural factors.

## Índice

<b>Resumen</b> .....	<b>iii</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>iv</b>
<b>Índice</b> .....	<b>v</b>
<b>Índice de Tablas</b> .....	<b>vii</b>
<b>Índice de Figuras</b> .....	<b>viii</b>
<b>Índice de Anexos</b> .....	<b>ix</b>
<b>Glosario</b> .....	<b>x</b>
<b>Introducción</b> .....	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO I. Planteamiento del Problema</b> .....	<b>2</b>
1.1 Antecedentes .....	2
1.2 Descripción del Problema .....	5
1.2.1 Determinación de la Problemática Identificada .....	5
1.3 Preguntas de Investigación.....	8
1.3.1 Pregunta General .....	8
1.3.2 Preguntas Específicas .....	8
1.4 Objetivos de Investigación.....	9
1.5 Objetivo General .....	9
1.5.1 Objetivo General .....	9
1.5.2 Objetivo Específicos.....	9
1.6 Justificación.....	9
1.7 Delimitaciones, limitaciones y alcances.....	10
1.7.1. Delimitaciones .....	10
1.7.2. Limitaciones.....	11
1.7.3. Alcances.....	11
<b>CAPÍTULO II. Marco Teórico</b> .....	<b>12</b>
2.1 Reticencia a la Vacunación Infantil .....	12
2.2 Modelo de Creencias en Salud (Health Belief Model – HBM) .....	12
2.3 Teoría de la Acción Razonada (Theory of Reasoned Action – TRA) .....	12
2.4 Teoría del Comportamiento Planeado (Theory of Planned Behavior – TPB) .....	13
2.5 Teoría Cognitiva Social.....	13
2.6 Alfabetización en Salud y Desinformación.....	13
2.7 Comunicación en Salud.....	14

2.8 Factores Socioculturales e Ideológicos .....	14
2.9 Percepción del Riesgo en Salud Pública .....	15
<b>CAPÍTULO III. Marco metodológico.....</b>	<b>16</b>
3.1 Tipo de Investigación .....	16
3.2 Enfoque .....	16
3.3 Diseño.....	16
3.4 Alcance.....	16
3.5 Nivel.....	17
3.6 Corte.....	17
3.7 Análisis de la Relección de Datos .....	17
3.8 Análisis de Procesamiento de Datos .....	18
<b>CAPÍTULO IV. Hallazgos y Resultados.....</b>	<b>19</b>
<b>CAPÍTULO V. Propuesta de lineamientos de intervención dirigidos al Ministerio de Salud para reducir la reticencia a la vacunación infantil en niños menores de 2 años...71</b>	
5.1. Enfoque de la Propuesta.....	71
5.2. Objetivo General.....	71
5.3. Lineamientos Propuestos .....	71
5.4. Consideraciones para la Implementación .....	72
5.5. Sostenibilidad.....	72
<b>Conclusiones .....</b>	<b>73</b>
<b>Recomendaciones .....</b>	<b>74</b>
<b>Referencias Bibliográficas.....</b>	<b>76</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>82</b>

## Índice de Tablas

<b>Tabla 1.</b> Prueba de normalidad .....	67
<b>Tabla 2.</b> Prueba de wilcoxon.....	67

## Índice de Figuras

<b>Figura 1</b> <i>VACUNA BCG: BACILO DE CALMETTE - GUÉRIN (BCG)</i> .....	19
<b>Figura 2</b> <i>VACUNA CONTRA HEPATITIS B (HVB)</i> .....	21
<b>Figura 3</b> <i>VACUNA ANTIPOLIO INACTIVADA PRIMERA DOSIS (IPV1)</i> .....	23
<b>Figura 4</b> <i>VACUNA ANTIPOLIO INACTIVADA SEGUNDA DOSIS (IPV2)</i> .....	25
<b>Figura 5</b> <i>VACUNA ANTIPOLIO INACTIVADA TERCERA DOSIS (IPV3)</i> .....	27
<b>Figura 6</b> <i>VACUNA COMBINADA PENTAVALENTE PRIMERA DOSIS (PENTA1)</i> .....	29
<b>Figura 7</b> <i>VACUNA COMBINADA PENTAVALENTE SEGUNDA DOSIS (PENTA2)</i> .....	31
<b>Figura 8</b> <i>VACUNA COMBINADA PENTAVALENTE SEGUNDA DOSIS (PENTA3)</i> .....	33
<b>Figura 9</b> <i>VACUNA CONTRA ROTAVIRUS PRIMERA DOSIS (ROTA1)</i> .....	35
<b>Figura 10</b> <i>VACUNA CONTRA ROTAVIRUS SEGUNDA DOSIS (ROTA2)</i> .....	37
<b>Figura 11</b> <i>VACUNA ANTINEUMOCÓCICA PRIMERA DOSIS (NEUMO1)</i> .....	39
<b>Figura 12</b> <i>VACUNA ANTINEUMOCÓCICA SEGUNDA DOSIS (NEUMO2)</i> .....	41
<b>Figura 13</b> <i>VACUNA CONTRA INFLUENZA PRIMERA DOSIS (INFLU1)</i> .....	43
<b>Figura 14</b> <i>VACUNA CONTRA INFLUENZA SEGUNDA DOSIS (INFLU2)</i> .....	45
<b>Figura 15</b> <i>VACUNA ANTINEUMOCÓCICA TERCERA DOSIS (NEUMO3)</i> .....	47
<b>Figura 16</b> <i>VACUNA CONTRA SARAMPIÓN, PAPERAS Y RUBEOLA (SPR1)</i> .....	49
<b>Figura 17</b> <i>VACUNA CONTRA VARICELA</i> .....	51
<b>Figura 18</b> <i>VACUNA CONTRA HEPATITIS A (HAV)</i> .....	53
<b>Figura 19</b> <i>VACUNA ANTIAMARÍLICA (AMA)</i> .....	55
<b>Figura 20</b> <i>VACUNA CONTRA SARAMPIÓN, PAPERAS Y RUBEOLA SEGUNDA DOSIS (SPR2)</i> .....	57
<b>Figura 21</b> <i>VACUNA CONTRA INFLUENZA DE 1 AÑO (INFLU 1 AÑO)</i> .....	59
<b>Figura 22</b> <i>VACUNA ANTIPOLIO ORAL DE POLIOVIRUS PRIMER REFUERZO (REF1APO)</i> .....	61
<b>Figura 23</b> <i>VACUNA CONTRA DIFTERIA, PERTUSSIS Y TÉTANOS PRIMER REFUERZO DPT (REF1DPT)</i> .....	63
<b>Figura 24</b> <i>Reticencia a la vacunación en niños menores de 2 años antes y después de la pandemia de COVID-19, según tipo de vacuna, en Lima Metropolitana.</i> .....	65
<b>Figura 25</b> <i>Reticencia a la vacunación en niños menores de 2 años en los distritos de Lima Metropolitana</i> .....	66

## Índice de Anexos

<b>Anexo 1:</b> Matriz de consistencia .....	83
<b>Anexo 2:</b> Porcentaje de niños vacunados contra el sarampión en países europeos seleccionados en 2023.....	84
<b>Anexo 3:</b> Proporción de niños que recibieron la vacuna triple vírica en el Reino Unido en 2023/24 .....	85
<b>Anexo 4:</b> Porcentaje de padres que declaran estar preocupados por los efectos secundarios de las vacunas infantiles en EE.UU.....	86
<b>Anexo 5:</b> Porcentaje de lactantes vacunados contra la DTP en América Latina y el Caribe (2010-2020).....	87
<b>Anexo 5:</b> Cuán escéptica es Latinoamérica respecto a las vacunas .....	87

## **Glosario**

Vacuna BCG: Bacilo de Calmette – Guérin

Vacuna contra Hepatitis B (HvB)

Vacuna Combinada Pentavalente (DPTHvB-Hib)

Vacuna contra difteria y tétanos (DT pediátrico)

Vacuna contra Haemophilus Influenza tipo B (Hib)

Vacuna anti polio Inactivada (IPV o Salk)

Vacuna anti polio oral (APO O SABIN)

Vacuna contra Rotavirus

Vacuna Antineumocócica

Vacuna contra . Parotiditis (SPR)

Vacuna contra Varicela

Vacuna contra Fiebre amarilla (AMA)

Vacuna DPT

Vacuna contra difteria y tétanos (Tdap)

Vacuna contra Hepatitis “A”

Vacuna contra Virus Papiloma Humano' (VPH)

Vacuna contra Influenza

## **Introducción**

La vacunación infantil es una de las estrategias más efectivas de salud pública para la prevención de enfermedades transmisibles, particularmente en los primeros años de vida. No obstante, en los últimos años se observa la duda, demora o rechazo parcial o total hacia las vacunas que se encuentran disponibles, este se conoce como reticencia a la vacunación. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la reconoce como una de las diez principales amenazas para la salud global, y se hizo más visible tras la pandemia de COVID-19, que afectó la percepción pública sobre la seguridad, eficacia y necesidad de las vacunas.

En el caso de Lima Metropolitana, la reticencia a la vacunación infantil tiene patrones diferenciados según el distrito, tipo de vacuna y periodo temporal. A pesar de contar con infraestructura sanitaria y disponibilidad de vacunas, existe un nivel de cobertura por debajo de los niveles óptimos en diversas zonas urbanas. Esto pone en riesgo la inmunidad colectiva y la prevención de enfermedades como la poliomielitis, el sarampión, la difteria y la tos ferina.

Este estudio tiene como objetivo evaluar la reticencia a la vacunación en niños menores de 2 años en Lima Metropolitana, considerando los efectos de la pandemia, las diferencias territoriales y los factores sociales y culturales que inciden en las decisiones de los cuidadores. Asimismo, la investigación busca aportar una respuesta desde la gestión pública, a través del diseño de una campaña informativa comunitaria que contribuya a reducir la reticencia y fortalecer la confianza ciudadana en el sistema de inmunización. Desde un enfoque cuantitativo y un diseño no experimental, la investigación aporta evidencia empírica para la formulación de políticas y estrategias de intervención orientadas a garantizar la continuidad y efectividad del calendario regular de vacunación infantil en el país.

# CAPÍTULO I. Planteamiento del Problema

## 1.1 Antecedentes

A nivel internacional Kaushik et al. (2025) en su estudio *Pediatric Vaccine Hesitancy in the United States—The Growing Epidemic*, identificaron que la hesitación vacunal pediátrica en EE. UU. ha aumentado, influenciada por factores sociales, culturales y psicológicos. Se destaca el uso de la Entrevista Motivacional como estrategia efectiva para abordar esta problemática. Proporcionó un enfoque práctico para que los profesionales de la salud aborden la hesitación vacunal mediante técnicas de comunicación centradas en el paciente. Este estudio resaltó la importancia de estrategias de comunicación empáticas y adaptadas culturalmente para mejorar la aceptación de las vacunas.

En esta misma línea Li et al. (2025) en su estudio *Vaccine Hesitancy and Associated Factors Among Caregivers of Children With Special Health Care Needs in China* demostraron que los cuidadores de niños con necesidades especiales en China presentan una mayor hesitación hacia las vacunas, influenciada por preocupaciones sobre la seguridad y eficacia de las mismas. Destacó la necesidad de intervenciones específicas para grupos vulnerables y la importancia de la educación y el asesoramiento personalizado. Este estudio subrayó cómo las preocupaciones específicas de ciertos grupos pueden afectar la cobertura vacunal y la necesidad de abordajes personalizados.

También Cagnotta et al. (2025) en su estudio *Parental vaccine hesitancy: Recent evidences support the need to implement targeted communication strategies* revelaron que el 12% de los padres encuestados mostraron hesitación hacia la vacuna contra el VPH, siendo la falta de información y preocupaciones sobre la seguridad las principales razones. Resaltó la importancia de estrategias de comunicación efectivas y adaptadas para abordar las preocupaciones de los padres. Se enfatizó la necesidad de campañas educativas que aborden directamente las inquietudes de los padres para mejorar la aceptación de las vacunas.

En este mismo sentido Scavarda et al. (2025) en su investigación *Childhood Vaccine Hesitancy as an Interaction-Based Phenomenon* analizaron cómo las interacciones entre padres y profesionales de la salud pueden influir en la hesitación vacunal, destacando la importancia de la confianza y la comunicación efectiva. Ofreció una perspectiva sociológica sobre la hesitación vacunal, enfatizando el papel de las relaciones interpersonales en la toma de decisiones sobre la vacunación. Y destacó la necesidad de fortalecer la relación médico-paciente para mejorar las tasas de vacunación infantil.

Por su lado, Duong (2024) en su estudio *Parents' Willingness to Vaccinate Their Children Aged From 6 Months to Under 5 Years With COVID-19 Vaccines*, exploró la disposición de los padres vietnamitas a vacunar a sus hijos menores de cinco años contra la COVID-19. A través de una encuesta nacional aplicada a 5960 padres, se identificó que el 50.5 % estaba dispuesto a vacunar, el 30.2 % mostraba vacilación y el 19.3 % se oponía. Los factores que influyeron significativamente en la decisión incluyeron la edad parental, el conocimiento sobre la pandemia, la percepción de suficiencia informativa, las comorbilidades de los hijos y el estatus vacunal del entorno familiar. El estudio reveló que la principal causa de rechazo fue el temor a los efectos adversos, especialmente la miocarditis, la pericarditis y los posibles impactos en la fertilidad infantil. Asimismo, se evidenció una clara preferencia por vacunas de origen estadounidense. Duong destacó que fortalecer el conocimiento de los padres sobre la inmunidad colectiva y las medidas preventivas, así como promover la vacunación sistemática, puede aumentar la aceptación vacunal. Estos hallazgos ofrecen insumos clave para diseñar estrategias de salud pública que aborden la reticencia vacunal desde un enfoque informativo y contextualizado.

En consecuencia, Roy et al. (2024) revelaron que la percepción de la importancia de las vacunas para niños disminuyó en 52 de 55 países estudiados durante la pandemia de COVID-19. Proporcionó evidencia global sobre la disminución de la confianza en las vacunas infantiles, destacando la necesidad de intervenciones para restaurar la confianza pública. Donde el impacto de la pandemia en la percepción pública de las vacunas y la urgencia de estrategias para contrarrestar la desinformación.

A nivel nacional, de acuerdo con la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza [MCLCP], (2025) señaló una disminución significativa en la cobertura de vacunación en niños menores de 2 años durante 2020, con una recuperación parcial en los años siguientes. Proporcionó datos actualizados sobre las coberturas vacunales en Perú, esenciales para el diseño de políticas públicas. Asimismo, destacó la necesidad de estrategias sostenidas para mejorar y mantener altas tasas de vacunación infantil.

Por su parte, Maco (2024) en su estudio *Reticencia y adherencia a la vacunación contra COVID-19 en padres de familia para con sus hijos en el Centro de Atención Primaria III San Isidro, 2024* analizó datos de 4 117 adultos peruanos provenientes de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH), identificando que un 16,2 % manifestó reticencia a la vacunación contra la COVID-19. Entre las principales razones, destacaron la desconfianza en la efectividad de las vacunas (41%), el miedo a efectos adversos (28%) y creencias personales (18%). Además, la adherencia vacunal estuvo relacionada con factores como el nivel educativo, el acceso a

servicios de salud y la región geográfica. En Lima Metropolitana, la adherencia fue del 87%, mientras que en regiones de la selva bajó al 69%. Explicó la baja cobertura vacunal en ciertos segmentos poblacionales del Perú, estableciendo una base empírica robusta para la formulación de políticas públicas orientadas a mejorar la aceptabilidad y cobertura de vacunas. Asimismo, evidenció cómo el nivel de información, la confianza en el sistema de salud y las condiciones socioeconómicas inciden directamente en la disposición a vacunarse.

Por otro lado, Yana (2024) analizó a 110 madres de niños menores de cinco años, encontrando que el 63.6% de ellas presentó una percepción inadecuada sobre la vacunación contra la COVID-19, mientras que solo un 36.4% tuvo una percepción adecuada. Asimismo, el 68.2% evidenció actitudes negativas hacia la vacunación, y el 31.8% mostró actitudes positivas. Entre los principales motivos de desconfianza destacaron el temor a efectos secundarios y la influencia de desinformación circulante en redes sociales. Aportó información significativa sobre las barreras cognitivas y emocionales que enfrentan las madres respecto a la vacunación infantil, subrayando la necesidad de reforzar estrategias comunicacionales desde los establecimientos de salud. Al enfocarse en un grupo clave, las madres de menores, el estudio ofreció bases concretas para intervenciones focalizadas en campañas de inmunización pediátrica. Reveló que la percepción negativa de las madres puede repercutir directamente en la cobertura vacunal infantil, especialmente en contextos vulnerables como el Cusco urbano periférico. La investigación demostró que los esfuerzos institucionales no deben limitarse a la oferta de vacunas, sino que deben integrar procesos sostenidos de información veraz y empática.

Asimismo, Buendía (2024) evaluó a 88 madres de niños menores de cinco años, hallando que el 73.9% presentó un nivel de conocimiento bajo sobre inmunización, mientras que solo el 26.1% evidenció un nivel medio o alto. Los ítems peor valorados estuvieron relacionados con el reconocimiento de los beneficios de las vacunas y el calendario del esquema regular del Ministerio de Salud. También se observó que el bajo nivel educativo y la residencia en zonas rurales se asociaban significativamente con el desconocimiento vacunal. Aportó evidencia empírica sobre la relación directa entre el nivel de conocimiento materno y la probable adherencia al esquema de vacunación infantil, alertando sobre vacíos informativos persistentes en contextos rurales. La investigación sugiere que mejorar el nivel de alfabetización sanitaria en madres podría contribuir sustancialmente a elevar las coberturas vacunales.

Asimismo, Monarez y Camacho (2023) en su artículo Factores de abandono de vacunación en niños menores de 2 años en el Centro de Salud Capilla de Pacay investigaron

las causas del abandono del esquema de vacunación en una población rural del cantón Chillanes, Ecuador. Identificaron que factores socioeconómicos como bajos ingresos, nivel educativo limitado y residencia en zonas rurales influyen negativamente en el cumplimiento del esquema vacunal. Además, hallaron que más del 60% de los cuidadores no sabían qué son las vacunas ni qué enfermedades previenen, lo que demuestra una significativa brecha de conocimiento. También se evidenció que la desconfianza, la falta de información sobre eventos adversos y el limitado acceso a servicios de salud incrementan la reticencia vacunal. A través de análisis estadístico, concluyeron que el nivel educativo de las madres se asocia significativamente con el estado vacunal de sus hijos. El estudio resaltó la importancia de reforzar la educación sanitaria y la comunicación efectiva desde los servicios de salud para reducir la deserción y mejorar la cobertura vacunal infantil.

Por último, Saavedra et al. (2024) analizaron investigaciones publicadas entre 2018 y 2022 sobre reticencia vacunal en América Latina, con especial énfasis en Perú. Encontró que entre el 15% y el 25% de la población peruana manifestó algún nivel de desconfianza hacia las vacunas durante el período postpandemia. Entre los principales factores asociados se identificaron: la circulación de noticias falsas en redes sociales (presente en más del 60% de los estudios analizados), baja alfabetización en salud, y percepción negativa sobre la seguridad de ciertas vacunas como la del COVID-19 y la influenza. Evidenció que la reticencia a la vacunación no es un fenómeno aislado ni exclusivo de ciertos sectores sociales, sino una tendencia creciente que afecta la cobertura de inmunización a nivel nacional.

## **1.2 Descripción del Problema**

### **1.2.1 Determinación de la Problemática Identificada**

La vacunación infantil constituye una de las estrategias más efectivas y costo eficiente de salud pública, ya que permite prevenir la morbilidad y mortalidad asociada a enfermedades transmisibles como el sarampión, la poliomielitis y la difteria. En el contexto internacional, la Organización Mundial de la Salud ha alertado que la reticencia a la vacunación figura entre las diez principales amenazas para la salud global, debido al riesgo de reaparición de enfermedades controladas (Lucero-Prisno et al., 2022).

A pesar de los avances tecnológicos y científicos en el desarrollo de vacunas, en diversas regiones del mundo persiste una preocupante disminución en las tasas de inmunización infantil. Este fenómeno ha sido influenciado por factores como la desinformación, la reticencia vacunal, barreras de acceso a los servicios de salud y percepciones culturales o religiosas. En Europa, por ejemplo, ningún país ha alcanzado el 95%

de cobertura recomendado por la OMS para la vacuna contra el sarampión, salvo Hungría, que logró un 99.7% (Anexo 2). Esto pone en riesgo la erradicación de enfermedades prevenibles y expone a poblaciones vulnerables a brotes epidémicos (Stewart, 2024).

En países desarrollados como Estados Unidos y el Reino Unido, también se evidencian brechas preocupantes (Anexo 3). En EE. UU., la hesitación vacunal ha incrementado en algunas comunidades, especialmente por razones ideológicas y desinformación, generando brotes de enfermedades como el sarampión. En el Reino Unido, la cobertura de la vacuna MMR (sarampión, paperas, rubéola) cayó a 83.9% para la segunda dosis en niños menores de cinco años en 2023, el nivel más bajo en más de una década (Stewart, 2024).

En Estados Unidos, la reticencia a la vacunación infantil ha ganado notoriedad en la última década (Anexo 4). Diversos estudios muestran que un número creciente de padres expresa preocupaciones respecto a los efectos secundarios de las vacunas. Según datos recogidos en 2023, aproximadamente el 25% de los padres estadounidenses manifestaron inquietudes sobre la seguridad de las vacunas infantiles, una situación que ha contribuido al resurgimiento de enfermedades prevenibles como el sarampión y la tosferina en distintas regiones del país (Elflein, 2020).

Por otro lado, la reciente destitución del Comité Asesor de Vacunas de los CDC en Estados Unidos por parte del secretario de Salud, Robert F. Kennedy Jr., ha generado una ola de incertidumbre que trasciende fronteras, debilitando la legitimidad de los procesos científicos y afectando la percepción pública sobre la seguridad y eficacia de las vacunas. Expertos internacionales advierten que este tipo de acciones socavan la confianza en los sistemas de inmunización y alimentan narrativas antivacunas que rápidamente se replican en países, donde ya existe una frágil relación entre los ciudadanos y el sistema de salud. Esta situación podría agravar la desinformación en entornos urbanos vulnerables, dificultando aún más el cumplimiento del esquema regular de inmunización en la primera infancia y poniendo en riesgo el control de enfermedades prevenibles por vacuna (Alberca, 2025).

En América Latina, la cobertura de vacunación también ha evidenciado un retroceso, particularmente a raíz de la pandemia de COVID-19. Entre 2010 y 2020, la cobertura con la tercera dosis de la vacuna DTP (Difteria, Tétanos y Pertussis) disminuyó del 92.3% al 81.8%, según datos de UNICEF y la OMS (Anexo 5). Esta caída de más de 10 puntos porcentuales en una década representa un riesgo significativo de reemergencia de enfermedades que ya estaban controladas, afectando principalmente a los niños menores de 5 años (Mendoza, 2024).

También se revela un componente crucial en el análisis de la reticencia a la vacunación en América Latina: la desconfianza en la seguridad de las vacunas. Este factor es uno de los

determinantes más fuertes del rechazo o aplazamiento de la vacunación. Según los datos, países como República Dominicana (24 %), Perú (22 %) y Colombia (21 %) presentan los niveles más altos de población que expresan *poca confianza* en la seguridad de las vacunas. Esta percepción de inseguridad, sustentada posiblemente en desinformación, experiencias previas o falta de transparencia institucional, se vincula directamente con actitudes reticentes frente a la inmunización, especialmente en grupos vulnerables como niños menores de dos años. Por tanto, la inseguridad percibida constituye una barrera crítica que los sistemas de salud deben abordar para mejorar la cobertura y efectividad de los programas de vacunación infantil (Anexo 6).

En el contexto sanitario peruano actual, la reticencia a la vacunación infantil representa una problemática crítica que ha debilitado el sistema de inmunización y propiciado el resurgimiento de enfermedades infecciosas previamente controladas. Uno de los ejemplos más alarmantes es el brote de tos ferina reportado en 2025. Según el Ministerio de Salud, entre enero y junio se notificaron 908 casos, de los cuales 698 fueron confirmados y 10 menores fallecieron, siendo Loreto la región más afectada con más del 70% de los contagios y nueve de las muertes registradas (Gómez, 2025).

Este retroceso sanitario está directamente relacionado con la disminución sostenida de la cobertura vacunal infantil. Datos del Ministerio de Salud revelan que la cobertura de la vacuna pentavalente, que protege contra la tos ferina, disminuyó de un 96,6% en 2018 a solo 72% en 2020 a raíz de la pandemia. Para 2022, la recuperación alcanzó apenas el 82%, cifra insuficiente para restablecer la inmunidad colectiva. De manera similar, la cobertura de vacunación contra la poliomielitis cayó de 95,6 % a 71,4 % entre 2018 y 2020, recuperándose a 81,6% en 2022, sin alcanzar aún los niveles pre-pandémicos (Bustamante, 2023).

En el Perú, la cobertura de vacunación en la infancia enfrenta un preocupante estancamiento y retroceso, vinculado directamente a la asignación y ejecución presupuestal en salud. A pesar de los esfuerzos por recuperar niveles óptimos tras la pandemia, en el año 2025 se evidenció una disminución del presupuesto destinado al producto “Niños y niñas con vacuna completa”, pasando de S/ 650 millones en el PIA 2024 a S/ 583 millones en el PIA 2025, lo que representa una reducción del 10% y una caída del 16% en el presupuesto modificado respecto al año anterior (Anexo 7). Esta disminución se traduce en coberturas insuficientes, especialmente en zonas urbanas como Lima Metropolitana, donde, a pesar de concentrar una gran población infantil, se asigna un presupuesto per cápita de apenas S/21 por niño de 0 a 4 años, una de las cifras más bajas a nivel nacional (Anexo 8). Tal desfase presupuestal impacta negativamente en la planificación, ejecución y continuidad de las campañas de inmunización,

generando condiciones propicias para el incremento de la reticencia en la población. La limitada disponibilidad de recursos económicos restringe el acceso equitativo a servicios de vacunación, debilita las estrategias comunicacionales y reduce la capacidad de respuesta frente a la desinformación, lo que profundiza la desconfianza de los cuidadores hacia el sistema de salud y dificulta el cumplimiento del esquema regular en niños menores de dos años (Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza [MCLCP], 2025).

A ello se suma la advertencia del Ministerio de Salud respecto a la necesidad de completar el esquema completo de vacunación para prevenir la tos ferina, enfatizando que la protección solo se garantiza con la aplicación de todas las dosis a los 2, 4, 6, 18 meses y a los 4 años. No obstante, la reticencia por parte de algunos padres motivada por desinformación, temor infundado y falta de acceso ha impedido que numerosos menores reciban estas dosis a tiempo. Frente a esta situación, el Minsa ha recalcado que el riesgo no está en la vacuna, sino en no vacunar (Rojas, 2025).

En paralelo, la situación del sarampión también genera preocupación. Aunque esta enfermedad fue erradicada en Perú desde 2002, el país enfrenta ahora un riesgo de reintroducción debido a las brechas de cobertura inmunológica. En los años noventa, Perú reportó más de 22 000 casos anuales, y si bien se logró erradicar el virus gracias a campañas masivas de vacunación, expertos advierten que la disminución en la inmunización podría permitir su reaparición, especialmente en regiones donde las coberturas actuales son bajas (El Comercio, 2025).

En este escenario, la reticencia a la vacunación infantil no solo constituye una barrera individual, sino una amenaza colectiva que pone en riesgo los logros históricos de la salud pública peruana. La combinación de factores como la desinformación, la desconfianza en las vacunas, el acceso desigual a servicios de salud y el debilitamiento de las campañas de inmunización ha generado un contexto propicio para la reemergencia de enfermedades prevenibles. Por ello, es urgente implementar estrategias integrales de comunicación, recuperación de las coberturas y fortalecimiento del sistema primario de salud que permitan revertir esta tendencia peligrosa.

### **1.3 Preguntas de Investigación**

#### **1.3.1 Pregunta General**

¿Cuál es la reticencia a la vacunación infantil en niños menores de 2 años en Lima Metropolitana?

#### **1.3.2 Preguntas Específicas**

¿Cómo es la reticencia a la vacunación en niños menores de 2 años según el tipo de vacuna en Lima Metropolitana?

¿Cómo varió la reticencia a la vacunación en niños menores de 2 años antes y después de la pandemia de COVID-19, según tipo de vacuna?

¿Existen diferencias significativas en los niveles de reticencia a la vacunación entre los distintos distritos de Lima Metropolitana?

¿Influyó la pandemia de COVID-19 de forma significativa en la reticencia a la vacunación en niños menores de 2 años en Lima Metropolitana?

¿Qué elementos debe incluir una campaña informativa comunitaria para reducir la reticencia a la vacunación en niños menores de 2 años en Lima Metropolitana?

## **1.4 Objetivos de Investigación**

### **1.5 Objetivo General**

#### **1.5.1 Objetivo General**

Evaluar la reticencia a la vacunación infantil en niños menores de 2 años en Lima Metropolitana

#### **1.5.2 Objetivo Específicos**

Describir la reticencia a la vacunación en niños menores de 2 años según el tipo de vacuna en Lima Metropolitana.

Analizar la variación de la reticencia a la vacunación en niños menores de 2 años antes y después de la pandemia de COVID-19, según tipo de vacuna, en Lima Metropolitana.

Comparar la reticencia a la vacunación en niños menores de 2 años en los distritos de Lima Metropolitana.

Determinar si la pandemia de COVID-19 influyó significativamente en la reticencia a la vacunación en niños menores de 2 años en Lima Metropolitana.

Diseñar una propuesta de campaña informativa comunitaria para disminuir la reticencia a la vacunación en niños menores de 2 años en Lima Metropolitana.

## **1.6 Justificación**

La reticencia a la vacunación infantil constituye una de las amenazas más urgentes y complejas para la salud pública contemporánea, reconocida por la Organización Mundial de la Salud como uno de los diez principales riesgos para la salud global. En el caso específico de Lima Metropolitana, esta problemática no solo compromete los avances logrados en

inmunización durante décadas, sino que representa una amenaza directa para la salud y la vida de los menores de 2 años, una de las poblaciones más vulnerables del país.

En un contexto postpandemia, donde la confianza pública en el sistema sanitario ha sido severamente afectada, se ha identificado un preocupante aumento de padres y cuidadores que manifiestan dudas, temores o rechazo abierto hacia las vacunas infantiles. Este fenómeno no solo se limita a la vacuna contra la COVID-19, sino que se ha extendido a otros componentes esenciales del calendario nacional de inmunización, como la pentavalente, la antipoliomielítica o la triple viral. La consecuencia directa de esta desconfianza es una cobertura vacunal por debajo de los niveles de seguridad poblacional, reabriendo el riesgo de reemergencia de enfermedades ya controladas, como el sarampión o la tos ferina, tal como lo ha advertido el Ministerio de Salud del Perú en sus más recientes reportes.

Desde una perspectiva de gestión pública, la reticencia vacunal no puede ser abordada únicamente desde el campo clínico, sino que exige una respuesta integral basada en evidencia empírica. Por ello, esta investigación adquiere una relevancia estratégica, ya que se propone evaluar con rigurosidad el nivel y las características de la reticencia a la vacunación en niños menores de 2 años en Lima Metropolitana, considerando factores territoriales, temporales y sociodemográficos. Asimismo, busca establecer comparaciones antes y después de la pandemia de COVID-19 y entre distritos, proporcionando insumos concretos para la toma de decisiones a nivel nacional, regional y local.

Además de su valor diagnóstico, el estudio tiene un componente propositivo: el diseño de una campaña informativa comunitaria basada en los resultados obtenidos. Esta propuesta constituye una herramienta concreta de intervención que podría ser implementada por el Ministerio de Salud, Diresas o gobiernos locales, con el objetivo de recuperar la confianza ciudadana en las vacunas mediante estrategias de comunicación empática, culturalmente pertinente y basada en evidencia.

## **1.7 Delimitaciones, limitaciones y alcances**

### **1.7.1. Delimitaciones**

La investigación se desarrolló dentro de un conjunto de límites claramente definidos que permitieron enfocar su alcance. En primer lugar, la delimitación geográfica se centró en Lima Metropolitana, considerando su alta densidad poblacional, diversidad socioeconómica y relevancia estratégica en el sistema sanitario nacional. Esta delimitación territorial permitió observar diferencias en la reticencia vacunal entre distritos con distintas condiciones de acceso a los servicios de salud.

En segundo lugar, la delimitación poblacional se restringió a niños menores de 2 años, dado que este grupo etario es prioritario en los esquemas de inmunización y más vulnerable ante enfermedades prevenibles. Finalmente, la delimitación temporal abarcó el período comprendido entre los años 2018 y 2024, lo cual permitió analizar la evolución de la reticencia vacunal antes, durante y después de la pandemia de COVID-19.

### **1.7.2. Limitaciones**

Durante el desarrollo de la investigación se presentaron diversas dificultades que condicionaron, en cierta medida, el proceso y los resultados. Una de las principales limitaciones metodológicas fue el acceso restringido a datos estadísticos desagregados por tipo de vacuna en algunos establecimientos de salud, lo que dificultó el análisis comparativo entre distritos.

Asimismo, se identificaron limitaciones logísticas durante la aplicación de encuestas a padres o cuidadores, especialmente en cuanto a la disponibilidad de tiempo de los participantes y la posibilidad de que abandonaran el cuestionario antes de completarlo. También se reconoció un posible sesgo de respuesta, ya que algunos participantes pudieron haber modificado sus respuestas por temor a ser juzgados o por desconocimiento del tema.

### **1.7.3. Alcances**

A pesar de las limitaciones descritas, la investigación alcanzó logros significativos. Se logró evaluar de forma integral la reticencia a la vacunación en niños menores de 2 años en Lima Metropolitana, considerando múltiples dimensiones como el tipo de vacuna, el distrito de residencia y el contexto sanitario influido por la pandemia.

Además, el estudio permitió identificar factores determinantes de dicha reticencia, como la desinformación, el temor a efectos adversos, la influencia de redes sociales y la percepción de riesgo frente a enfermedades inmunoprevenibles. Finalmente, como parte del componente propositivo, se diseñó una campaña informativa comunitaria orientada a reducir la reticencia vacunal, la cual podría ser adoptada por el Ministerio de Salud u otros actores del sistema público como estrategia de intervención preventiva y educativa.

## **CAPÍTULO II. Marco Teórico**

### **2.1 Reticencia a la Vacunación Infantil**

La reticencia a la vacunación es entendida como la demora o rechazo parcial o total de las vacunas, pese a su disponibilidad. Es un fenómeno multifactorial influenciado por variables contextuales, cognitivas, culturales y estructurales. World Health Organization (2019) ha identificado la reticencia como una de las diez principales amenazas para la salud global, subrayando su impacto en la reemergencia de enfermedades prevenibles como el sarampión y la difteria.

Diversos estudios han evidenciado que la reticencia en padres y cuidadores de niños menores de 2 años está asociada con la desinformación, la desconfianza hacia las instituciones sanitarias, la influencia de redes sociales y el nivel de educación (Dubé et al., 2013; MacDonald, 2015).

### **2.2 Modelo de Creencias en Salud (Health Belief Model – HBM)**

El Modelo de Creencias en Salud (HBM), propuesto por Rosenstock en 1974, explica cómo las creencias personales influyen en las decisiones de salud. Según el modelo, los individuos evalúan su vulnerabilidad, la gravedad de la enfermedad, los beneficios de la prevención y las barreras percibidas antes de adoptar una conducta como la vacunación. En el caso de padres de niños pequeños, si perciben que su hijo está en riesgo de contraer enfermedades graves y que las vacunas son seguras y eficaces, es más probable que accedan al esquema regular (Rosenstock, 1974).

Este modelo ha sido validado en estudios que explican la variabilidad en la cobertura vacunal según la percepción de riesgo y la confianza en los servicios de salud (Smith et al., 2006; Wong et al., 2021).

### **2.3 Teoría de la Acción Razonada (Theory of Reasoned Action – TRA)**

La alfabetización en salud se refiere a la capacidad para obtener, comprender y utilizar información sanitaria para tomar decisiones acertadas. Una baja alfabetización en salud se ha asociado con mayor susceptibilidad a la desinformación y menor adherencia a programas de vacunación, especialmente en entornos vulnerables o rurales (Sørensen et al., 2012; Nutbeam, 2008).

En el caso de padres de niños menores de 2 años, estudios muestran que la educación limitada y la exposición a contenidos antivacunas en redes sociales debilitan la confianza en los programas públicos, promoviendo la reticencia (Lloyd & Wiysonge, 2020).

## **2.4 Teoría del Comportamiento Planeado (Theory of Planned Behavior – TPB)**

De acuerdo Fishbein y Ajzen; plantea que la intención de una conducta depende de la actitud hacia esa conducta y de las normas sociales percibidas. En la vacunación infantil, si los padres tienen una actitud favorable hacia las vacunas y perciben apoyo del entorno (familia, médicos), es más probable que vacunen a sus hijos. Si ocurre lo contrario, puede generarse reticencia (Fishbein y Ajzen, 1975).

## **2.5 Teoría Cognitiva Social**

En este caso Bandura, explicó que la conducta se forma por la interacción entre factores personales, conductuales y ambientales. Introduce el concepto de autoeficacia, que representa la confianza de una persona en su capacidad para realizar una acción específica. Los padres con mayor autoeficacia percibida, es decir, confianza para tomar decisiones informadas de salud son más propensos a vacunar a sus hijos frente a quienes tienen dudas o temor al efecto de las vacunas (Bandura, 1986).

## **2.6 Alfabetización en Salud y Desinformación**

La alfabetización en salud ha sido reconocida como un determinante social clave en la toma de decisiones sanitarias, especialmente en temas de prevención como la vacunación. Según Sørensen et al. (2012) este concepto alude a la capacidad de las personas para obtener, procesar y comprender información básica sobre salud, de modo que puedan tomar decisiones apropiadas. En contextos de baja alfabetización sanitaria, como ocurre en determinados sectores urbanos de Lima Metropolitana, se incrementa la vulnerabilidad ante la desinformación y las creencias erróneas.

Durante la pandemia de COVID-19, el volumen de información falsa sobre vacunas circulando en redes sociales y plataformas digitales alcanzó niveles críticos. Esta “infodemia” fue señalada por la Organización Mundial de la Salud (2021) como una amenaza directa a la salud pública, ya que minó la confianza en las vacunas incluso entre personas que previamente las aceptaban. Estudios como el de Wardle y Derakhshan (2017) destacan que los grupos con menor nivel educativo o con acceso limitado a fuentes confiables son los más propensos a creer y difundir información falsa, lo cual incrementa la reticencia vacunal.

Por ello, mejorar la alfabetización en salud es una estrategia prioritaria para reducir la reticencia, ya que promueve la autonomía informada y la toma de decisiones basadas en evidencia científica (Nutbeam y Muscat, 2021).

## **2.7 Comunicación en Salud**

La forma en que se comunica el riesgo y el beneficio de las vacunas tiene un impacto directo en la aceptación o rechazo por parte de los cuidadores. De acuerdo con Covello y Sandman (2001) la percepción del riesgo está mediada por factores emocionales, sociales y culturales, no únicamente por datos objetivos. En este sentido, la comunicación en salud debe considerar no solo los contenidos técnicos, sino también el lenguaje, el contexto y el canal utilizado.

Según Gagneur (2020) una de las estrategias más eficaces para abordar la reticencia vacunal es la entrevista motivacional, técnica que permite escuchar activamente las preocupaciones de los padres, validar sus emociones y ofrecer información clara sin confrontación. Esta aproximación, centrada en la empatía y el diálogo, ha demostrado ser más eficaz que los enfoques tradicionales de persuasión directa.

Asimismo, la percepción de riesgo frente a enfermedades inmunoprevenibles suele ser baja en contextos donde dichas enfermedades ya no son visibles. Tal como plantea Betsch et al. (2018) cuando los padres no perciben el peligro de enfermedades como el sarampión o la tos ferina, disminuye la motivación para vacunar, lo que pone en riesgo la inmunidad colectiva.

## **2.8 Factores Socioculturales e Ideológicos**

La reticencia a la vacunación también se ve influida por factores socioculturales, ideológicos y religiosos. La literatura señala que, en muchos casos, las decisiones de no vacunar no responden únicamente a una falta de información, sino a desconfianza histórica hacia el sistema de salud, experiencias negativas con instituciones públicas o convicciones basadas en creencias personales (Larson et al., 2014).

En contextos como América Latina, estos factores suelen interactuar con desigualdades estructurales, como el acceso limitado a servicios de salud, el bajo nivel educativo y la exclusión social. Como señala Cruz et al. (2019) la reticencia vacunal puede interpretarse también como una forma de resistencia simbólica frente al Estado, en contextos donde este ha fallado en garantizar derechos básicos de salud.

Entender estas dinámicas es crucial para diseñar intervenciones culturalmente sensibles, que no impongan mensajes autoritarios, sino que construyan confianza a través de la participación comunitaria, el respeto a las creencias y la transparencia en la información ofrecida.

## 2.9 Percepción del Riesgo en Salud Pública

La percepción del riesgo es un concepto central en el estudio de la conducta relacionada con la salud, ya que influye directamente en la toma de decisiones individuales frente a amenazas sanitarias, como la decisión de vacunar o no a un menor. A diferencia del riesgo objetivo —basado en datos estadísticos o científicos—, la percepción del riesgo es subjetiva, emocional y altamente influenciada por factores sociales, culturales y psicológicos (Slovic, 2000).

En el ámbito de la vacunación, múltiples estudios han demostrado que los padres no siempre deciden vacunar a sus hijos en función de las probabilidades reales de contraer una enfermedad, sino según su interpretación personal del peligro que esta representa y del grado de confianza en la vacuna. Si una enfermedad ha desaparecido del entorno inmediato o no es visible en los medios, muchos padres tienden a subestimar su gravedad o incluso a dudar de su existencia, lo que reduce la motivación para vacunar (Betsch et al., 2015).

Esta percepción también se ve afectada por la cobertura mediática de eventos adversos, reales o supuestos, asociados a vacunas. La información sensacionalista, los testimonios no verificados y la amplificación del miedo a través de redes sociales pueden distorsionar la evaluación del riesgo y generar un rechazo a la vacunación incluso en ausencia de evidencia científica (Dubé et al., 2013). En este contexto, la percepción del riesgo se convierte en un factor crítico que explica la reticencia vacunal en determinados segmentos de la población.

Desde la perspectiva de la salud pública, comprender cómo se construye y se transmite la percepción del riesgo permite desarrollar estrategias más eficaces de comunicación sanitaria. Tal como sostiene Renn (2017) los mensajes de salud deben adaptarse no solo al contenido técnico, sino también a las emociones, valores y creencias del público objetivo. De este modo, se puede promover una percepción del riesgo más alineada con la evidencia científica y, al mismo tiempo, respetuosa del contexto cultural, especialmente en poblaciones vulnerables como la de cuidadores de niños menores de dos años.

## **CAPÍTULO III. Marco metodológico**

### **3.1 Tipo de Investigación**

La investigación fue de tipo aplicada, dado que no solo tuvo como propósito generar conocimiento sobre la reticencia a la vacunación infantil en niños menores de 2 años, sino también aportar una propuesta concreta para mitigar esta problemática desde la gestión pública. A su vez, se trató de una investigación de carácter cuantitativa, puesto que se recurrió al análisis de datos numéricos, tanto históricos como actuales, para identificar niveles de reticencia, período de tiempo y distrito de residencia.

### **3.2 Enfoque**

El enfoque adoptado fue cuantitativo. Este permitió trabajar con datos medibles y verificables, provenientes de fuentes secundarias, lo cual facilitó el análisis estadístico y la comparación objetiva de resultados. Se buscó cuantificar la magnitud de la reticencia, establecer diferencias significativas entre tipos de vacunas, distritos y períodos, así como identificar patrones de comportamiento vacunal. Este enfoque riguroso ofreció evidencias empíricas para sustentar tanto las conclusiones diagnósticas como la propuesta de intervención diseñada.

### **3.3 Diseño**

El diseño de la investigación fue no experimental, transeccional y comparativo-retrospectivo. Al ser no experimental, no se manipuló ninguna variable, sino que se observaron los datos tal como se presentaron en su contexto natural. El diseño fue transeccional, ya que la recolección de datos se realizó en un único momento. Sin embargo, se incorporó un componente retrospectivo-comparativo, que permitió contrastar el comportamiento de la reticencia vacunal en dos períodos diferenciados: el primero abarcó los diez años previos a la pandemia de COVID-19 (2010–2019) y el segundo comprendió los años posteriores al inicio de la emergencia sanitaria (2022–2024).

### **3.4 Alcance**

El estudio tuvo un alcance descriptivo y propositivo. Fue descriptivo porque permitió caracterizar los niveles de reticencia vacunal según tipo de vacuna y zona geográfica. Asimismo, se consideró propositivo porque los hallazgos permitieron formular una campaña informativa orientada a disminuir la reticencia a la vacunación en Lima Metropolitana, lo cual implicó el diseño de una estrategia de intervención fundamentada en la evidencia empírica recolectada.

### **3.5 Nivel**

El nivel metodológico fue explicativo, debido a que se buscó no solo describir fenómenos sino comprender las causas y factores asociados a la reticencia vacunal. Se profundizó en el análisis de los motivos por los cuales los cuidadores manifestaban dudas o rechazo hacia las vacunas, considerando elementos como desinformación, percepción del riesgo, creencias personales y barreras de acceso. Además, se incluyó un componente propositivo, al elaborar una estrategia de comunicación en salud dirigida a recuperar la confianza en la inmunización infantil.

### **3.6 Corte**

La investigación tuvo un corte transversal con análisis retrospectivo y comparativo. La recolección de datos se realizó en un único momento, pero se trabajó con información histórica correspondiente a dos periodos clave: los diez años anteriores a la pandemia de COVID-19 (2010–2019) y el período posterior (2020–2024). Este abordaje permitió identificar cambios en la reticencia vacunal atribuibles al contexto pandémico y evaluar si la emergencia sanitaria influyó significativamente en la actitud de los cuidadores hacia las vacunas infantiles.

### **3.7 Análisis de la Recolección de Datos**

La recolección de datos para la presente investigación se sustentó exclusivamente en el uso de fuentes secundarias oficiales y confiables. Esta decisión metodológica respondió tanto a la disponibilidad de información estadística actualizada como a la necesidad de realizar un análisis retrospectivo amplio que abarcara el periodo comprendido entre los años 2010 y 2024.

Los datos fueron extraídos principalmente del Repositorio Único Nacional de Información en Salud (REUNIS), plataforma del Ministerio de Salud del Perú que reúne los indicadores de cobertura vacunal desagregados por tipo de vacuna, grupo etario, año y ámbito geográfico. Asimismo, se revisaron los informes estadísticos anuales del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC Perú), los cuales proporcionaron información sobre tendencias de vacunación, alertas epidemiológicas y situaciones críticas registradas durante y después de la pandemia de COVID-19.

Además, se consultaron reportes del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) vinculados a determinantes sociales de salud, así como publicaciones científicas y técnicas emitidas por organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). Estos documentos permitieron contextualizar los datos nacionales y contrastarlos con tendencias regionales y globales.

La recopilación de esta información se realizó bajo criterios de rigor técnico, pertinencia temporal y representatividad geográfica. Se priorizaron las bases que ofrecieran series históricas comparables, lo cual resultó esencial para analizar la evolución de la reticencia vacunal antes y después del inicio de la pandemia. Asimismo, se verificó que las fuentes utilizadas tuvieran respaldo institucional, con el fin de asegurar la fiabilidad y validez de los resultados. Gracias al uso exclusivo de fuentes secundarias, fue posible construir un diagnóstico estadístico robusto y actualizado, sin necesidad de recurrir a encuestas o entrevistas directas, lo cual resultó conveniente para garantizar la cobertura de un periodo extenso y múltiples distritos de Lima Metropolitana.

### **3.8 Análisis de Procesamiento de Datos**

El análisis de los datos se sustentó en fuentes secundarias oficiales del sector salud, principalmente del Repositorio Único Nacional de Información en Salud (REUNIS) y otros registros estadísticos. Los datos fueron sistematizados y procesados mediante el software SPSS (versión 26).

Para el primer objetivo, se desarrolló un análisis univariado descriptivo con el fin de describir la reticencia a la vacunación en niños menores de 2 años según el tipo de vacuna. Se utilizaron frecuencias absolutas y relativas, además de medidas de tendencia central, presentando los resultados en tablas y gráficos. En el segundo objetivo, orientado a analizar la variación de la reticencia antes y después de la pandemia de COVID-19, se compararon coberturas vacunales entre los periodos prepandémico (2010–2019) y postpandémico (2022–2024).

Respecto al tercer objetivo, se realizó un análisis descriptivo para comparar la reticencia entre distritos de Lima Metropolitana, permitiendo identificar diferencias territoriales. Para el cuarto objetivo, que evaluó si la pandemia influyó significativamente en la reticencia, se aplicaron pruebas estadísticas como la *t* de Student o la prueba de Wilcoxon, según la distribución de los datos, con el fin de establecer si los cambios observados eran estadísticamente significativos.

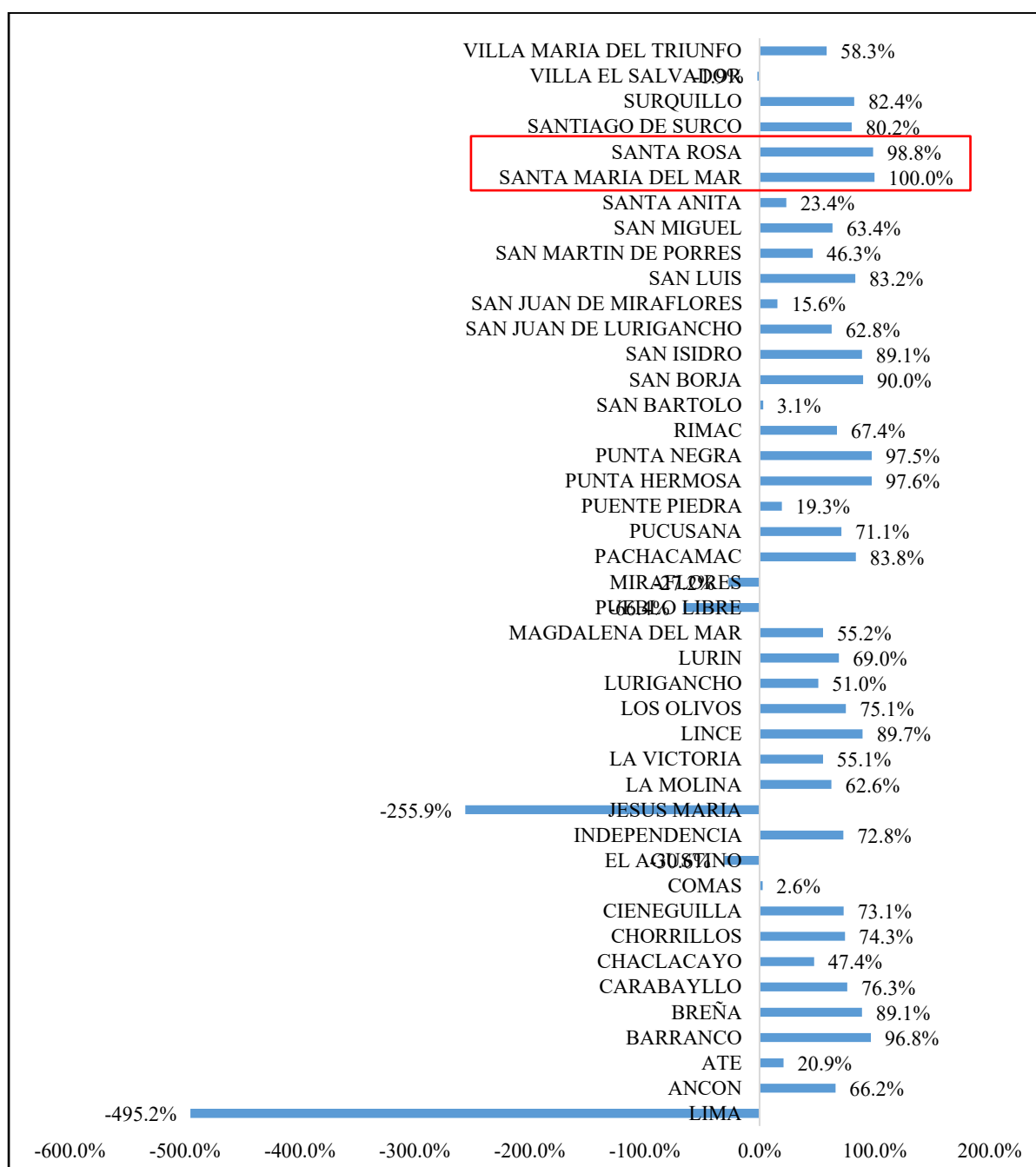
El quinto objetivo consistió en diseñar una campaña informativa comunitaria para reducir la reticencia; destacó las vacunas con mayor rechazo, los distritos más afectados y los periodos críticos de caída en la cobertura. La propuesta se enfocó en recuperar la confianza pública mediante una comunicación sanitaria empática y territorialmente pertinente.

## CAPÍTULO IV. Hallazgos y Resultados

A continuación, se describe la reticencia a la vacunación en niños menores de 2 años según el tipo de vacuna en Lima Metropolitana. se realizó en conjunto teniendo datos desde 2018 hasta 2024 proporcionados por el MINSA.

**Figura 1**

*VACUNA BCG: BACILO DE CALMETTE - GUÉRIN (BCG)*



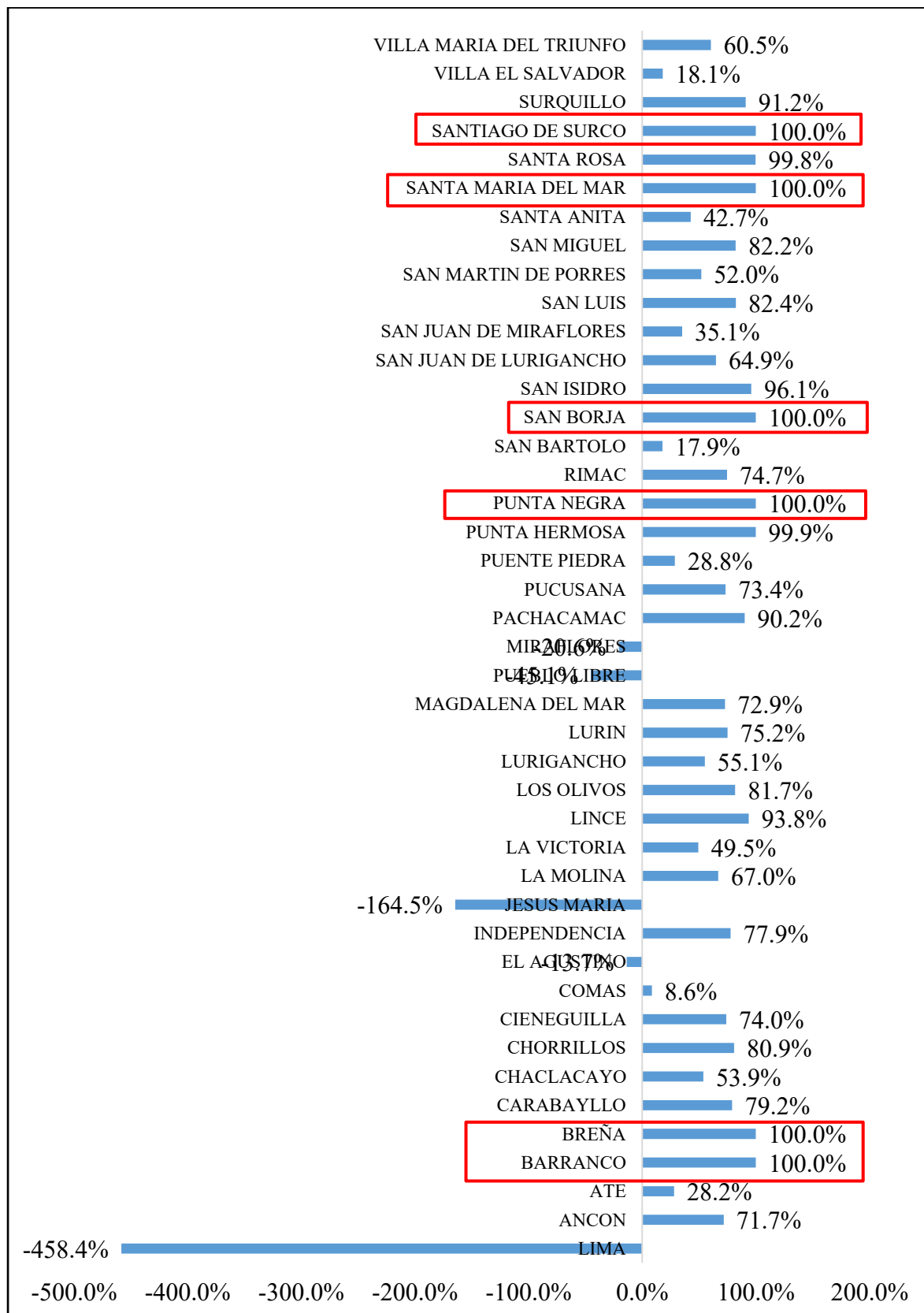
La vacunación contra la tuberculosis (BCG) en niños menores de 2 años en los diferentes distritos de Lima Metropolitana (Anexo 9). Se observó que la mayoría de distritos presentaron niveles positivos en el indicador, lo cual reflejó una presencia significativa de reticencia a la vacunación. En total, 37 distritos mostraron porcentajes positivos, lo que indicó una cobertura deficiente o limitada de la vacuna BCG. Esto evidenció que aún existían barreras importantes que afectaban la aceptación y acceso oportuno a esta vacuna en diversos contextos urbanos y periurbanos.

Distritos como Santa María del Mar (100.0%), Santa Rosa (98.8%), Punta Hermosa (97.6%), Punta Negra (97.5%), Barranco (96.8%) y San Borja (90.0%) destacaron por presentar los niveles más altos de reticencia. Estos porcentajes reflejaron una alarmante ausencia de cobertura que pudo estar vinculada a factores como el bajo acceso a servicios de salud, la desinformación o la baja percepción del riesgo de enfermedades prevenibles por vacunas. Asimismo, otras zonas densamente pobladas como San Isidro, Breña, Pachacámac, Surquillo y Santiago de Surco también reportaron reticencia elevada, lo que indicó que esta problemática no fue exclusiva de distritos periféricos, sino que también afectó a sectores urbanos consolidados.

En contraste, solo seis distritos reportaron valores negativos, lo cual indicó que no existió reticencia o que la cobertura fue incluso mayor a la estimada. Entre ellos, Jesús María (-255.9%), Pueblo Libre (-66.4%), El Agustino (-30.6%) y Miraflores (-27.2%) destacaron por registrar una cobertura considerable de la vacuna BCG. Estos resultados sugirieron una mejor organización del sistema de salud, mayor sensibilización de la población y mejor acceso a servicios en dichos territorios. El caso de Lima Metropolitana como conjunto, con un valor de -495.2%, evidenció un comportamiento atípico que pudo estar influenciado por factores agregados del registro.

**Figura 2**

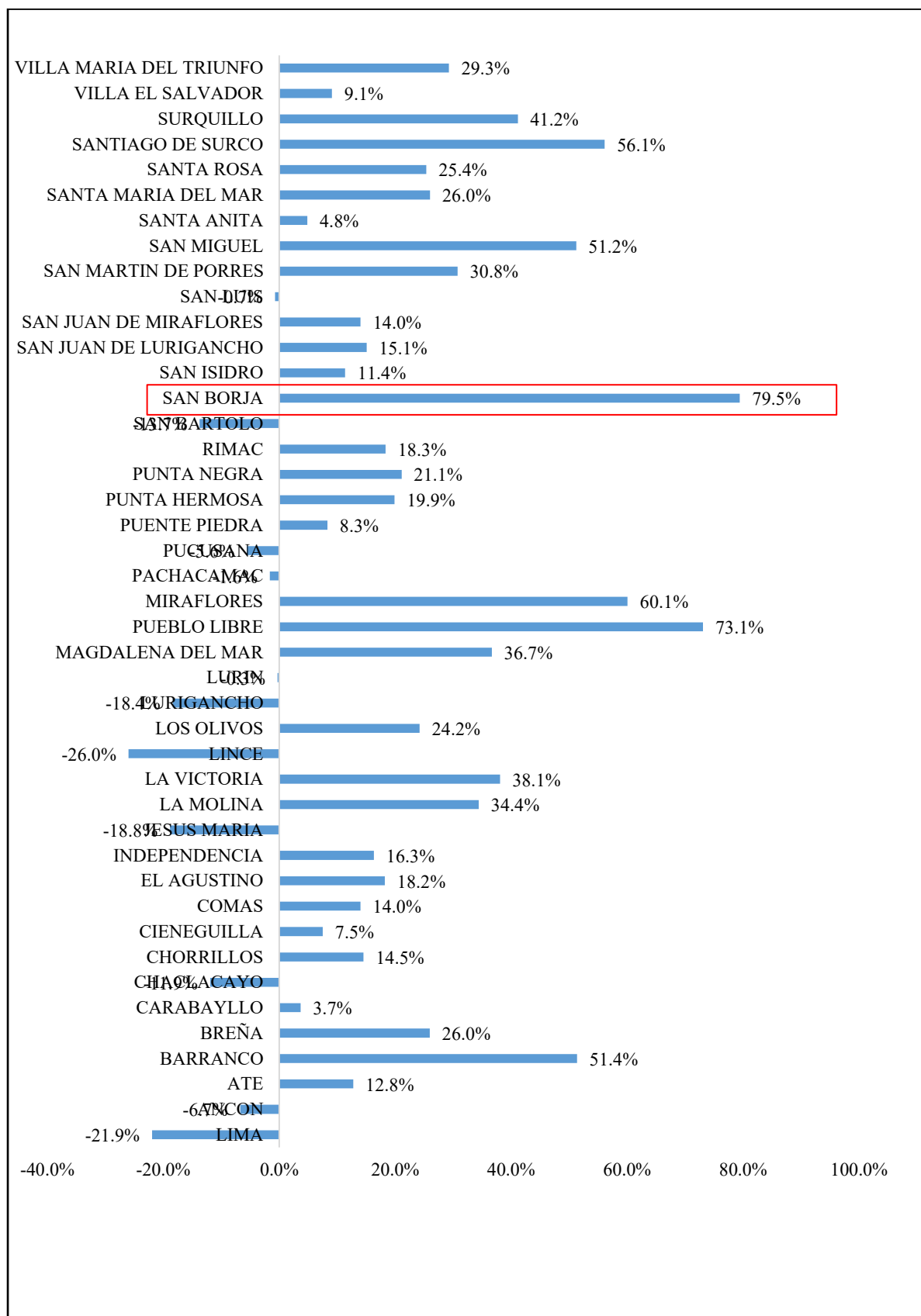
*VACUNA CONTRA HEPATITIS B (HVB)*



La reticencia a la vacunación contra la hepatitis B (HVB) en niños menores de 2 años en Lima Metropolitana presentó una notable variabilidad según el distrito (Anexo 10). Mientras algunos distritos evidenciaron una cobertura adecuada e incluso superior a lo esperado, reflejada en valores negativos, como fue el caso de Lima Metropolitana en su conjunto (-458.4%), Jesús María (-164.5%), Pueblo Libre (-45.1%), Miraflores (-20.6%) y El Agustino (-13.7%) la mayoría de distritos mostró cifras positivas que indicaron la presencia de reticencia. Distritos como Barranco, Breña, Punta Negra, San Borja, Santa María del Mar y Santiago de Surco alcanzaron un 100% de reticencia, lo que implicó una ausencia total de vacunación HVB en la población objetivo. Asimismo, otros distritos como Santa Rosa (99.8%), Punta Hermosa (99.9%), San Isidro (96.1%), Lince (93.8%) y Surquillo (91.2%) también presentaron altos niveles de rechazo o falta de acceso a la vacuna. Por otro lado, hubo zonas que registraron una baja reticencia, como Comas (8.6%), San Bartolo (17.9%) y Villa El Salvador (18.1%), donde la vacunación se llevó a cabo con relativa normalidad. En general, se observó que la aceptación de la vacuna HVB en niños menores de 2 años no fue homogénea en la ciudad, lo cual evidenció la necesidad de estrategias diferenciadas que abordaran factores culturales, logísticos e informativos que influyeron en la decisión de vacunar.

**Figura 3**

*VACUNA ANTIPOLIO INACTIVADA PRIMERA DOSIS (IPV1)*

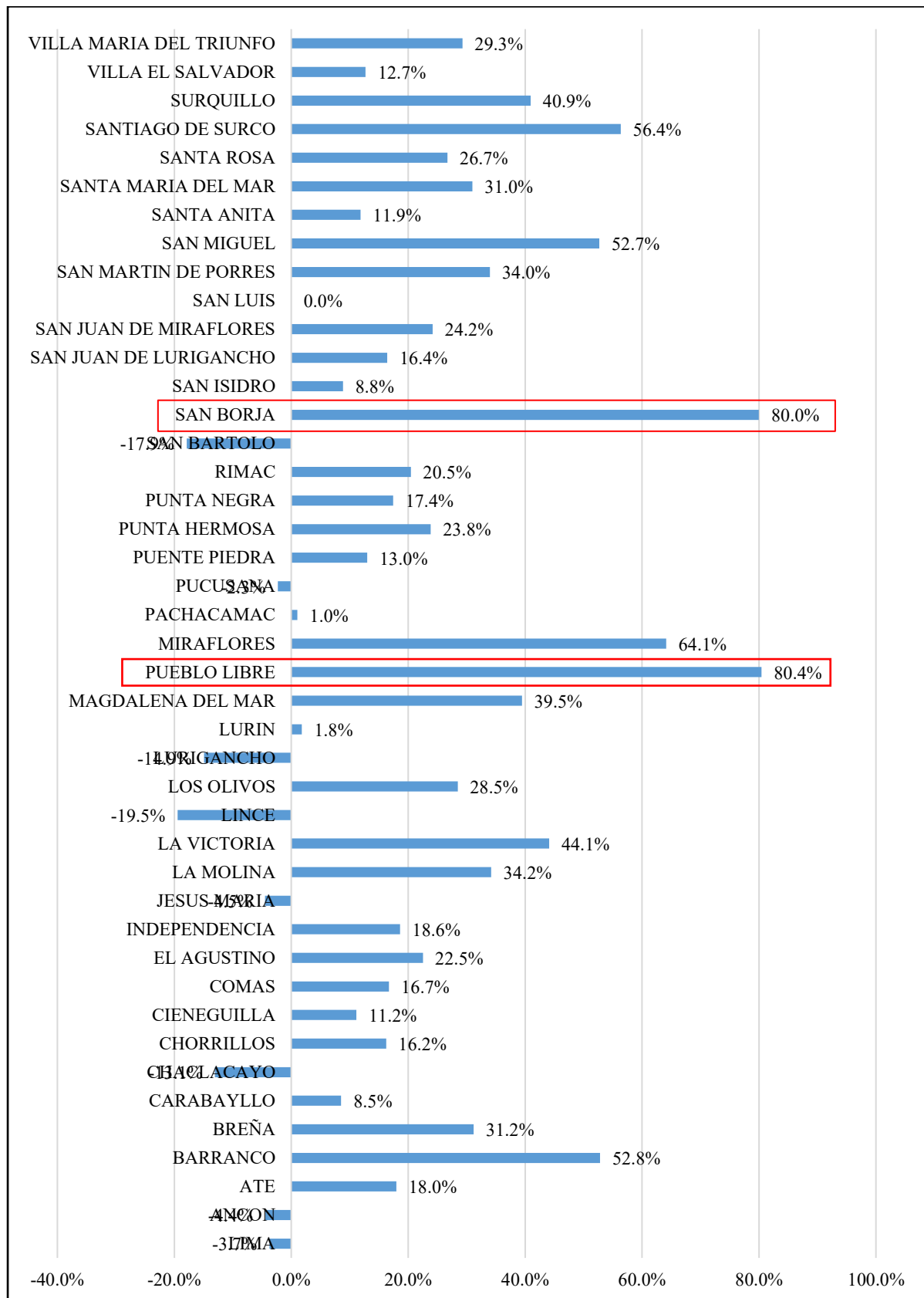


La reticencia a la vacunación con la primera dosis de la vacuna contra la poliomielitis (IPV1) en niños menores de 2 años en Lima Metropolitana evidenció una distribución desigual entre los distintos distritos (Anexo 11). Algunos presentaron valores negativos, lo que indicó que no hubo reticencia y que la cobertura fue adecuada o incluso mayor a lo esperado. Entre estos distritos se encontraron Lima Metropolitana en su conjunto (-21.9%), Lince (-26.0%), Jesús María (-18.8%), Lurigancho (-18.4%), Chaclacayo (-11.9%), San Bartolo (-13.7%), Ancón (-6.7%), Pucusana (-5.6%), Pachacámac (-1.6%), San Luis (-0.7%) y Lurín (-0.3%).

Sin embargo, la mayoría de distritos reportaron valores positivos, lo que reflejó la presencia de reticencia a esta vacuna. En ese grupo, destacaron con los niveles más altos: San Borja (79.5%), Pueblo Libre (73.1%), Miraflores (60.1%), Santiago de Surco (56.1%), San Miguel (51.2%), Barranco (51.4%) y Surquillo (41.2%). También se observaron niveles importantes de reticencia en Magdalena del Mar (36.7%), La Molina (34.4%), San Martín de Porres (30.8%) y Villa María del Triunfo (29.3%).

Asimismo, hubo distritos con reticencia moderada, como Independencia (16.3%), El Agustino (18.2%), Comas (14.0%), San Juan de Lurigancho (15.1%) y San Juan de Miraflores (14.0%), entre otros. Esta variabilidad en la cobertura evidenció que la aceptación de la vacuna IPV1 no fue uniforme, y que ciertos distritos enfrentaron mayores desafíos que otros, probablemente por factores sociales, económicos o de acceso al sistema de salud. En conjunto, estos resultados señalaron la necesidad de estrategias diferenciadas y focalizadas para reducir la reticencia y garantizar una cobertura equitativa en toda Lima Metropolitana.

**Figura 4**  
*VACUNA ANTIPOLIO INACTIVADA SEGUNDA DOSIS(IPV2)*

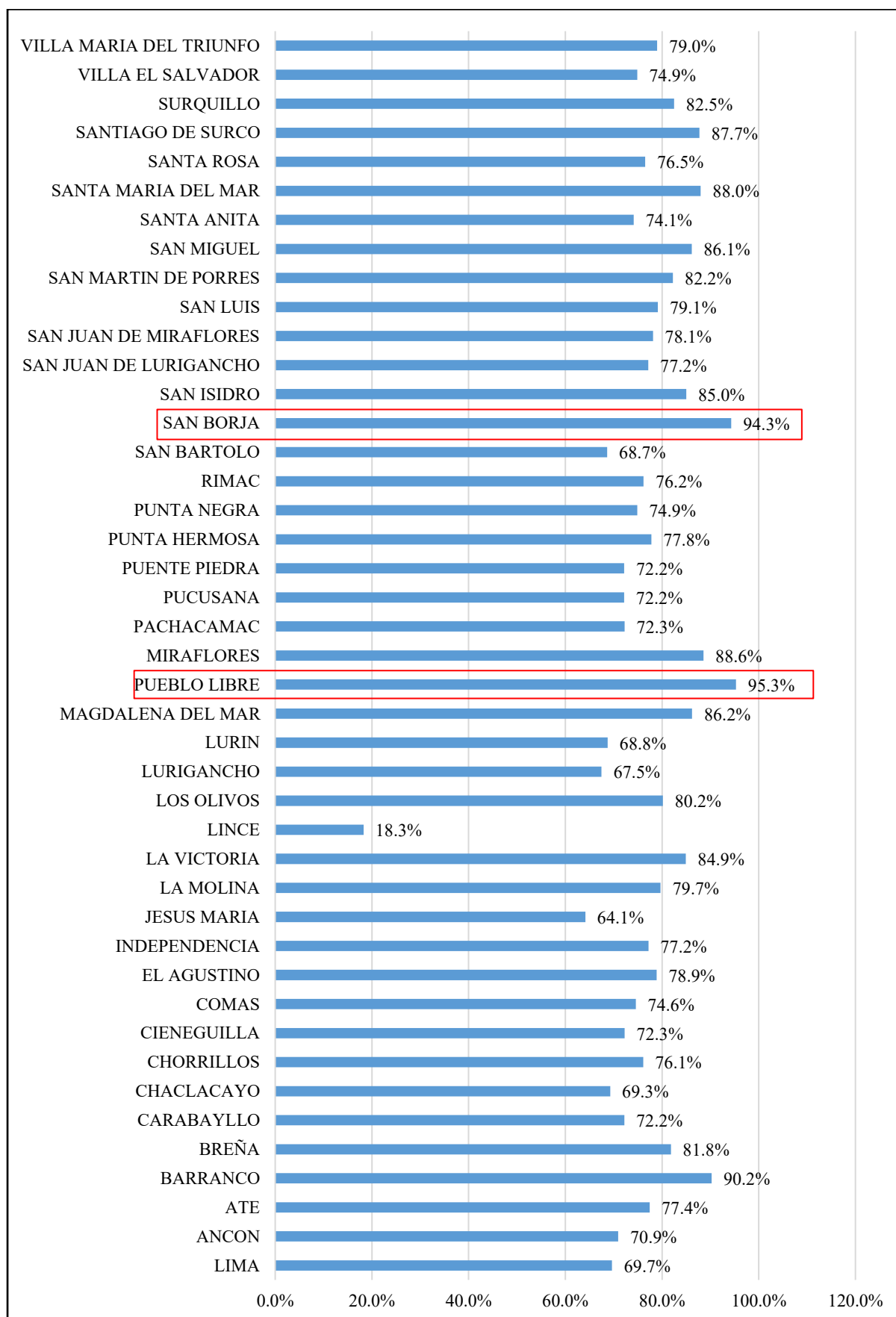


La reticencia a la vacunación con la segunda dosis de la vacuna contra la poliomielitis (IPV2) en niños menores de 2 años en Lima Metropolitana mostró disparidades significativas entre distritos. Algunos de ellos presentaron valores negativos, lo que reflejó una adecuada cobertura sin signos de reticencia. Tal fue el caso de Jesús María (-4.5%), Ancón (-4.4%), Lima Metropolitana en su conjunto (-3.7%), Pucusana (-2.3%), Chaclacayo (-13.1%), Lurigancho (-14.9%), Lince (-19.5%) y San Bartolo (-17.9%), donde la aceptación de la vacuna fue satisfactoria. Además, San Luis registró 0.0%, lo que implicó una cobertura exacta respecto al objetivo.

Por el contrario, la mayoría de los distritos evidenciaron porcentajes positivos, lo cual indicó la existencia de reticencia en diferentes niveles. Algunos distritos mostraron niveles alarmantes, como Pueblo Libre (80.4%), San Borja (80.0%), Miraflores (64.1%), Santiago de Surco (56.4%), Barranco (52.8%) y San Miguel (52.7%), lo que reveló una importante brecha en la cobertura de esta dosis. También se observaron niveles altos en Surquillo (40.9%), Magdalena del Mar (39.5%), La Victoria (44.1%) y La Molina (34.2%), lo que reflejó una reticencia preocupante.

Asimismo, varios distritos registraron niveles moderados de reticencia, como Independencia (18.6%), El Agustino (22.5%), San Juan de Lurigancho (16.4%), Comas (16.7%) y Chorrillos (16.2%). Estos datos indicaron que, a pesar de una mejor cobertura en comparación con distritos de mayor reticencia, aún existían resistencias o dificultades para completar el esquema de vacunación. En conjunto, los resultados pusieron en evidencia la necesidad de fortalecer las acciones de sensibilización, acceso y seguimiento en las comunidades con menor cobertura, con el fin de garantizar una vacunación equitativa y oportuna en toda Lima Metropolitana.

**Figura 5**  
*VACUNA ANTIPOLIO INACTIVADA TERCERA DOSIS(IPV3)*



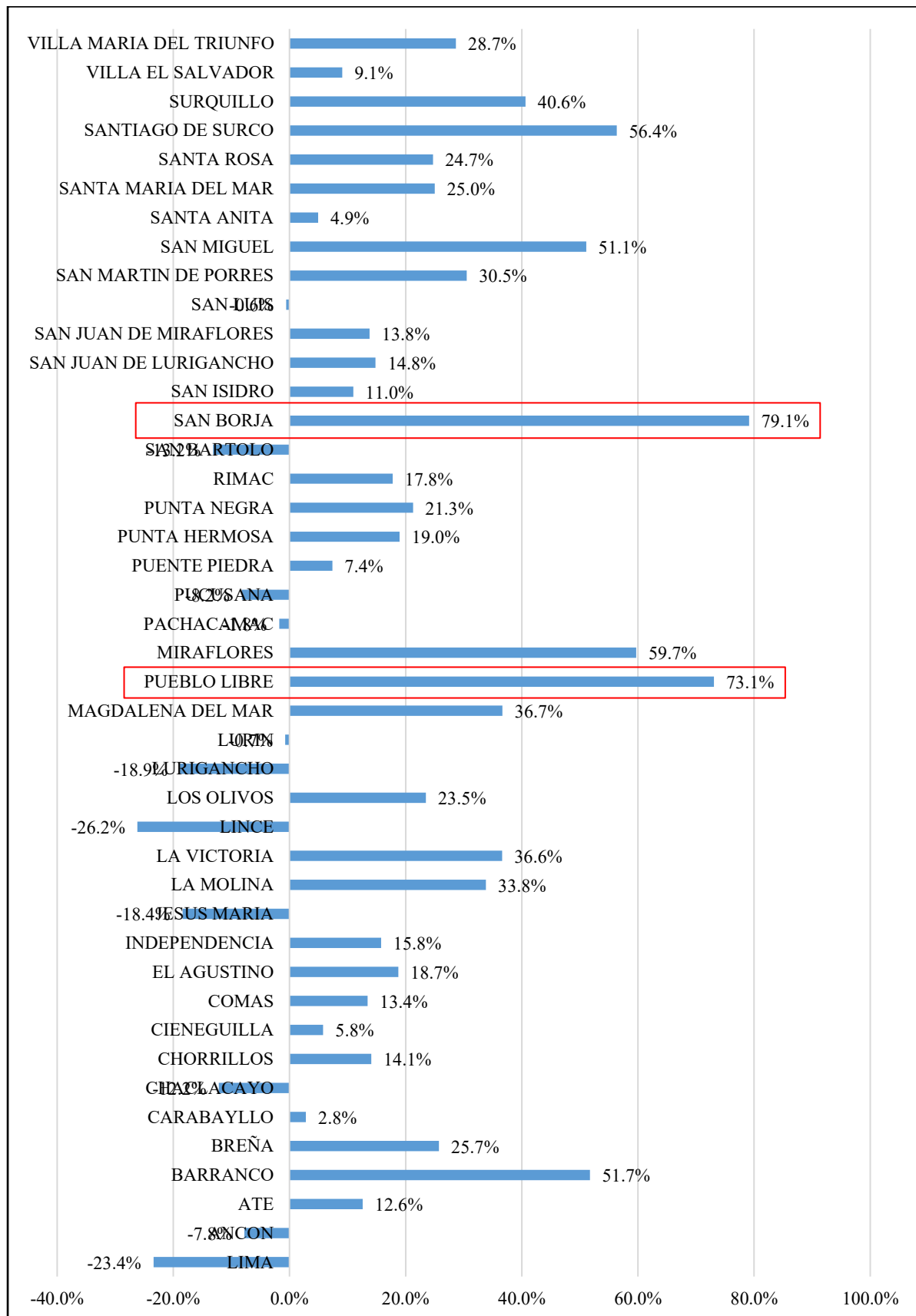
La reticencia a la vacunación con la tercera dosis de la vacuna contra la poliomielitis (IPV3) en niños menores de 2 años en Lima Metropolitana se mostró generalizada, ya que todos los distritos reportaron valores positivos, lo que reflejó la existencia de reticencia en mayor o menor grado. A nivel general, Lima Metropolitana presentó una reticencia de 69.7%, lo que evidenció una importante brecha en la cobertura de esta dosis.

Los distritos con los niveles más altos de reticencia fueron Pueblo Libre (95.3%), San Borja (94.3%), Barranco (90.2%), Miraflores (88.6%), Santa María del Mar (88.0%) y Magdalena del Mar (86.2%). Asimismo, se identificaron altos porcentajes en San Isidro (85.0%), La Victoria (84.9%), San Miguel (86.1%) y Surquillo (82.5%), lo que reflejó una baja cobertura de esta tercera dosis, posiblemente vinculada al abandono del esquema de vacunación o a barreras persistentes para completar el ciclo.

Distritos como Independencia (77.2%), Comas (74.6%), Villa El Salvador (74.9%), Santa Rosa (76.5%) y Santiago de Surco (87.7%) también mostraron reticencia significativa, mientras que Lince fue el único distrito con un nivel relativamente bajo (18.3%), aunque aún indicativo de cobertura incompleta. Cabe señalar que ningún distrito presentó valores negativos, lo que indicó que en ningún caso se alcanzó o superó la meta esperada de vacunación.

En conclusión, la tercera dosis de la vacuna contra la poliomielitis fue la que presentó mayor reticencia de todas las dosis analizadas, lo que sugiere un abandono progresivo del esquema de vacunación infantil conforme avanza el calendario. Esta situación hizo evidente la necesidad de reforzar las campañas de seguimiento, orientación y monitoreo en los distritos con mayores brechas, a fin de garantizar una protección completa y sostenida contra enfermedades prevenibles en la infancia.

**Figura 6**  
**VACUNA COMBINADA PENTAVALENTE PRIMERA DOSIS (PENTA1)**



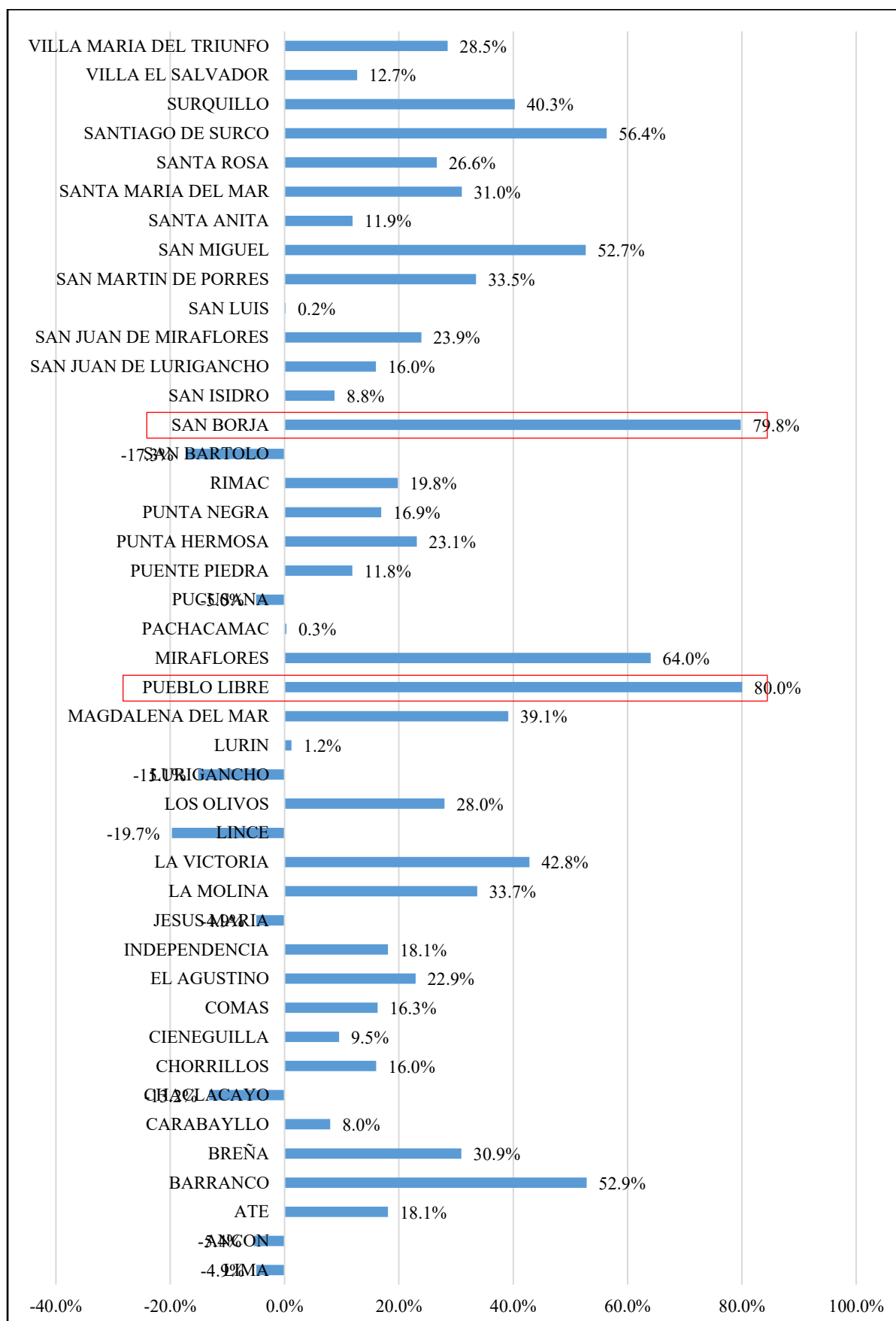
La reticencia a la vacunación con la primera dosis de la vacuna pentavalente (PENTA1) en niños menores de 2 años en Lima Metropolitana evidenció una distribución desigual entre los distritos. Algunos de ellos presentaron valores negativos, lo cual indicó que no hubo reticencia y que la cobertura superó o cumplió con las metas establecidas. Este fue el caso de Lima Metropolitana en general (-23.4%), así como de Lince (-26.2%), Jesús María (-18.4%), Lurigancho (-18.9%), Chaclacayo (-12.2%), San Bartolo (-13.2%), Ancón (-7.8%), Pucusana (-8.2%), Pachacámac (-1.8%), Lurín (-0.7%) y San Luis (-0.6%).

En contraste, la mayoría de distritos mostró valores positivos, lo que reflejó la presencia de reticencia a esta vacuna. Los niveles más elevados se encontraron en San Borja (79.1%), Pueblo Libre (73.1%), Miraflores (59.7%), Santiago de Surco (56.4%), Barranco (51.7%), San Miguel (51.1%) y Surquillo (40.6%), lo cual reveló una cobertura deficiente en zonas con mayor acceso urbano, posiblemente relacionada con desinformación, postergación voluntaria o desconfianza hacia el esquema de vacunación.

También se registraron niveles importantes de reticencia en Magdalena del Mar (36.7%), La Victoria (36.6%), La Molina (33.8%) y San Martín de Porres (30.5%). Distritos como Independencia (15.8%), El Agustino (18.7%), Comas (13.4%) y San Juan de Lurigancho (14.8%) presentaron reticencia moderada, lo que aún reflejó desafíos para alcanzar coberturas óptimas.

Si bien varios distritos cumplieron con los niveles esperados de vacunación para la primera dosis de PENTA1, la reticencia persistió en gran parte de Lima Metropolitana, especialmente en distritos con alto desarrollo urbano. Estos resultados señalaron la necesidad de reforzar la comunicación, confianza y continuidad en la vacunación infantil desde el inicio del esquema, priorizando intervenciones en zonas críticas y con estrategias diferenciadas según las características del territorio.

**Figura 7**  
**VACUNA COMBINADA PENTAVALENTE SEGUNDA DOSIS(PENTA2)**



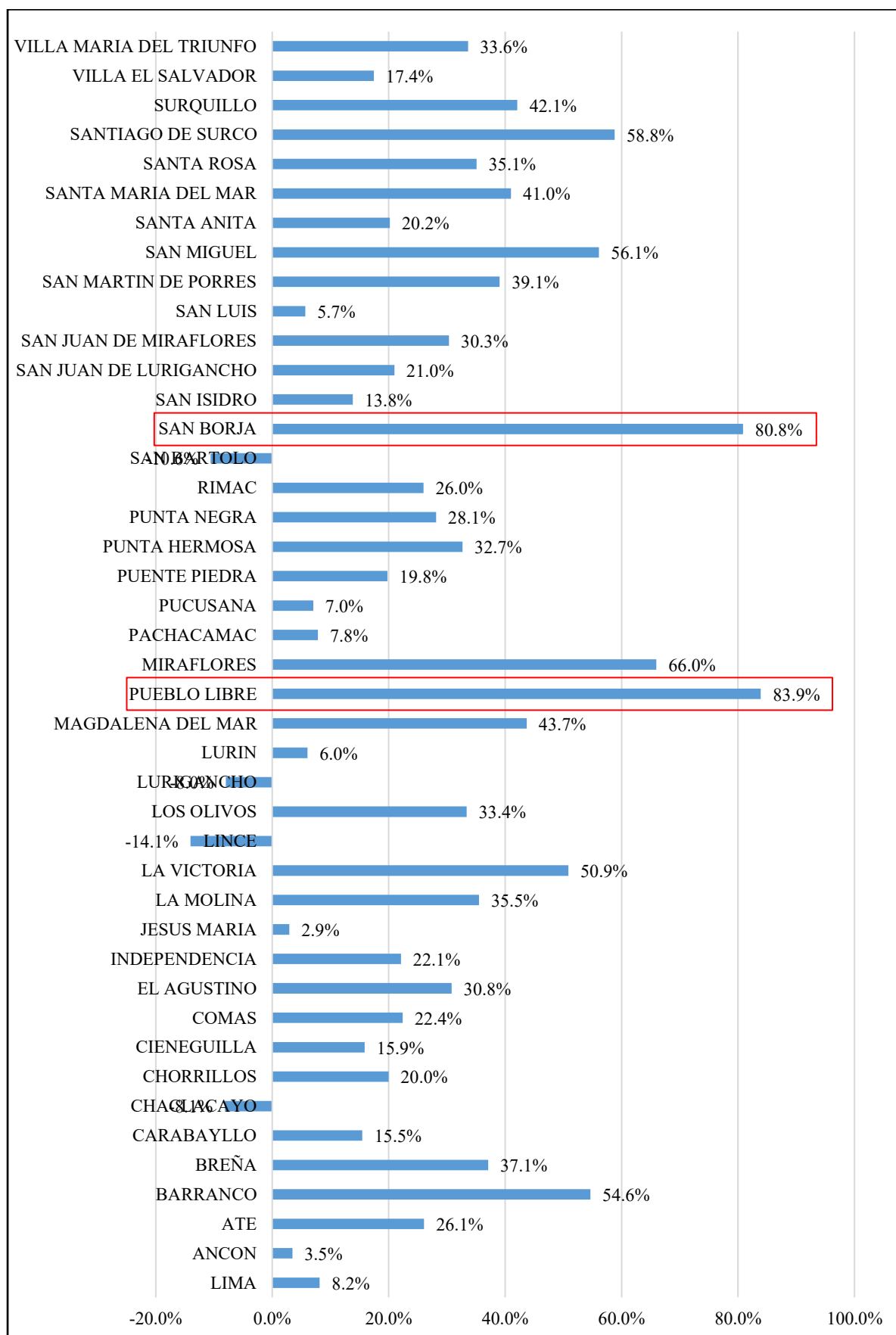
La reticencia a la vacunación con la segunda dosis de la vacuna pentavalente (PENTA2) en niños menores de 2 años en Lima Metropolitana presentó diferencias considerables entre los distritos. Algunos distritos registraron valores negativos, lo que indicó ausencia de reticencia y cumplimiento con las metas de cobertura. Entre ellos estuvieron Lima Metropolitana (-4.9%), Jesús María (-4.9%), Ancón (-5.4%), Pucusana (-5.0%), Chaclacayo (-13.2%), Lurigancho (-15.1%), San Bartolo (-17.3%) y Lince (-19.7%).

No obstante, la mayoría de los distritos presentaron valores positivos, lo que reflejó distintos niveles de reticencia. Los más altos se observaron en Pueblo Libre (80.0%), San Borja (79.8%), Miraflores (64.0%), Santiago de Surco (56.4%), Barranco (52.9%) y San Miguel (52.7%), lo que reveló una cobertura significativamente baja para esta segunda dosis. También se detectaron niveles importantes de reticencia en La Victoria (42.8%), Surquillo (40.3%), Magdalena del Mar (39.1%) y San Martín de Porres (33.5%).

Asimismo, varios distritos mostraron reticencia moderada, como El Agustino (22.9%), Independencia (18.1%), San Juan de Miraflores (23.9%) y Punta Hermosa (23.1%). Algunos distritos registraron porcentajes positivos bajos, como Lurín (1.2%), Pachacámac (0.3%) y San Luis (0.2%), lo que reflejó una ligera reticencia, pero con coberturas casi adecuadas.

En conjunto, los resultados evidenciaron que la segunda dosis de la vacuna pentavalente tuvo una menor aceptación en comparación con la primera, con una tendencia creciente al abandono del esquema de vacunación. Esto puso de manifiesto la necesidad de implementar estrategias sostenidas de seguimiento, comunicación y orientación a las familias, especialmente en distritos con mayor desarrollo urbano, donde se identificaron los niveles más altos de reticencia.

**Figura 8**  
**VACUNA COMBINADA PENTAVALENTE SEGUNDA DOSIS (PENTA3)**



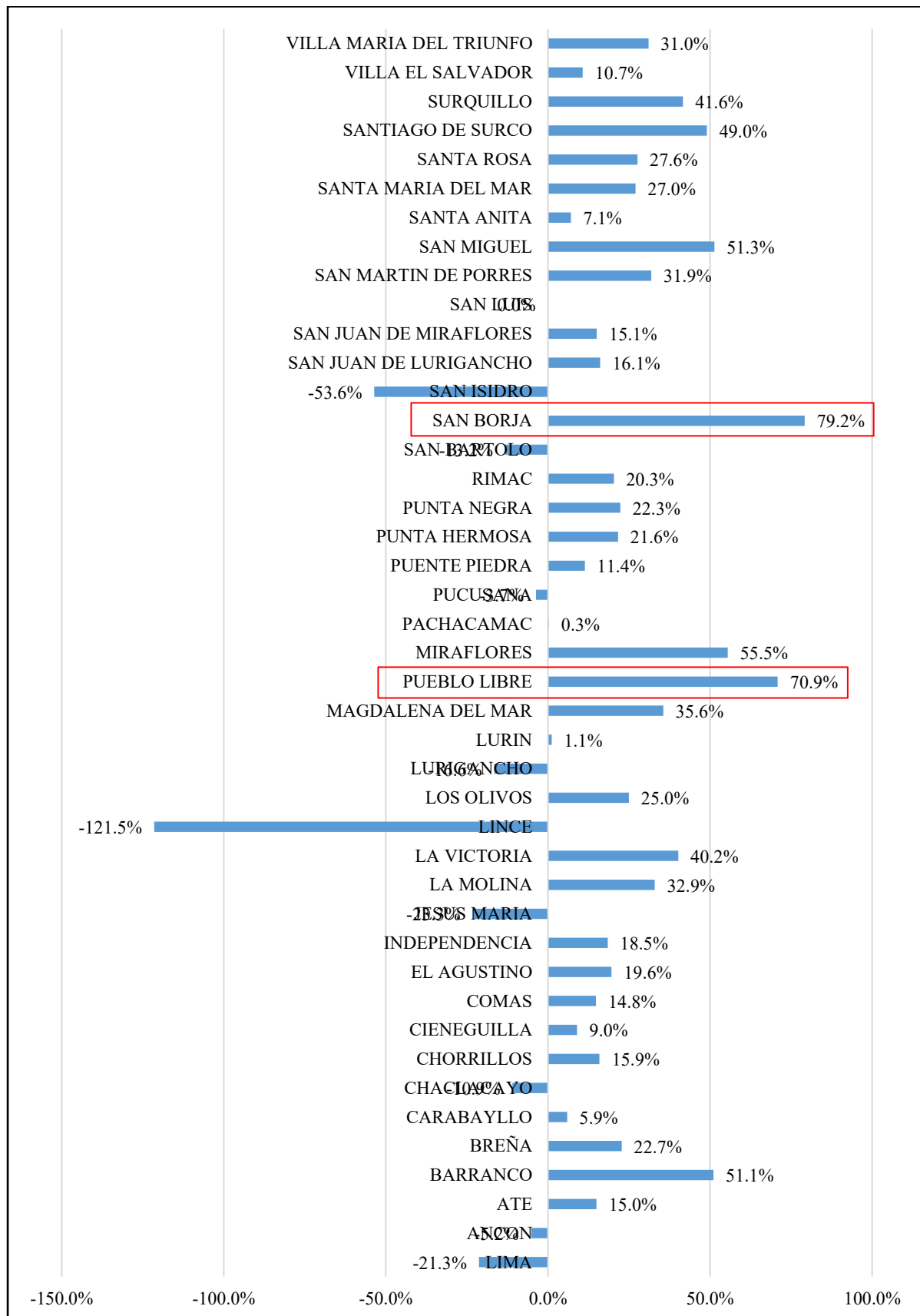
La reticencia a la vacunación con la tercera dosis de la vacuna pentavalente (PENTA3) en niños menores de 2 años en Lima Metropolitana presentó un patrón de abandono progresivo, con una alta proporción de distritos que mostraron valores positivos, lo que evidenció la existencia de reticencia en distintos niveles. Solo tres distritos presentaron valores negativos, es decir, sin reticencia: San Bartolo (-10.6%), Lince (-14.1%) y Chaclacayo (-8.1%), lo que reflejó una cobertura satisfactoria.

En cambio, la mayoría de distritos mostraron reticencia significativa. Los valores más altos se registraron en Pueblo Libre (83.9%), San Borja (80.8%), Miraflores (66.0%), Santiago de Surco (58.8%), San Miguel (56.1%) y Barranco (54.6%), lo que indicó una caída preocupante en la continuidad del esquema de vacunación. También se observaron niveles elevados en La Victoria (50.9%), Magdalena del Mar (43.7%), Surquillo (42.1%) y San Martín de Porres (39.1%).

Asimismo, varios distritos registraron reticencia moderada, como El Agustino (30.8%), Los Olivos (33.4%), Villa María del Triunfo (33.6%), Santa Rosa (35.1%) y La Molina (35.5%). Otros distritos, como Comas (22.4%), Independencia (22.1%), San Juan de Lurigancho (21.0%) y Santa Anita (20.2%), también evidenciaron una cobertura incompleta.

Estos resultados pusieron en evidencia un patrón de abandono creciente del esquema pentavalente a medida que avanzaban las dosis. La tercera dosis, en particular, reflejó una menor adherencia, lo cual podría deberse a desinformación, falta de seguimiento o percepción de que las dosis iniciales eran suficientes. Ante este escenario, se hizo evidente la necesidad de campañas sostenidas de seguimiento y educación, especialmente en distritos con altos niveles de desarrollo urbano, para asegurar la finalización del esquema de vacunación infantil en toda Lima Metropolitana.

**Figura 9**  
**VACUNA CONTRA ROTAVIRUS PRIMERA DOSIS (ROTA1)**



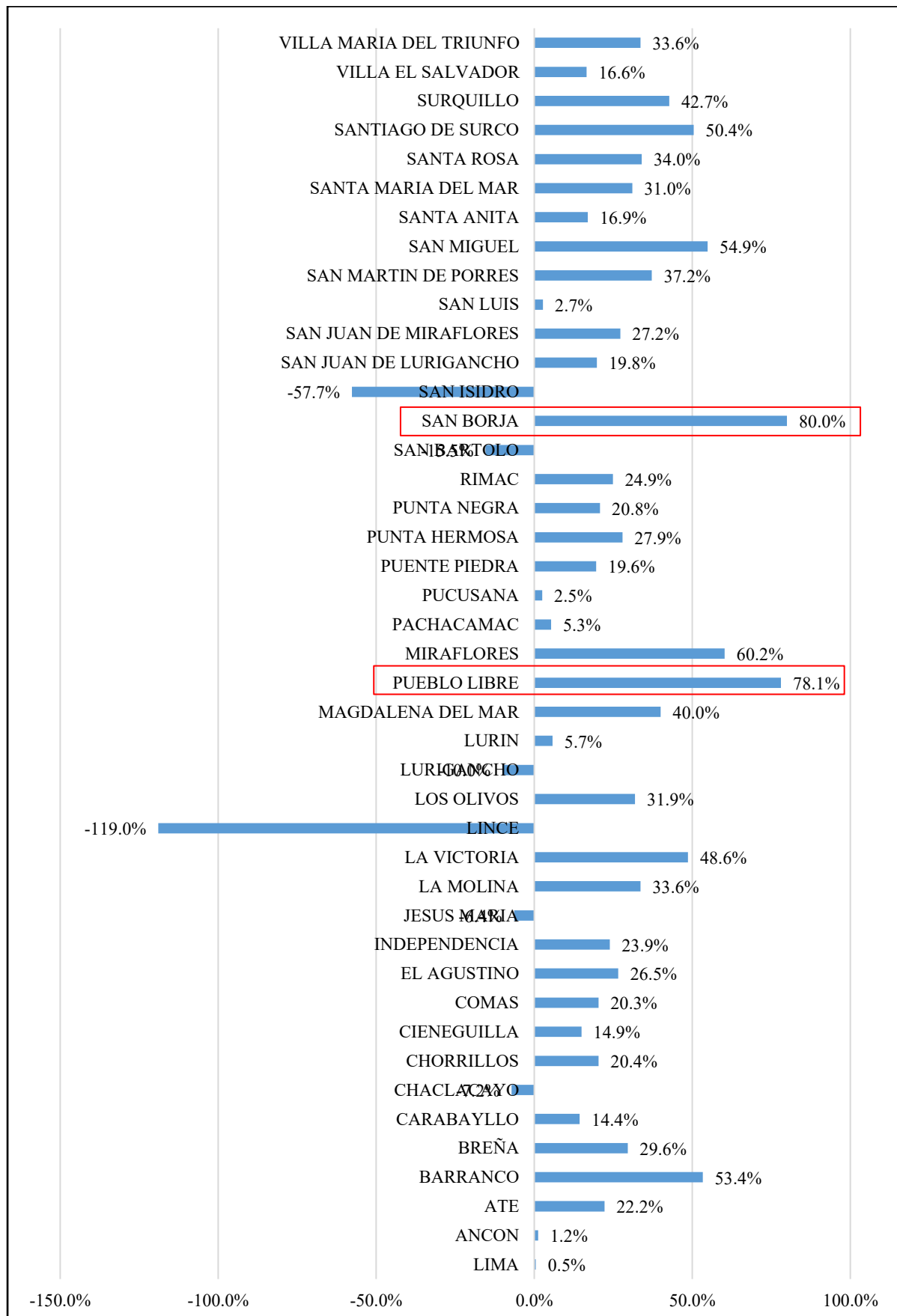
La reticencia a la vacunación con la primera dosis de la vacuna contra rotavirus (ROTA1) en niños menores de 2 años en Lima Metropolitana mostró diferencias marcadas entre distritos, reflejando tanto coberturas satisfactorias como niveles preocupantes de rechazo o abandono. Algunos distritos presentaron valores negativos, lo que indicó ausencia de reticencia y una adecuada cobertura. Destacaron en este grupo Jesús María (-23.3%), Lima Metropolitana en su conjunto (-21.3%), Lince (-121.5%), San Isidro (-53.6%), Lurigancho (-16.6%), San Bartolo (-13.2%) y Chaclacayo (-10.9%). También se sumaron Pucusana (-3.7%) y Ancón (-5.2%), evidenciando buena adherencia al inicio del esquema de vacunación.

En cambio, la mayoría de los distritos registraron valores positivos, lo que reflejó reticencia. Los niveles más altos se dieron en San Borja (79.2%), Pueblo Libre (70.9%), Miraflores (55.5%), San Miguel (51.3%), Barranco (51.1%) y Santiago de Surco (49.0%), distritos en los que la cobertura fue especialmente baja. También se observaron cifras significativas en Surquillo (41.6%), La Victoria (40.2%), Magdalena del Mar (35.6%) y La Molina (32.9%), indicando un patrón consistente de abandono o no aceptación de esta vacuna.

Distritos como El Agustino (19.6%), Independencia (18.5%), San Juan de Lurigancho (16.1%) y San Juan de Miraflores (15.1%) mostraron una reticencia moderada, mientras que algunos distritos como Lurín (1.1%), San Luis (0.0%) y Pachacámac (0.3%) estuvieron cerca de alcanzar la cobertura esperada, pero aún reflejaron cierto nivel de reticencia.

La vacuna ROTA1 presentó una situación mixta en Lima Metropolitana. Aunque algunos distritos lograron coberturas adecuadas, la reticencia fue evidente en muchos otros, especialmente en zonas urbanas de mayores recursos, lo que sugiere que factores como la desinformación, la postergación voluntaria o la subestimación de la enfermedad podrían haber influido. La necesidad de intervenciones focalizadas, especialmente en los distritos con mayor reticencia, resultó esencial para garantizar la protección temprana de los menores frente a enfermedades prevenibles.

**Figura 10**  
*VACUNA CONTRA ROTAVIRUS SEGUNDA DOSIS (ROTA2)*



La reticencia a la vacunación con la segunda dosis de la vacuna contra rotavirus (ROTA2) en niños menores de 2 años en Lima Metropolitana presentó una distribución desigual entre los distritos. Algunos de ellos registraron valores negativos, lo cual indicó que no hubo reticencia y se alcanzaron o superaron los niveles de cobertura esperados. Entre estos distritos se encontraron Lince (-119.0%), San Isidro (-57.7%), San Bartolo (-15.5%), Lurigancho (-10.0%), Chaclacayo (-7.2%) y Jesús María (-6.4%), evidenciando un adecuado cumplimiento del esquema de vacunación.

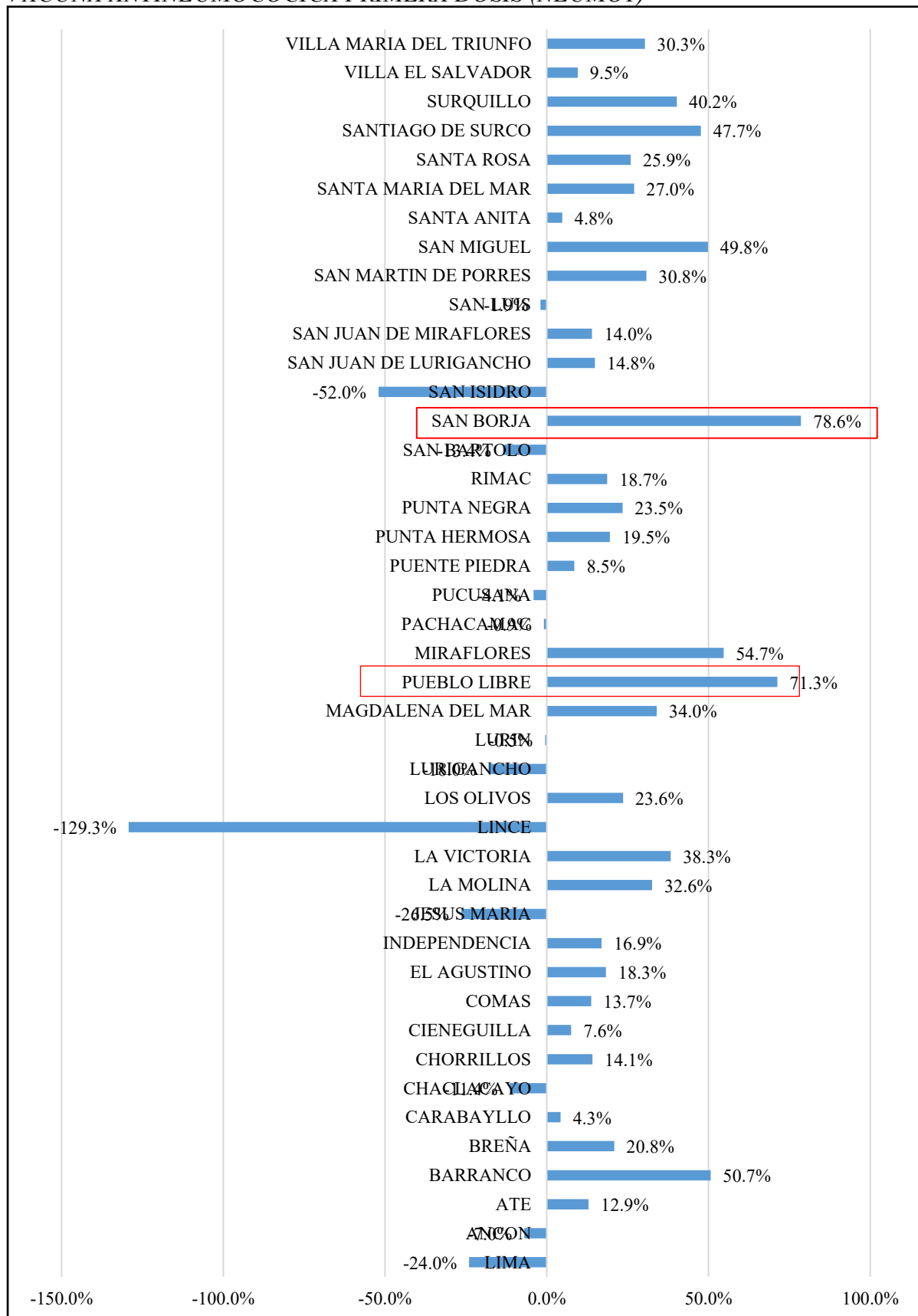
Por el contrario, la mayoría de distritos mostraron valores positivos, lo cual reflejó la presencia de reticencia en distintos grados. Los niveles más altos de reticencia se registraron en San Borja (80.0%), Pueblo Libre (78.1%), Miraflores (60.2%), San Miguel (54.9%), Barranco (53.4%) y Santiago de Surco (50.4%). También destacaron con cifras elevadas La Victoria (48.6%), Surquillo (42.7%) y Magdalena del Mar (40.0%), distritos urbanos donde la cobertura resultó considerablemente deficiente.

Asimismo, varios distritos presentaron reticencia moderada, como El Agustino (26.5%), Independencia (23.9%), San Juan de Miraflores (27.2%), Los Olivos (31.9%), Santa Rosa (34.0%) y Villa María del Triunfo (33.6%), lo que mostró que más de un tercio de la población objetivo en estas zonas no recibió la segunda dosis. Lima Metropolitana en conjunto mostró una leve reticencia del 0.5%, lo que sugirió una situación general aceptable, pero con focos importantes de abandono del esquema.

La segunda dosis de la vacuna contra rotavirus reflejó un patrón similar al de otras vacunas: una mayor reticencia en distritos de alta urbanización y mejor acceso a servicios, lo cual evidenció la necesidad de fortalecer estrategias de información, recordatorio y acompañamiento para garantizar la continuidad del esquema de vacunación infantil y así prevenir enfermedades inmunoprevenibles en toda la región.

**Figura 11**

*VACUNA ANTINEUMOCÓCICA PRIMERA DOSIS (NEUMOI)*



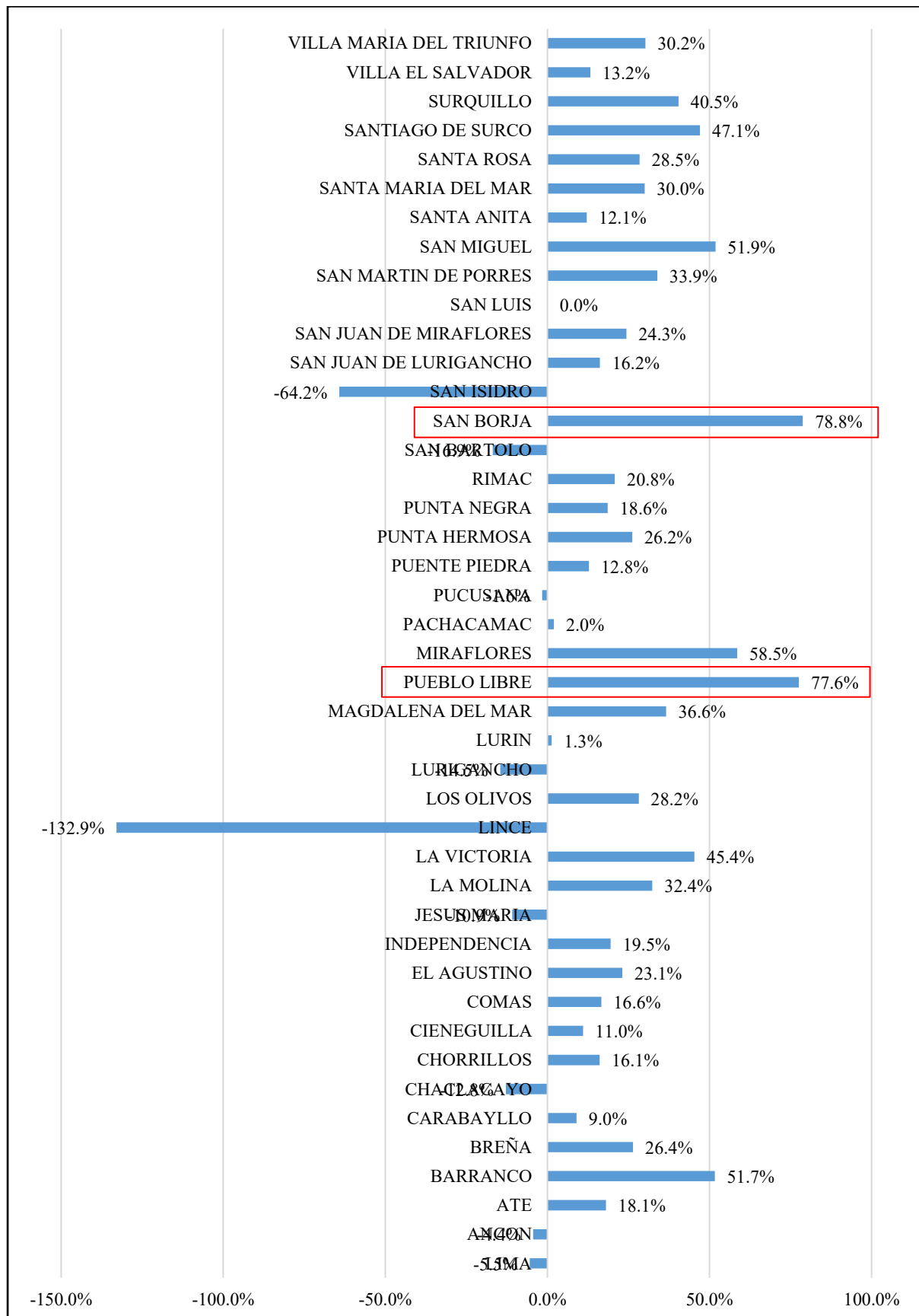
La reticencia a la vacunación con la primera dosis de la vacuna contra el neumococo (NEUMO1) en niños menores de 2 años en Lima Metropolitana evidenció una distribución diversa entre los distritos. Algunos de ellos presentaron valores negativos, lo que indicó que no hubo reticencia y que la cobertura fue adecuada o incluso superó la meta esperada. Entre estos distritos destacaron Jesús María (-26.5%), Lima Metropolitana en general (-24.0%), Lince (-129.3%), San Isidro (-52.0%), Lurigancho (-18.0%), San Bartolo (-13.4%), Chaclacayo (-11.4%), Pucusana (-4.1%), Ancón (-7.0%), San Luis (-1.9%), Pachacámac (-0.9%) y Lurín (-0.5%).

Por el contrario, la mayoría de distritos presentaron valores positivos, lo que reflejó la presencia de reticencia en distintos grados. Los niveles más altos de reticencia se registraron en San Borja (78.6%), Pueblo Libre (71.3%), Miraflores (54.7%), Barranco (50.7%), San Miguel (49.8%) y Santiago de Surco (47.7%), distritos de alta urbanización donde la cobertura fue especialmente baja. También se observaron cifras elevadas en Surquillo (40.2%), La Victoria (38.3%), Magdalena del Mar (34.0%) y La Molina (32.6%).

Distritos como Breña (20.8%), Independencia (16.9%), San Juan de Lurigancho (14.8%), San Juan de Miraflores (14.0%) y El Agustino (18.3%) mostraron una reticencia moderada, mientras que Lima en su conjunto presentó una cobertura favorable con un valor de -24.0%.

Aunque varios distritos alcanzaron coberturas adecuadas con la vacuna NEUMO1, predominó una tendencia de reticencia, especialmente en distritos de mayor desarrollo urbano. Esta situación reafirmó la necesidad de fortalecer las campañas de sensibilización, el acceso equitativo y el seguimiento a los esquemas de vacunación, a fin de asegurar la protección de la población infantil frente a enfermedades respiratorias prevenibles como el neumococo.

**Figura 12**  
*VACUNA ANTINEUMOCÓCICA SEGUNDA DOSIS (NEUMO2)*



La reticencia a la vacunación con la segunda dosis de la vacuna contra el neumococo (NEUMO2) en niños menores de 2 años en Lima Metropolitana presentó una distribución heterogénea, con distritos que lograron coberturas adecuadas y otros que evidenciaron importantes niveles de rechazo o abandono. Algunos distritos registraron valores negativos, lo cual indicó que no hubo reticencia y se alcanzaron o superaron las metas de cobertura. Entre estos se encontraron Lince (-132.9%), San Isidro (-64.2%), San Bartolo (-16.9%), Lurigancho (-14.5%), Chaclacayo (-12.8%), Jesús María (-10.9%), Lima Metropolitana en general (-5.5%), Ancón (-4.4%) y Pucusana (-1.6%), donde se evidenció una adherencia favorable al esquema de vacunación.

Sin embargo, la mayoría de distritos presentó valores positivos, lo que reflejó distintos niveles de reticencia. Los más altos se registraron en San Borja (78.8%), Pueblo Libre (77.6%), Miraflores (58.5%), Barranco (51.7%), San Miguel (51.9%), Santiago de Surco (47.1%) y La Victoria (45.4%). También destacaron con cifras elevadas Surquillo (40.5%), Magdalena del Mar (36.6%), San Martín de Porres (33.9%) y La Molina (32.4%).

Asimismo, distritos como El Agustino (23.1%), Independencia (19.5%), San Juan de Miraflores (24.3%), Los Olivos (28.2%) y Santa Rosa (28.5%) mostraron una reticencia moderada, pero significativa, lo que indicó la necesidad de reforzar la continuidad del esquema.

En conjunto, los datos revelaron una tendencia persistente: la segunda dosis de la vacuna contra el neumococo tuvo menor aceptación en distritos de mayor urbanización, donde la reticencia fue más alta. Esto subrayó la importancia de implementar campañas informativas y de seguimiento orientadas a completar el esquema de inmunización, especialmente en zonas donde se identificó abandono progresivo del calendario vacunal.



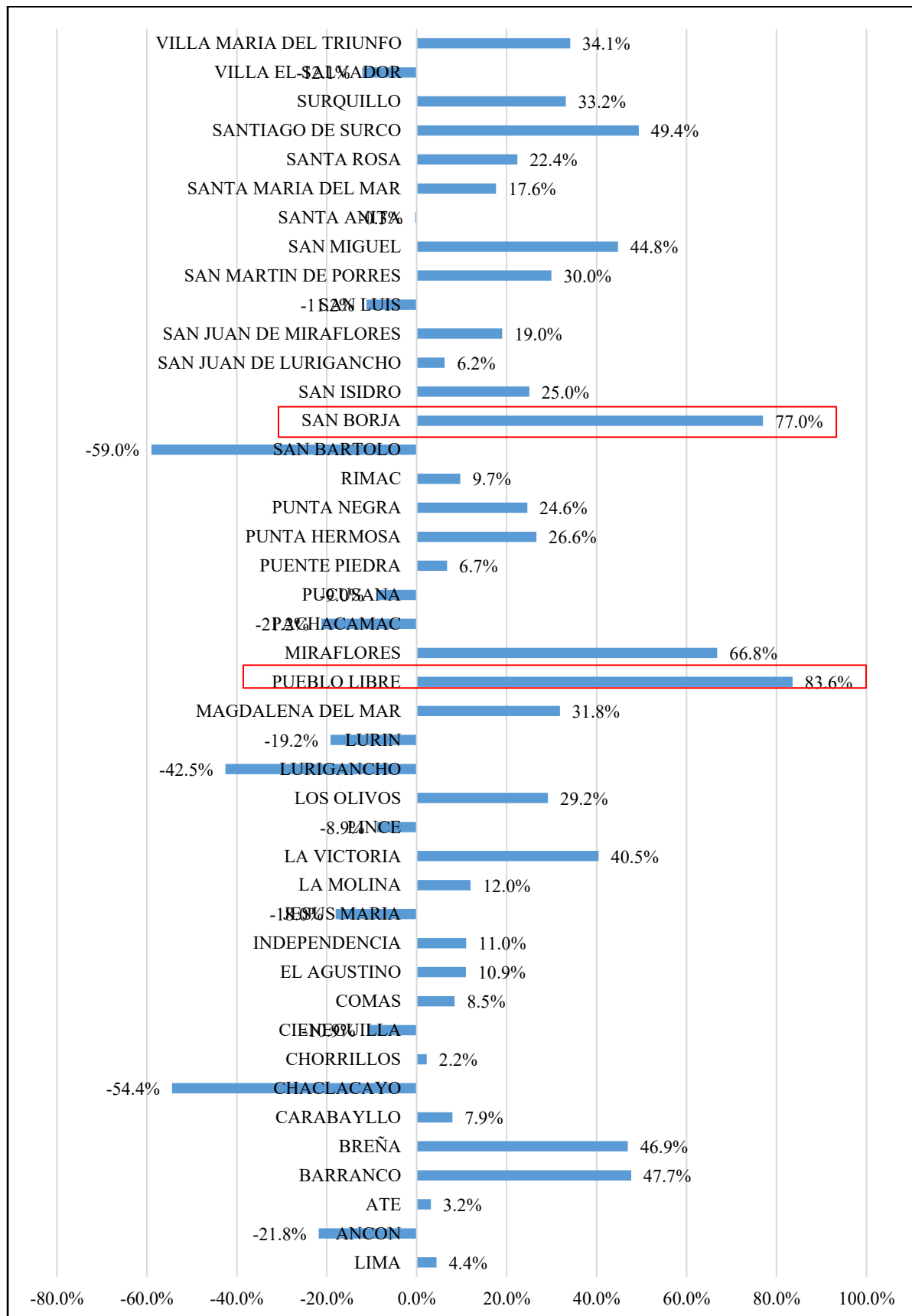
La reticencia a la vacunación con la primera dosis de la vacuna contra la influenza (INFLU1) en niños menores de 2 años en Lima Metropolitana fue, en términos generales, baja o inexistente, ya que la gran mayoría de los distritos presentaron valores negativos, lo cual indicó que la cobertura fue adecuada o incluso superior a la esperada. Lima Metropolitana en su conjunto registró un valor de -51.4%, mientras que distritos como San Bartolo (-119.4%), Chaclacayo (-100.9%), Lurigancho (-99.7%), Pachacámac (-76.7%), Ancón (-75.2%), Jesús María (-74.7%), Lurín (-72.3%) y Villa El Salvador (-56.6%) evidenciaron una sobresaliente aceptación de esta vacuna.

Otros distritos con coberturas también positivas fueron Cieneguilla (-55.1%), Carabayllo (-49.9%), Chorrillos (-47.9%), Santa Anita (-47.3%), Ate (-41.8%), San Isidro (-40.2%) e Independencia (-38.2%). Incluso distritos densamente poblados como San Juan de Lurigancho (-34.4%) y San Juan de Miraflores (-24.5%) mostraron buena adherencia.

Solo unos pocos distritos evidenciaron reticencia, reflejada en valores positivos. Entre ellos destacaron Pueblo Libre (72.9%), San Borja (68.0%), Miraflores (46.0%), Santiago de Surco (24.1%), Barranco (24.6%) y San Miguel (20.4%). En estos casos, la cobertura fue insuficiente, lo que podría deberse a factores como percepciones erróneas sobre la necesidad de esta vacuna, desinformación o falta de priorización por parte de los cuidadores.

La vacunación contra la influenza en su primera dosis mostró un panorama favorable en Lima Metropolitana, con una amplia mayoría de distritos sin reticencia. No obstante, los casos aislados de cobertura baja en distritos urbanos como Pueblo Libre y Miraflores señalaron la importancia de seguir reforzando campañas informativas y de acceso equitativo, especialmente en contextos donde podría subestimarse la importancia de esta vacuna estacional.

**Figura 14**  
**VACUNA CONTRA INFLUENZA SEGUNDA DOSIS (INFLU2)**



La reticencia a la vacunación con la segunda dosis de la vacuna contra la influenza (INFLU2) en niños menores de 2 años en Lima Metropolitana presentó una distribución mixta, con distritos que mantuvieron buenas coberturas y otros donde se evidenció una baja adherencia al esquema. A nivel general, Lima Metropolitana reportó un valor positivo de 4.4%, lo que reflejó una ligera reticencia en el conjunto de la ciudad.

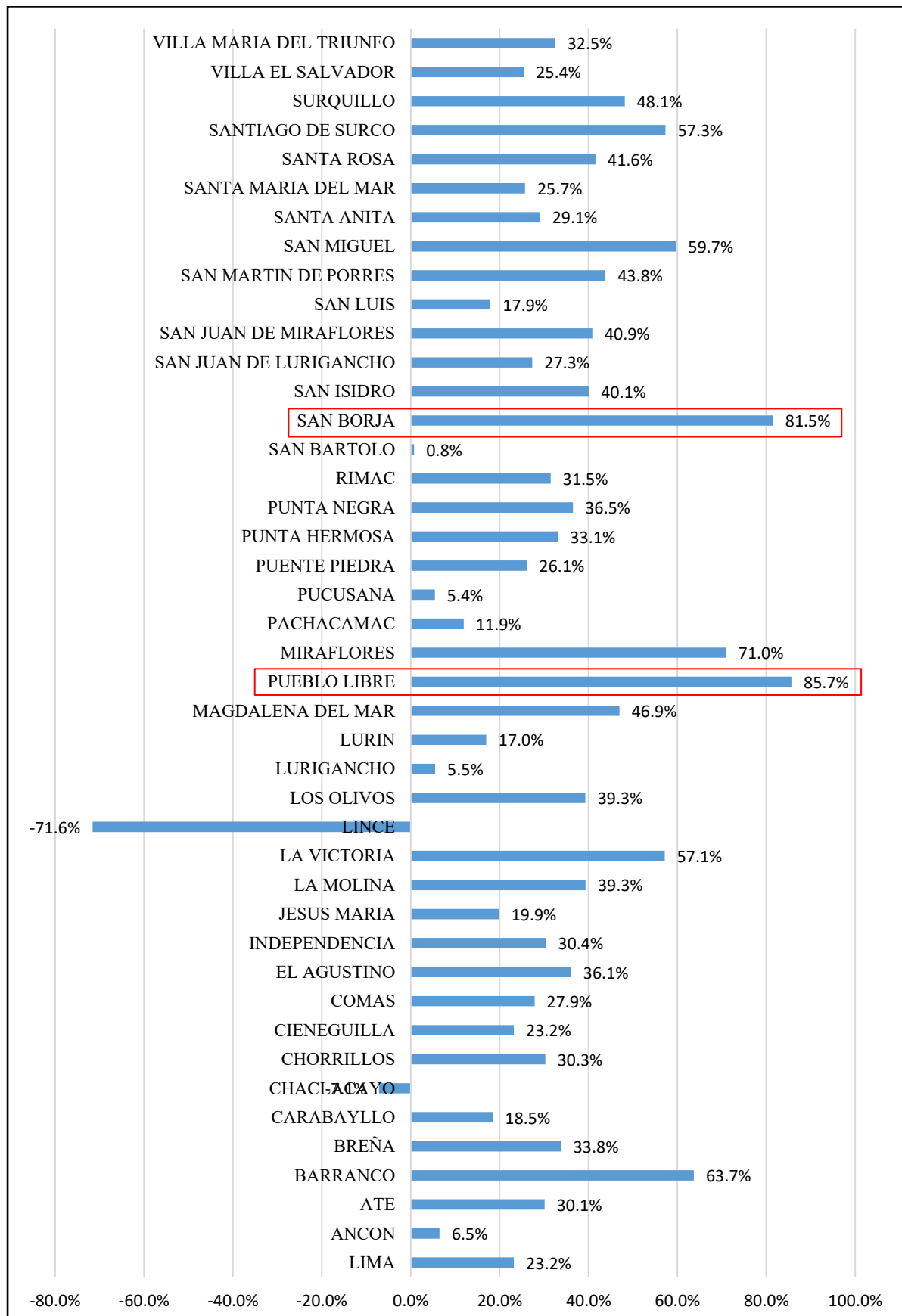
Entre los distritos que no presentaron reticencia, es decir, aquellos con valores negativos y cobertura adecuada o superior, destacaron San Bartolo (-59.0%), Chaclacayo (-54.4%), Lurigancho (-42.5%), Ancón (-21.8%), Pachacámac (-21.2%), Lurín (-19.2%), Jesús María (-18.0%), San Luis (-11.2%), Cieneguilla (-10.9%), Pucusana (-9.0%), Lince (-8.9%) y Villa El Salvador (-12.1%). Estos distritos mostraron un buen nivel de continuidad en el esquema de vacunación contra la influenza.

En contraste, varios distritos registraron valores positivos, reflejando reticencia en distintos niveles. Los niveles más altos se observaron en Pueblo Libre (83.6%), San Borja (77.0%), Miraflores (66.8%), Santiago de Surco (49.4%), Barranco (47.7%), San Miguel (44.8%), Breña (46.9%) y La Victoria (40.5%). Estos distritos, mayoritariamente urbanos, mostraron una considerable disminución en la cobertura de la segunda dosis, lo que puede estar asociado a abandono del esquema, desinformación o percepción reducida del riesgo de la enfermedad.

Otros distritos con reticencia moderada incluyeron Magdalena del Mar (31.8%), San Martín de Porres (30.0%), Los Olivos (29.2%), Villa María del Triunfo (34.1%) y Santa Rosa (22.4%).

La segunda dosis de la vacuna contra la influenza evidenció una mayor reticencia respecto a la primera, sobre todo en distritos con alto nivel de urbanización. Esta tendencia resaltó la importancia de fortalecer las estrategias de comunicación sobre la necesidad de completar el esquema de vacunación para asegurar una protección eficaz frente a enfermedades respiratorias estacionales en la población infantil.

**Figura 15**  
**VACUNA ANTINEUMOCÓCICA TERCERA DOSIS (NEUMO3)**



La reticencia a la vacunación con la tercera dosis de la vacuna contra el neumococo (NEUMO3) en niños menores de 2 años en Lima Metropolitana mostró un patrón preocupante, ya que la gran mayoría de los distritos presentó valores positivos, lo que indicó niveles diversos de reticencia. Solo dos distritos registraron valores negativos, lo que significó que no hubo reticencia: Chaclacayo (-7.1%) y Lince (-71.6%), ambos con coberturas adecuadas o incluso superiores a las metas establecidas.

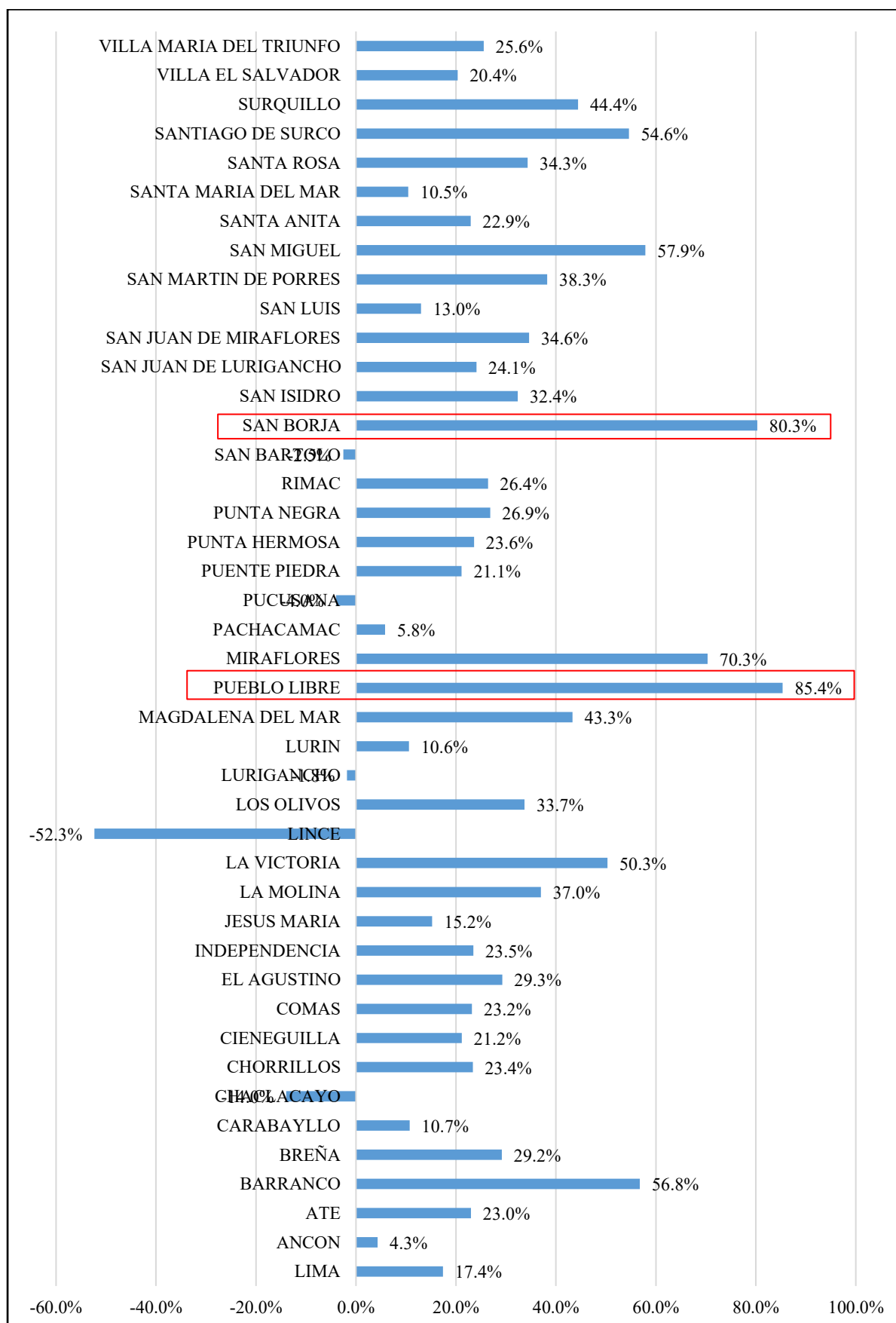
En el resto de Lima Metropolitana, se evidenció reticencia en distintos grados. Algunos distritos destacaron por sus niveles altos de reticencia, entre ellos: Pueblo Libre (85.7%), San Borja (81.5%), Miraflores (71.0%), Barranco (63.7%), San Miguel (59.7%), Santiago de Surco (57.3%) y La Victoria (57.1%), lo cual reflejó un abandono considerable del esquema vacunal en la etapa final.

Asimismo, se observaron niveles moderadamente altos en distritos como Magdalena del Mar (46.9%), San Martín de Porres (43.8%), San Juan de Miraflores (40.9%), San Isidro (40.1%), Los Olivos (39.3%), La Molina (39.3%) y Punta Negra (36.5%). Todos estos distritos compartieron una característica común: ser zonas urbanas densas, lo cual podría estar relacionado con factores como desinformación, menor percepción del riesgo o falta de seguimiento por parte del sistema de salud.

Otros distritos como Comas (27.9%), San Juan de Lurigancho (27.3%), Puente Piedra (26.1%), Santa María del Mar (25.7%) y Villa María del Triunfo (32.5%) también evidenciaron una reticencia importante, aunque ligeramente menor que los casos más críticos.

La tercera dosis de la vacuna contra el neumococo mostró una reticencia generalizada en Lima Metropolitana, que se intensificó en distritos con alto nivel de urbanización. Esta situación puso de manifiesto la necesidad de reforzar el seguimiento del esquema completo de vacunación infantil, con énfasis en las dosis finales, que suelen ser las más abandonadas. Las autoridades sanitarias deben implementar campañas diferenciadas que fortalezcan la conciencia ciudadana sobre la importancia de completar todas las dosis para garantizar la protección efectiva contra enfermedades respiratorias graves como la neumonía.

**Figura 16**  
**VACUNA CONTRA SARAMPIÓN, PAPERAS Y RUBEOLA (SPRI)**



La reticencia a la vacunación con la primera dosis de la vacuna contra sarampión, paperas y rubéola (SPR1) en niños menores de 2 años en Lima Metropolitana presentó una alta variabilidad entre distritos. A nivel general, Lima Metropolitana registró un valor positivo de 17.4%, lo que indicó que existió reticencia moderada a esta vacuna.

Solo unos pocos distritos mostraron valores negativos, reflejando una cobertura adecuada o superior, es decir, sin evidencia de reticencia. Entre ellos destacaron Lince (-52.3%), Chaclacayo (-14.0%), Pucusana (-4.0%), San Bartolo (-2.5%) y Lurigancho (-1.8%). Estos casos reflejaron una adherencia efectiva a la aplicación de esta primera dosis del esquema SPR.

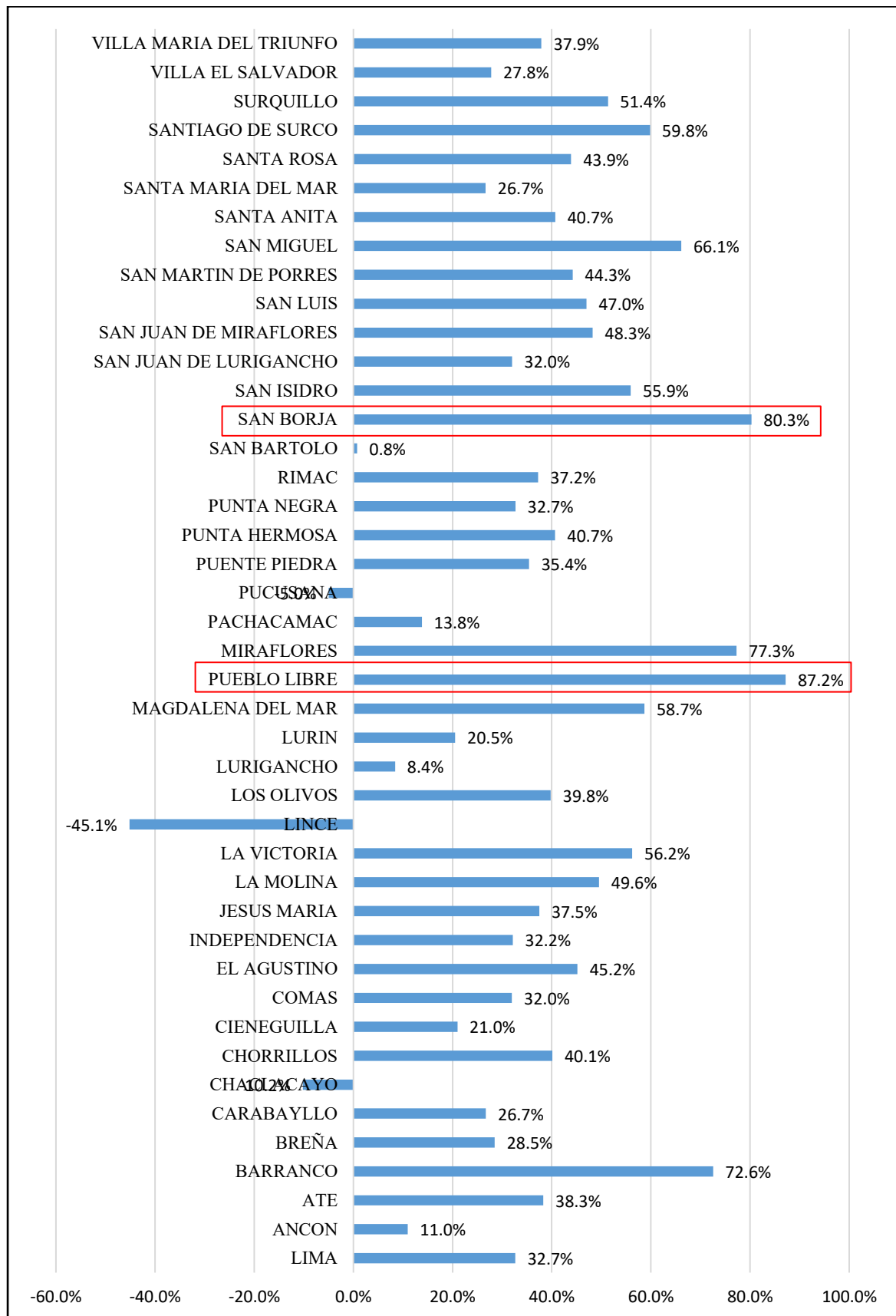
Por el contrario, la mayoría de distritos reportaron valores positivos, lo que reflejó reticencia en distintos niveles. Distritos como Pueblo Libre (85.4%), San Borja (80.3%), Miraflores (70.3%), Barranco (56.8%), San Miguel (57.9%), Santiago de Surco (54.6%) y La Victoria (50.3%) presentaron los niveles más elevados, lo cual evidenció un abandono importante o retraso en la aplicación de la vacuna en estas zonas urbanas.

Asimismo, se registraron niveles medios de reticencia en distritos como Magdalena del Mar (43.3%), Surquillo (44.4%), San Martín de Porres (38.3%), La Molina (37.0%), San Juan de Miraflores (34.6%), Santa Rosa (34.3%), San Isidro (32.4%) y Los Olivos (33.7%).

Por otro lado, los distritos como Comas (23.2%), Chorrillos (23.4%), Independencia (23.5%), Santa Anita (22.9%), El Agustino (29.3%) y Villa María del Triunfo (25.6%) también mostraron cifras preocupantes que indicaron una reticencia sostenida.

La vacuna SPR1 evidenció un grado considerable de reticencia en gran parte de Lima Metropolitana, especialmente en distritos urbanos de alto desarrollo, donde el abandono o la postergación de la vacunación fue más común. Estos resultados señalaron la necesidad de campañas específicas de sensibilización y educación, orientadas a reforzar la confianza en la vacunación infantil y asegurar el cumplimiento del calendario, especialmente en la etapa crítica del primer año de vida.

**Figura 17**  
**VACUNA CONTRA VARICELA**



La reticencia a la vacunación contra la varicela en niños menores de 2 años en Lima Metropolitana presentó una tendencia elevada en la mayoría de distritos. El valor general de Lima Metropolitana fue de 32.7%, lo que indicó una reticencia considerable, evidenciando que cerca de un tercio de la población infantil objetivo no recibió la dosis correspondiente.

Pocos distritos mostraron valores negativos, es decir, una ausencia de reticencia y una adecuada cobertura. Entre ellos destacaron Lince (-45.1%), Chaclacayo (-10.2%) y Pucusana (-5.0%), donde la administración de la vacuna superó las expectativas de cobertura.

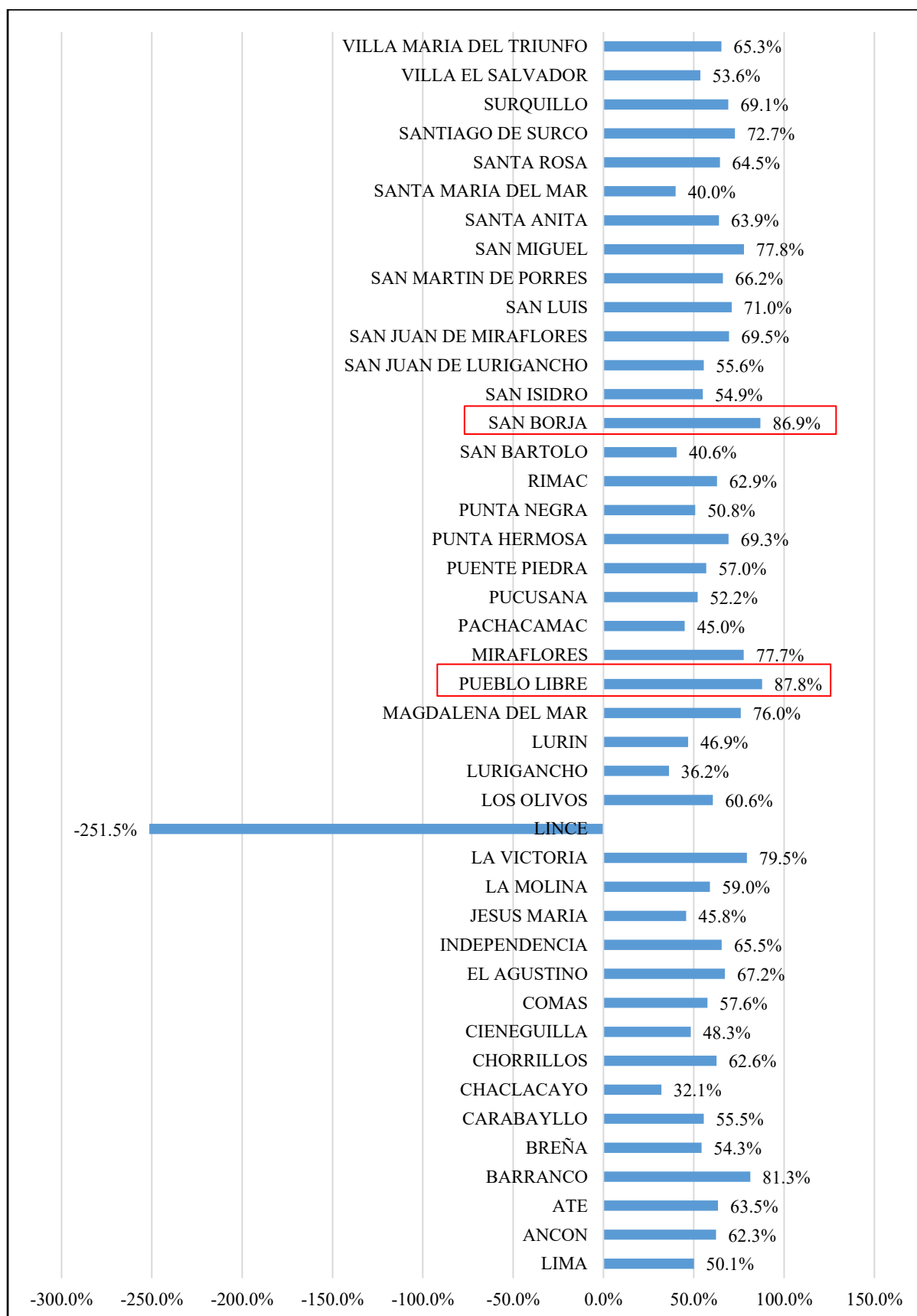
Por otro lado, la gran mayoría de los distritos presentó valores positivos, reflejando reticencia en distintos grados. Los niveles más altos de reticencia se registraron en Pueblo Libre (87.2%), Miraflores (77.3%), San Borja (80.3%), Barranco (72.6%), San Miguel (66.1%), Santiago de Surco (59.8%), La Victoria (56.2%), San Isidro (55.9%) y Surquillo (51.4%). Estos distritos urbanos reflejaron una fuerte resistencia o abandono del esquema de vacunación para esta enfermedad.

También se identificaron niveles moderadamente altos de reticencia en distritos como San Juan de Miraflores (48.3%), San Luis (47.0%), La Molina (49.6%), San Martín de Porres (44.3%), El Agustino (45.2%) y Santa Rosa (43.9%).

Distritos como Comas (32.0%), Independencia (32.2%), Puente Piedra (35.4%), Rímac (37.2%) y Villa María del Triunfo (37.9%) reflejaron una reticencia intermedia, aunque igualmente preocupante.

La vacunación contra la varicela mostró una reticencia generalizada en Lima Metropolitana, con especial énfasis en distritos de alto nivel urbano y socioeconómico. Esta situación subrayó la necesidad urgente de implementar campañas informativas sobre la importancia de esta vacuna, muchas veces subestimada por los cuidadores, así como de fortalecer los mecanismos de seguimiento y recuperación de esquemas atrasados, a fin de proteger a la población infantil frente a enfermedades eruptivas prevenibles.

**Figura 18**  
**VACUNA CONTRA HEPATITIS A (HAV)**



La reticencia a la vacunación contra la hepatitis A (HAV) en niños menores de 2 años en Lima Metropolitana fue generalizada, ya que la gran mayoría de los distritos presentó valores positivos, lo que indicó una cobertura por debajo de la meta y, por tanto, la presencia de reticencia. El valor general para Lima Metropolitana fue de 50.1%, reflejando que aproximadamente la mitad de los niños no recibió la dosis correspondiente.

Solo un distrito presentó un valor negativo, lo cual indicó ausencia de reticencia: Lince (-251.5%), con una cobertura significativamente superior a la esperada. Este fue un caso atípico dentro del panorama regional.

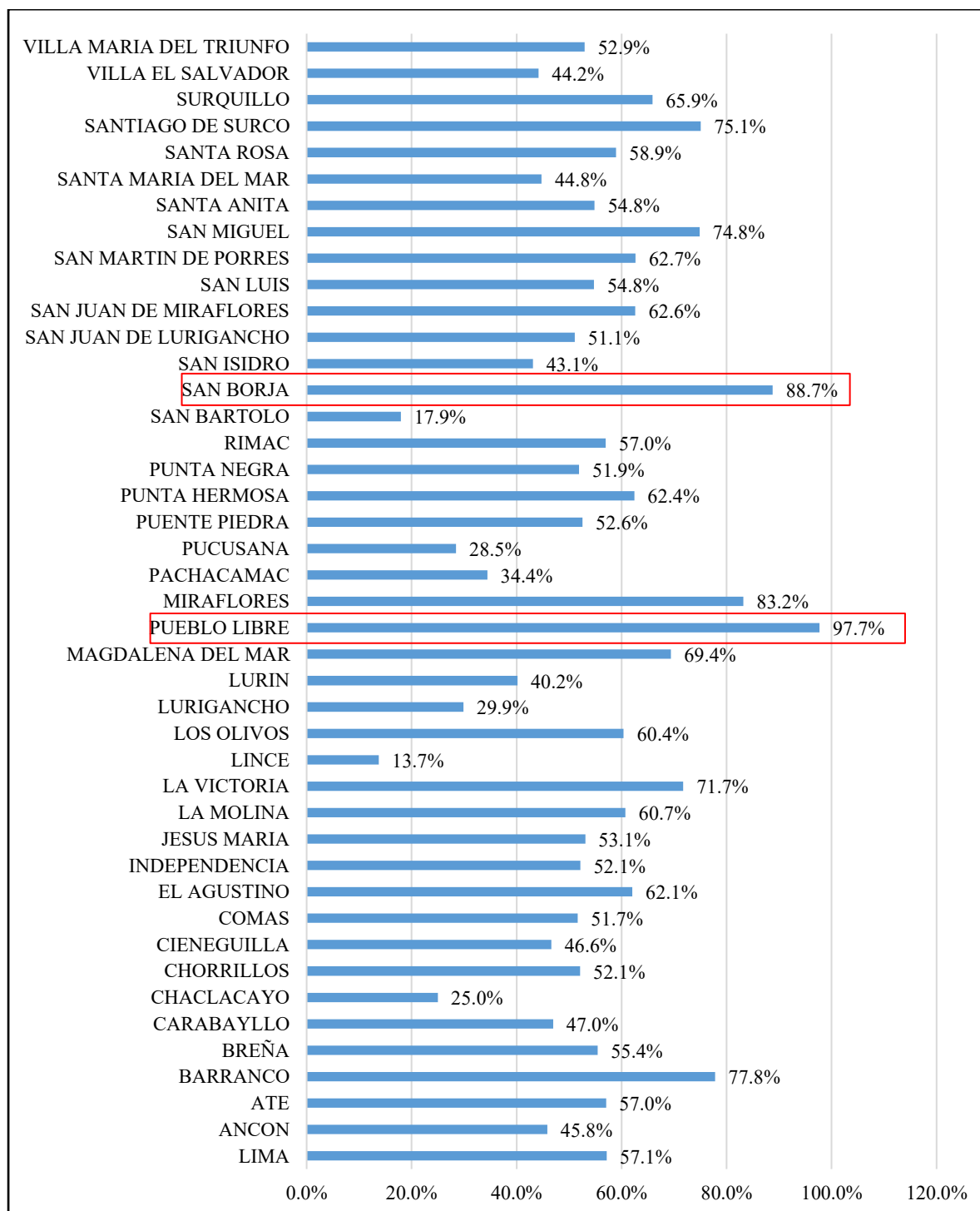
En cambio, la mayoría de los distritos mostraron niveles altos de reticencia, especialmente en zonas urbanas como Pueblo Libre (87.8%), San Borja (86.9%), Barranco (81.3%), Miraflores (77.7%), San Miguel (77.8%), Magdalena del Mar (76.0%), La Victoria (79.5%) y Santiago de Surco (72.7%). Estos distritos, a pesar de contar con infraestructura de salud adecuada, presentaron una baja cobertura que podría estar vinculada a la falta de percepción de riesgo, la postergación voluntaria o desinformación.

Asimismo, hubo reticencia moderada en distritos como San Luis (71.0%), Punta Hermosa (69.3%), San Juan de Miraflores (69.5%), Rímac (62.9%), Chorrillos (62.6%), Independencia (65.5%), Santa Rosa (64.5%), Santa Anita (63.9%) y Ate (63.5%), todos con coberturas insatisfactorias. Incluso distritos con menor densidad poblacional, como Santa María del Mar (40.0%), San Bartolo (40.6%) y Chaclacayo (32.1%), también mostraron reticencia, aunque en menor grado.

La cobertura de la vacuna HAV fue deficiente en la mayor parte de Lima Metropolitana, lo que evidenció una reticencia persistente frente a esta vacuna. Esto reflejó la necesidad urgente de reforzar la promoción, el seguimiento y la sensibilización comunitaria, especialmente en distritos urbanos donde el abandono vacunal podría generar riesgos de brotes futuros. Es fundamental restablecer la confianza y la priorización de la vacuna contra la hepatitis A, garantizando su inclusión efectiva dentro del calendario regular de inmunización infantil.

**Figura 19**

*VACUNA ANTIAMARÍLICA (AMA)*



La reticencia a la vacunación con la vacuna contra la fiebre amarilla (AMA) en niños menores de 2 años en Lima Metropolitana mostró una alta prevalencia. El valor global registrado para la ciudad fue de 57.1%, lo que reflejó que más de la mitad de la población objetivo no recibió esta vacuna, evidenciando una reticencia significativa.

Todos los distritos, sin excepción, reportaron valores positivos, lo que indicó que la reticencia fue generalizada. Algunos distritos alcanzaron cifras alarmantemente altas, como Pueblo Libre (97.7%), San Borja (88.7%), Miraflores (83.2%), Barranco (77.8%), Santiago de Surco (75.1%), San Miguel (74.8%) y La Victoria (71.7%), donde la cobertura fue muy inferior a lo esperado. Esta situación es particularmente preocupante, dado que se trata de distritos con buena infraestructura de salud.

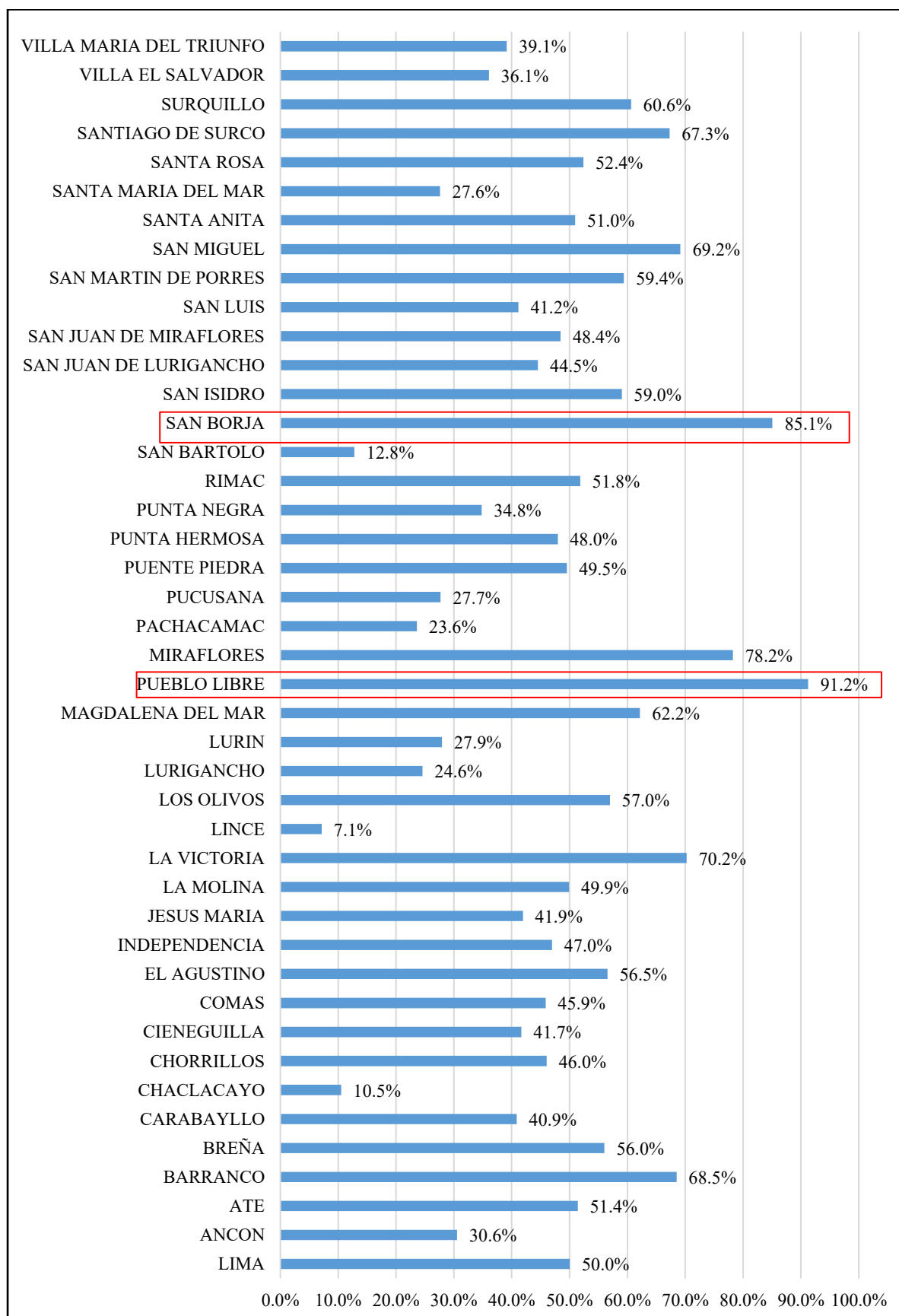
Asimismo, varios distritos presentaron reticencia alta o moderada, como Magdalena del Mar (69.4%), Surquillo (65.9%), San Martín de Porres (62.7%), San Juan de Miraflores (62.6%), Punta Hermosa (62.4%), El Agustino (62.1%) y La Molina (60.7%), reflejando una baja adherencia al esquema de vacunación.

En distritos como Lince (13.7%), San Bartolo (17.9%), Chaclacayo (25.0%), Pucusana (28.5%) y Lurigancho (29.9%), la reticencia fue más baja, aunque seguía representando un nivel de cobertura insatisfactorio.

La vacuna contra la fiebre amarilla presentó una reticencia generalizada y preocupante en Lima Metropolitana. La situación fue particularmente crítica en los distritos más urbanizados, lo cual evidenció la necesidad urgente de reforzar las estrategias de comunicación, acceso y seguimiento. Es imprescindible que el sistema de salud aborde de forma focalizada este problema para garantizar la protección efectiva de la población infantil frente a enfermedades inmunoprevenibles como la fiebre amarilla.

**Figura 20**

*VACUNA CONTRA SARAMPIÓN, PAPERAS Y RUBEOLA SEGUNDA DOSIS (SPR2)*



La reticencia a la vacunación con la segunda dosis de la vacuna contra sarampión, paperas y rubéola (SPR2) en niños menores de 2 años en Lima Metropolitana fue generalizada. El valor promedio registrado para la ciudad fue de 50.0%, lo que reflejó una cobertura a mitad de la meta, señalando una reticencia persistente y preocupante en esta etapa del esquema de inmunización.

Ningún distrito presentó valores negativos, lo cual significó que en todos los casos hubo algún grado de reticencia. Los niveles más altos se registraron en Pueblo Libre (91.2%), San Borja (85.1%), Miraflores (78.2%), San Miguel (69.2%), Barranco (68.5%), Santiago de Surco (67.3%), La Victoria (70.2%) y Magdalena del Mar (62.2%). Estos distritos, todos urbanos y con buen acceso a servicios de salud, mostraron los niveles más bajos de cumplimiento con esta segunda dosis, lo que podría estar relacionado con postergación voluntaria, desinformación o falta de seguimiento del esquema vacunal.

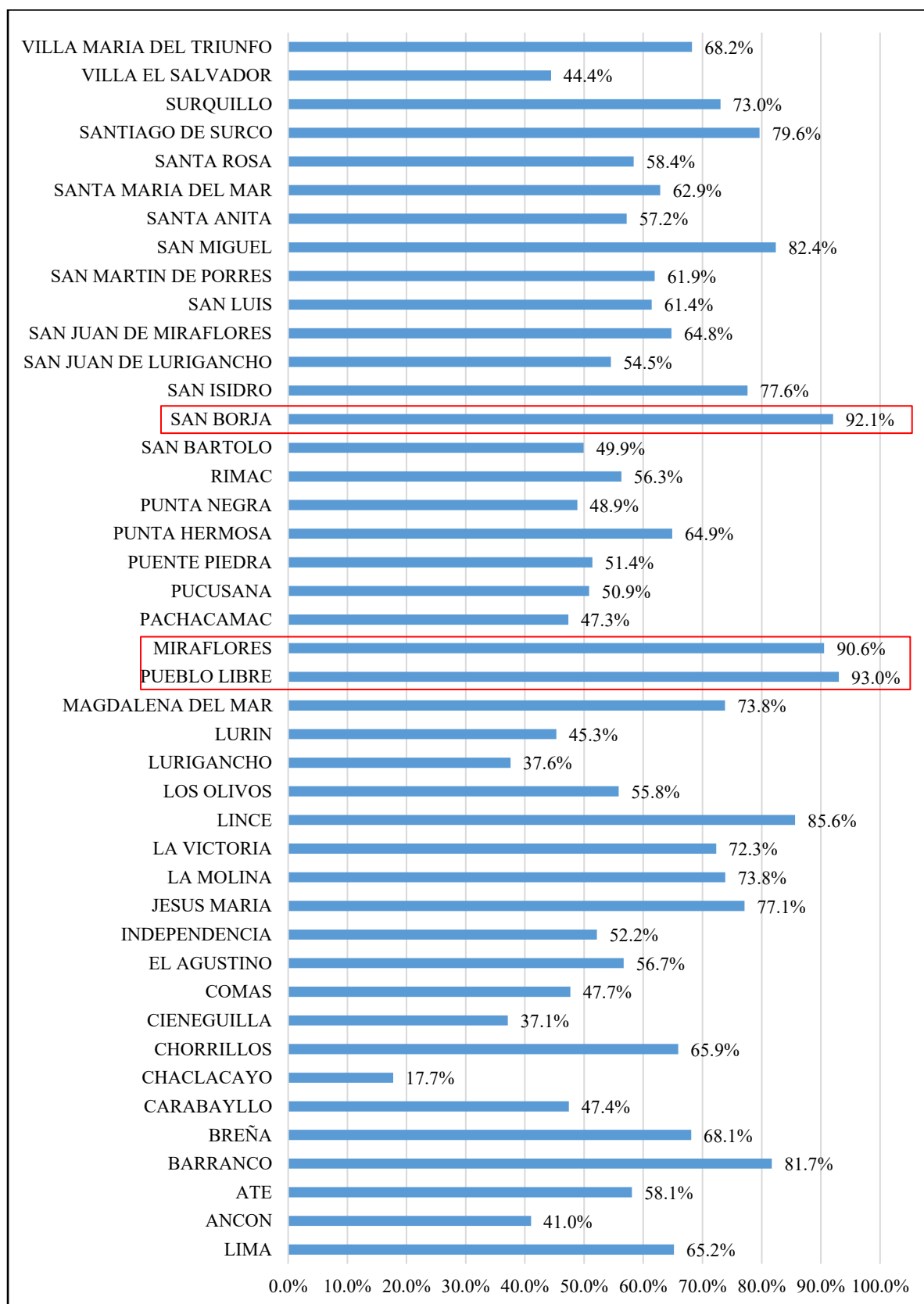
También se observaron niveles medios de reticencia en distritos como San Martín de Porres (59.4%), San Isidro (59.0%), Los Olivos (57.0%), El Agustino (56.5%), Breña (56.0%) y Santa Rosa (52.4%), reflejando que más de la mitad de los niños no recibieron la segunda dosis.

Distritos como San Bartolo (12.8%), Chaclacayo (10.5%) y Lince (7.1%) presentaron niveles más bajos de reticencia, aunque aún por debajo de la meta, lo que indicó que incluso en los mejores casos la cobertura fue incompleta.

La vacunación SPR2 tuvo una retención menor respecto a la primera dosis, lo que confirma la tendencia de abandono progresivo del esquema vacunal. Esta situación refuerza la necesidad de acciones intensivas de seguimiento, recuperación de dosis y educación a padres de familia, especialmente en zonas urbanas, para garantizar que los niños completen su protección frente a enfermedades altamente transmisibles y prevenibles como el sarampión.

**Figura 21**

*VACUNA CONTRA INFLUENZA DE 1 AÑO (INFLU 1 AÑO)*



La reticencia a la vacunación contra la influenza al primer año de vida (INFLU 1 AÑO) en niños menores de 2 años en Lima Metropolitana fue moderada a baja, con una tendencia positiva en gran parte de los distritos. El promedio general para Lima fue de 65.2%, lo que reflejó que, aunque hubo reticencia, muchos distritos lograron niveles de cobertura altos o satisfactorios.

En este caso, todos los distritos reportaron valores positivos, por lo que se interpretó que hubo cierta reticencia en todos los casos; sin embargo, en varios distritos la cobertura superó el 70%, lo que indicó que la vacunación fue más aceptada en comparación con otras vacunas. Los distritos con mayor cobertura (y por tanto, menor nivel de reticencia relativa) fueron: Pueblo Libre (93.0%), San Borja (92.1%), Miraflores (90.6%), Lince (85.6%), San Miguel (82.4%), Barranco (81.7%), Santiago de Surco (79.6%), San Isidro (77.6%), Jesús María (77.1%) y Magdalena del Mar y La Molina (ambos con 73.8%). Estos distritos reflejaron una buena adherencia al esquema de vacunación en el primer año.

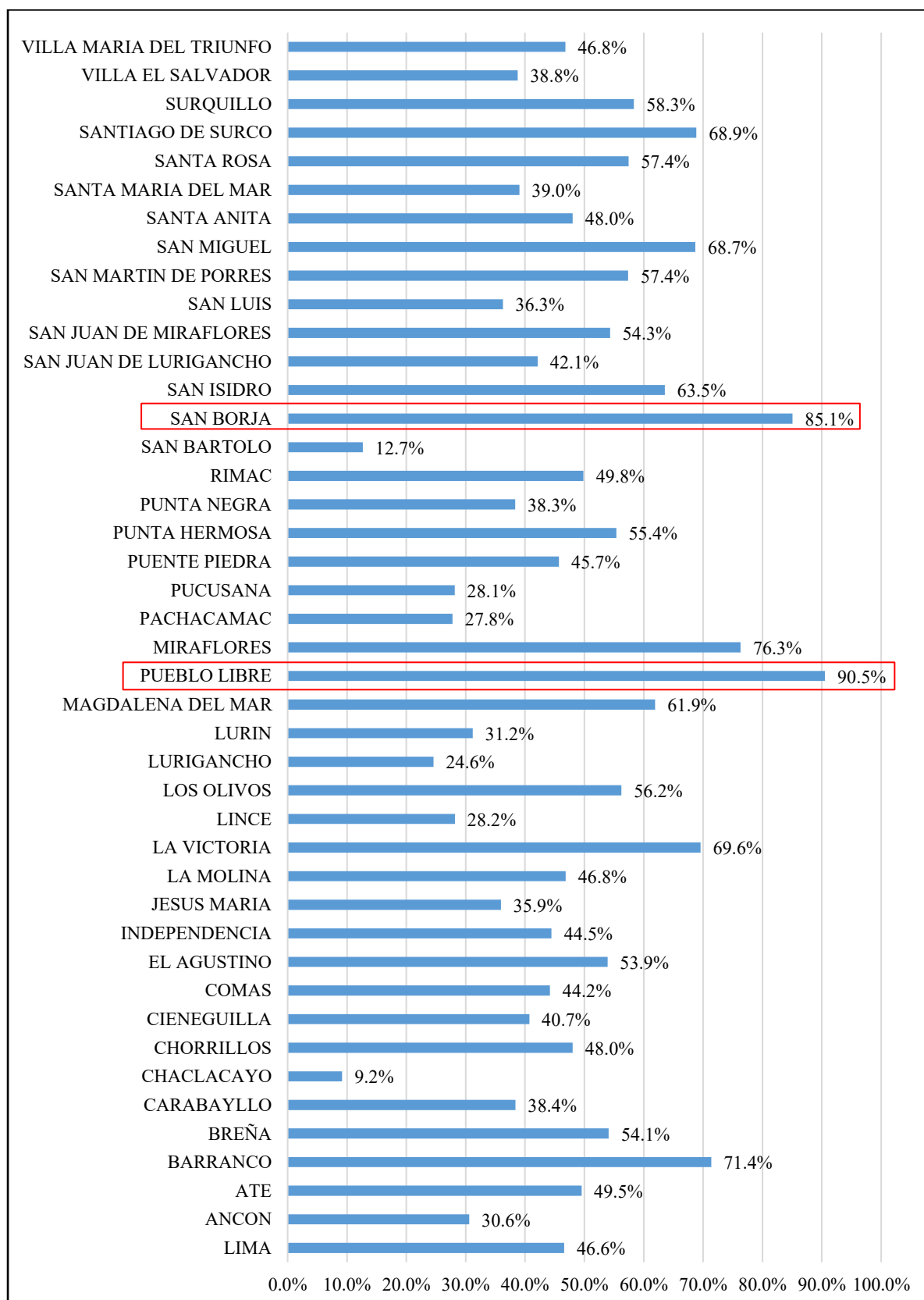
En el otro extremo, distritos como Chaclacayo (17.7%), Cieneguilla (37.1%), Lurigancho (37.6%), Ancón (41.0%), Villa El Salvador (44.4%) y Lurín (45.3%) mostraron menores niveles de cobertura, evidenciando una reticencia más marcada que requiere atención específica.

Distritos como Comas, Carabayllo, Puente Piedra, Rímac, San Bartolo, y Punta Negra presentaron coberturas cercanas al 50%, lo cual reflejó una reticencia intermedia que podría revertirse con acciones focalizadas de información y seguimiento.

La vacuna contra la influenza al primer año de vida mostró una mejor aceptación en comparación con otras del calendario regular, especialmente en distritos urbanos de mayor desarrollo. Sin embargo, la existencia de distritos con coberturas por debajo del 50% señaló la necesidad de acciones diferenciadas, especialmente en zonas periurbanas y rurales, para cerrar las brechas y asegurar la protección oportuna frente a enfermedades respiratorias en la infancia.

**Figura 22**

*VACUNA ANTIPOLIO ORAL DE POLIOVIRUS PRIMER REFUERZO (REFIAPO)*



La reticencia a la vacunación con la primera dosis de refuerzo contra la poliomielitis (REFIPOLIO) en niños menores de 2 años en Lima Metropolitana se presentó de manera moderada, aunque con diferencias significativas entre distritos. A nivel general, la ciudad de Lima alcanzó un 46.6%, lo que evidenció una presencia importante de reticencia, aunque también hubo distritos que superaron ampliamente este promedio, reflejando una mayor aceptación del esquema de vacunación.

Los distritos que reportaron menores niveles de reticencia (valores más altos en cobertura) fueron Pueblo Libre (90.5%), San Borja (85.1%), Miraflores (76.3%), Barranco (71.4%), La Victoria (69.6%), Santiago de Surco (68.9%) y San Miguel (68.7%). Estos distritos mostraron una alta adherencia a la vacunación, probablemente asociada a mayores niveles de educación, acceso a servicios de salud y campañas informativas más efectivas.

En contraste, distritos como San Bartolo (12.7%), Chaclacayo (9.2%), Pucusana (28.1%), Pachacamac (27.8%), Lurigancho (24.6%) y Lince (28.2%) reflejaron una reticencia considerable, evidenciando la necesidad de reforzar las estrategias de promoción de la vacunación en zonas periféricas y rurales.

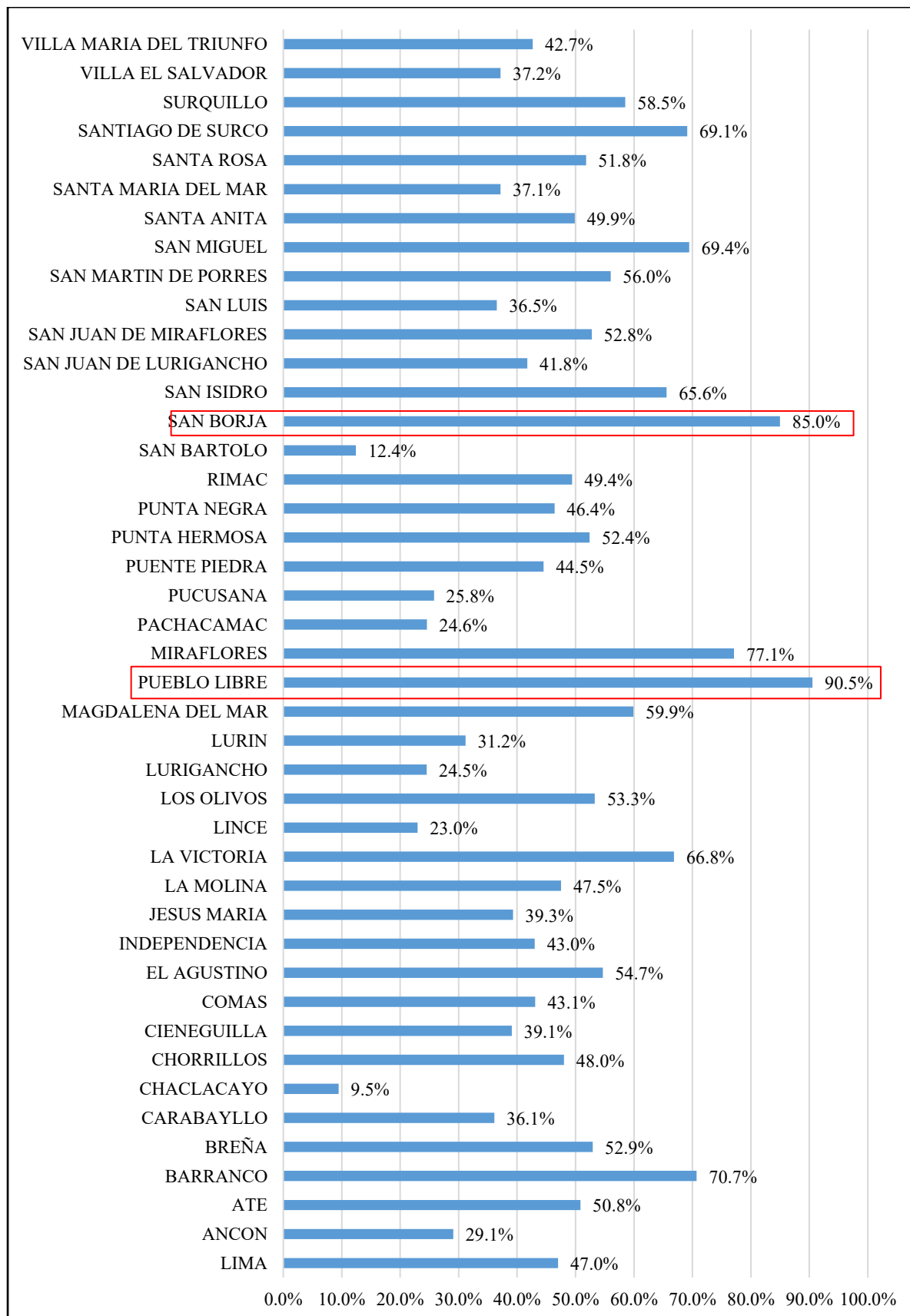
La mayoría de distritos se ubicó entre el 40% y 60%, como Comas (44.2%), El Agustino (53.9%), Jesús María (35.9%), San Juan de Lurigancho (42.1%) y Villa María del Triunfo (46.8%). Este grupo presentó una reticencia intermedia, lo que sugiere que hubo una aceptable cobertura, aunque no lo suficientemente alta para garantizar la inmunización colectiva de forma óptima.

La vacunación contra la poliomielitis en menores de 2 años en Lima Metropolitana tuvo resultados dispares, con distritos que demostraron buena aceptación y otros donde la reticencia fue notoria. Estos hallazgos resaltaron la importancia de desarrollar campañas comunitarias focalizadas, reforzar el seguimiento a la población infantil y abordar barreras contextuales o culturales que limitan el cumplimiento del calendario de vacunación.

En conclusión, la variabilidad territorial en la cobertura de la vacuna REFIPOLIO evidencia que la reticencia no responde únicamente a factores de acceso, sino también a componentes socioculturales y perceptivos. Por ello, se recomienda implementar campañas informativas diferenciadas según territorio, fortaleciendo el rol de agentes comunitarios y promotores de salud en zonas de alta reticencia, así como incorporar herramientas de seguimiento activo para asegurar la continuidad del esquema vacunal en la primera infancia.

**Figura 23**

*VACUNA CONTRA DIFTERIA, PERTUSSIS Y TÉTANOS PRIMER REFUERZO DPT (REFIDPT)*



La reticencia a la vacunación con la primera dosis de refuerzo DPT (REF1DPT) en niños menores de 2 años en Lima Metropolitana se manifestó de forma heterogénea, con valores que oscilaron entre niveles muy bajos y porcentajes considerablemente altos, lo que indicó diferencias sustanciales en la aceptación de esta vacuna entre los distintos distritos.

En términos generales, el promedio de Lima Metropolitana fue de 47.0%, lo que reflejó una reticencia moderada. Algunos distritos destacaron por su elevada cobertura y, por ende, baja reticencia, como Pueblo Libre (90.5%), San Borja (85.0%), Miraflores (77.1%), Barranco (70.7%), San Miguel (69.4%), La Victoria (66.8%) y San Isidro (65.6%). Estos territorios evidenciaron una fuerte adherencia a la vacunación, probablemente facilitada por el acceso a servicios de salud y una mayor conciencia sobre su importancia.

Por otro lado, distritos como San Bartolo (12.4%), Chaclacayo (9.5%), Lince (23.0%), Pucusana (25.8%), Lurigancho (24.5%) y Pachacamac (24.6%) mostraron niveles críticamente bajos, lo que denotó una alta reticencia y alertó sobre posibles brechas estructurales, desinformación o barreras territoriales para el acceso al sistema de salud.

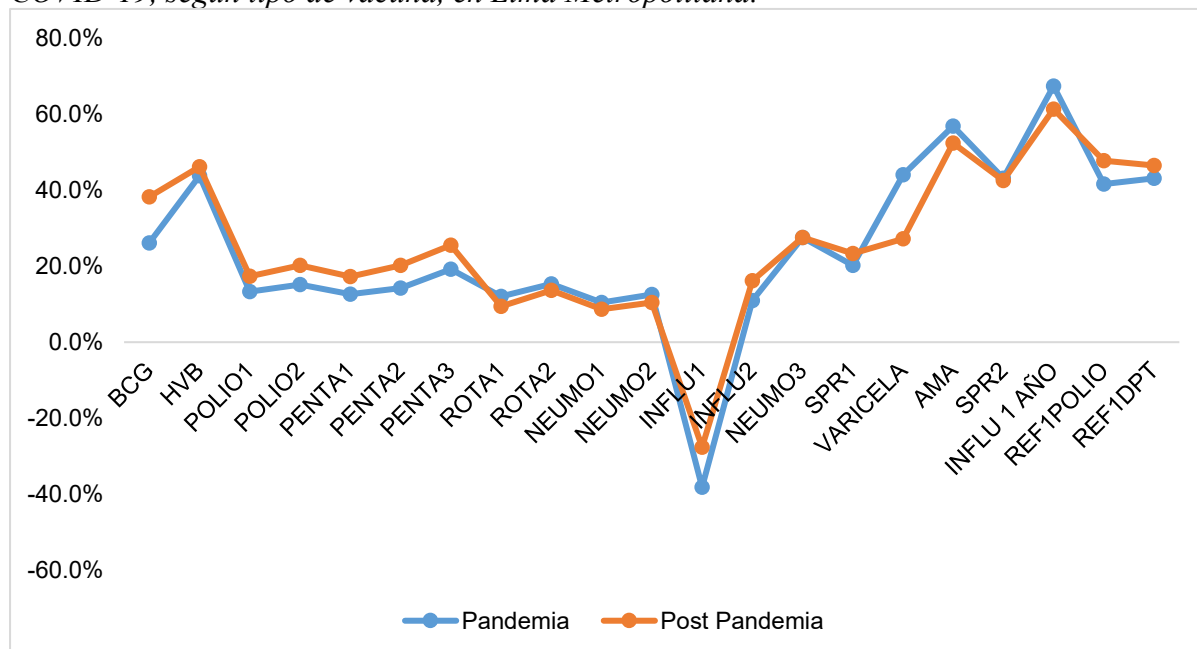
En un grupo intermedio, se encontraron distritos como El Agustino (54.7%), Breña (52.9%), Los Olivos (53.3%), San Juan de Miraflores (52.8%) y Santa Rosa (51.8%), donde la cobertura fue aceptable, aunque aún insuficiente para garantizar una protección colectiva sólida en la primera infancia.

La distribución de la reticencia a la vacuna DPT en menores de dos años fue desigual, con zonas altamente protegidas y otras con cobertura deficiente. Esta realidad destacó la necesidad de implementar intervenciones diferenciadas, reforzando campañas educativas, mejorando el acceso y promoviendo el acompañamiento comunitario en aquellas zonas donde la reticencia se mantuvo elevada.

Se presentó el análisis de la variación de la reticencia de la vacunación antes y post pandemia de Covid-19.

**Figura 24**

*Reticencia a la vacunación en niños menores de 2 años antes y después de la pandemia de COVID-19, según tipo de vacuna, en Lima Metropolitana.*



La reticencia a la vacunación en niños menores de 2 años antes y después de la pandemia, según tipo de vacuna permitió comparar los niveles de reticencia registrados durante la pandemia de COVID-19 y en el periodo posterior, según el tipo de vacuna administrada. Los valores positivos fueron interpretados como presencia de reticencia, mientras que los valores negativos indicaron aceptación o baja resistencia frente a la vacunación.

En términos generales, se observó que, tras la pandemia, la reticencia disminuyó ligeramente en algunas vacunas, aunque esta tendencia no fue uniforme. Vacunas como ROTAVIRUS1 (12.0 % a 9.5 %) y NEUMO1 (10.4 % a 8.6 %) presentaron una leve reducción en la reticencia, lo que sugirió una recuperación parcial de la confianza en estos biológicos. No obstante, en otras vacunas como HVB (de 43.9 % a 46.2 %), IPV1 (13.3 % a 17.4 %), PENTA1 (12.6 % a 17.3 %) y IPV2 (15.1 % a 20.2 %) se evidenció un incremento en la reticencia, lo que reflejó que, a pesar del fin de la emergencia sanitaria, persistieron actitudes de desconfianza y posibles brechas en el acceso o la información.

De manera destacada, las vacunas contra influenza mostraron comportamientos diferenciados. INFLU1, a pesar de mantenerse en valores negativos en ambos periodos (lo que indica una mayor aceptación), incrementó su valor de -38.2 % a -27.6 %, lo cual representa una

reducción en la aceptación. Por su parte, INFLU2 registró un aumento en la reticencia, pasando de 11.0 % durante la pandemia a 16.2 % en el periodo posterior.

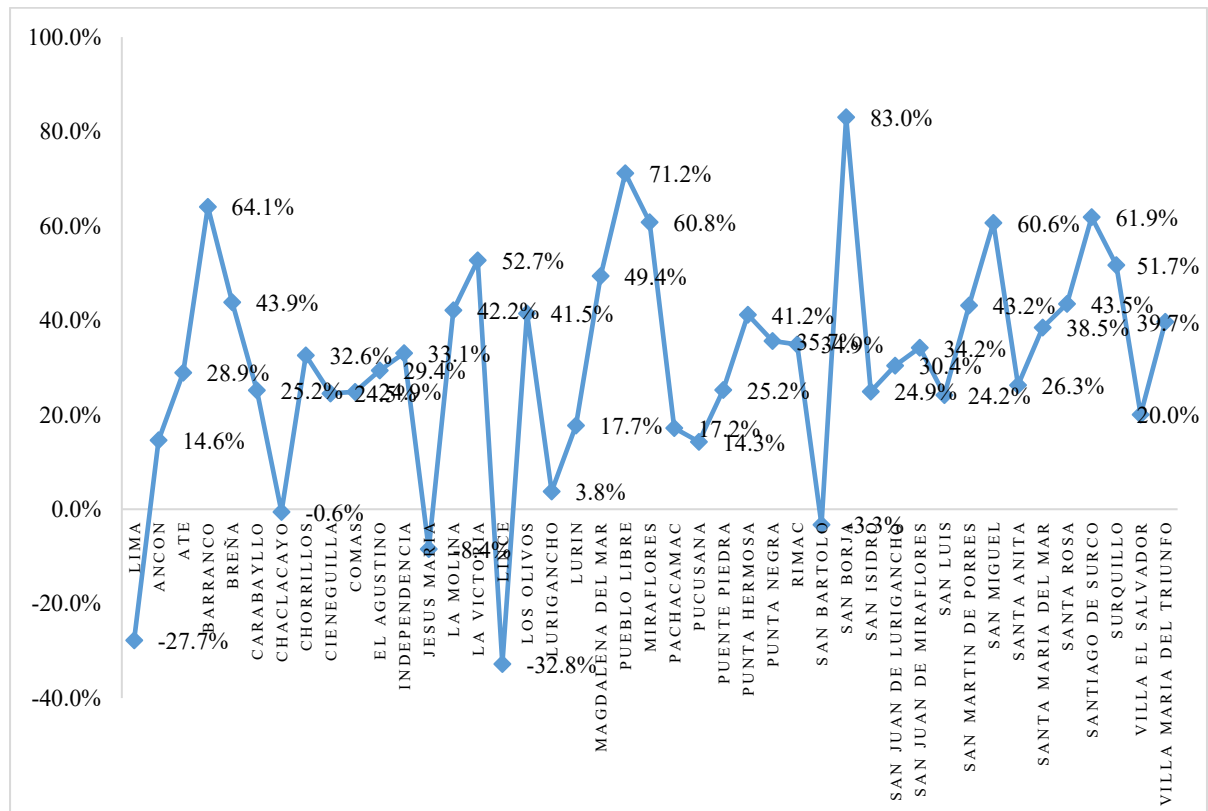
Asimismo, vacunas como VARICELA y AMA continuaron mostrando elevados niveles de reticencia tanto en pandemia como en el periodo posterior (por encima del 50 %), lo cual evidenció la persistencia de actitudes resistentes hacia estos biológicos, posiblemente vinculadas a percepciones de menor necesidad o urgencia frente a otras vacunas del esquema regular.

Estos hallazgos reflejaron que la pandemia no solo interrumpió los servicios de inmunización, sino que también dejó efectos prolongados sobre la percepción y confianza de la población en las vacunas infantiles. En consecuencia, se identificó la necesidad de implementar estrategias diferenciadas por tipo de vacuna, enfocadas en recuperar la confianza ciudadana y reducir los niveles de reticencia en el contexto postpandémico.

También se comparó la reticencia a la vacunación en niños menores de 2 años en los distritos de Lima Metropolitana.

**Figura 25**

*Reticencia a la vacunación en niños menores de 2 años en los distritos de Lima Metropolitana*



Por otro lado, se determinó si la pandemia de COVID-19 influyó significativamente en la reticencia a la vacunación en niños menores de 2 años en Lima Metropolitana.

**Tabla 1**  
*Prueba de normalidad*

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Pre Pandemia	0.135	43	0.047	0.967	43	0.257
Post Pandemia	0.203	43	0.000	0.791	43	0.000

En el caso del período pre pandemia, el valor de significancia obtenido fue de 0.257, superior al umbral de 0.05, lo que indicó que no se rechazó la hipótesis nula de normalidad. Por lo tanto, se concluyó que los datos de reticencia en dicho período presentaron una distribución normal. Por el contrario, en el período post pandemia, el valor de significancia fue de 0.000, inferior al nivel de significancia establecido. Esto llevó al rechazo de la hipótesis nula, concluyéndose que los datos correspondientes a la reticencia no siguieron una distribución normal en esta etapa. Por lo tanto, no existe comportamiento paramétrico, debido a ello se usó la prueba de Wilcoxon.

**Tabla 2.**  
*Prueba de wilcoxon*

	Post Pandemia – Pre Pandemia
Z	-2,548
Sig. asin. (bilateral)	0.011

Los resultados mostraron un valor de estadístico  $Z = -2.548$  con una significancia bilateral de 0.011, lo que indica que existieron diferencias estadísticamente significativas entre ambos períodos ( $p < 0.05$ ). En consecuencia, se rechazó la hipótesis nula de igualdad de distribuciones, concluyéndose que los niveles de reticencia a la vacunación variaron significativamente entre la etapa prepandemia y la etapa postpandemia.

Este hallazgo sugiere que la pandemia de COVID-19 tuvo un efecto significativo en la percepción y comportamiento de la población respecto a la vacunación infantil, lo cual refuerza la necesidad de estrategias diferenciadas para recuperar la confianza y mejorar la cobertura en el contexto posterior a la emergencia sanitaria.

Finalmente se diseñó una propuesta de campaña informativa comunitaria para disminuir la reticencia a la vacunación en niños menores de 2 años en Lima Metropolitana.

## CAMPAÑA INFORMATIVA COMUNITARIA: “Vacúnalo con amor: su futuro depende de ti”

### **1. Justificación**

La evidencia recogida reveló una disminución preocupante en la cobertura de vacunas en niños menores de 2 años en distritos urbanos de Lima Metropolitana, especialmente en etapas posteriores al primer semestre de vida. Este fenómeno está asociado a factores como desinformación, miedo a efectos secundarios, baja confianza en el sistema de salud y la falta de estrategias de comunicación culturalmente pertinentes. Por ello, se diseñó una campaña comunitaria con enfoque empático, territorial y multisectorial.

### **2. Objetivo General**

Reducir la reticencia a la vacunación en niños menores de 2 años en Lima Metropolitana mediante una campaña informativa comunitaria con enfoque emocional, educativo y territorial.

### **3. Objetivos Específicos**

- Sensibilizar a los cuidadores sobre los beneficios y seguridad de las vacunas.
- Fortalecer el vínculo entre las familias y los servicios de salud locales.
- Contrarrestar mitos y desinformación mediante canales y voces de confianza.
- Fomentar la continuidad del esquema de vacunación infantil.

### **4. Público objetivo**

- Madres, padres y cuidadores de niños menores de 2 años, especialmente en zonas de alta reticencia: Santa Rosa, Santa María del Mar, Santiago de Surco, San Borja, Pueblo Libre y Miraflores.
- Agentes comunitarios, promotores de salud y personal de postas médicas.

### **5. Estrategias y componentes**

#### **A. Comunicación emocional**

- Empleo de testimonios reales (madres, personal de salud, líderes vecinales).
- Slogans empáticos: “Vacúnalo con amor, protégelo siempre”; “Vacunar es un acto de amor y responsabilidad” y “Tú decides proteger. Nosotros te informamos.”

#### **B. Vinculación comunitaria**

- Promotores de salud capacitados como voceros.
- Coordinación con comedores populares, clubes de madres, Vaso de Leche y ollas comunes.
- Charlas breves en ferias, mercados y eventos locales.

### C. Accesibilidad de la información

- Diseño de materiales con enfoque intercultural y lenguaje sencillo.
- Formatos: Audios para WhatsApp (en español y quechua); afiches ilustrativos en postas, paraderos y colegios y vídeos breves en redes sociales.

### D. Educación preventiva

- Minitalleres en centros de salud: “¿Por qué vacunar a mi bebé?”
- Capacitación a líderes locales sobre cómo responder a preguntas frecuentes.
- Entrega de “Cartilla del Primer Año Protegido” con calendario vacunal visual.

## 6. Plan de medios

Medio/Canal	Acción específica	Frecuencia
Radio local y comunitaria	Spots de 30 y 60 segundos	3 veces al día
WhatsApp barrial	Difusión de mensajes de voz y videos cortos	2 veces por semana
Facebook y TikTok	Historias, reels y publicaciones de testimonios	Diario
Perifoneo	Mensajes grabados para zonas alejadas	Semanal
Presencial	Charlas en mercados, colegios, postas y ferias	Fines de semana

## 7. Cronograma estimado (12 semanas)

Fase	Actividades Clave	Tiempo
Preparación	Identificación de zonas, diseño de materiales, formación de promotores	Semanas 1–2
Lanzamiento	Evento inicial en cada distrito con feria y voceros comunitarios	Semana 3
Implementación	Difusión radial, perifoneo, visitas domiciliarias, charlas comunitarias	Semanas 4–10
Refuerzo	Segunda ronda de mensajes y testimonios con resultados parciales	Semanas 11–12

## 8. Indicadores de evaluación

Indicador	Fuente	Frecuencia
% de cuidadores que completan esquema vacunal	Registros de centros de salud	Mensual
% de cuidadores sensibilizados por la campaña	Encuestas breves post-actividad	Bimensual
Reproducciones e interacciones digitales	Estadísticas de redes sociales	Semanal
N° de promotores capacitados y activos	Reportes de coordinación local	Una vez

## 9. Presupuesto estimado

Rubro	Detalle	Costo estimado
Material gráfico	Diseño e impresión (afiches, cartillas)	S/ 5,000
Producción audiovisual	Videos y audios para redes/WhatsApp	S/ 3,500
Honorarios promotores	Estímulos para 10 promotores durante 3 meses	S/ 9,000
Eventos comunitarios	Logística de ferias y charlas barriales	S/ 4,000
Difusión radial y perifoneo	Espacios en radio y altoparlantes móviles	S/ 3,000
Total estimado		<b>S/ 24,500</b>

## 10. Sostenibilidad

Se promovió la participación de los gobiernos locales y la articulación con el Ministerio de Salud para continuar la difusión como parte de las campañas permanentes. Asimismo, se planteó la capacitación de nuevos agentes comunitarios para replicar la estrategia en otros distritos de Lima y regiones con brechas similares.

En concreto la evaluación de la reticencia a la vacunación en niños menores de 2 años en Lima Metropolitana permitió identificar una problemática compleja, multifactorial y territorialmente diferenciada. En primer lugar, el análisis por tipo de vacuna reveló que la reticencia no fue uniforme, presentándose mayores niveles de abandono o no inicio en vacunas como IPV3, PENTA3, NEUMO3, VARICELA, HAV y AMA, particularmente en distritos con mayor nivel urbano y acceso a servicios de salud, como San Borja, Pueblo Libre, Miraflores y Barranco. Esta situación evidenció que no solo las condiciones estructurales, sino también factores socioculturales como la desinformación, la baja percepción del riesgo y la confianza limitada en las vacunas, influyeron en la decisión de vacunar.

En segundo lugar, el análisis comparativo antes y después de la pandemia de COVID-19 permitió constatar que, si bien algunas vacunas mostraron una leve recuperación de cobertura en el periodo posterior, como ROTAVIRUS1 y NEUMO1, en la mayoría se observó un incremento en la reticencia, especialmente en HVB, POLIO y PENTA. Esto sugiere que el impacto de la pandemia fue persistente y que la recuperación del esquema vacunal aún no se ha consolidado completamente.

Asimismo, la comparación territorial entre distritos evidenció que la reticencia fue particularmente alta en distritos densamente poblados y con desarrollo urbano consolidado, desafiando la idea de que esta problemática se concentra únicamente en zonas periféricas. De manera significativa, distritos como San Borja, Miraflores y Santiago de Surco acumularon altos niveles de reticencia en la mayoría de vacunas, lo cual refleja una crisis de confianza más que un problema de acceso físico.

En cuarto lugar, el análisis estadístico mediante la prueba de Wilcoxon confirmó que la pandemia de COVID-19 tuvo un impacto significativo en los niveles de reticencia vacunal, con una diferencia estadísticamente significativa entre el período pre y postpandemia ( $p=0.011$ ). Este hallazgo refuerza la necesidad de políticas públicas sostenidas para revertir los efectos negativos que dejó la crisis sanitaria sobre los esquemas de inmunización infantil.

Finalmente, como respuesta estratégica a estos hallazgos, se diseñó una campaña informativa comunitaria titulada “Vacúnalo con amor: su futuro depende de ti”, orientada a reducir la reticencia desde un enfoque emocional, educativo y territorial. Esta estrategia buscó sensibilizar a cuidadores, fortalecer el vínculo con el sistema de salud y contrarrestar la desinformación, especialmente en distritos priorizados por su alta reticencia.

## **CAPÍTULO V. Propuesta de lineamientos de intervención dirigidos al Ministerio de Salud para reducir la reticencia a la vacunación infantil en niños menores de 2 años.**

La evidencia empírica obtenida en esta investigación ha permitido identificar la reticencia a la vacunación infantil como una problemática compleja, multifactorial y diferenciada territorialmente, que exige una respuesta articulada y sostenida desde las políticas públicas. En este contexto, se plantea una propuesta de lineamientos estratégicos dirigida al Ministerio de Salud, con el fin de reducir los niveles de reticencia vacunal en niños menores de 2 años, especialmente en los distritos críticos de Lima Metropolitana.

### **5.1. Enfoque de la Propuesta**

Los lineamientos están orientados desde un enfoque integral de salud pública, que articula la comunicación estratégica, la gestión territorial, la participación comunitaria y el fortalecimiento institucional. Asimismo, se incorpora la perspectiva del **Modelo de Creencias en Salud**, la **Teoría del Comportamiento Planeado** y la **Teoría Cognitiva Social**, que permiten comprender y abordar las actitudes y percepciones que influyen en la decisión de vacunar.

### **5.2. Objetivo General**

Establecer lineamientos de intervención para el Ministerio de Salud que contribuyan a disminuir la reticencia a la vacunación infantil en niños menores de 2 años, mediante acciones coordinadas, sostenibles y culturalmente pertinentes.

### **5.3. Lineamientos Propuestos**

#### **Lineamiento 1: Fortalecer las estrategias de comunicación empática e intercultural**

- Elaborar campañas informativas que utilicen mensajes emocionalmente conectivos y testimonios de padres, profesionales de salud y líderes comunitarios.
- Utilizar múltiples canales (radios locales, WhatsApp, redes sociales, perifoneo, ferias comunales) para garantizar el alcance efectivo, especialmente en zonas de alta reticencia.
- Desarrollar materiales educativos visuales en diferentes lenguas y con enfoque intercultural.

#### **Lineamiento 2: Reforzar la capacitación del personal de salud y agentes comunitarios**

- Implementar módulos formativos sobre entrevista motivacional, manejo de objeciones, alfabetización sanitaria y escucha activa.
- Acreditar a promotores comunitarios de salud como voceros locales, capaces de identificar barreras y acompañar procesos de vacunación.

### **Lineamiento 3: Garantizar una asignación presupuestal diferenciada y focalizada**

- Priorizar la inversión pública en distritos con mayores niveles de reticencia, asegurando recursos logísticos, humanos y comunicacionales.
- Reinstalar líneas presupuestales específicas para campañas de recuperación de esquemas vacunales y sensibilización comunitaria.

### **Lineamiento 4: Establecer sistemas de monitoreo continuo de la reticencia vacunal**

- Incluir un indicador específico de reticencia vacunal en los tableros de control del Minsa, con datos desagregados por distrito, edad y tipo de vacuna.
- Articular la información del REUNIS con sistemas de alerta temprana para activar intervenciones inmediatas ante caídas en la cobertura.

#### **5.4. Consideraciones para la Implementación**

La implementación de estos lineamientos requiere del liderazgo del Ministerio de Salud y la articulación con las Direcciones de Redes Integradas de Salud (DIRIS), municipalidades y organizaciones sociales de base. Asimismo, debe contemplar una evaluación continua de impacto, basada en indicadores de cobertura, percepción comunitaria y cambios en la intención de vacunación.

#### **5.5. Sostenibilidad**

La sostenibilidad de esta propuesta depende de su institucionalización dentro de los planes operativos anuales, el fortalecimiento de capacidades locales y la participación activa de las comunidades. La reducción de la reticencia vacunal debe entenderse como una política pública de mediano y largo plazo, que combine estrategias comunicacionales, educativas, estructurales y normativas.

## Conclusiones

1. El estudio evidenció que existen brechas significativas en la cobertura del esquema regular de vacunación infantil, especialmente en las vacunas IPV3, PENTA3, NEUMO3, VARICELA, HAV y AMA. Estos niveles de abandono o no inicio representan un riesgo real de reaparición de enfermedades prevenibles, afectando directamente la protección colectiva de los niños menores de dos años en Lima Metropolitana.
2. La pandemia de COVID-19 generó un impacto estadísticamente significativo en los niveles de reticencia vacunal, tal como lo demostró la prueba de Wilcoxon. Aunque algunas vacunas presentaron una ligera recuperación posterior, la reticencia aumentó en la mayoría, lo cual evidencia que la desconfianza hacia el sistema de salud persiste incluso en la etapa postpandemia.
3. La distribución territorial de la reticencia mostró un patrón inesperado, dado que los mayores niveles se concentraron tanto en zonas periféricas como en distritos altamente urbanizados y con mejores condiciones socioeconómicas, entre ellos San Borja, Miraflores y Pueblo Libre, confirmando con ello que la reticencia no responde únicamente a factores estructurales de acceso, sino también a percepciones socioculturales, desinformación y baja valoración del riesgo.
4. Las teorías del Modelo de Creencias en Salud, la Teoría del Comportamiento Planeado y la Teoría Cognitiva Social demostraron ser marcos adecuados para comprender la reticencia vacunal. Asimismo, variables como la percepción del riesgo, la autoeficacia, las creencias personales y la influencia social influyen de manera directa y decisiva en este comportamiento.
5. Persisten problemas estructurales y comunicacionales que debilitan el cumplimiento del esquema regular de vacunación infantil, tales como la desigualdad en la asignación presupuestal por distrito, la escasa continuidad de campañas informativas, la debilidad de estrategias empáticas y la limitada articulación comunitaria. Frente a ello, la campaña “Vacúnalo con amor: su futuro depende de ti” constituye una propuesta de intervención viable, alineada con los hallazgos del estudio y orientada a fortalecer la confianza ciudadana mediante un enfoque emocional, educativo y territorial.

## Recomendaciones

1. **Fortalecimiento del esquema regular de vacunación infantil:** A partir de las brechas identificadas en vacunas esenciales como IPV3, PENTA3, NEUMO3, VARICELA, HAV y AMA, se recomienda implementar un plan de recuperación vacunal que incluya brigadas móviles, horarios extendidos, seguimiento personalizado y estrategias domiciliarias. Estas acciones deben priorizar los distritos con mayor abandono del esquema evitando así la reaparición de enfermedades prevenibles y fortaleciendo la protección colectiva de los niños.
2. **Estrategias comunicacionales sostenidas frente a la desconfianza postpandemia:** Considerando que la pandemia COVID-19 incrementó significativamente la reticencia vacunal y deterioró la confianza hacia el sistema de salud, es necesario desarrollar campañas informativas permanentes, coherentes y basadas en evidencia científica. Estas deben abordar temores, corregir información errónea y reforzar la seguridad del esquema regular mediante mensajes claros y accesibles, difundidos en medios tradicionales, entornos digitales y espacios comunitarios.
3. **Intervenciones territoriales diferenciadas según el patrón geográfico de reticencia:** Debido a que los mayores niveles de reticencia se presentan tanto en distritos periféricos como en zonas urbanizadas con mejores condiciones socioeconómicas, como San Borja, Miraflores y Pueblo Libre, se recomienda diseñar estrategias adaptadas a cada territorio, las cuales deben incluir diagnósticos locales, participación activa de municipalidades y líderes comunitarios, así como campañas segmentadas que consideren los factores socioculturales que condicionan la decisión de vacunación.
4. **Fortalecimiento de capacidades del personal de salud en comunicación y consejería:** Dado que las percepciones, las creencias personales, la autoeficacia y la influencia social influyen directamente en la aceptación o rechazo del esquema regular, es fundamental capacitar al personal de salud en comunicación de riesgos, consejería breve y abordaje de dudas frecuentes. Este fortalecimiento debe basarse en marcos teóricos estudiados en la presente investigación, ya que permite conocer y manejar las barreras psicológicas que sustentan la reticencia vacunal.
5. **Consolidación de estrategias integrales con enfoque emocional, educativo y comunitario:** Frente a los problemas estructurales y comunicacionales identificados, se recomienda implementar intervenciones integrales que combinen educación sanitaria, comunicación empática y participación comunitaria. En este marco, la campaña “Vacúnalo

con amor: su futuro depende de ti” representa una propuesta viable que articula esfuerzos entre centros de salud, municipalidades y agentes locales, utilizando un enfoque emocional y territorial que fortalezca la confianza ciudadana y mejore la adherencia al esquema de vacunación infantil.

## Referencias Bibliográficas

- Alberca, J. (2025, junio 14). ¿Qué consecuencias tendrá para la Salud Global la «purga» en el Comité Asesor de Vacunas de EEUU? *Gaceta Médica*.  
<https://gacetamedica.com/politica/consecuencias-tendra-salud-global-purga-comite-asesor-vacunas-eeuu/>
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Prentice-Hall.
- Betsch, C., Böhm, R., & Chapman, G. B. (2015). Using Behavioral Insights to Increase Vaccination Policy Effectiveness. *Policy Insights from the Behavioral and Brain Sciences*, 2(1), 61-73. <https://doi.org/10.1177/2372732215600716>
- Betsch, C., Schmid, P., Heinemeier, D., Korn, L., Holtmann, C., & Böhm, R. (2018). Beyond confidence: Development of a measure assessing the 5C psychological antecedents of vaccination. *PloS One*, 13(12), e0208601.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208601>
- Buendía, G. (2024). *Reticencia vacunal en padres de niños menores de 01 año en el Distrito de Ascensión, Huancavelica, 2022*. <https://hdl.handle.net/20.500.14597/8432>
- Bustamante, P. (2023, febrero 12). La Mirada: Cobertura de vacunación en infantes aún no alcanza los niveles prepandemia. *El Comercio*.  
<https://elcomercio.pe/economia/opinion/la-mirada-cobertura-de-vacunacion-en-infantes-aun-no-alcanza-los-niveles-prepandemia-vacunas-prevalente-poliomielitis-rotavirus-prepandemia-covid-19-coronavirus-noticia/>
- Cagnotta, C., Carta, N., Cardillo, M., Pirozzi, D., Catalán, D., Capuano, A., & Scavone, C. (2025). Parental vaccine hesitancy: Recent evidences support the need to implement targeted communication strategies. *Journal of Infection and Public Health*, 18(2), 102648. <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2024.102648>

- Covello, V., & Sandman, P. (2001). *Risk Communication: Evolution and Revolution*.  
[https://www.researchgate.net/publication/284045254\\_Risk\\_Communication\\_Evolution\\_and\\_Revolution](https://www.researchgate.net/publication/284045254_Risk_Communication_Evolution_and_Revolution)
- Cruz, M., Rodríguez, A., Hortal, J., & Padilla, J. (2019). Reticencia vacunal: Análisis del discurso de madres y padres con rechazo total o parcial a las vacunas. *Gaceta Sanitaria*, 33(1), 53-59. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.07.004>
- Dubé, E., Laberge, Caroline, Guay, Maryse, Bramadat, P., Roy, Réal, & Bettinger, J. (2013). Vaccine hesitancy: Una visión general. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 9(8), 1763-1773. <https://doi.org/10.4161/hv.24657>
- Duong, A. H. (2024). Parents' Willingness to Vaccinate Their Children Aged From 6 Months to Under 5 Years With COVID-19 Vaccines. *Clinical Pediatrics*, 64(4), 99228241281126. <https://doi.org/10.1177/00099228241281126>
- Elflein, J. (2020). *Share of people who strongly or somewhat agree vaccines are safe 2018 worldwide*. Statista. <https://www.statista.com/statistics/1052198/share-of-people-globally-strongly-or-somewhat-agreeing-vaccines-are-safe/>
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behaviour: An introduction to theory and research* (Vol. 27).
- Florencia, M. (2024, enero 31). *Infografía: Los países más y menos corruptos del mundo*. Statista Daily Data. <https://es.statista.com/grafico/7857/el-mapa-de-la-corrupcion-mundial>
- Gagneur, A. (2020). Motivational interviewing: A powerful tool to address vaccine hesitancy. *Canada Communicable Disease Report = Releve Des Maladies Transmissibles Au Canada*, 46(4), 93-97. <https://doi.org/10.14745/ccdr.v46i04a06>

- Gómez, C. (2025, junio 12). *El aumento de casos de tos ferina causa la muerte de 10 niños en Perú*. El País América. <https://elpais.com/america/2025-06-12/el-aumento-de-casos-de-tos-ferina-causa-muerte-de-10-ninos-en-peru.html>
- Kaushik, A., Fomicheva, J., Boonstra, N., Faber, E., Gupta, S., & Kest, H. (2025). Pediatric Vaccine Hesitancy in the United States—The Growing Problem and Strategies for Management Including Motivational Interviewing. *Vaccines*, *13*(2), 115. <https://doi.org/10.3390/vaccines13020115>
- Larson, H., Jarrett, C., Eckersberger, E., Smith, D., & Paterson, P. (2014). Understanding vaccine hesitancy around vaccines and vaccination from a global perspective: A systematic review of published literature, 2007–2012. *Vaccine*, *32*(19), 2150-2159. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2014.01.081>
- Li, M., Sun, C., Ji, C., Gao, M., Wang, X., Yao, D., Guo, J., Sun, L., Rafay, A., George, A. S., Muhandiramge, S. H. S. S., & Bai, G. (2025). Vaccine Hesitancy and Associated Factors Among Caregivers of Children With Special Health Care Needs in the COVID-19 Era in China: Cross-Sectional Study. *JMIR Public Health and Surveillance*, *11*(1), e67487. <https://doi.org/10.2196/67487>
- Lloyd, S., & Wiysonge, C. (2020). Social media and vaccine hesitancy. *BMJ Global Health*, *5*(10). <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-004206>
- Lucero-Prisno, D. E. I., Kouwenhoven, M. B. N., Adebisi, Y. A., Miranda, A. V., Gyeltshen, D., Suleman, M. H., Chiumia, I. K., Lowe, M., Dorji, T., Huang, J., Gacutno-Evardone, A. J., Lin, X., Dzhusupov, K., Abordo Gacutno, K. J., Budhathoki, S. S., Jensen, O., Amnatsatsue, K., Fessehaye Sium, A., Ikeda, T., & Wong, M. C. S. (2022). Top ten public health challenges to track in 2022. *Public Health Challenges*, *1*(3), e21. <https://doi.org/10.1002/puh2.21>

- MacDonald, N. (2015). Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. *Vaccine*, 33(34), 4161-4164. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.04.036>
- Maco, J. (2024). *Reticencia y adherencia a la vacunación contra COVID-19 en padres de familias para con sus hijos en el Centro de Atención Primaria III San Isidro, 2024*. <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/15279>
- Mendoza, J. (2024). *DTP3 vaccination among kids in Latin America*. Statista. <https://www.statista.com/statistics/1200281/latin-america-caribbean-diphtheria-tetanus-pertussis-vaccine-coverage/>
- Mesa de Concertación para la Lucha & contra la Pobreza [MCLCP]. (2025). *PERÚ: Avances y Desafíos en las Coberturas de Vacunación. Año 2024*. [https://intranet.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2025-04-29/reporte-sobre-situacion-de-las-vacunas.pdf?utm\\_source](https://intranet.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2025-04-29/reporte-sobre-situacion-de-las-vacunas.pdf?utm_source)
- Monarez, J., & Camacho, A. (2023). Factores de abandono de vacunación en niños menores de 2 años en Centro Salud Capilla de Pacay. *FACSAUD-UNEMI*, 7(13), Article 13. <https://doi.org/10.29076/issn.2602-8360vol7iss13.2023pp4-12p>
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- Nutbeam, D., & Muscat, D. M. (2021). Health Promotion Glossary 2021. *Health Promotion International*, 36(6), 1578-1598. <https://doi.org/10.1093/heapro/daaa157>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Comité asesor de investigación sobre la implementación de la inmunización y las vacunas (IVIR-AC)*. <https://www.who.int/groups/immunization-and-vaccines-related-implementation-research-advisory-committee/about>
- Renn, O. (2017). *Gobernanza de riesgos: Cómo afrontar la incertidumbre en un mundo complejo*. <https://doi.org/10.4324/9781849772440>

- Rojas, M. (2025, junio 12). *Minsa advierte que la protección contra la tos ferina se logra al completar todas las dosis de la vacuna.* infobae. <https://www.infobae.com/peru/2025/06/12/minsa-advierete-que-la-proteccion-contra-la-tos-ferina-se-logra-al-completar-todas-las-dosis-de-la-vacuna/>
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*, 2(4), 328-335.
- Roy, S., Sunny, M. E., & Roy, S. (2024, noviembre 14). Global measles cases jumped in 2023 due to «inadequate» vaccine coverage. *Reuters*. <https://www.reuters.com/business/healthcare-pharmaceuticals/global-measles-cases-jumped-2023-due-inadequate-vaccine-coverage-2024-11-14/>
- Saavedra, E., Apaza, C., & Puño, L. (2024). Disposición de padres para vacunar a menores de 11 años contra COVID-19 en el sur peruano. *Revista Eugenio Espejo*, 18(3), 29-43. <https://doi.org/10.37135/ee.04.21.03>
- Scavarda, A., Cardano, M., & Gariglio, L. (2025). Childhood Vaccine Hesitancy as an Interaction-Based Phenomenon. *Sociology of Health & Illness*, 47(4), e70036. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.70036>
- Slovic, P. (2000). *The perception of risk* (pp. xxxvii, 473). Earthscan Publications.
- Smith, P. J., Kennedy, A. M., Wooten, K., Gust, D. A., & Pickering, L. K. (2006). Association Between Health Care Providers' Influence on Parents Who Have Concerns About Vaccine Safety and Vaccination Coverage. *Pediatrics*, 118(5), e1287-e1292. <https://doi.org/10.1542/peds.2006-0923>
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H., & (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>

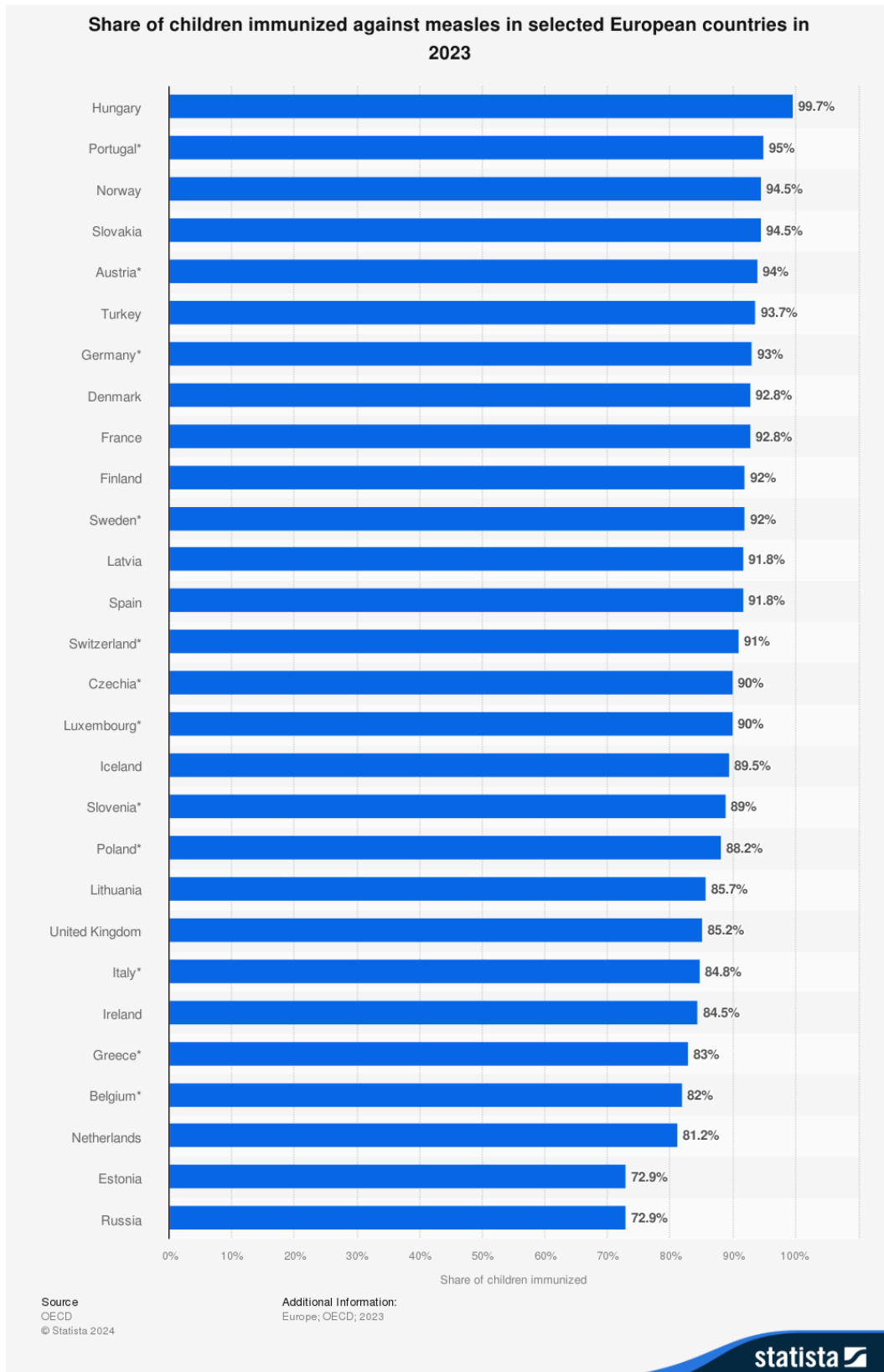
- Stewart, C. (2024). *Measles immunization in Europe 2023*. Statista.  
<https://www.statista.com/statistics/1122312/measles-immunization-in-europe/>
- Stewart, C. (2024). *MMR immunization by country in UK 2023/24*. Statista.  
<https://www.statista.com/statistics/378692/measles-mumps-and-rubella-immunisation-by-country-in-uk/>
- Wardle, C., & Derakhshan, H. (2017). *Information disorder: Toward an interdisciplinary framework for research and policy making*. Council of Europe Publishing.  
<https://edoc.coe.int/en/media/7495-information-disorder-toward-an-interdisciplinary-framework-for-research-and-policy-making.html>
- Wong, M., Wong, E., Huang, J., Cheung, A., Law, K., Chong, M., Ng, R., Lai, C., Boon, S., Lau, J., Chen, Z., & Chan, P. (2021). Acceptance of the COVID-19 vaccine based on the health belief model: A population-based survey in Hong Kong. *Vaccine*, 39(7), 1148-1156. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2020.12.083>
- World Health Organization. (2019). *Ten health issues WHO will tackle this year*.  
<https://www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019>
- Yana, N. (2024). *Factores asociados a la reticencia a la vacunación por parte de padres de niños menores de 5 años de la I.E. Inicial Glorioso San Carlos – Puno 2024*.  
<https://repositorio.unap.edu.pe/handle/20.500.14082/22754>

## **Anexos**

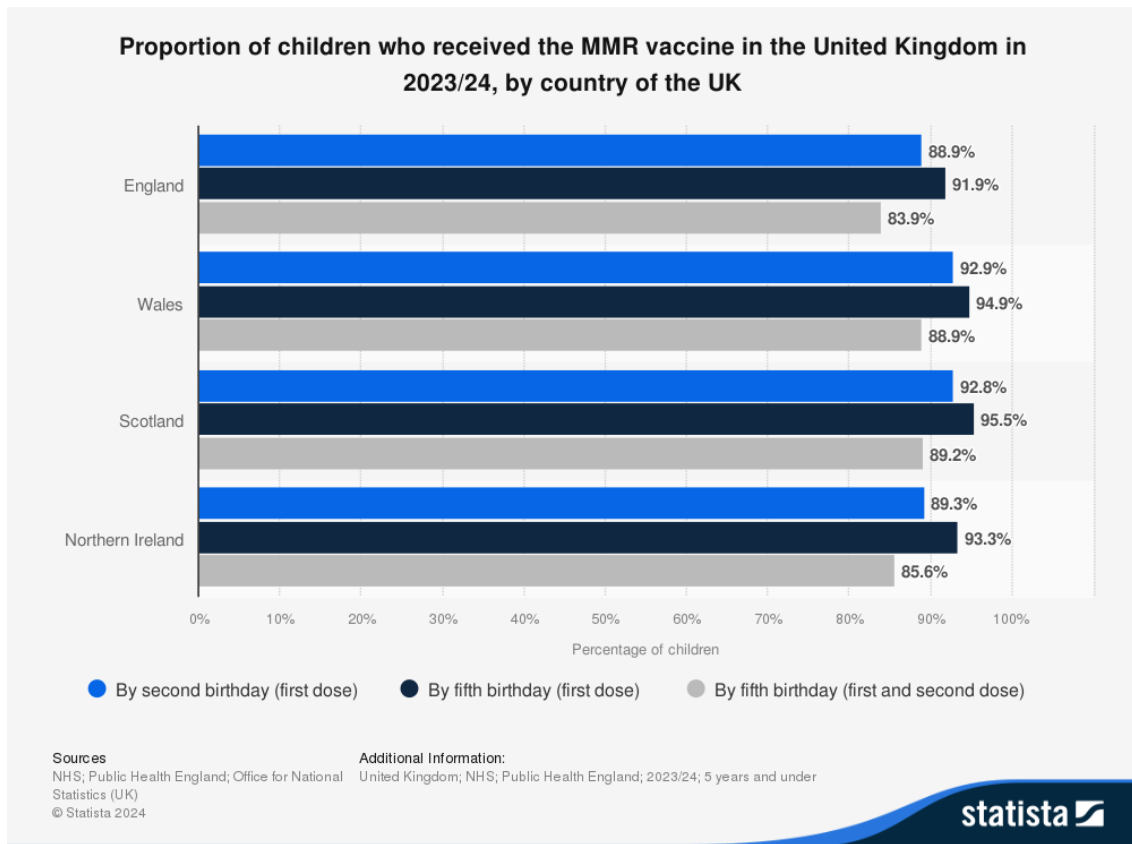
### Anexo 1: Matriz de consistencia

<b>Componentes</b>	<b>Contenido</b>
<b>Título</b>	Reticencia a la vacunación en niños menores de 2 años en distritos de Lima Metropolitana.
<b>Problema de investigación</b>	¿Cuál es la reticencia a la vacunación infantil en niños menores de 2 años en Lima Metropolitana?
<b>Objetivo general</b>	Evaluar la reticencia a la vacunación infantil en niños menores de 2 años en Lima Metropolitana.
<b>Objetivos específicos</b>	1. Describir la reticencia según tipo de vacuna. 2. Analizar la variación antes y después de la pandemia. 3. Comparar entre distritos. 4. Determinar si la pandemia influyó significativamente. 5. Diseñar una campaña informativa comunitaria.
<b>Variable</b>	Reticencia a la vacunación.
<b>Dimensiones de la variable</b>	- Tipo de vacuna - Período (pre y post pandemia) - Distrito de residencia - Cambios percibidos tras la pandemia.
<b>Tipo y diseño de investigación</b>	Tipo: Aplicada Enfoque: Cuantitativo Diseño: No experimental, transversal, comparativo-retrospectivo.
<b>Nivel de investigación</b>	Descriptivo, explicativo y propositivo.
<b>Técnicas e instrumentos de recolección de datos</b>	- Técnica: Análisis documental y estadístico - Instrumento: Base de datos secundarias de REUNIS, CDC Perú, INEI, OMS, OPS.
<b>Población y muestra</b>	Registros de vacunación en niños menores de 2 años en los distritos de Lima Metropolitana, entre 2018 y 2024
<b>Análisis de datos</b>	Estadísticos descriptivos y comparativos: Wilcoxon, análisis de tendencia y variación por distrito y vacuna.
<b>Resultados esperados</b>	Identificar vacunas y distritos con mayor reticencia, cambios post pandemia, y proponer una campaña informativa efectiva para reducir dicha reticencia.

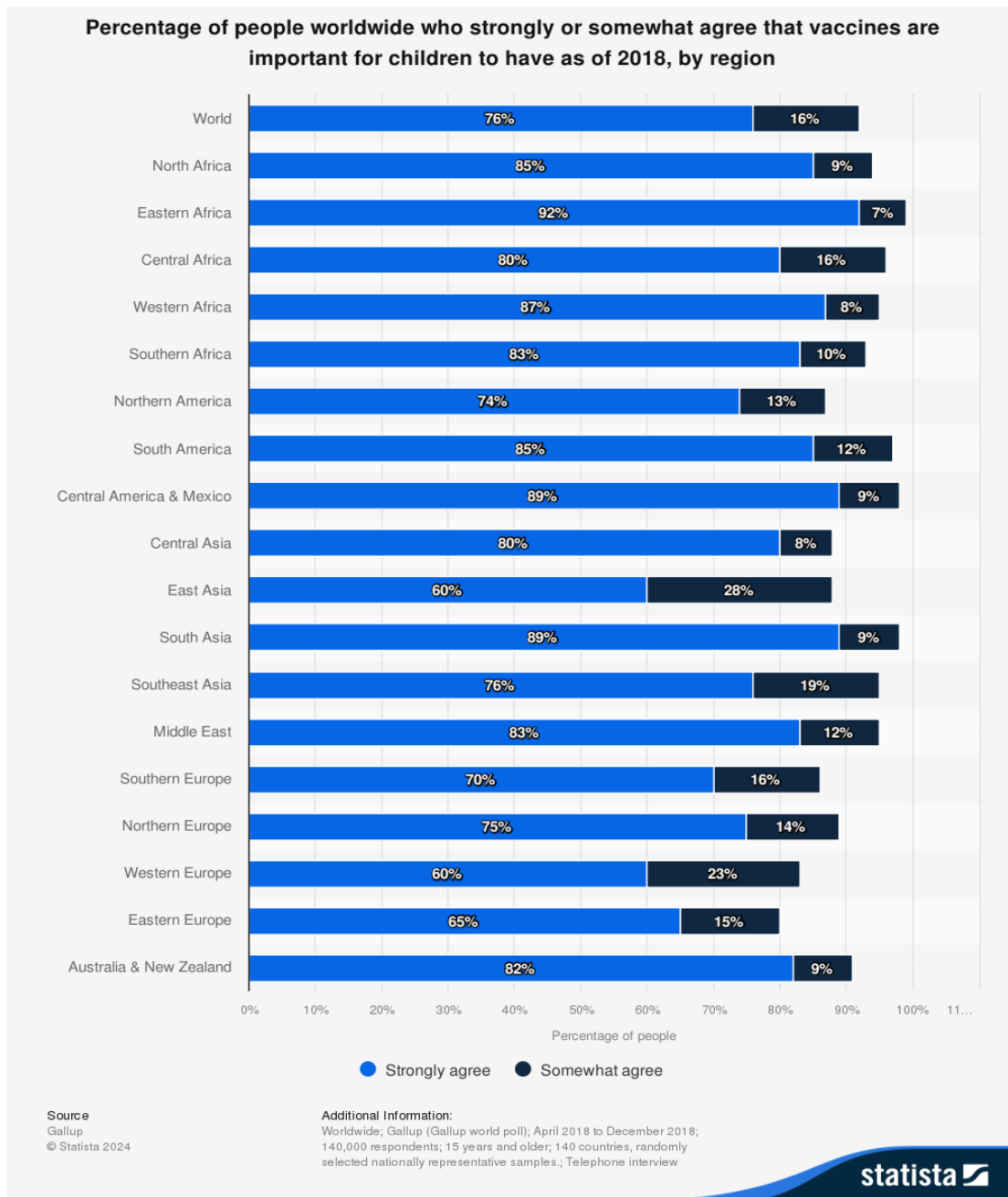
## Anexo 2: Porcentaje de niños vacunados contra el sarampión en países europeos seleccionados en 2023



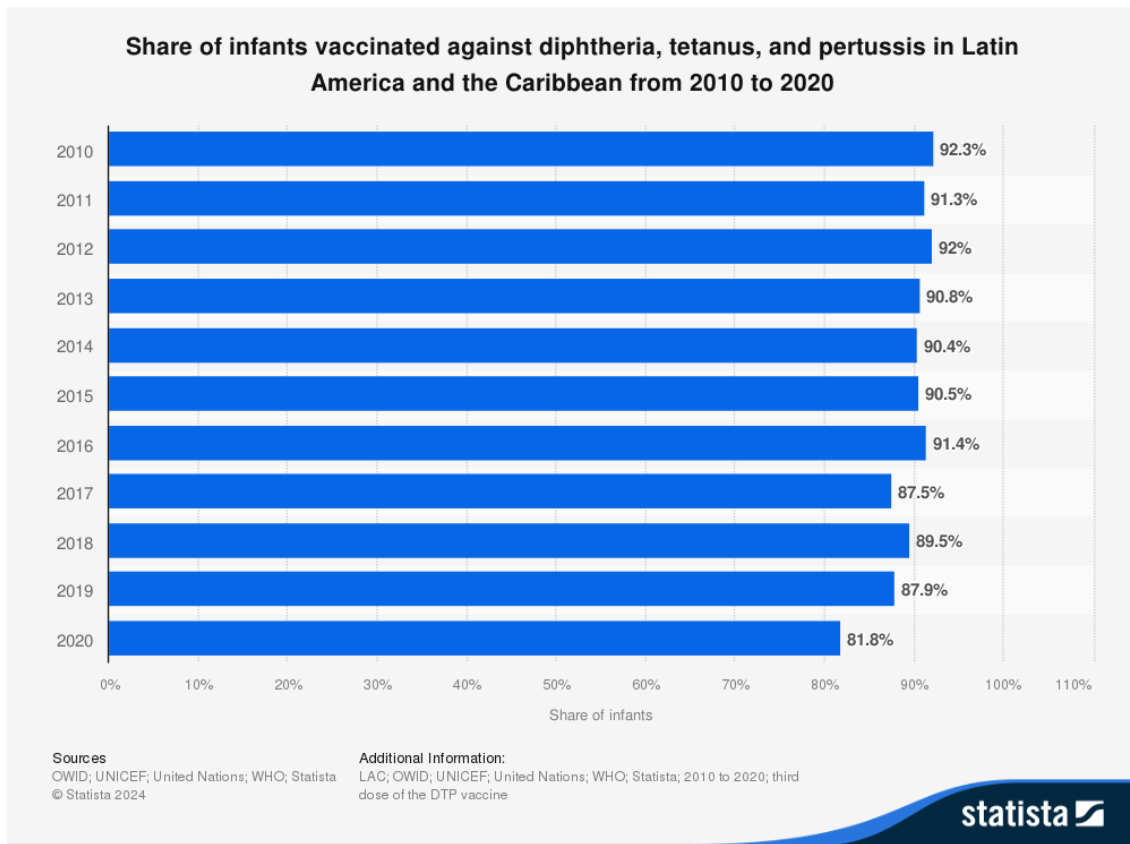
### Anexo 3: Proporción de niños que recibieron la vacuna triple vírica en el Reino Unido en 2023/24



## Anexo 4: Porcentaje de padres que declaran estar preocupados por los efectos secundarios de las vacunas infantiles en EE.UU.



## Anexo 5: Porcentaje de lactantes vacunados contra la DTP en América Latina y el Caribe (2010-2020)

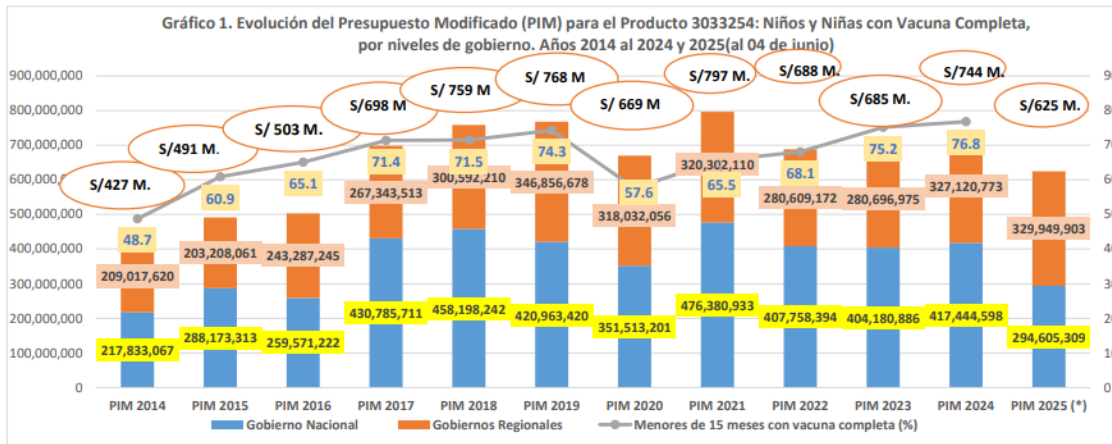


## Anexo 6: Cuán escéptica es Latinoamérica respecto a las vacunas



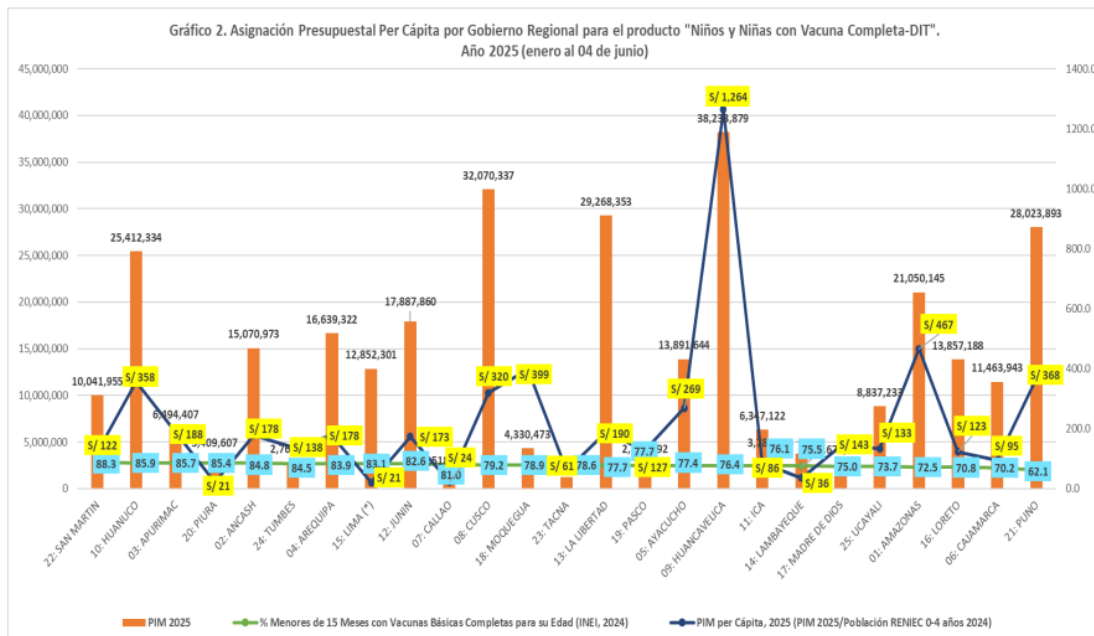
Nota. Florencia (2024), publicado en Statistica.

## Anexo 7: Evolución del Presupuesto Modificado para el Producto 2022254: Niños y Niñas con vacuna completa, por niveles de gobierno años 2014 al 2024 y 2025 (al 04 junio)



Fuente: MEF-Consulta Amigable (Última actualización: 04 de junio de 2025) / INEI-ENDES PPR 2024/. Elaboración: Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza-MCLCP. (\*) A partir del año 2022 el producto 3033254: NIÑOS Y NIÑAS CON VACUNA COMPLETA, migra del PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL (PP 0001) al PPOr DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO (PP 1001)

## Anexo 8: Asignación presupuestal Per capita regional para el producto “Niños y niñas con Vacuna Completa -DIT” 2025(enero al 4 de Junio)



Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas-MEF-Consulta Amigable/ RENIEC POBLACIÓN IDENTIFICADA CON DNI, SEGÚN LUGAR DE RESIDENCIA, AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2024/ INEI-ENDES 2024/ Elaboración: Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza-MCLCP.