

Maestría en Salud Pública

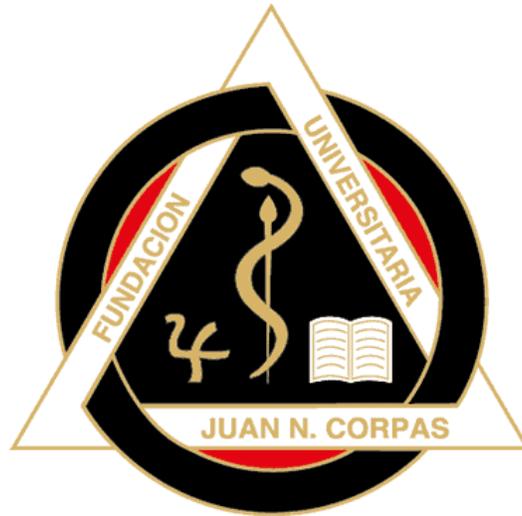


FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
JUAN N. CORPAS

Educación y Salud de Calidad
con Sentido Social

Tesis de grado

**Identificación de la influencia de los determinantes sociales en salud en la
disminución de coberturas de vacunación para la población infantil en la
localidad de Ciudad Bolívar, Bogotá D.C.**



Luz Adriana Calderón Ramírez

**Identificación de la influencia de los determinantes sociales en salud en la disminución de ii
coberturas de vacunación para la población infantil en la localidad de Ciudad Bolívar, Bogotá
D.C.**

Luz Adriana Calderón Ramírez

**Trabajo de Investigación presentado como requisito para optar por el título de Magíster en
Salud Pública**

Daniela Arango Ruda

Directora

Óscar Javier Vergara Escobar

Codirector

Fundación Universitaria Juan N Corpas

Maestría en Salud Pública

2022

Dedicatoria

iii

Dedico este gran trabajo a mi hijo David quien es la motivación más fuerte en mi vida e inspiración para superarme día a día, por su infinito amor y por siempre confiar en mi y mis logros los cuales serán siempre gracias a ti. Te amo hijo.

Agradezco a Dios por ser mi fuente de inspiración, por darme esta vida tan maravillosa, por la oportunidad de haber estudiado y aportado a mi formación profesional; por concluir este gran trabajo el cual fue realizado con mucho amor en beneficio de niños y niñas menores de 5 años.

A mi madre por ser el motor que impulsa mis esperanzas y que ha estado siempre conmigo durante las horas más difíciles de mi vida, te agradezco este gran logro en mis estudios y por haberte elegido madre y que estes siempre a mi lado.

A mi esposo por sus conocimientos rigurosos y precisos, gracias por su paciencia, por compartir sus conocimientos de manera profesional e invaluable, por su dedicación perseverancia y tolerancia, por brindarme siempre su apoyo incondicional para la culminación de este gran trabajo.

A los Doctores Daniela y Oscar, sin ustedes y sus virtudes, su paciencia y constancia este trabajo no lo hubiese logrado tan fácil. Sus consejos fueron siempre útiles cuando no salían de mi pensamiento las ideas para escribir lo que hoy he logrado. Gracias por sus orientaciones.

La presente investigación tuvo como objetivo identificar la influencia de los determinantes sociales en salud en la disminución coberturas de vacunación para la población infantil en la localidad de Ciudad Bolívar, Bogotá D.C., diagnosticando la forma en que la comunidad ha venido realizando los cuidados de la población menor de 5 años a partir del cumplimiento de los esquemas de vacunación regular.

Para el desarrollo de este estudio se aplicó una metodología cualitativa con observación participante y el apoyo de una entrevista semiestructurada, aplicada a 40 personas, de las cuales, 20 eran madres comunitarias y 20 miembros del equipo de talento humano que trabaja en los servicios de vacunación para la localidad. Además, se realizó un análisis de la información recolectada por medio de la tabulación de la información para la identificación sociodemográfica, análisis de coberturas e identificación de Determinantes Sociales en Salud y su influencia en las coberturas de vacunación, por medio de la herramienta Atlas ti9. Con lo anterior, se concluye que los determinantes estructurales e intermedios son vitales para la comprensión de las acciones que se realizan para el proceso de vacunación, y para además ayudar a fortalecer la promoción de la salud y prevención de la enfermedad como una función esencial en la atención primaria en salud desde la salud pública.

Palabras claves: vacunación, coberturas en vacunación, determinantes sociales, promoción y prevención.

Abstract

The objective of this research was to identify the influence of social determinants in health on low vaccination coverage for the child population in the town of Ciudad Bolívar, Bogotá D.C., diagnosing the way in which the community has been caring for the minor population. 5 years from compliance with regular vaccination schedules. For the development of this study, a qualitative methodology was applied with participant observation and the support of a semi-structured interview, applied to 40 people, of whom 20 were community mothers and 20 members of the human talent team that works in vaccination services. for the locality. In addition, an analysis of the information collected was carried out through the tabulation of information for sociodemographic identification, coverage analysis and identification of Social Determinants in Health through the Atlas ti9 tool. With the above, it is concluded that the structural and intermediate determinants are vital for understanding the actions that are carried out for the vaccination process, and to help strengthen health promotion and disease prevention as an essential function in vaccination. Primary health care from public health.

Keywords: vaccination, vaccination coverage, social determinants, promotion and prevention.

Tabla de Contenidos

vii

Introducción	1
Capítulo 1: La vacunación, su importancia y el riesgo de sus barreras en Bogotá D.C.	3
1.1 Planteamiento del problema	3
1.1.1 Hipótesis.....	12
1.2 Objetivos	12
1.2.1 Objetivo general.....	12
1.2.2 Objetivos específicos	12
1.3 Justificación.....	13
Capítulo 2: Marco de referencia	17
2.1 Estado del arte	17
2.1.1 Enfermedades prevalentes en la infancia.....	18
2.1.2 Vacunación, inmunización y cobertura	22
2.1.3 Determinantes Sociales en Salud.....	27
2.2 Marco teórico conceptual.....	30
2.2.1 Fundamentación técnica y teórica de la inmunización con vacunas	30
2.2.2 Fundamentación teórico-metodológica de los DSS: modelos y conceptos	34
2.3 Marco legal	43
Capítulo 3: Marco metodológico	65
3.1 Metodología.....	67
3.1.1 Técnicas de investigación.....	69
3.2 Población.....	71
3.2.1 Contexto territorial	71
3.2.2 Contexto poblacional	73
3.3 Aplicación y análisis	77
3.3.1 Etapa 1	78
3.3.2 Etapa 2	79
3.3.3 Etapa 3	79
3.3.4 Etapa 4	82

3.3.5 Validez y confiabilidad	vii
3.5.6 Financiación y difusión de resultados.....	85
3.5.7 Consideraciones finales: la ética en esta investigación	85
4. Resultados y discusión	88
4.1 Factores sociodemográficos identificados.....	88
4.2 Resultados en coberturas de vacunación	103
4.2.1 Vacuna Pentavalente	104
4.2.2 Vacuna Triple Viral (menor de un año).....	105
4.3 Identificación de factores asociados a DSS.....	108
4.4 Discusión final	121
Conclusiones y recomendaciones.....	126
Referencias.....	128
Anexos.....	152
Anexo I	152
Anexo II	158
Anexo III	163

Lista de tablas

ix

Tabla 1 Esquema regular de vacunación para Colombia.....	4
Tabla 2 Comportamiento de coberturas de vacunación en biológicos trazadores.....	8
Tabla 3 Resultados obtenidos de la revisión documental para la categoría de Enfermedades Prevalentes de la Infancia.....	18
Tabla 4 Resultados obtenidos de la revisión documental para la categoría de vacunación.....	22
Tabla 5 Resultados obtenidos de la revisión documental para la categoría de DSS.....	27
Tabla 6 Marco legal del programa ampliado de inmunizaciones.....	43
Tabla 7 Paradigmas de la Investigación Social.....	66

Lista de figuras

x

Figura 1 Inmunización activa	31
Figura 2 Modelo canadiense-Marc Lalonde (1974)	35
Figura 3 Modelo Dahlgren y Whitehead.....	36
Figura 4 Modelo Diderichsen	37
Figura 5 Modelo De Marmot, Brunner Y Wilkinson	39
Figura 6 Modelo de DSS de la OMS	41
Figura 7 Esquema de la metodología.....	71
Figura 8 Estratificación Socioeconómica Urbana. Localidad 19, Ciudad Bolívar	73
Figura 9 . Pirámide poblacional, Localidad Ciudad Bolívar 2005 - 2010.....	74
Figura 10 Población por Sexo. Localidad de Ciudad Bolívar. 2022	75
Figura 11 Población por Sexo. Localidad de Ciudad Bolívar. Menor de 5 años. 2022.....	75
Figura 12 Tabla de la caracterización sociodemográfica (1). Entrevista a cuidadores.....	83
Figura 13 Tabla de caracterización demográfica (2). Entrevista a talento humano.....	83
Figura 14 Lugar de residencia de madres/padres y/o cuidadores	89
Figura 15 UPZ en la que habitan	90
Figura 16 Barrios de habitación	91
Figura 17 Rol de adultos frente a la infancia y la primera infancia, localidad Ciudad Bolívar	92
Figura 18 Edad de la población entrevistada.....	92
Figura 19 Sexo de la población entrevistada	93
Figura 20 Estado civil de la población entrevistada.....	94
Figura 21 Nacionalidad de la población entrevistada.....	94
Figura 22 Nivel de escolaridad de las personas entrevistadas	95
Figura 23 Ocupación de las personas entrevistadas.....	96
Figura 24 Régimen de afiliación de las personas entrevistadas	97
Figura 25 Estrato socioeconómico de las personas entrevistadas	97
Figura 26 Sexo de los miembros del PAI entrevistados.....	98
Figura 27 Edad de los miembros del PAI entrevistados	99
Figura 28 Formación profesional de los miembros del PAI entrevistados.....	99

Figura 29 Áreas de desempeño de los miembros del PAI entrevistados	100
Figura 30 Antigüedad en el cargo de miembros del PAI entrevistados.....	101
Figura 31 Capacitaciones de los miembros del PAI entrevistados	102
Figura 32 Temas de capacitación de los miembros del PAI entrevistados.....	103
Figura 33 Cobertura de la vacuna Pentavalente para la localidad de Ciudad Bolívar	104
Figura 34 Cobertura de la vacuna Triple Viral, menor de 1 año, localidad de Ciudad Bolívar ...	106
Figura 35 Cobertura de la vacuna Triple Viral, menor de 5 años, localidad de Ciudad Bolívar .	107
Figura 36 Nube de palabras recurrentes durante la investigación	109
Figura 37 Red semántica para Determinantes estructurales	111
Figura 38 Red semántica para Determinante intermedio - Factor conductual.....	117
Figura 39 Red semántica para Determinante intermedio - Factor psicosocial	119
Figura 40 Red semántica para Determinante intermedio - Recurso material	121

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2021) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2014) establecen la vacunación como parte de los servicios de salud para la población en general. El argumento principal es que es una forma sencilla, inocua y eficaz de protegernos contra enfermedades dañinas antes de entrar en contacto con ellas, porque las vacunas activan las defensas naturales del organismo para que estas aprendan a resistir a infecciones específicas; y, además, fortalecen el sistema inmunitario (OMS, 2021).

Los procesos de vacunación se inscriben en el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), una estrategia mundial en la que confluyen actores y organismos públicos y privados, quienes comparten un objetivo: disminuir el riesgo de enfermar y morir por enfermedades prevalentes en la infancia, prevenibles a través de la vacunación, logrando y manteniendo coberturas iguales o superiores al 95%, sostenidas en el tiempo.

Este programa expresa el interés político por lograr coberturas universales en vacunación y, de esta manera, evitar la aparición de enfermedades prevenibles. Fue establecido en Colombia a finales de los años setenta y, con su implementación, ha logrado, en las últimas décadas, un importante aumento de la cobertura de vacunación, contribuyendo en la reducción de la mortalidad infantil. Infortunadamente, las metas de vacunación en Colombia sufrieron un importante descenso entre los años 2010 y 2011; a pesar de que se esperaba una cobertura del 95%, esta no alcanzó el 90% (Mayor et al, 2010).

Por otra parte, uno de los objetivos del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 es “disminuir el riesgo de enfermar y morir por enfermedades prevenibles con vacunas” (MinSalud, 2012, p. 225). Para lograrlo, traza un conjunto de intervenciones sectoriales, transectoriales y comunitarias que buscan prevenir, controlar o minimizar los riesgos de presencia de estas enfermedades y tener una cobertura igual o superior al 95% en todos los biológicos que hacen parte del esquema nacional. Sin embargo, como se aborda en la presente investigación, pareciera que los esfuerzos de la política pública en salud aún no son suficientes en términos de cobertura de inmunización.

En este estudio, para comprender dicho fenómeno, a través de cuatro capítulos, se busca establecer la influencia de los Determinantes Sociales en Salud, específicamente en la localidad de Ciudad Bolívar, para reconocer los factores que, aunados al comportamiento poblacional de una de las localidades más vulnerables del Distrito, inciden en la ausencia de esquemas completos de vacunación de menores de cinco años, haciendo énfasis en la identificación de los motivos por los que sus padres o cuidadores se abstienen de llevarlos a los servicios de vacunación.

Capítulo 1: Importancia y riesgo de las barreras para la vacunación en Bogotá

1.1 Planteamiento del problema

Como ya se expuso en la introducción de este documento, el PAI obedece a una prioridad política en salud pública para toda la población. Se enmarca en un conjunto secuencial y ordenado de políticas articuladas en los diferentes planes de beneficios, mediante una serie de procesos lógicos, cuyo fin último es lograr erradicar, eliminar y controlar las enfermedades prevenibles por vacunación (MinSalud, 2022).

Según el Ministerio de Salud y Protección Social (2013), Colombia cuenta con uno de los programas de vacunación más completos de las Américas; contiene veintiún biológicos para la prevención de veintiséis enfermedades y está dirigido a varios grupos poblacionales: niñas y niños menores de cinco años; mujeres en edad fértil; población mayor de 60 años; y grupos especiales de riesgo. Las vacunas son esenciales no solo porque protegen a la primera infancia de enfermedades mortales, como la poliomielitis, el tétanos y la difteria, sino porque los mantienen seguros, al eliminar o reducir en gran medida las enfermedades peligrosas que solían transmitirse fácilmente de un niño a otro (MinSalud, 2021).

Estos programas, planes y estrategias coinciden con Bermejo (2012) en que “la vacunación [...] es la medida preventiva más eficaz para disminuir la morbimortalidad de un gran número de enfermedades” (p. 110). En el Distrito Capital, la estrategia de vacunación, centrada en niños y adultos, se fundamenta, por un lado, en hechos

científicos conocidos acerca de los inmunobiológicos y, por otro, en consideraciones epidemiológicas y de salud pública (Secretaría de Salud, 2022).

El esquema regular nacional contempla varios biológicos, aplicables a diferentes grupos poblacionales de acuerdo con la edad, los riesgos, prevalencias y necesidades en cada caso; puntualmente, manteniendo la erradicación de la poliomielitis; consolidando la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita; controlando el tétanos neonatal, la fiebre amarilla, la difteria, la tuberculosis meníngea, la hepatitis A y B, la enfermedad grave por neumococo o *Haemophilus influenzae* tipo b, la enfermedad diarreica por rotavirus, la tos ferina, la parotiditis, la influenza, la varicela y el cáncer de cuello uterino, producido por el virus del papiloma humano (MinSalud, 2015).

Tabla 1 Esquema regular de vacunación para Colombia

Edad	Biológico		
Recién nacido	Tuberculosis (BCG)	Única	Meningitis tuberculosa
	Hepatitis B	De recién nacido	Hepatitis B
A los 2 meses	Pentavalente	Difteria - Tos ferina - Tétanos (DPT)	Difteria - Tos ferina - Tétanos
		<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b (Hib)	Primera
		Hepatitis B	causadas por <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b
	Polio	Primera	Poliomielitis
	Rotavirus	Primera	Diarrea por Rotavirus
	Neumococo	Primera	Neumonía, otitis, meningitis y bacteriemia
	A los 4 meses	Difteria - Tos ferina - Tétanos (DPT)	
		Segunda	Meningitis y otras enfermedades

	Pentavalente	<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b (Hib)		causadas por <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b
		Hepatitis B		Hepatitis B
	Polio		Segunda	Poliomielitis
	Rotavirus		Segunda	Diarrea por Rotavirus
	Neumococo		Segunda	Neumonía, otitis, meningitis y bacteriemia
A los 6 meses	Pentavalente	Difteria - Tos ferina - Tétanos (DPT)		Difteria - Tos ferina - Tétanos
		<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b (Hib)	Tercera	Meningitis y otras enfermedades
		Hepatitis B		causadas por <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b
	Polio		Tercera	Poliomielitis
	Influenza estacional		Primera	Enfermedad respiratoria causada por el virus de la influenza
	Influenza estacional*		Segunda	Enfermedad respiratoria causada por el virus de la influenza
A los 7 meses	Sarampión - Rubeola - Paperas (SRP)		Única	Sarampión - Rubeola - Paperas
	Varicela		Única	Varicela
A los 12 meses	Neumococo		Refuerzo	Neumonía, otitis, meningitis y bacteriemia
	Hepatitis A		Única	Hepatitis A
	Difteria - Tos ferina - Tétanos (DPT)		Primer refuerzo	Difteria - Tos ferina - Tétanos
A los 18 meses	Polio		Primer refuerzo	Poliomielitis
	Fiebre amarilla (FA)		Única	Fiebre amarilla
	Difteria - Tos ferina - Tétanos (DPT)		Segundo refuerzo	Difteria - Tos ferina - Tétanos
A los 5 años	Polio		Segundo refuerzo	Poliomielitis
	Sarampión - Rubeola - Paperas (SRP)		Refuerzo	Sarampión - Rubeola - Paperas
	Niñas escolarizadas de cuarto grado de básica primaria y no	Virus del Papiloma Humano (VPH)		Primera: Fecha elegida
Segunda: 6 meses después				
de la primera dosis				Cáncer de cuello uterino

escolarizadas que hayan cumplido 9 años		Tercera: 60 meses después de la primera dosis	
Mujeres en edad fértil (MEF) entre los 10 y 49 años	Toxoide tetánico y diftérico del adulto (Td)**	5 dosis: Td1: dosis inicial	
		Td2: al mes de Td1	
		Td3: a los 6 meses de Td2 Td4: al año de la Td3 Td5: al año de la Td4	Difteria - Tétanos - Tétanos neonatal
		Refuerzo: cada diez años	
Gestantes	Influenza estacional	Una dosis a partir de la semana 14	Enfermedad respiratoria
		de gestación	causada por el virus de la influenza
	TdaP (Tétanos - Difteria - Tos ferina Acelular)	Dosis única a partir de la semana	Tétanos neonatal - Difteria - Tos ferina
		26 de gestación en cada embarazo	al recién nacido

Fuente: Elaboración propia con base en MinSalud (2022)

La vacuna pentavalente inmuniza a sus usuarios frente a cinco enfermedades: difteria, tos ferina, tétanos, *haemophilus influenzae* tipo b y hepatitis B. Según datos del Observatorio de la Secretaría de Salud del Distrito, SaluData (2022), en general, en Bogotá D.C., en los últimos cinco años las coberturas de este tipo de vacunación, en niños menores de un año, respecto de las terceras dosis, han oscilado en varios porcentajes que inician por encima del 70% hasta llegar al 103%, no obstante, obteniendo coberturas adecuadas de acuerdo con las metas propuestas, esto es, superiores al 95%. Sin embargo, la localidad de Ciudad Bolívar, en particular, registró la menor cobertura en vacunación (20.362 infantes menores de doce meses de edad) en los tres años anteriores: 93.5% en 2019; 76.8% en 2020 y 42,8% en el primer semestre de 2021.

Por su parte, la vacuna Triple Viral inmuniza frente al sarampión, la rubéola y la parotiditis. De acuerdo con SaluData (2022), en el distrito capital, las coberturas para este tipo de vacunación, en primera dosis, para niños de un año, se mantuvieron por encima del 84%, sosteniendo coberturas afines a las metas propuestas. En la localidad de Ciudad Bolívar, la cobertura en el año 2019 fue del 97%; para el 2020, fue del 91,4%; y para el primer semestre del 2021, tuvo un decrecimiento importante, llegando al 39,4%. En relación con niños de cinco años la cobertura de la segunda dosis de esta vacuna fue del 93,8% en 2019; del 94,9% en 2020; y del 51,6% en el primer semestre de 2021.

Para la tercera dosis de Pentavalente en menores de un año, el cumplimiento fue del 93,5% para 2019; del 76.8% para 2020; y del 72.1% para 2021. Este resultado indica el incumplimiento de la meta, ya que no se logró una cobertura útil para la aplicación del biológico. En cuanto a la primera dosis de Triple Viral en menores de un año; para el 2019, el cumplimiento fue del 97%, sosteniendo una cobertura útil; para el 2020 fue del 91.4%, lo que evidencia un descenso en el cumplimiento; y para el año 2021 solo se alcanza el 76.3% (datos preliminares). Llama la atención la baja de los dos últimos años con respecto a la cobertura de esta dosis; que difiere un poco respecto de la segunda dosis de este biológico (Triple Viral en menores de 5 años), pues para el año 2019 demostró un cumplimiento del 93.8%; para el 2020, del 94.9% y; para el 2021, del 94.1%, evidenciando, en los años de observación de la presente investigación, un comportamiento estacionario incongruente con una cobertura útil, frente a las otras dos dosis.

Este comportamiento de indicadores de biológicos trazadores, de acuerdo con las bases que se encuentran en el Observatorio de Salud de Bogotá SaluData (2022), evidencian que las coberturas útiles de vacunación no se cumplen por encima del 95%, como se muestra en la Tabla 2, que da cuenta del comportamiento específico para la localidad de Ciudad Bolívar respecto a la tercera dosis de Pentavalente en menores de un año, a la dosis para menores de un año de la Triple Viral y a la dosis de refuerzo, a los cinco años.

Tabla 2 Comportamiento de coberturas de vacunación en biológicos trazadores

Año	Pentavalente	Triple viral menor a 1 año	Triple viral (Refuerzo)
2019	93,50%	97,00%	93,80%
2020	76,80%	91,40%	94,90%
2021(p)	72,10%	76,30%	94,10%

Fuente: Elaboración propia con base en datos de la Secretaría Distrital de Salud. Observatorio de Salud de Bogotá-SaluData (2022)

Tener disminución de coberturas en vacunación puede exponer a la población infantil a sufrir enfermedades prevalentes y a aumentar el riesgo de muerte por causas prevenibles, lo cual se traduce en una amenaza para la salud pública del país. Por esta razón, una de las líneas de trabajo del Programa Ampliado de Inmunizaciones es la intensificación de estrategias, desde todas las actividades colectivas e individuales a partir de modelos de atención en salud, orientadas hacia la búsqueda y hallazgo de los niños cuyos esquemas de vacunación regular aún están pendientes de completar.

Según un estudio realizado por Escobar et al, (2017) en cuatro ciudades de Colombia: Soacha, en el centro del país; Leticia, en la región Amazónica; Barranquilla, en la zona

atlántica; y Quibdó, en la zona pacífica; para algunos cuidadores, entre otros, los motivos de no vacunación en menores de cinco años son el temor a la reacción posvacunal, como el dolor, la fiebre y el desconocimiento de las rutas de acceso gratuito al PAI, generalmente, por parte de padres de familia que han perdido su empleo y consideran que se requiere la permanencia en el Sistema de Seguridad Social para recibir el servicio. A estos factores se suman el conflicto armado, la delincuencia y la distancia geográfica, que se convierten en barreras de acceso y, por lo tanto, inciden en la decisión de no vacunarse, o no hacerlo oportunamente (Escobar et al, 2017).

A pesar de los esfuerzos en política pública para la inmunización, pareciera que no es suficiente con tener un programa de vacunación; contar con la infraestructura adecuada; servirse de talento humano idóneo, entrenado y con un profundo sentido de vocación de servicio; sostener programas sin barreras de acceso para la atención, con una amplia oferta de servicios, sin requisitos; y ejecutar acciones de interés general, tanto en lo individual como en lo colectivo, priorizadas desde los niveles estratégicos tácticos y operativos del sistema de salud basado en atención primaria. Para lograr los resultados esperados, en términos de la protección específica de la población a través de las coberturas de vacunación con indicadores superiores al 95%, se requiere la participación de los diferentes sectores, quienes dentro de su misionalidad tienen prestación de servicios sociales a la primera infancia

Esta problemática se puede ver claramente en la localidad de Ciudad Bolívar, donde se evidencia un declive en la cobertura de inmunización, como se viene exponiendo desde

el comienzo de este apartado, y donde, de acuerdo con la investigación realizada, las características sociodemográficas particulares podrían incidir en este fenómeno.

Esta localidad cuenta con un “62,1% de afiliados en el régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS); con un 25,4% en el régimen subsidiado; y con un 1,2% en el régimen de excepción; un 0,6% de la población total se encuentra por fuera del sistema” (Salud Capital, 2017, p. 2).

Según indica la Secretaría Distrital de Salud, hasta el año 2019 Ciudad Bolívar presentó una cobertura importante en temas de vacunación, que alcanzó el 95% en menores de un año por tipo biológico. En cuanto al nivel nutricional, Ciudad Bolívar presenta índices desalentadores ya que, según la misma fuente, allí se evidencia el comportamiento más alto de desnutrición de la ciudad: “mientras los datos indican un total del 18,7% de desnutrición crónica o retraso de talla en toda Bogotá D.C., la sola localidad reporta un 21,3%. Adicionalmente, la tasa de mortalidad de Ciudad Bolívar en menores de cinco años, por cada 10.000 habitantes en estas edades, es del 11,6%, una de las más altas del distrito capital” (Secretaría de Gobierno, 2020, p. 7).

En términos habitacionales, la mayoría de las casas de esta localidad fueron construidas sin permisos y con materiales y herramientas básicas o que no cumplen con condiciones apropiadas de seguridad. Estas unidades habitacionales no solo cumplen la típica funcionalidad de refugio y hogar, sino que también son usadas por sus dueños como espacio de negocio (establecimientos comerciales pequeños, microempresas, talleres, etc.), lo que podría generar, entre otras consecuencias, hacinamiento o riesgos de

accidentes para los propietarios y los menores de edad del hogar. (Secretaría de Gobierno, 2020)

En general, las personas que conforman la comunidad de la localidad de Ciudad Bolívar pueden catalogarse como población diferencial. De acuerdo con lo reportado en el diagnóstico diferencial realizado en el año 2015 para la localidad (Subred Sur, Secretaría de Salud, 2017), el 88.8% pertenece a la categoría de víctima de desplazamiento; el 5.2% vive en condición de discapacidad; el 4.8% tiene pertenencia étnica; y el 1% vive en situación de habitabilidad en calle.

Aunado a esto, a partir del año 2020, Ciudad Bolívar se consolidó como una de las localidades más afectadas por la pandemia del Covid-19 en Bogotá D.C. Desde que comenzó la emergencia, sufrió un evolutivo crecimiento de número de casos de contagio del virus SARS-CoV-2; a lo que se sumaron factores socioeconómicos que dificultaron el acceso a condiciones básicas de calidad de vida y que se tradujeron en un sinnúmero de “trapos rojos” colgando de puertas y ventanas como “grito de auxilio”, pidiendo ayuda humanitaria. Todo ello, en medio de dinámicas socioculturales propias del territorio que, entre otras cosas, derivaron en problemáticas de violencia y comportamiento delictivo, desalojos, protestas, inseguridad, incursión de la fuerza pública y de actores al margen de la ley, como “Los tierreros” (Redacción Bogotá, El Tiempo, 2020).

Entre otras razones académicas y profesionales, la realidad de esta localidad motivó la realización del presente trabajo de investigación, que busca identificar cómo los Determinantes Sociales en Salud, descritos por la Organización Mundial de la Salud como

“las circunstancias en las que los individuos nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, cómo influyen en las condiciones de vida cotidiana” (OPS, 2022, p.. 1), el análisis de este aspecto evidencia las inequidades en salud y permite preguntarse por las causas que inciden en disminución de coberturas de vacunación en menores de cinco años.

Además, el estudio de la población infantil en la ciudad de Bogotá D.C. contribuye al desarrollo integral de las niñas y los niños del Distrito. Desde el área de la salud, se deben aunar esfuerzos con la finalidad de generar condiciones apropiadas para favorecer la atención integral en la primera infancia, incluidos el diseño e implementación de rutas integrales de atención. La presente investigación pretende aportarle a la localidad de Ciudad Bolívar en este aspecto.

1.1.1 Hipótesis

Los determinantes sociales en salud influyen en la disminución de coberturas de vacunación de menores de cinco años, en la localidad de Ciudad Bolívar, Bogotá D.C.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo general

Identificar la influencia de los Determinantes Sociales en Salud en la disminución de coberturas de vacunación para la población infantil (0 a 5 años) en la localidad de Ciudad Bolívar, Bogotá D.C.

1.2.2 Objetivos específicos

- Reconocer los factores sociodemográficos dentro de la localidad de Ciudad Bolívar que pueden influir en que los menores de cinco años no cumplan sus esquemas de vacunación.
- Identificar los resultados de las coberturas de vacunación en menores de cinco años para la localidad de Ciudad Bolívar.
- Identificar los factores asociados a los Determinantes Sociales en Salud que influyen en los esquemas de vacunación en menores de cinco años.

1.3 Justificación

El concepto de salud como una preocupación global emergió como extensión de la perspectiva que contempla que la salud, en gran medida, es resultado de la responsabilidad social, es decir, que es un elemento común de la humanidad y, por lo tanto, debe abordarse desde las diferentes dimensiones que atraviesan a los sujetos individuales y colectivos. La globalización ha supuesto que las distancias entre naciones se reduzcan, cada vez con mayor rapidez; y, por ende, que los problemas de salud de cada país involucren a todos los gobiernos y entes internacionales en su solución. Esto quedó rotundamente claro con la reciente pandemia por Covid-19, frente a la cual se debieron consolidar equipos de trabajo epidemiológico que agruparon a profesionales sanitarios de todo el mundo por un bien común: la vacunación.

Además, los problemas derivados de la inadecuada atención médica de enfermedades epidémicas, nutricionales y tropicales, generalmente presente en países pobres o en vías de desarrollo, así como la sobrepoblación y la falta de garantías de acceso

a servicios de salud de calidad, siguen vigentes en muchos lugares del mundo, afectando no solo a los habitantes específicos de dichos territorios, sino a visitantes y actividades que implican relacionamientos e interacción (Abad, 2012). Por lo tanto, tales problemas no deben ser de incumbencia exclusiva de los gobiernos nacionales; además, deben ser tratados como problemas de orden internacional, frente a los cuales resulta necesario invertir la mayor cantidad de recursos económicos, humanos, científicos y tecnológicos para su resolución.

De otro lado, en cuanto a la realidad nacional específica, la normatividad en materia de salud pública comprende la importancia de implementar acciones tendientes al mejoramiento de la calidad de vida de las poblaciones, especialmente, en términos de atención integral y eliminación de barreras de acceso. Lo que nos conduce a pensar en la intervención de los diferentes sectores de atención a todos los grupos poblacionales del país, sin distingo alguno, evidenciando aquellos factores sociales, demográficos, culturales, económicos y políticos que inciden, tanto positiva como negativamente, en la salud de los colombianos; frente a lo cual, un estudio de Determinantes Sociales en Salud podría arrojar luces sobre el abordaje y solución de ciertas dificultades epidemiológicas, especialmente de inmunización, y específicamente en comunidades históricamente vulnerables.

[...] la salud pública está constituida por un conjunto de políticas que busca garantizar de manera integrada, la salud de la población por medio de acciones dirigidas tanto de manera individual como colectiva ya que sus resultados se constituyen en

indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo (Ley 1122, Cap. VI, Art. 32, 2007).

Siguiendo esa línea, el presente estudio se propone generar aportes sobre el estado epidemiológico y de inmunización en una comunidad vulnerable, con miras a acciones de promoción y prevención, desde el punto de vista de la salud pública, para los habitantes de la localidad de Ciudad Bolívar. Además, en el marco de la identificación de DSS, es posible descubrir y comprender los patrones comportamentales de esta población, sus orígenes, motivaciones e incidencia en las decisiones frente a la toma de servicios sanitarios por parte de madres, padres y cuidadores, frente a la inmunización de niñas y niños de la comunidad.

En esa medida, esta investigación podría permitir un acercamiento a las razones que manifiestan los mismos habitantes de la localidad objeto, de cara a identificar cuáles son los factores que han limitado que se completen los esquemas de vacunación en niñas y niños menores de cinco años de Ciudad Bolívar, para detectar, a través de estos hallazgos, las fortalezas, logros y oportunidades de mejora dentro del PAI. Esta información podría reportar valor para el equipo de talento humano de la red de atención en salud del Distrito.

Una realidad es que la salud pública mundial se ha beneficiado con la existencia de las vacunas, en tanto herramientas eficaces para la prevención de enfermedades inmunoprevenibles (EIP), así como con los programas de inmunización en tanto medios que aportan a la equidad de las naciones (Valenzuela, 2020). En la actualidad, por

ejemplo, existe una lista inagotable de investigaciones con respecto a la vacunación del COVID-19, haciendo frente al virus SARS-CoV-2, causante de tantas muertes en todo el mundo¹. Esta es una de las razones principales por las que deben aunarse esfuerzos desde diferentes contextos por la inmunidad colectiva. Hoy día, dando respuesta a una situación inesperada, como la pandemia, y, en adelante, previniendo eventos similares.

¹ El 26 de marzo de 2022 se registraba un total de 6,098,771. Al 29 de octubre del mismo año, esta cifra subió a 6,588,602, de acuerdo con Our World in Data, tal y como se cita en Google Noticias (2022).

Capítulo 2: Marco de referencia

A continuación, se presenta la revisión documental procedente de diferentes bases de datos con las que cuenta la Universidad como EBSCO, Medline Complete, Fuente Académica plus, entre otras; además de instituciones gubernamentales, universidades, ONG y revistas científicas, en cuya base se busca fortalecer la construcción de metodologías y conceptos; así como el análisis de la información que soporta la estructura teórica y que da origen al análisis y los resultados de la presente investigación. La búsqueda y sistematización de la información que se desarrollan en este capítulo se realizó con base en tres categorías de análisis: *Enfermedades prevalentes en la infancia*, que pretende un acercamiento a las condiciones epidemiológicas y de atención sanitaria de la población objeto; *Vacunación*, en cuya base se abordan los tipos de vacunas, las coberturas y los programas de inmunización vigentes; y finalmente, *Determinantes Sociales en Salud*, a partir de la cual se exponen los fundamentos del concepto, los modelos y el abordaje que, desde la Política Pública se les da. Como resultado de la revisión bibliográfica, se obtienen 32 referencias que, luego, se complementan con el corpus jurídico-normativo relacionado con el tema y el problema de investigación.

2.1 Estado del arte

De acuerdo con el estado del arte realizado para esta investigación, no es frecuente encontrar estudios respectivos a la identificación de Determinantes Sociales en Salud que no están permitiendo completar esquemas de vacunación regular en los menores de cinco años para la localidad de Ciudad Bolívar. Por esto, una de las finalidades de la

presente investigación es cubrir ese vacío, especialmente en la localidad de Ciudad Bolívar, en Bogotá D.C., por ser esta una de las poblaciones más vulnerables del distrito, considerada, además como un territorio problemático.; ya que, allí se concentran múltiples dificultades sociales y económicas, enmarcadas en una insuficiente representatividad de las entidades estatales. Entre otras características, esta zona de la capital concentra a la mayor cantidad de población desplazada (26% del total) y, aunque la mayoría de los habitantes están clasificados en estratos socioeconómicos 1 y 2, el 17% se sitúa por debajo de la línea de miseria (Universidad del Rosario, 2009).

2.1.1 Enfermedades prevalentes en la infancia

La revisión documental de este apartado, como resultados más sobresalientes de la búsqueda para la primera categoría (enfermedades prevalentes de la infancia), arrojó, varios títulos en cuya base se consolida la información que sigue. La siguiente tabla (Tabla 3) da cuenta de dichos hallazgos.

Tabla 3 Resultados obtenidos de la revisión documental para la categoría de Enfermedades Prevalentes de la Infancia

Principales estudios abordados
“Factores que influyen en la atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia en 18 municipios de Colombia” (García y Ocampo, 2018)
“Factores de riesgo de enfermedades prevalentes de la infancia en hogares de atención integral” (París y Cárdenas, 2021)
“Historia clínica integral en atención primaria de salud con enfoque en los determinantes sociales de salud. Atención integrada a las enfermedades prevalentes en la primera infancia” (Barreto y González, 2018)

“La atención a la primera infancia en Bogotá en sus avances en lo social” (Herrera, 2018)

“La práctica pedagógica en la atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia desde la perspectiva de Basil Bernstein” (Calderón et al, 2020)

“Componente Comunitario de la Estrategia AIEPI, Guía para profesionales y técnicos de los servicios de salud” (OPS, OMS y MinSalud, 2010)

Fuente: Elaboración propia

La salud de los niños es uno de los principales objetivos de las comunidades, padres de familia, cuidadores y tomadores de decisiones a niveles local, nacional e internacional. En Colombia, entre otros, como resultado de los esfuerzos mancomunados para esta finalidad, la disminución de la mortalidad infantil ha significado un logro importante. Sin embargo, aún se siguen reportando casos de muertes de infantes, muchas veces, por razones evitables (Jaramillo, 2016), a pesar de que todos los últimos esfuerzos, especialmente durante la pandemia por el COVID-19, estuvieron centrados en el cuidado de la infancia y la primera infancia, en las diferentes ciudades y departamentos.

Para Bogotá, la tasa de mortalidad en menores de cinco años, entre los años 2010 y 2020, evidencia una tendencia a la disminución, dato estadísticamente significativo por tratarse de una variación porcentual anual de 3,8% (SaluData, 2022). Al igual que la mortalidad infantil; la mortalidad en la primera infancia se ve afectada directamente por la reducción en el denominador que corresponde al número de nacidos vivos, con una tendencia a la reducción durante los últimos años. En el análisis de la mortalidad en la primera infancia es importante incluir el del comportamiento de la mortalidad en edad

infantil (menores de un año), dado que estas defunciones representan entre el 83% y el 87% del total de las muertes en menores de cinco años (SaluData, 2022).

Las enfermedades prevalentes de la infancia se pueden definir como un conjunto de patologías, la mayoría de ellas leves, muy habituales y típicas en los menores de cinco años. Las más frecuentes son las infecciones respiratorias y las gastroenteritis agudas. Una de las iniciativas más importantes en la atención y prevención de estas enfermedades es la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), que fue fruto de un trabajo conjunto de la Organización Mundial de Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

Desde su presentación, en 1992, la AIEPI ha servido para mejorar la salud de las niñas y niños, reportando amplios avances en los últimos años por parte de los países que la han implementado. Esto ha contribuido con la supervivencia de miles de menores en todo el continente. Como ejemplo de sus logros, se puede referir la reducción de un 78% en la mortalidad por diarrea y por infecciones respiratorias agudas, registrada en el entre los años 1970 y 2000 (Calderón et al, 2020).

Dentro de las prácticas que promueve la estrategia AIEPI, en el componente comunitario, está la de promover acciones para el buen crecimiento y desarrollo físico y mental del infante, como la lactancia materna, la alimentación complementaria después de los seis meses y la lactancia materna prolongada; así como la promoción de patrones saludables, entre los que se encuentran dar afecto, estimular el trato cariñoso y aplicar

actividades de estimulación temprana en el hogar y los demás espacios de interacción infantil.

De acuerdo con la *Guía para profesionales y técnicos de los servicios de salud* (OPS, OMS y MinSalud, 2010), adaptada para Colombia por el Ministerio la Protección Social, hoy Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco del Convenio de cooperación técnica entre la Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud y el Ministerio de Protección de Social; el Componente Comunitario de la Estrategia AIEPI promueve, entre otras, las siguientes prácticas:

- **Prácticas para prevenir enfermedades.** Los niños y niñas deben tener esquemas de vacunación completos para la edad, contar con ambientes limpios y seguros para la convivencia; lavarse las manos permanentemente y ser llevados al odontólogo desde los primeros meses de edad, entre otros.
- **Prácticas para los ciudadanos en el hogar de los niños.** Dar alimentación adecuada y proporcionar, junto con el tratamiento idóneo y oportuno, más líquido cuando están enfermos; proteger a los niños del maltrato y el descuido para prevenir lesiones y accidentes.
- **Prácticas para buscar atención fuera del hogar.** Reconocer los signos de alarma y peligro, seguir los consejos del personal de salud, fomentar el control prenatal y una buena nutrición durante la gestación; tener el parto en la institución de salud y ofrecerle apoyo familiar y de la comunidad a la gestante.

2.1.2 Vacunación, inmunización y cobertura

La revisión documental de este apartado, como resultados más sobresalientes de la búsqueda para esta segunda categoría (vacunación), arrojó varios títulos en cuya base se consolida la información que sigue. La siguiente tabla (Tabla 4) da cuenta de dichos hallazgos y contempla, en ese orden, las generalidades sobre la vacunación; las acciones relativas a la inmunización, y las coberturas.

Tabla 4 Resultados obtenidos de la revisión documental para la categoría de vacunación

Principales estudios abordados
Generalidades
“Oportunidades perdidas de vacunación en centros de atención primaria en Ecuador” (Jimbo et al, 2019)
“Factores asociados a la inequidad en la vacunación infantil en Colombia: identificando alternativas de intervención” (Acosta Ramírez y Rodríguez García, 2010)
“Conocimiento de las oportunidades perdidas de vacunación en profesionales no PAI (Programa Ampliado de Inmunizaciones) de Bogotá, D.C.” (Méndez y Alzate, 2016)
“Motivos de no vacunación en menores de cinco años en cuatro ciudades colombianas” (Escobar et al, 2017)
“” Antivacunas” y dudas parentales en vacunación infantil: recuperemos la confianza en los profesionales sanitarios” (Rosell, 2017)
Inmunización
“Programa Ampliado de Inmunizaciones” (Secretaría de Salud, 2022)
“Achievements and challenges of the expanded immunization program in the Americas” (Valenzuela y O’Ryan, 2000)
“Vacunación y Farmacovigilancia en México: elementos para una mejor comprensión de

la COVID 19” (Espinoza et al, 2022)

“Impact of childhood and maternal vaccination against diphtheria, tetanus, and pertussis in Colombia” (Hoyos et al, 2022)

“Experiencia cubana en inmunización, 1962–2016” (López et al, 2018)

Cobertura

“Determinantes familiares de cobertura de vacunación en menores de 5 años. Área rural, Cartagena” (Palomino et al, 2019)

“Children vaccination programs in Latin America, 2000-2015” (Mendoza et al, 2019)

“Inequidad en las Coberturas de Vacunación Infantil en Colombia, Años 2000 y 2003” (Acosta y Rodríguez, 2006)

“Estrategias vacunales. Recuperando las coberturas vacunales perdidas en la pandemia de COVID-19” (Moraga et al, 2020)

“Demandas y expectativas de padres y madres que rechazan la vacunación y perspectiva de los profesionales sanitarios sobre la negativa a vacunar” (Martínez et al, 2014)

“La atención primaria de salud y la salud materno infantil” (Tavera, 2018)

Fuente: Elaboración propia

En esta categoría de análisis se encontraron investigaciones valiosas que aportaron a la comprensión de la importancia de completar los esquemas de vacunación en la población en general, pero especialmente en los menores de cinco años, ya que con ellos se previenen enfermedades y se logra una inmunidad colectiva, convirtiéndose en la punta de lanza para la Atención Primaria en Salud. Esta revisión también permitió identificar las generalidades, términos relacionados y conceptos clave en materia de vacunación.

La búsqueda documental permitió comprender que esta es componente esencial del derecho humano a la salud; así como responsabilidad de individuos, comunidades y

gobiernos, y debe considerarse como tal. Se estima que gracias a la vacunación se previenen unos 2,5 millones de fallecimientos cada año (OPS, 2014). Los niños inmunizados y protegidos de la amenaza de enfermedades prevenibles mediante la vacunación tienen la oportunidad de desarrollarse con normalidad y cuentan con más posibilidades de aprovechar todo su potencial. Más adelante, esas ventajas se ven reforzadas por la vacunación para adolescentes y adultos. Como parte de un conjunto exhaustivo de intervenciones para prevenir y controlar enfermedades, las vacunas y la inmunización son una inversión esencial para el futuro de un país, e incluso del mundo (OMS, 2013)

En la actualidad, el Programa Ampliado de Inmunizaciones dispone de vacunas para prevenir más de veinte enfermedades que pueden ser mortales, lo que ayuda a personas de todas las edades a vivir más años y con mejor salud. La inmunización previene cada año entre 2 y 3 millones de defunciones por enfermedades tales como difteria, tétanos, tos ferina, gripe y sarampión; componente esencial de la atención primaria de salud y un derecho humano incuestionable. Además, es una de las mejores inversiones económicas que puedan hacerse en salud. Las vacunas también son esenciales para prevenir y controlar brotes de enfermedades infecciosas. “[...] apuntalan la seguridad sanitaria mundial y serán un instrumento vital en la lucha contra la resistencia a los antimicrobianos” (OMS, 2022).

Las investigaciones revisadas aportaron a la identificación de los motivos de no vacunación y la dificultad que existe entre las poblaciones de Latinoamérica, en especial,

en menores de cinco años. Sin embargo, sigue existiendo un vacío en la actualidad, al no identificar con precisión cuál o cuáles fueron las causas reales para no completar los esquemas de vacunación durante la pandemia por COVID-19; además, la literatura al respecto es escasa y la que existe se limita a la vacunación del SARS-CoV-2.

De otro lado, el aporte del Programa Ampliado de Inmunizaciones está marcado por una historia de cambios, avances y compromisos de todos los niveles, fundamentalmente, del personal de salud; sin el hoy no podríamos mostrar cifras de cuántos niños ríen, juegan, corren, lloran y estudian libres de enfermedades; lo cual, sin las acciones de inmunización, no sería posible, al contrario, para muchos de ellos su presente sería dramático y su futuro totalmente incierto. Ya se alcanzó la meta de erradicar enfermedades como la poliomielitis. Sin embargo, las acciones deben continuar, los logros alcanzados deben ser fortalecidos, preservados y además deben proseguir dando respuestas a los nuevos desafíos que hoy enfrentamos (Rocha, 2018).

Hacia el año 2003, en Colombia se realizó un estudio ecológico que analiza las coberturas de la vacunación infantil del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) en varios municipios. La cobertura eficiente fue determinada como el porcentaje de niños que recibieron el total de dosis del esquema regular de inmunizaciones para el primer año de vida. Para este estudio se definió que los factores asociados a las desigualdades estaban dados en gran parte por las diferencias en las acciones implementadas en cada uno de los sistemas de salud, que se evaluaron mediante un modelo de regresión múltiple en la cual la brecha corresponde a la variable dependiente; las variables independientes

corresponden a los determinantes de las desigualdades en vacunación, acorde con los hallazgos de estudios previos (Acosta y Rodríguez, 2010).

Las investigaciones revisadas aportan a este estudio el reconocimiento a la historia y trayectoria del Programa Ampliado de Inmunizaciones, que se encuentra entre los más exitosos y completos, pues ha logrado reducir al mínimo los casos de mortalidad por diferentes enfermedades, lo que demuestra que sin él no podríamos tener más niños protegidos de enfermedades prevalentes de la infancia.

Por su parte, las coberturas en vacunación infantil están relacionadas con la probabilidad de supervivencia de los menores. Son una medida de desempeño de los sistemas nacionales, no solo de inmunización sino en los programas de salud pública, de acuerdo con las dinámicas y comportamientos de la población en cada país. En América Latina, el conjunto formado por Argentina, Brasil, Cuba, México y Uruguay es un referente para el desarrollo del Programa Ampliado de Inmunizaciones, ya que estas naciones tienen tasas de cobertura de inmunización por encima del 95%, así como tasas altas de supervivencia de niños menores de cinco años, de acuerdo con los resultados de eficiencia (Mendoza et al, 2019).

Dentro de los propósitos de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) se destaca el poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de cinco años (ONU, 2015). Es por esto por lo que el acceso a la cobertura de programas de vacunación y el seguimiento al sistema de vigilancia epidemiológica son estrategias básicas para

lograr y mantener las metas globales en términos de salud pública, un ejemplo de ello es la erradicación de la poliomielitis y del sarampión.

En la actualidad, para Colombia, uno de los mayores retos en coberturas de vacunación es intensificar todas las estrategias del Programa Ampliado de Inmunizaciones, ya que hoy día se pasó de tener coberturas útiles del 95% a registrar coberturas del 75%. Con urgencia, el propósito es lograr las metas esperadas, homogéneas en todo el territorio nacional (departamentos, distritos, ciudades, municipios y localidades), impactando a la población susceptible que cumpla con las edades que estima el esquema regular de vacunación. Con esto, se podría detener el riesgo de importación de enfermedades que se encuentran en etapas de eliminación y erradicación, logrando como resultado el resurgimiento de eventos en salud pública, entre otros impactos positivos.

2.1.3 Determinantes Sociales en Salud

La revisión documental de este apartado, como resultados más sobresalientes de la búsqueda para esta tercera categoría (Determinantes Sociales en Salud –DSS–), arrojó varios títulos en cuya base se consolida la información que sigue. La siguiente tabla (Tabla 5) da cuenta de dichos hallazgos.

Tabla 5 Resultados obtenidos de la revisión documental para la categoría de DSS

Principales estudios abordados
“Los determinantes sociales de la salud: base teórica de la salud pública” (Mejía, 2013)
“Liderazgo, determinantes sociales de la salud y equidad en la salud: el caso de Costa Rica” (Campbell y Marmot, 2021)
“Determinantes sociales de salud y calidad de vida en una localidad con deterioro

ambiental, Chañaral, región de Atacama, Chile” (Klarian, 2017)

“Salud y ruralidad en Colombia: análisis desde los determinantes sociales de la salud”
(Rodríguez y Benavides, 2016)

“Capacidades de investigación sobre determinantes sociales de la salud en Brasil,
Colombia y México” (Borde et al, 2016)

“Los determinantes sociales y económicos de la salud. Asuntos teóricos y metodológicos
implicados en el análisis” (Álvarez, 2014)

“La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una
nueva salud pública (salud colectiva)” (Breilh, 2013)

“Determinantes sociales de la morbilidad infantil por infección respiratoria aguda
en Bogotá, 2015-2016” (Murcia, 2019)

“Tomando conciencia sobre las desigualdades sociales en la salud infantil” (Sastre et al,
2016)

“Enseñanza y aprendizaje de los determinantes sociales en salud en la región de las
Américas” (Moreno et al, 2021)

Fuente: Elaboración propia

El concepto de Determinantes Sociales viene cobrando vigencia a nivel mundial a partir de la enunciación de este por parte de la Organización Mundial de la Salud. Ha sido apropiado por diferentes países y utilizado en el desarrollo de políticas públicas en salud. Colombia lo acogió tanto en el Plan Nacional de Desarrollo como en el Plan Decenal de Salud Pública (Rodríguez y Benavides, 2016). Los Determinantes Sociales en Salud han sido ampliamente estudiados y, en Colombia, de estos se destaca el reconocimiento de su relación con la distribución desigual de los problemas entre las poblaciones y países.

Colombia ha tenido un avance significativo en cuanto a la inclusión de las políticas públicas que actúan sobre los determinantes y que ayudan a que el talento humano en

salud se capacite con enfoque en Atención Primaria en Salud (Moreno et al, 2021). Es innegable que, a partir de la incursión de los DSS en el país, los indicadores cambiaron y algunos han disminuido. Sin embargo, se están haciendo esfuerzos valiosos que buscan la implementación de estrategias y la pertinencia de un modelo de salud que tenga en cuenta las condiciones de vida de las poblaciones y, por lo tanto, que contribuyan en la generación de cambios para las condiciones sanitarias de los individuos.

A pesar de que el trabajo de la OMS propició un nuevo aire para el análisis de las relaciones entre la estructura social y las inequidades en salud, muchos de los estudios realizados en Colombia, y en especial en la Ciudad de Bogotá, adolecen del análisis de la incidencia de los DSS en la disminución de coberturas de vacunación.

En este punto, es importante mencionar que toda la bibliografía que se cita en el Estado del arte hace parte de la referenciación y acercamiento que se tienen dentro de la investigación a la identificación y análisis de los DSS que influyen al momento de evidenciarse la disminución de coberturas en los esquemas regulares de vacunación para los menores de cinco años en la localidad de Ciudad Bolívar, en Bogotá D.C.; cumpliendo con el propósito de esta investigación: identificar aquellos Determinantes Sociales en Salud que, en combinación con el comportamiento de los individuos de una de las localidades más vulnerables de Bogotá, en cuanto a aspectos sociales, económicos, ambientales y culturales, influyen para que los menores de cinco años no tengan esquemas completos de vacunación y, en especial, identificar las razones que motivan a

padres o cuidadores a abstenerse de acceder con sus niñas y niños a los servicios de vacunación.

2.2 Marco teórico conceptual

Este apartado, con base en el constructo teórico recién sistematizado, aborda con mayor profundidad conceptual las categorías de análisis de la presente investigación. En primer lugar, ofrece una contextualización técnica de las vacunas y sus efectos en materia epidemiológica; y en segunda instancia, expone los principios y modelos de los Determinantes Sociales en Salud que cimientan su fundamentación teórico-metodológica.

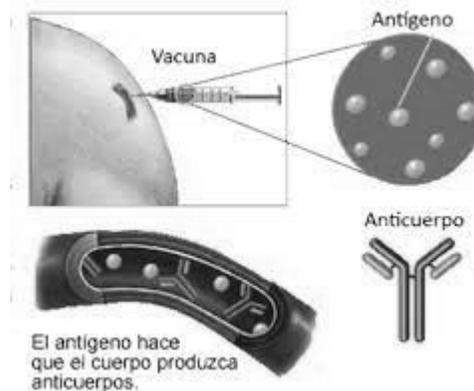
2.2.1 Fundamentación técnica y teórica de la inmunización con vacunas

Las vacunas están destinadas a generar inmunidad contra las enfermedades, estimulando la producción de anticuerpos. Puede tratarse de suspensión de microorganismos muertos o atenuados, o de productos o derivados de microorganismos. El método más habitual para administrar las vacunas es la inyección, aunque algunas se administran con un vaporizador nasal u oral. Al referirse a vacunación, es importante tener claro que se trata de la administración de cualquier sustancia inmunobiológica, independientemente de si el receptor desarrolló algún tipo de inmunidad; entendiendo la inmunización como el proceso en el cual se transmite inmunidad a través de la administración de sustancias inmunobiológicas.

El antígeno es la sustancia o grupo de sustancias capaces de ser reconocidas por los linfocitos T o B del organismo, para estimular la producción de una respuesta inmune (producción de anticuerpos) específica. Cuando se logra esta respuesta, se le

denomina inmunógeno. Todos los inmunógenos son antígenos, pero no todos los antígenos son inmunógenos. Químicamente, los antígenos son grandes moléculas, generalmente proteínas, nucleoproteínas (proteínas + ácidos nucleicos), lipoproteínas, glicoproteínas o polisacáridos, excepto cuando son repetición de unidades más sencillas (por ejemplo, la celulosa) (MinSalud, 2016, p. 17).

Figura 1 Inmunización activa



Fuente: (MinSalud, 2016, p. 18)

Por su parte, los anticuerpos o inmunoglobulinas son moléculas resultantes de la inmunidad específica humoral, por efecto de la estimulación de un antígeno y la unión específica con este. Son proteínas producidas por los linfocitos B en dos formas: unidos a membrana o de secreción. Estos últimos actúan en la inmunidad humoral. Los anticuerpos protegen al evitar la adhesión del microorganismo a los tejidos (Anti adhesinas); bloquear las toxinas (Antitoxinas); e inhibir o impedir la replicación del microorganismo o la invasión a los órganos objetivo. Esto permite que el sistema inmune sea capaz de crear millones de anticuerpos distintos, cada uno con un extremo ligeramente distinto. Por tal razón, esta parte de la proteína se denomina región hipervariable (MinSalud, 2016, p. 19).

2.2.1.1 Clasificación de las vacunas

- **Vivas Atenuadas.** “Son producidas en un laboratorio, mediante la modificación de un virus o bacteria que produce una enfermedad (“salvaje”). El organismo vacunal resultante mantiene su capacidad de replicarse (crecer y multiplicarse) y producir

- inmunidad, pero generalmente no causa enfermedad” (MinSalud, 2016, p. 27). Aunque estos virus se replican, generalmente no causan la enfermedad como en su forma “salvaje”, pero cuando sucede suele ser tan leve que puede ser confundida con un evento adverso. La respuesta inmune es virtualmente idéntica a la producida por la infección natural, dado que el sistema inmune no diferencia la infección por virus atenuado de la infección natural (MinSalud, 2016, p. 27).
- **Muertas o Inactivadas.** “Pueden estar compuestas por la totalidad o por fracciones del microorganismo. Las vacunas fraccionadas están basadas en proteínas (toxoides, subunidades o subviriones) o polisacáridos del microorganismo. Las vacunas de polisacáridos conjugados contienen estos polisacáridos que están unidos químicamente a una proteína, lo que la hace una vacuna más potente” (MinSalud, 2016, p. 28). “Estas vacunas requieren múltiples dosis, porque la primera no produce respuesta inmune protectora, pero “prepara” al sistema inmune, que suscita su respuesta a partir de una segunda o tercera dosis. Esta respuesta es humoral con poca o inexistente respuesta celular. Los anticuerpos contra estos antígenos inactivados disminuyen en el tiempo, por lo que pueden requerir dosis adicionales para incrementar los títulos” (MinSalud, 2016, p. 29).
 - **Vacunas de tipo polisacáridos.** “Son un tipo de vacunas inactivadas (subunidades) compuestas de largas cadenas de moléculas que conforman la superficie de la cápsula de ciertas bacterias. La respuesta inmune es generada por las células T

independientes, lo que significa que pueden estimular a las células B sin la ayuda de las células T-colaboradoras (helpers). Estos antígenos no generan respuesta inmune suficiente en población menor de 2 años, posiblemente por la inmadurez inmunológica” (MinSalud, 2016, p. 30).

- **Vacunas recombinantes.** “Los antígenos vacunales también pueden ser producidos por ingeniería genética, por lo que son conocidos como vacunas recombinantes. Algunas (hepatitis B y VPH) son producidas por la inserción de un segmento del gen viral en el gen de una levadura o virus. El microorganismo modificado de esta forma produce un antígeno de superficie puro de la hepatitis B o la proteína de la cápside del VPH cuando se multiplica” (MinSalud, 2016, p. 30).
- **Vacunas según número de antígenos y presentación (combinadas).** “De acuerdo con el número de antígenos, las vacunas se pueden clasificar en: *monocomponente*, que contiene un solo fragmento antigénico de un microorganismo, por ejemplo, algunas vacunas acelulares de tosferina; *monovalente*, que contiene un solo serotipo o sero grupo de un mismo microorganismo, por ejemplo, la vacuna anti meningocócica C; *multicomponente*, que contiene varios fragmentos antigénicos de un solo microorganismo, por ejemplo, algunas vacunas acelulares de tosferina; *polivalente*, contiene varios serotipos o serogrupos de un mismo microorganismo, por ejemplo, la vacuna antineumocócica” (MinSalud, 2016, p. 29).

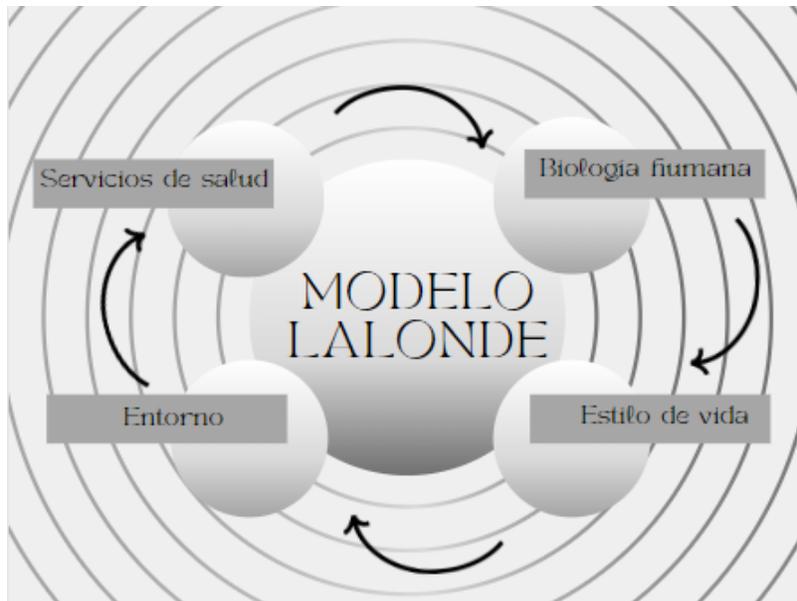
2.2.2 Fundamentación teórico-metodológica de los DSS: modelos y conceptos

2.2.2.1 Modelo Lalonde

En 1974, Marc Lalonde identificó los determinantes sociales categorizados en cuatro grupos: biología humana, estilo de vida, entorno y servicios de salud. A su vez, cada una de estas categorías interactúa con factores inherentes a la cotidianidad de las personas, especialmente, en cuanto a la salud. El primero se relaciona con las características individuales y las condiciones biológicas, mentales y corporales del ser humano. El segundo parte del hecho de que los patrones de conducta de los individuos inciden en su salud. El tercero incluye el medio ambiente físico y sociocultural. Y el cuarto se basa en la estructura política que provee servicios sanitarios, así como los recursos e infraestructura relativa a la satisfacción de necesidades de la población en este aspecto.

De este modelo se puede deducir que los servicios de salud influyen de manera importante en la salud, no solo por la oferta en beneficio de la población, sino porque la inversión que representan es mayor que en los demás casos, al menos en los países desarrollados. La provisión de servicios de inmunización, anticoncepción y tratamiento antibiótico contribuyen notoriamente al mejoramiento de la expectativa de calidad de vida de las poblaciones, así como los programas de prevención y control de enfermedades prioritarias (Velasco, 2015).

Figura 2 Modelo canadiense-Marc Lalonde (1974)



Fuente: Elaboración propia con base en (Velasco, 2015, p.206)

2.2.2.2 Modelo Dahlgren y Whitehead

Este modelo de influencia en capas se basa en el argumento de que las desigualdades sociales en salud son el resultado de las interacciones entre los diferentes niveles causales en los que se ubica al ser humano. La primera capa se encuentra en el centro y aborda el componente genético y hereditario, que puede influir en su situación de salud. Desde allí se definen los comportamientos y estilos de vida, las vulnerabilidades individual, familiar y comunitaria que pueden convertirse en factores de riesgo para la salud, como el consumo de alcohol en exceso, el abuso de sustancias psicoactivas, los hábitos alimenticios, el sedentarismo, entre otros (MinSalud, 2012).

La segunda capa determina la importancia de la redes sociales y comunitarias, cuya función es brindar apoyo y cuidado al individuo para que este, a su vez, esté en capacidad de articularse con una red social que le permita desarrollarse plenamente. Allí se pueden ubicar varias redes: familia, círculo social, amigos y comunidad, cuyo tejido con el entorno componen las potencialidades de relacionamiento y crecimiento social (MinSalud, 2012).

En la tercera capa se encuentran las condiciones de vida de cada uno de los individuos, en concordancia con los aspectos socioculturales evidentes en el entorno, como la educación, la vivienda, la alimentación y sus patrones, el acceso a los servicios básicos, el acceso a los servicios de salud y las circunstancias laborales (MinSalud, 2012).

Finalmente, en la última capa se encuentran las condiciones socioeconómicas, culturales y medioambientales presentes en todas las comunidades y sociedades que, de forma directa o indirecta, definen la forma de vida de estas, e incluso, determinan estilos de vida, patrones conductuales y condiciones de salud y enfermedad (MinSalud, 2012).

Figura 3 Modelo Dahlgren y Whitehead

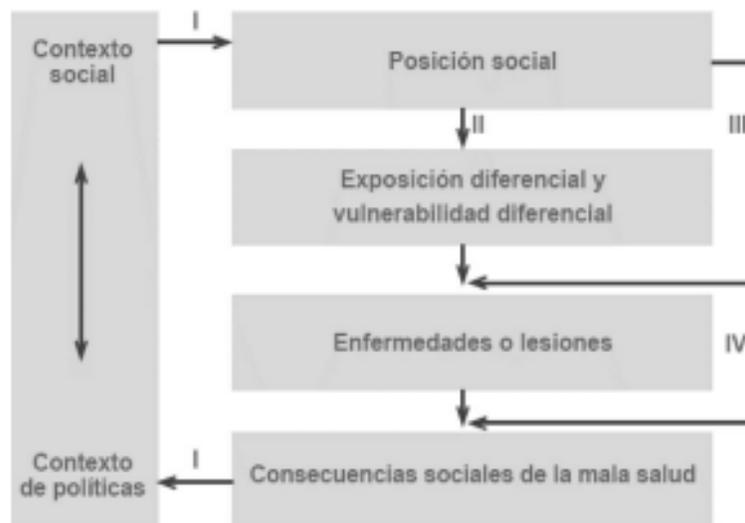


Fuente: Dahlgren y Whitehead (1991)

2.2.2.3 Modelo Diderichsen

Este modelo también se conoce como el de la estratificación y la enfermedad de la producción. Se fundamenta en la idea de que los contextos sociales crean posiciones sociales a los individuos y comunidades porque les asignan un estrato social. Dicha condición genera que surjan desigualdades sociales dado que no todas las comunidades tienen la oportunidad de acceder de la misma forma al sistema de salud (Rodríguez, 2020). Como se muestra en la siguiente figura, este modelo asigna números romanos en cada componente, que representan, el primero (I), el contexto social, político y la posición social; el segundo (II), la exposición diferencial; el tercero (III), las vulnerabilidades; y el cuarto (IV), las enfermedades o lesiones que se presentan en los grupos sociales (Rodríguez, 2020).

Figura 4 Modelo Diderichsen



Fuente: (Rodríguez, 2020, p. 14)

2.2.2.4 Modelo De Marmot, Brunner Y Wilkinson

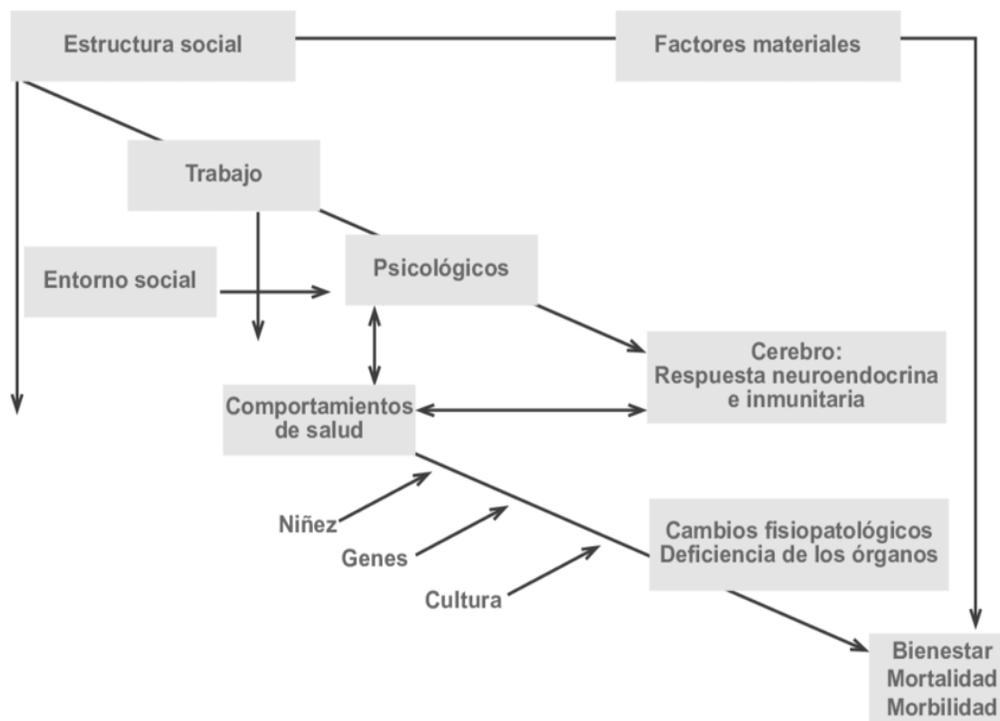
En este modelo resalta, como aspecto importante, el tiempo de exposición a factores de riesgos del medio ambiente, así como a factores de riesgo psicológico, social, familiar o laboral. Esta continua dinámica deriva en complicaciones en la salud de las personas, que pueden desencadenar en alteraciones físicas y biológicas que deterioran la vida de los individuos (González, 2016).

El modelo contempla, en un inicio, el nacimiento del individuo y su carga genética y hereditaria. Seguidamente, estos aspectos interactúan con la estructura social. En el interior de la familia se aprenden conductas y comportamientos que tienden a definir estilos de vida de las personas. Como parte de una estructura social, el individuo se relaciona con el sistema educativo y, posteriormente, con el sistema laboral, lo que en algunas oportunidades modifica su estilo de vida, debido a cambios de horarios escolares o laborales, desplazamientos, estrés, etc. Todos los cambios que las personas van incorporando generan estímulos en el sistema inmunológico y neuroendocrino, lo cual va produciendo respuestas en el cuerpo que pueden desencadenar en condiciones de salud y enfermedad, e incluso en la muerte (González, 2016).

Durante las etapas de interacción educativa y laboral podemos añadir a las dinámicas de vida otros factores de riesgo, como el consumo de alcohol, el consumo de sustancias psicoactivas, el consumo de dietas ricas en grasas saturadas, sal y bebidas azucaradas, y el estrés. Si bien parte de estos comportamientos, usualmente, se mantienen durante gran parte de la vida, la exposición diferencial al riesgo es permanente.

Como resultado de dicha exposición se obtiene un individuo con enfermedades crónicas no transmisibles, y con enfermedades degenerativas que poco a poco reducen su calidad y proyección de vida, desencadenando muertes prematuras (González, 2016). La siguiente figura da cuenta de estos factores, la interacción de los mismos y las posibles consecuencias a nivel cerebral, fisiopatológico y relativo a las morbimortalidades inherentes a estilos de vida, conductas individuales y contextos en riesgo.

Figura 5 Modelo De Marmot, Brunner Y Wilkinson



Fuente: (Jadue y Marín, 2005, p. 13)

2.2.2.5 Modelo de DSS de la OMS

El modelo de Determinantes Sociales de la Organización Mundial de la Salud es jerarquizado y distingue, al menos, tres determinantes subsumidos uno en el otro: el

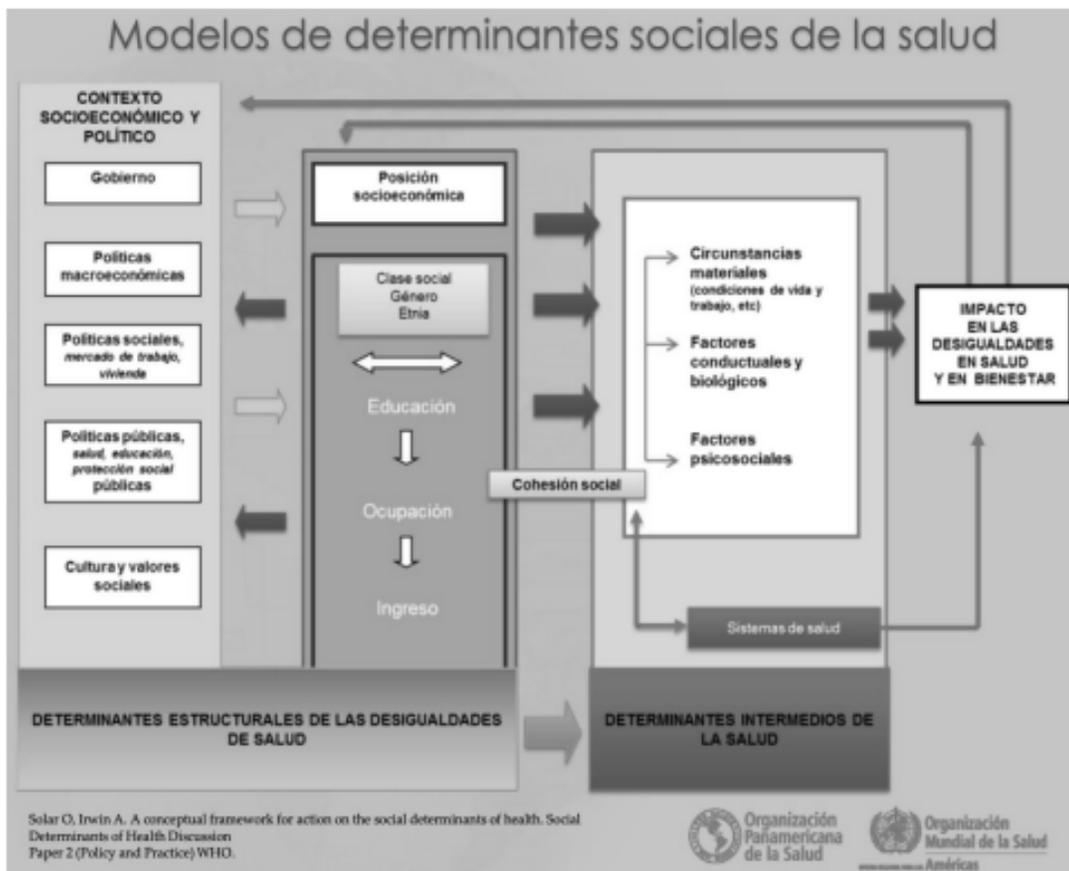
determinante estructural, dado por la posición social de la persona, y por los contextos sociales, políticos, económicos y culturales, entre otros, que la atraviesan; el determinante intermedio, dado por las exposiciones y vulnerabilidades diferenciales de los grupos poblacionales, como el familiar, escolar, laboral o social de la persona, que se refiere a las condiciones materiales en las que viven los individuos, familias y comunidades; y los determinantes intermedios, que se refieren a las estructuras que interactúan con los dos determinantes anteriores. Por ejemplo, los servicios de Salud constituyen un determinante intermedio.

Finalmente, un determinante proximal, representado por factores de riesgo individuales, como las morbilidades de base, la edad, la carga genética, el sexo y la etnia. Sin embargo, categorías como el sexo o el género pueden ser también determinantes estructurales, en la medida en que modifiquen la posición social de la persona y se traduzcan en una desventaja social o de acceso y utilización de los servicios de salud (Hernández et al, 2017).

Dentro del contexto sociocultural de la localidad de Ciudad Bolívar, donde se desarrolla la presente investigación, para desarrollar el análisis que acá se propone, se hace uso de este modelo. La escogencia responde a la importancia que revisten para este contexto y propósito de estudio, la perspectiva de la OMS sobre los DSS, pues se fundamenta en un enfoque estructural que permite evidenciar las desigualdades en salud, factor profundamente marcado dentro de la localidad objeto, debido a las inequidades que allí

se presentan². Este modelo facilita la relación salud – enfermedad, identificada a partir del riesgo, y ayuda a la construcción de la respuesta a partir de la definición de responsabilidades y reconocimiento de jerarquías en la orientación de las posibles soluciones frente a los resultados de las situaciones en salud (Hernández et al, 2017).

Figura 6 Modelo de DSS de la OMS



Fuente: (Rodríguez, 2020, p. 18)

² Según la Secretaría Distrital de Planeación (SDP), el índice de pobreza multidimensional (IPM) de la localidad Ciudad Bolívar, en el distrito capital, se encuentra en el 8,9%. Existen aproximadamente 361.000 personas dentro de la población económicamente activa, de las cuales, según la Encuesta Multipropósito, tan solo 40.078 están desocupadas, como se evidencia en el Diagnóstico Local Ciudad Bolívar (Secretaría de Gobierno, 2020, p. 7)

Para concluir este apartado, resulta evidente que los Determinantes Sociales en Salud son una preocupación constante para nuestro Gobierno, en especial, en relación con poblaciones vulnerables, en este caso, menores de cinco años, habitantes de una de las localidades más carentes de Bogotá D.C. Esto se ha traducido en el diseño constante de políticas públicas para la identificación y mitigación de riesgos, a través de la operativización de programas, planes y proyectos, ya sea desde el plan de intervenciones colectivas o a partir de los fondos de desarrollo local de cada una de las alcaldías.

La población objeto de la presente investigación, en su mayoría, no cuenta con los recursos económicos, profesionales, políticos, socioculturales, de infraestructura y humanos suficientes para prevenir, resistir y sobreponerse de un impacto negativo en su salud y, por lo tanto, permanece en situación de riesgo. Las condiciones sociales en las que viven los habitantes de este sector representan riesgos latentes para su estado de salud, su calidad y proyección de vida, y el alcance de su desarrollo personal, social y sostenible.

La investigación con base en los lineamientos que ofrece el modelo de DSS de la OMS, en el presente análisis, permite establecer formas de intervención dentro de la población para completar esquemas de vacunación, en especial, respecto de aquellos biológicos cuya aplicación de dosis completas contribuyen con la disminución de la carga viral asociada a enfermedades respiratorias, discapacidades y mortalidades evitables en niñas y niños menores de cinco años; en congruencia con la Política Nacional de Primera Infancia que, en Bogotá, se enmarca en la garantía de los derechos fundamentales de esta

población y crea el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), de acceso ilimitado, donde se contempla, además, la consulta de crecimiento y desarrollo, que busca identificar de forma temprana alteraciones físicas y psicológicas del desarrollo.

2.3 Marco legal

En este apartado se sistematiza el corpus jurídico, a nivel nacional y en orden cronológico, de los diferentes lineamientos normativos que han surgido con la preocupación de los gobiernos y demás sectores de la sociedad frente a la inmunización y las condiciones de inequidad que vive la población de la infancia y primera infancia en el país. Esta información se presenta en la Tabla 6, donde se citan las principales normas que respaldan y apoyan la gestión del Programa Ampliado de Inmunizaciones en Colombia, en el marco de la Atención Primaria en Salud.

Para esta sistematización se sigue la propuesta presentada por el Manual Técnico Administrativo del PAI, Tomo I (MinSalud, 2016). Este marco legal contribuye con la organización de las actividades frente al funcionamiento de cada uno de los servicios de vacunación reguladas por el Ministerio de Salud con el fin de que la oferta de estos servicios cumpla con los requisitos correspondientes a la normatividad vigente.

Tabla 6 Marco legal del programa ampliado de inmunizaciones

Norma	Descripción
Ley 9ª de 1979	Por la cual se dictan Medidas Sanitarias para la protección del Medio Ambiente y se establecen, primero, las normas generales que servirán de base a las disposiciones y reglamentaciones necesarias para preservar, restaurar y mejorar las condiciones sanitarias en lo que se relaciona con la salud humana, segundo, los procedimientos

	y las medidas que se deben adoptar para la regulación, legalización y control de los descargos de residuos y materiales que afecten o puedan afectar las condiciones sanitarias del ambiente. (Ley 9, 1979)
Decreto 1416 de 1990	Impulsa los procesos de control social del Plan de Atención Básica a través de los espacios de participación social, previstos por la ley. (Decreto 1416, 1990)
Constitución Política de 1991	El Congreso de la República establece que Colombia es un Estado social de derecho, organizado de forma descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana y solidaria con las personas. Determina entre otros que toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y de su comunidad. Consagra como derechos fundamentales los de la vida, la salud, los niños, la integridad física y la seguridad social. (Constitución Política de Colombia, 1991).
Ley 100 de 1993	Crea el SGSSS, por el cual reorganiza el sistema de prestación de servicios en salud, desarrolla el servicio público de la salud y genera una complementariedad entre la red pública y la red privada de prestadores, con el fin de lograr una mayor cobertura. En el artículo 165 define el POS, el cual debe cubrir acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención de la enfermedad general, diagnóstico y tratamiento, protección de la maternidad y rehabilitación física. Todo administrador de servicios de salud debe garantizar la protección a la población que tenga afiliada a través de sus servicios. (Ley 100, 1993).
Decreto Reglamentario de la Ley 100, 1938 de 1994	En el artículo 3° define que el PAB es obligatorio y de carácter gratuito. Incluye, entre otras, acciones de prevención primaria y diagnóstico precoz en las personas con patologías y en riesgo o en las comunidades, en caso de enfermedades endémicas o epidémicas. (Decreto Reglamentario 1938, 1994).
Decreto 1757 de 1994	Por el cual se organizan y se establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud, conforme a lo dispuesto en el numeral 1 del artículo 4º del Decreto Ley 1298 de 1994. (Decreto 1757, 1994)

- Resolución 4288 de 1996** El artículo 11 fija otras acciones conducentes para orientar a la población hacia la prevención y la detección precoz y establece que el distrito o municipio debe desarrollar las actividades en toda la población, independientemente del estado de vinculación o afiliación al SGSSS, para garantizar coberturas adecuadas en las acciones preventivas. (Resolución 4288, 1996)
- Resolución 3997 de 1996** Por la cual se establecen las actividades y los procedimientos para el desarrollo de las acciones de promoción y prevención en el SGSSS a otros actores, de los regímenes contributivo y subsidiado, dirigidas a los afiliados de manera obligatoria y que podrán ser de tipo individual, familiar y grupal. (Resolución 3997, 1996)
- Resolución 4445 de 1996** Trata de las condiciones de infraestructura física que deben cumplir las instituciones hospitalarias y similares. (Resolución 04445, 1996)
- Acuerdo 30 de 1997** El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) fija la aplicación de los copagos a todos los servicios contenidos en el POS, con excepción de los servicios de promoción y prevención, dentro de ellos vacunación. (Acuerdo 30, 1997)
- Decreto 806 de 1998** Por el cual se reglamenta la afiliación al Régimen de Seguridad Social en Salud y la prestación de los beneficios del servicio público esencial de seguridad social en salud y como servicio de interés general en todo el territorio nacional. (Decreto 806, 1998)
- Acuerdo 117 de 1998** El CNSSS establece el obligatorio cumplimiento de • Las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida; protección específica (vacunación con esquema vigente del PAI); detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública, incluye las enfermedades objeto de erradicación, eliminación y control. Las aseguradoras de servicios de salud deben desarrollar e implementar diferentes estrategias para la demanda de lo mencionado entre su población beneficiaria, con el fin de garantizar coberturas de vacunación mayores del 95%. El artículo 9º establece la obligatoriedad de todas las administradoras de servicios de salud de contar con una red de prestadores de servicios debidamente acreditada, propia o contratada, pública o privada, que garantice la atención en salud a sus afiliados y cuya financiación está incluida en la UPC. (Acuerdo 117, 1998)

- Resolución 1995 de 1999** Por la cual se establecen normas para el manejo de la historia clínica. (Resolución 1995, 1999)
- Ley 599 de 2000** Código Penal Colombiano, artículo 368 del capítulo 1, define las penas para los delitos contra la salud pública. (Ley 599, 2000)
- Decreto 2676 de 2000** En conjunto, los Ministerios de Salud y Medio Ambiente reglamentan ambiental y sanitariamente la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares, generados por personas naturales o jurídicas. Se incluye la clasificación de residuos infecciosos o de riesgo biológico, en la cual se encuentran, entre otros, biosanitarios y cortopunzantes. (Decreto 2676, 2000)
- Resolución 412 del 25 de Febrero de 2000** Por la cual el Ministerio de Salud establece las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y adopta las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana, y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Se definen responsabilidades y se destacan: Garantizar en el municipio de residencia del afiliado la prestación de la totalidad de las acciones a través de la red prestadora de servicios que cumpla los requisitos esenciales para su prestación. Si la red no puede prestar la totalidad de los servicios establecidos, debe asumir los gastos del desplazamiento a que hubiere lugar para su prestación. • En el artículo 13 se establece que no podrán aplicarse copagos ni cuotas moderadoras a las actividades, procedimientos e intervenciones en salud contenidos en las normas técnicas. El anexo técnico, en su aparte 4 del tomo I, ítem 5.3 de la norma técnica para la atención al recién nacido, referente a los cuidados mediatos del neonato, establece como responsabilidad “Iniciar esquema de vacunación con aplicación de BCG, anti-hepatitis B y antipolio”. En seguida se recuerda la educación que debe ser ofrecida a la madre, entre otras, la “inscripción del recién nacido para la valoración de su crecimiento y desarrollo e inicio del esquema de vacunación”. No olvidar que polio de recién nacido ya se retiró del esquema. En el aparte 18 del tomo II está descrita toda la norma técnica para la vacunación y garantía de calidad mediante una óptima cadena de frío, según el esquema del PAI adoptado para el país. Garantizar la continuidad de las acciones de demanda inducida y cuando por cualquier motivo un afiliado cambie de un régimen a otro o cuando se produzca el traslado de aseguradora, proporcionar a aquella a la

cual se traslade la totalidad de la información relacionada al afiliado y a su núcleo familiar. (Resolución 00412, 2000)

Resolución 3374 del 27 de 2000 Por la cual el Ministerio de Salud reglamenta la información de datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados. Obliga a todos los actores del SGSSS a: el uso del Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS); enviar información solicitada; mantener actualizadas las bases de datos; implementar procesos informáticos; garantizar la confiabilidad, seguridad y calidad de la información. (Resolución 3374, 2000)

Resolución 3384 del 29 de Diciembre de 2000 Por la cual el Ministerio de Salud modifica parcialmente las Resoluciones 412 y 1745 de 2000 y se deroga la Resolución 1078 de 2000. En su artículo 10 establece que las aseguradoras de los regímenes subsidiado y contributivo deberán diseñar estrategias de prestación de servicios que permitan a la población afiliada acceder con oportunidad y calidad a las actividades, procedimientos e intervenciones contenidos en las normas técnicas y guías de atención. En el capítulo IV, artículo 12, fija las metas de cumplimiento para cada uno de los procedimientos incluidos en las normas técnicas de protección específica, entre estas, vacunación para el régimen contributivo y subsidiado (ajustada en la Circular Externa 0052 de 2002). En su anexo 1 se establece la matriz de programación para la vacunación según el esquema del PAI y los indicadores. (Resolución 3384, 2000)

Ley 715 de 2001 Por la cual se definen competencias y responsabilidades en salud y educación según niveles. De conformidad con lo establecido en el numeral 12 del artículo 42 de esta ley, se definen, entre otras, las prioridades de la nación y de las entidades territoriales en materia de salud pública: a) reducción de las enfermedades prevenibles por vacunación y la mortalidad infantil. En el artículo 42.1.3 se establece la responsabilidad de la nación de adquirir, distribuir y garantizar el suministro oportuno de los biológicos del PAI, los insumos críticos para el control de vectores y los medicamentos para el manejo de los esquemas básicos de las enfermedades transmisibles y de control especial. En el capítulo II se establecen las competencias de las entidades territoriales en el sector de salud, entre otras, adoptar, difundir, implantar, ejecutar y evaluar, en el ámbito departamental, las normas, políticas, estrategias, planes, programas y proyectos del

sector de salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud que formule y expida la nación o en armonía con estas. El numeral 43.1.5 de la Ley, en lo referente a las competencias de las entidades territoriales en el sector de salud, en cuanto a vigilancia y control, es su responsabilidad el cumplimiento de las normas técnicas, científicas y administrativas que expida el Ministerio de la Protección Social, así como de las actividades que desarrollan los municipios de su jurisdicción para garantizar el logro de las metas en salud, salud pública y el PAI en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. En el numeral 43.3.9, coordinar, supervisar y controlar las acciones de salud pública que realicen en su jurisdicción las EPS, las demás entidades que administran el régimen subsidiado, las entidades transformadas y adaptadas y aquellas que hacen parte de los regímenes especiales, así como las IPS e instituciones relacionadas. El artículo 44, sobre competencias de los municipios, corresponde a los municipios dirigir y coordinar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el ámbito de su jurisdicción. Según el artículo 45, competencias en salud por parte de los distritos, los distritos tendrán las mismas competencias que los municipios y departamentos, excepto aquellas que correspondan a la función de intermediación entre los municipios y la nación. Según el artículo 46, sobre competencias en salud pública, la gestión en salud pública es función esencial del Estado y para tal fin la nación y las entidades territoriales concurrirán en su ejecución en los términos señalados en la presente ley. Las entidades territoriales tendrán a su cargo la ejecución de las acciones de salud pública en la promoción y prevención dirigidas a la población de su jurisdicción. En el artículo 52 se establece que, en la distribución de recursos para las acciones de salud pública prioritarias para el país, se contempla un 10% dado por eficiencia administrativa municipal; la base es el logro y el mantenimiento de las coberturas de vacunación mayores del 95%. (Ley 715, 2001)

Resolución 1896 de 2001 Mediante la cual se establece la clasificación única de procedimientos en salud, que corresponde a un ordenamiento lógico y detallado de los procedimientos e intervenciones que se realizan en Colombia, identificados por un código y descritos por una nomenclatura validada por los expertos del país, independientemente de la profesión o disciplina del sector de salud que los realice, así como del ámbito de realización de los mismos. Para el PAI, establece en la lista tabular los códigos para la recuperación de recursos mediante facturación. 1. Conocidos

comúnmente como códigos CUPS. (Resolución 1896, 2001)

- Ley 734 de 2002** Código Único Disciplinario, artículo 34, instaure los deberes de los participantes del SGSSS y en el numeral 21 dispone la obligatoriedad de vigilar y salvaguardar los bienes (productos biológicos) que han sido encomendados con un uso debido y racional conforme a los fines para los cuales han sido definidos. (Ley 734, 2002).
- Decreto 1669 de 2002** Los Ministerios de Salud y Medio Ambiente modifican el alcance de la Resolución 2676 a otros establecimientos del orden privado cuyo fin es brindar servicios de salud, obligándolos a aplicar las normas para el manejo y disposición final de los residuos inmunobiológicos. (Decreto 1669, 2002)
- Resolución 1535 de 2002** El ministro de trabajo y seguridad social, encargado de las funciones del Despacho del ministro de salud, considera importante homologar el carné de salud como documento único de seguimiento en salud que permita a los padres y cuidadores realizar el seguimiento de la evolución de la salud de los niños menores de 5 años, independientemente del nivel de aseguramiento al SGSSS. Establece: Artículo 1º, adoptar el carné de salud infantil como documento único para orientación de la evolución de la salud de niños y niñas menores de cinco años, su crecimiento y desarrollo y el control del esquema de vacunación. Artículo 2º, el carné de salud será distribuido a partir del 1º de enero de 2003 a los padres y madres de todo(a) recién nacido(a), por cuenta de la respectiva EPS, a través de la red de servicios propia o contratada para la población afiliada y a través de las Secretarías Departamentales, Distritales o Municipales de Salud para la población pobre no asegurada. (Resolución 1535, 2002)
- Resolución 1164 de 2002** Los Ministerios de Salud y Medio Ambiente establecen en el anexo 2 el protocolo para el tratamiento de los residuos sólidos, líquidos, productos vencidos, utilizados y deteriorados. En el cumplimiento de la normatividad sobre el manejo de residuos sólidos hospitalarios, todo prestador debe tener su plan de gestión integral del manejo y disposición final de los residuos sólidos y similares.

(Resolución 1164, 2002)

- Circular Externa 052 de Diciembre de 2002** El Ministerio de Salud emite directrices para el cumplimiento de la correcta ejecución de los recursos de salud pública estableciendo, entre las acciones de salud pública prioritarias para el país, la reducción de las EPV y la mortalidad infantil, y como meta, lograr coberturas de la vacunación del 95% en los menores de 5 años con todos los inmunobiológicos del PAI y en todos los municipios del país. (Circular Externa 052, 2002)
- Decreto 205 de 2003** Estableció la estructura orgánica del Ministerio de la Protección Social, señalando en el numeral 11 del artículo 6º la facultad del ministro de la protección social de crear, organizar y conformar los grupos internos de trabajo, con el fin de atender las necesidades del servicio y cumplir con los objetivos, políticas y programas del organismo. (Decreto 205, 2003)
- Decreto 2287 de 2003** Reglamenta el uso del carné de salud infantil como requisito de ingreso a los establecimientos educativos y de bienestar. (Decreto 2287, 2003)
- Decreto 822 de 2003** Para dar efectivo cumplimiento a la competencia señalada en el considerando anterior, se hace necesario que excepcionalmente la Nación –Ministerio de la Protección Social– importe dichos productos sin cumplir con el trámite de obtención de registro sanitario, debiéndose establecer para tal efecto los requisitos bajo los cuales procederá dicha importación. (Decreto 822, 2003)
- Circular Externa 0051 de Octubre de 2003** El MPS dicta directrices para la financiación de las acciones del PAI puntualizando que, para los regímenes subsidiado y contributivo, es responsabilidad de los aseguradores y, en el caso de la población vinculada (pobres sin capacidad económica), este servicio debe ser garantizado por las entidades territoriales. (Circular Externa 0051, 2003)
- Circular Externa 018 de Febrero de 2004** Se establecen las metas nacionales propuestas en el programa de gobierno para el periodo 2002-2006 en el componente de salud pública, contemplando la reducción de enfermedades inmunoprevenibles, las prevalecientes en la infancia y la mortalidad

infantil, ya modificada por la Resolución 435 de 2008. (Circular Externa 018, 2004)

- Decreto 272 de 2004** Por el cual se modifica la estructura del Instituto Nacional de Salud y se determinan las funciones de sus dependencias, en la cual el Instituto puede, de acuerdo con sus objetivos y funciones, realizar actividades de carácter operativo para la atención de las políticas, planes, programas y prioridades fijados por el Ministerio de la Protección Social en materia de salud pública. (Decreto 272, 2004)
- Decreto 2888 de 2005** Modifica el artículo 1º del Decreto 822 de 2003 y da facultades al MSPS, conferidas por Presidencia de la República, para adquirir, distribuir y garantizar el suministro oportuno de biológicos e insumos del PAI, control de vectores y enfermedades transmisibles. (Decreto 2888, 2005)
- Decreto 4725 de 2005** Por el cual se reglamenta el régimen de registros sanitarios, permiso de comercialización y vigilancia sanitaria de los dispositivos médicos para uso humano. Tiene por objeto regular el régimen de registros sanitarios, permiso de comercialización y vigilancia sanitaria en lo relacionado con la producción, procesamiento, envase, empaque, almacenamiento, expendio, uso, importación, exportación, comercialización y mantenimiento de los dispositivos médicos para uso humano, los cuales serán de obligatorio cumplimiento por parte de todas las personas naturales o jurídicas que se dediquen a dichas actividades en el territorio nacional. (Decreto 4725, 2005)
- Resolución 2783 de 2005** Por la cual se adopta el certificado de vacunación del adulto. (Resolución 2783, 2002)
- Ley 1098 de 2006** Por la cual el Congreso de Colombia expide el Código de Infancia y Adolescencia. En el artículo 14 se considera un complemento de la patria potestad “La responsabilidad parental, que hace referencia al cuidado, protección y orientación del menor de edad. En el artículo 20 dice que se deben evitar las EPV y en el artículo 29 hace mención a que la vacunación es un derecho impostergable de la primera infancia. (Código de Infancia y Adolescencia, 2006)
- Decreto 1011 de 2006** Establece el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud del SGSSS. Entre otros, exige el reporte obligatorio del registro de las actividades de protección específica, la detección

temprana y la aplicación de las guías de atención integral para las enfermedades de interés en salud pública. (Decreto 1011, 2006)

- Decreto 2323 de 2006** Organiza la Red Nacional de Laboratorios y reglamenta su gestión, con el fin de garantizar su adecuado funcionamiento y operación en las líneas estratégicas del laboratorio para la vigilancia en salud pública, la gestión de la calidad, la prestación de servicios y la investigación. (Decreto 2323, 2006)
- Decreto 3518 de 2006** Crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) para la provisión en forma sistemática y oportuna de información sobre la dinámica de los acontecimientos que afecten o puedan afectar la salud de la población. (Decreto 3518, 2006)
- Resolución 1043 de 2006** Por la cual el MPS establece las condiciones que deben reunir las IPS para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención. Contiene once artículos y dos anexos técnicos, el Anexo Técnico 1 – “Manual Único de Estándares y de Verificación”– y el Anexo Técnico 2 –“Manual Único de Procedimientos de Habilitación”–. (Resolución 1043, 2006)
- Resolución 5022 de 2006** Crea, organiza y conforma el grupo interno de trabajo Programa Ampliado de Inmunizaciones en la Dirección General de Salud Pública y se determinan sus funciones. (Resolución 5022, 2006)
- Acuerdo 000335 de 2006** Por el cual se asignaron recursos de la subcuenta de promoción del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) para el fortalecimiento de programas prioritarios de salud pública. En el artículo 1º, literal a), se apropiaron recursos para el “Fortalecimiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones – Vacunación de la Población de Alto Riesgo contra Neumococo”. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud estableció que esta vacunación contra *Streptococcus pneumoniae* estaría dirigida a la población menor de 2 años de alto riesgo, que incluye aquellos niños con infección por VIH, cardiopatías congénitas, asplenia, inmunodeficiencia primaria, diabetes mellitus, asma bronquial en tratamiento con corticoesteroides, inmuno comprometido por cáncer o por insuficiencia renal crónica o síndrome nefrótico o por quimioterapia inmunosupresora, afiliada a los regímenes contributivo y

subsidiado, y pobre no asegurada. (Acuerdo 000335, 2006)

- Ley 1164 de 2007** Ley de talento humano: Tiene por objeto establecer las disposiciones relacionadas con procesos de planeación, formación, vigilancia y control del ejercicio y desempeño y ética del talento humano en el área de salud. (Ley 1164, 2007)
- Ley 1122 de 2007** Se hacen algunas modificaciones en el SGSSS; en el capítulo vi, de salud pública, artículo 33, establece que el Gobierno nacional definirá el plan nacional de salud pública para cada cuatrienio, el cual quedará expresado en el respectivo Plan Nacional de Desarrollo. Su objetivo será la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar. Este plan debe incluir entre otros aspectos: El plan nacional de inmunizaciones que estructure e integre el esquema de protección específica para la población colombiana, en particular los biológicos por contener, que se revisarán cada cuatro años con la asesoría del INS y el CNPI. Las actividades colectivas que estén a cargo de la Nación y de las entidades territoriales con recursos destinados para ello deberán complementar las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud. El Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas reemplazará el Plan de Atención Básica. (Ley 1122, 2007)
- Ley 1176 de 2007** Modifica la Ley 715 de 2001, Reglamenta el SGP. 1. Una participación con destinación específica para el sector de educación. 2. Una participación con destinación específica para el sector de salud. 3. Una participación con destinación específica para el sector de agua potable y saneamiento básico. 4. Una participación de propósito general. (Ley 1176, 2007)
- CONPES 109 de 2007** El Consejo Nacional de Política Económica y Social establece la Política Pública Nacional de Primera Infancia “Colombia por la primera infancia”. (Política Pública Nacional de Primera Infancia, 2007)

- Decreto 3039 de 2007** Establece el Plan Nacional de Salud Pública, cuyo primer objetivo es mejorar la salud infantil, fijando como metas nacionales de salud infantil lograr y mantener las coberturas de vacunación con todos los biológicos del PAI por encima del 95% en niños menores de 1 año (línea de base: poliomielitis, 86,8%; DPT, 86,8%; sarampión, rubéola y paperas, 89,1%, en niños de 1 año. Fuente: PAI, 2005). (Decreto 3039, 2007). Derogado
- Resolución 2680 de 2007** El MPS modifica parcialmente la Resolución 1043 de 2006 y se dan disposiciones para la habilitación de servicios de salud, se emite el manual único de estándares de prestación de servicios. (Resolución 2680, 2007)
- Resolución 3042 de 2007** Por la cual el MPS reglamenta la organización de los fondos de salud de las entidades territoriales, la operación y registro de las cuentas maestras para el manejo de los recursos de los fondos de salud y se dictan otras disposiciones. (Resolución 3042, 2007)
- Resolución 3763 de 2007** El MPS modifica parcialmente los anexos de las Resoluciones 1043 y 1448 de 2006 y la Resolución 2680 de 2007 y se dictan otras disposiciones para habilitación en la calidad de servicios de salud. (Resolución 3763, 2007)
- Ley 1251 de 2008** Por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores. (Ley 1251, 2008)
- Ley 1220 de 2008** Por la cual se aumentan las penas para los delitos contra la salud pública. (Ley 1220, 2008)
- Resolución 425 de 2008** El MPS define metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de entidades territoriales. (Resolución 425, 2008)
- Resolución 4796 de 2008** El MPS reglamenta la atención por brigadas o jornadas de salud, se adoptan estándares de condiciones técnico-científicas para la habilitación de unidades acuáticas y se dictan otras disposiciones. (Resolución 4796, 2008)

- Acuerdo 366 de 2007** Por el cual se asignan recursos de la subcuenta de promoción del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) para la adquisición de vacunas contra el neumococo y rotavirus como fortalecimiento al Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). (Acuerdo 366, 2007)
- Acuerdo 382 de 2008** Por el cual se asignan recursos de la subcuenta de promoción del Fosyga para la adquisición de vacuna contra la influenza. (Acuerdo 382, 2008)
- Acuerdo 385 de 2008** Por el cual se asignan recursos de la subcuenta de promoción del Fosyga para la adquisición de vacuna contra el rotavirus como complemento al Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). (Acuerdo 385, 2008)
- Ley 1295 de 2009** Por la cual se reglamenta la atención integral de los niños y las niñas de la primera infancia de los sectores clasificados como 1, 2 y 3 del Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para Programas Sociales (Sisbén). (Ley 1295, 2009)
- Acuerdo 08 de 2009** De la Comisión Reguladora en Salud, aclara que todas las vacunas que pertenezcan al esquema nacional de vacunación son POS. (Acuerdo 08, 2009)
- Acuerdo 406 de 2009** Del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, por la cual se aprueban los recursos para la compra de neumococo. (Acuerdo 406, 2009)
- Ley 1373 de 2010** Por la cual se incluye la vacuna de neumococo de manera obligatoria al esquema nacional de vacunación. (Ley 1373, 2010)
- Ley 1388 de 2010** Por la cual se debe garantizar la vacunación anual contra influenza estacional a los familiares y convivientes del menor. (Ley 1388, 2010)
- Resolución 1736 de 2010** Por la cual se asignan recursos del Fosyga para la compra de vacuna de neumococo y criterios para su ejecución. (Resolución 1736, 2010)
- Circular 018 de 2010** Por la cual la Procuraduría General de la Nación requiere a las empresas aseguradoras realizar actividades de fortalecimiento del PAI en todos los componentes y garantizar el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud conforme a los

principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. (Circular 018, 2010)

Circular Conjunta 042 de 2010 Entre Ministerio de Salud y Protección Social y Ministerio de Educación, donde se da el lineamiento de vacunar contra sarampión y rubéola en todas las instituciones educativas. (Circular Conjunta 042, 2010)

Ley 1438 de 2011 Reforma al SGSSS en aspectos como: fortalecimiento a través de un modelo de prestación del servicio público en salud en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud; acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud; creación de un ambiente sano y saludable que brinde servicios de mayor calidad, incluyentes y equitativos, donde el objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país; inclusión de disposiciones para establecer la unificación del Plan de Beneficios; universalidad del aseguramiento; garantía de portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, en un marco de sostenibilidad financiera; establecimiento como prioridad en salud pública la definición de metas en cuanto a incidencia de enfermedades prevalentes transmisibles, incluyendo las inmunoprevenibles para realizar continuo monitoreo. (Ley 1438, 2011)

Decreto 4107 de 2011 Por el cual se determinan los objetivos y la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social y se integra el sector administrativo de salud y protección social. (Decreto 4107, 2011)

Acuerdo 029 del 28 de Diciembre de 2011 Por el cual la Comisión de Regulación en Salud (CRES) sustituye el Acuerdo 028 de 2011, que define, aclara y actualiza integralmente el POS. Especifica la codificación de los biológicos dentro del listado de medicamentos del POS. En el artículo 3º establece, entre otros, las siguientes definiciones: La nomenclatura para medicamentos se realiza según el Sistema de Clasificación Anatómica, Terapéutica y Química (ATC), de la Organización Mundial de la Salud (OMS), hasta el quinto nivel. Para enfermedades o patologías, se emplea la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas Relacionados con la Salud, Décima Versión (CIE-10) de la OMS. Dispositivos, con la codificación estandarizada de insumos y dispositivos médicos establecida por la Resolución 2981 de 2011 y demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan. Glosario

para efectos de facilitar, precisar la operación y cumplir el objeto del presente acuerdo. (Acuerdo 029, 2011)

- CONPES 140 de 2011** Modifica el CONPES Social 91 del 14 de junio de 2005: Metas y estrategias de Colombia para el logro de los objetivos de desarrollo del milenio – 2015. (Modificación a CONPES SOCIAL 91, del 14 de Junio de 2005: “Metas y estrategias de Colombia para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio-2015”, 2011)
- Circular 474 de 2011** Del Ministerio de Salud y Protección Social para la transferencia de recursos financieros a las entidades departamentales y distritales, con el objeto de contener el brote de sarampión presentado en la ciudad de Barranquilla en el mes de agosto de ese año y evitar su extensión al resto del territorio nacional. Dichos recursos fueron ejecutados en el año 2012. (Circular 474, 2011)
- Decreto 2562 de 2012** Por el cual se modifica la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social, se crea una comisión asesora y se dictan otras disposiciones. Se especifican las funciones de las direcciones y subdirecciones del MSPS. (Decreto 2562, 2012)
- Resolución 4505 de 2012** Por la cual se establece el reporte relacionado con el registro de las actividades de protección específica, detección temprana y la aplicación de las guías de atención integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento. (Resolución 4505, 2012)
- Resolución 0459 de 2012** Por la cual el MPS adopta el protocolo y modelo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual. (Resolución 0459, 2012)
- Resolución 2568 de 2012** Por la cual se asignan recursos financieros a departamentos, distritos y ciudades capitales para apoyo, fortalecimiento y desarrollo de la jornada de vacunación contra el virus del papiloma humano a niñas de cuarto grado de primaria, de 9 años y más de edad. (Resolución 2568, 2012)
- CONPES 152** Por el cual se destina distribución de recursos para la atención

- de 2012** integral de la primera infancia. (Distribución de los recursos para la Atención Integral de la Primera Infancia, vigencia 2012, provenientes del crecimiento real de la economía superior al 4% en el 2010, 2012)
- Circular Externa Conjunta 0009, del 21 de Febrero de 2012** Circular Conjunta entre el Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Salud para el fortalecimiento de la vigilancia, control y manejo de los casos de tos ferina que se presentaban en el país. Esta situación vuelve y se ratifica mediante la Circular 38 del 8 de agosto de 2012, del Ministerio de Salud y Protección Social. (Circular Externa Conjunta 0009, 2012)
- Circular 041 del 13 de Agosto del 2012** El MSPS y el Ministerio de Educación Nacional convocan a los sectores respectivos a participar y desarrollar la jornada de vacunación nacional contra el virus del papiloma humano (VPH). (Circular Conjunta 041, 2012)
- Circular 04 de 2012** Del MSPS, por la cual se prioriza la contratación del personal para la vigilancia y respuesta en salud pública a nivel territorial. (Circular 04, 2012)
- Resolución 4343 de 2012** Con el objeto de hacer cumplir los derechos y deberes de los usuarios en el SGSSS. (Resolución 4343, 2012)
- Ley 1626 de 2013** Por la cual se incluye la vacuna contra el VPH, de manera obligatoria al esquema nacional de vacunación, para las niñas entre cuarto grado de básica primaria y séptimo grado de básica secundaria. (Ley 1626, 2013)
- Decreto 1683 de 2013** Del Ministerio de Salud y Protección Social. Se trata de la portabilidad nacional del seguro de salud, lo cual implica que al usuario se le debe dar el servicio en cualquier parte del país (Decreto 1683, 2013)
- Decreto 0249 de 2013** Requisitos para la importación de medicamentos e insumos críticos a través de la OPS, que acreditará que sus productos cumplen con los criterios de calidad definidos por la OMS. El Invima llevará a cabo procesos de liberación de lotes cuando sea necesario. (Decreto 0249, 2013)

- Resolución 1441 de 2013** El MSPS define los procedimientos y condiciones que deben reunir los prestadores de servicios de salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones. Establece los procedimientos y condiciones de habilitación, así como la adopción del Manual de Habilitación, que deben cumplir: a) las instituciones prestadoras de servicios de salud; b) los profesionales independientes de salud; c) los servicios de transporte especial de pacientes; y d) las entidades con objeto social diferente a la prestación de servicios de salud que por requerimientos propios de su actividad brinden de manera exclusiva servicios de baja complejidad y consulta especializada que no incluyan servicios de hospitalización ni quirúrgicos. (Resolución 1441, 2013)
- Resolución 1841 de 2013** Por la cual el MSPS adopta el Plan Decenal de Salud Pública para el periodo 2012- 2021. • Establece los objetivos, las metas y las estrategias del componente de enfermedades inmunoprevenibles para el periodo de 2012 a 2021. (Resolución 1841, 2013)
- Resolución 3250 de 2013** Por medio de la cual se adopta la política de comunicaciones del MSPS. (Resolución 3250, 2013)
- Resolución 5521 de 2013** La cual define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS). En el artículo 21 define la aplicación de vacunas como responsabilidad de las EAPB, garantiza el acceso y la administración de las vacunas, suministradas por el Ministerio de Salud y Protección Social. (Resolución 5521, 2013)
- CONPES 162 de 2013** Por el cual se destina distribución de recursos para la atención integral de la primera infancia. (Sistema General de Participaciones Vigencia 2013, 2013)
- Circular 012 del 29 de Mayo de 2013** La Procuraduría General de la Nación requiere a las empresas aseguradoras realizar actividades de fortalecimiento del PAI en todos los componentes y garantizar el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. (Circular 012, 2013)
- Circular 019 del 27 de** Del MSPS y el Ministerio de Educación Nacional como respaldo a la gran jornada de vacunación nacional contra el VPH. (Circular

- Mayo de 2013** Conjunta 019, 2013)
- Circular 023 del 16 de Julio de 2013** Del MSPS sobre aspectos para reforzar en el esquema permanente de vacunación. (Circular Externa 023, 2013)
- Circular 039 del 30 de Octubre de 2013** Del MSPS referente a la meta programática del Programa Ampliado de Inmunizaciones 2012-2013. (Circular Externa 039, 2013)
- Circular 044 del 19 de Noviembre de 2013** Del MSPS sobre lineamientos para la implementación, operación y sostenimiento del sistema de información nominal del PAI. (Circular Externa 044, 2013)
- Circular Externa 045 del 19 de noviembre de 2013** Del MSPS acerca de aspectos técnicos sobre vacunación segura. (Circular Externa 045, 2013)
- Resolución 2003 de 2014** Define los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y la habilitación de estos. En el numeral 2.3.2 –estándares y criterios de habilitación– y en el numeral 2.3.2.2 hace referencia a los estándares para protección específica y detección temprana, dentro de ellas vacunación. Menciona que, si se presta el servicio de vacunación, los auxiliares de enfermería y de salud pública deben contar con certificado de formación para administrar inmunobiológicos según delegación y normativa vigente o con certificado de formación en administración de inmunobiológicos según lineamientos y normativa vigente. (Resolución 2003, 2014)
- Resolución 2635 de 27 junio de 2014** Por la cual se definen las condiciones para la operación de la movilidad entre los regímenes de afiliación. (Resolución 2635, 2014)
- Circular 023 del 24 de abril de 2014** Lineamientos en salud para la Copa Mundo de Fútbol de la FIFA Brasil 2014. (Circular Externa 023, 2014)

- Circular Externa 031 del 22 de mayo de 2014** Lineamientos para garantizar la vacunación contra hepatitis B a víctimas de violencia sexual. (Circular Externa 031, 2014)
- Circular 062 del 27 de octubre de 2014** Vacunación contra el VPH a niñas de cuarto grado de básica primaria de nueve años y más edad y niñas desescolarizadas de nueve a diecisiete años en el territorio nacional. (Circular Externa 062, 2014)
- Resolución 5926 de 2014** Por la cual se ajusta el anexo 1 de la Resolución 5521 de 2013. (Resolución 5926, 2014)
- Ley Estatutaria 1751 de 2015** Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. El objeto es garantizar el derecho fundamental a la salud; dentro de este, la prevención de las enfermedades prevenibles por vacunas. Los usuarios tienen derecho a acceder a los servicios y tecnologías de salud que les garanticen atención integral, oportuna y de alta calidad (las vacunas son consideradas como tecnologías en salud). Se habla de sujetos de especial protección: La atención de niños, niñas y adolescentes, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, la población adulta mayor, personas que sufren de enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad gozará de especial protección por parte del Estado. Es esta la población prioritaria del programa. (Ley Estatutaria 1751, 2015)
- Resolución 518 de 2015** Por la cual se dictan disposiciones para la gestión en salud pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC). Define principios y características del PIC, las intervenciones, procedimientos, actividades e insumos para financiar con estos recursos.

En el marco de la Resolución 518 de 2015 respecto a la gestión y ejecución del Programa Ampliado de Inmunizaciones en las entidades territoriales, se precisa lo siguiente: 1. La garantía del derecho a la vida y la salud de los niños, niñas y adolescentes es una prioridad nacional, para lo cual es necesario el logro de coberturas útiles de vacunación en la población menor de 6 años de los 1.102 municipios y 20 corregimientos departamentales del país. En este sentido, todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud deben ejecutar de manera coordinada y en el marco de sus competencias y directrices nacionales las estrategias y acciones del PAI. 2. Sobre la competencia y responsabilidad del procedimiento de vacunación: a) El Acuerdo 117 de 1998 expedido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) se encuentra vigente; por lo tanto, las actividades de demanda inducida, protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública establecidas allí son de obligatorio cumplimiento por parte de las EAPB, entidades adaptadas y transformadas y deben ejecutarse conforme a las condiciones señaladas en el Acuerdo. B) Así mismo, la Resolución 5521 del año 2013, por la cual se define, aclara y actualiza el POS, establece que es responsabilidad de las entidades promotoras de salud garantizar el acceso y la administración de los biológicos del PAI suministrados por el Ministerio de Salud y Protección Social, para lo cual tendrá en cuenta la norma técnica y el esquema nacional actualizado del PAI. C) En este orden de ideas, es preciso señalar que la normatividad vigente les impone la obligación a las entidades promotoras de salud de garantizar la prestación de la totalidad de las actividades, procedimientos e intervenciones de detección temprana y protección específica sin restricción alguna, para lo cual las administradoras deben llevar a cabo las acciones de demanda inducida y contratar con cargo a la UPC la prestación de los servicios de salud en cuestión con una IPS debidamente habilitada. D) Para el caso de la población pobre no asegurada, la vacunación se hará con cargo a los recursos destinados al pago de prestación de servicios a la población pobre no asegurada, y su ejecución se realizará a través de la empresa social del estado que haya sido contratada por la entidad territorial para tal fin. E) No está de más resaltar que el artículo 10 de la Ley 1438 de 2011 ordena que los recursos destinados a las actividades de promoción y prevención que administren las entidades territoriales y las EPS son de uso prioritario, es decir, que tienen la obligación de garantizar el cumplimiento de las acciones de salud pública, promoción y

prevención, toda vez que estas hacen parte integral de la estrategia de atención primaria en salud de que trata el artículo 12 de la citada ley. Manual Técnico Administrativo del PAI Capítulo 3 Marco Legal del PAI 59 Norma Descripción 3. En este mismo sentido, la(s) IPS contratada(s) para efectuar las acciones de vacunación deberá(n) disponer del recurso humano suficiente para la prestación del servicio contratado, bien sea a nivel intramural o extramural, según se requiera en función de las condiciones y particularidades de la dispersión geográfica de cada territorio. 4. Sobre la complementariedad de acciones del POS con las del Plan de Intervenciones Colectivas territoriales (PIC); cada entidad territorial, teniendo en cuenta sus competencias, recursos y lo establecido en el anexo técnico de la Resolución 518 de 2015, podrá financiar con cargo a los recursos de la subcuenta de salud pública colectiva asignados al PIC la conformación y fortalecimiento de redes sociales y comunitarias; el desarrollo de acciones de información en salud, educación y comunicación para la salud relacionadas con la promoción de la vacunación; la canalización y desarrollo de jornadas de salud que complementen las acciones del POS y contribuyan a garantizar el acceso a la vacunación, y otros servicios individuales. En el marco de dichas jornadas se pueden desarrollar, con cargo al PIC, acciones colectivas de información y educación para la salud, financiar el apoyo logístico e insumos requeridos para su desarrollo, entre otros, de manera articulada entre IPS, EAPB y la entidad territorial. 5. Sobre la gestión del PAI, su monitoreo y evaluación: a) El artículo 46 de la Ley 715 de 2001 refiere que "(...) La gestión en salud pública es función esencial del Estado y para tal fin la Nación y las entidades territoriales concurrirán en su ejecución en los términos señalados en la presente ley (...)". B) En este mismo sentido, la Resolución 518 de 2015 establece que la gestión de la salud pública es "(...) un proceso dinámico, integral, sistemático y participativo que bajo el liderazgo y conducción de la autoridad sanitaria, está orientado a que las políticas, planes, programas y proyectos de salud pública se realicen de manera efectiva, coordinada y organizada, entre los diferentes actores del SGSSS junto con otros sectores del Gobierno, de las organizaciones sociales y privadas y la comunidad, con el propósito de alcanzar los resultados en salud (...)". C) De conformidad con lo anterior, a la Nación y las entidades territoriales en su condición de autoridades sanitarias les corresponde liderar y conducir la implementación del PAI, a fin de alcanzar los resultados en salud esperados con dicho programa. D) Para lograr lo anterior, hace uso de metodologías para

la planeación, implementación y evaluación de políticas, planes, programas y proyectos; la gestión integral de insumos de interés en salud pública, el desarrollo de capacidades y habilidades gerenciales, técnicas, operativas y logísticas; el desarrollo de procesos de deliberación conjunta, interacción y corresponsabilidad; y mecanismos de control de la gestión con calidad. En este contexto, cada entidad debe implementar los procesos descritos en el artículo 5º de la Resolución 518 de 2015. 60 Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) Norma Descripción e) A partir de lo expuesto, la entidad territorial podrá financiar con cargo a los recursos de la subcuenta de salud pública destinados a la gestión de la salud pública los aspectos o procesos de gestión programática del PAI, que incluyen, entre otros: Los procesos de planeación, monitoreo y evaluación del PAI, que incluyen, entre otros, la programación de metas, su monitoreo y evaluación. Para esto último se debe tener en cuenta lo establecido en el artículo 17 del Acuerdo 117 de 1998 del CNSSS y en el artículo 29 de la Ley 1438 de 2011. La vigilancia en salud pública de las enfermedades inmunoprevenibles. La realización de los monitoreos rápidos de coberturas. Acciones de coordinación intersectorial que propendan a la implementación del PAI. El desarrollo de capacidades mediante asistencia técnica del departamento a sus municipios o del municipio a sus IPS, según sea la competencia; la capacitación del talento humano en salud en los aspectos relacionados con el PAI; la dotación para la red de frío, entre otras. El talento humano que se requiera para garantizar la gestión del PAI y el monitoreo y evaluación de las intervenciones colectivas contratadas con la ESE o el prestador seleccionado de conformidad con lo establecido en los artículos 14 y 15 de la Resolución 518 de 2015. La gestión de insumos de interés en salud pública de conformidad con el numeral 5.6 del artículo 5º de la citada resolución, lo cual incluye el fortalecimiento y mantenimiento de la red de frío de la entidad territorial según las necesidades identificadas y la distribución de insumos del PAI. (Resolución 518, 2015)

Fuente: (MinSalud, 2016)

Capítulo 3: Marco metodológico

Thomas Kuhn, en su obra “La estructura de las revoluciones científicas” ha definido los paradigmas como “[...] logros científicos universalmente aceptados, que durante algún tiempo suministran modelos de problemas y soluciones a una comunidad de profesionales” (Kuhn, 2006, p. 50). Además, se pueden entender como el conjunto de interpretaciones que guían el proceso de investigación en una comunidad, a través de la manifestación de comprensiones de los participantes y del investigador respecto de sus propias realidades y frente a sus costumbres, tradiciones y visión, en este caso, sobre las vacunas.

Así las cosas, y siguiendo a Hernández Sampieri (2018), en esta investigación convergen varios puntos de vista, por parte de los participantes, la investigadora y los actores, que surgen mediante el proceso de interacción que se surte durante el trabajo de campo. Estas realidades que se van descubriendo, no obstante, pueden irse modificando conforme transcurre el estudio, y son las fuentes de los datos (Hernández, 2018, p. 9); lo que se complementa con el propósito que nos convoca, pues adicionalmente, para esta investigación es fundamental la identificación de Determinantes Sociales en Salud que inciden para no completar los esquemas de vacunación regular en menores de cinco años en la localidad de Ciudad Bolívar, lo que se relaciona estrechamente con datos y realidades particulares de la población objeto de estudio.

De otro lado, Guba y Lincoln (1994) identifican cuatro paradigmas vigentes en la investigación social: positivista, post-positivista, teoría crítica y constructivismo. Los atributos de cada uno se muestran en la Tabla 7.

Allí se observan las coincidencias y las discrepancias entre los diferentes paradigmas, así como las implicaciones que cada uno tiene para la investigación, de esta manera, adoptar un paradigma implica asumir una naturaleza de la realidad que se estudia (supuesto ontológico), una forma de relación entre el investigador y el objeto o realidad investigada (supuesto epistemológico) y el modo con el que se obtienen los conocimientos acerca de dicha realidad o supuesto metodológico. (Guba, 1994, p.195).

Tabla 7 Paradigmas de la Investigación Social

Paradigma	Dimensiones		
	Ontológica	Epistemológica	Metodológica
Positivista	Existe una realidad objetiva, externa, real, aprehensible y conducida por leyes y mecanismos naturales inmutables.	El investigador y el objeto de investigación son dos entidades autónomas: uno estudia al otro sin influenciarlo o ser influenciado por él. El conocimiento es libre de valores y ajeno al contexto social.	La experimentación, la manipulación de variables, la verificación de hipótesis y las técnicas cuantitativas son la mejor forma para descubrir el mundo.
Post - positivista	La realidad es aprehensible, pero de manera imperfecta y solo de forma probabilística.	Los resultados son considerados probablemente verdaderos, siempre sujetos a la falsación.	La metodología experimental y la manipulación de variables son de importancia significativa.
Teoría crítica	La realidad moldeada por factores sociales, políticos, culturales,	El investigador y el objeto están interactivamente vinculados, por lo	La metodología es dialógica y dialéctica; el ideal es la emancipación y

	económicos, étnicos y de género.	que los resultados de la investigación son mediados por los valores.	promueve métodos participativos.
Constructivista	La realidad es aprehensible en forma de múltiples constructos mentales, construidos localmente.	La relación entre el investigador y el objeto es transaccional y subjetiva humana.	Mediante técnicas hermenéuticas se interpretan las construcciones individuales, que son extraídas y analizadas mediante la interacción.

Fuente: (Guba y Lincoln, 1994, p.105)

Para efectos de este estudio, nos enmarcamos en el paradigma post-positivista; esto es, analizando realidades medibles –cuantificables, si se quiere–, pero a través de métodos cualitativos, cuya interpretación de cuenta de los significados de las acciones humanas y de la vida social (Hernández, 2018).

El post-positivismo se fundamenta en el concepto la subjetividad desarrollada por Immanuel Kant en el siglo XVIII, la cual es la capacidad que tiene un sujeto de percibir, juzgar, argumentar y comunicar por medio del lenguaje un determinado pensamiento. De hecho, dentro este paradigma se presentan métodos o estilos de investigación (estructuras) establecidas en la creación del conocimiento como lo son: Método Hermenéutico; Método Fenomenológico; Método Etnográfico; Método Naturalista; Método de Estudios endógenos; Método de Investigación-acción; Método Biográficos o de historia de vida; y para esta investigación se describe el método etnográfico. (Valero, 2018, p. 9)

3.1 Metodología

La presente investigación corresponde a un estudio cualitativo que tiene como característica principal la descripción de fenómenos a través de la recolección de información desde diferentes fuentes: encuentros, observaciones, discursos y

entrevistas. Para efectos del análisis, se indaga por los motivos de no vacunación en menores de cinco años que viven en la localidad de Ciudad Bolívar. Se intenta interpretar la realidad particular para identificar si este fenómeno es consecuencia de las concepciones subjetivas de los cuidadores de los menores y del talento humano encargado de la vacunación.

Estos aspectos no pueden medirse únicamente a través de métodos cuantitativos, por lo cual, se hace fundamental implementar un método que permita hacer un acercamiento a los componentes del fenómeno, a la luz de imaginarios sociales que se han construido en relación con los esquemas de vacunación regular. Esta es la razón fundamental de la elección del método, que, además, hace uso de la observación participante, como técnica, buscando generar espacios de diálogo con un grupo de individuos y sus prácticas, a través de una participación activa en y con la comunidad, para describir y analizar la cotidianidad de las personas; así como los significados que ellas mismas le dan a su comportamiento. Observar estas conductas, bajo circunstancias comunes o especiales, y presentar los resultados de manera que se resalten las regularidades que implica un proceso cultural es una de las formas de aplicación de la investigación cualitativa (Jurgenson, 2003).

Este ejercicio facilita la posibilidad de evidenciar el estilo de vida de los participantes a partir de su día a día; los intereses y necesidades de la población; y sus percepciones frente a los motivos que los instan a optar por la no vacunación de las niñas y los niños de su comunidad, en medio de condiciones socioeconómicas y culturales adversas que ponen en riesgo la salud de estos infantes, máxime, cuando no logran completar los

esquemas regulares de vacunación, de cara a la prevención de enfermedades en sus primeros ciclos de desarrollo. Además, esta práctica, puede posibilitar el diálogo con la comunidad para reconocer sus saberes previos acerca del objeto de la investigación.

En esa medida, la presente investigación se enmarca en el paradigma post-positivista-cualitativo, hace uso de un método interpretativo de la información acopiada a través de técnicas dialógicas específicas: la observación participante, la entrevista y los espacios de conversación; siempre, previo permiso de acceso por medio de un consentimiento informado, donde se explican el objetivo de la investigación y el desarrollo de las actividades puntuales en el marco del estudio, que se desarrolla exclusivamente en la localidad de Ciudad Bolívar.

Para iniciar, se contextualiza a los participantes en el tema de investigación y en el enfoque en Determinante Sociales en Salud, en cuya base se pretende identificar la incidencia de los factores individuales, sociales, culturales y del entorno, entre otros, al momento de completar los esquemas de vacunación regular. De acuerdo con estos objetivos, se diseña una entrevista semiestructurada, cuyas preguntas serán discutidas dentro de un grupo focal.

3.1.1 Técnicas de investigación

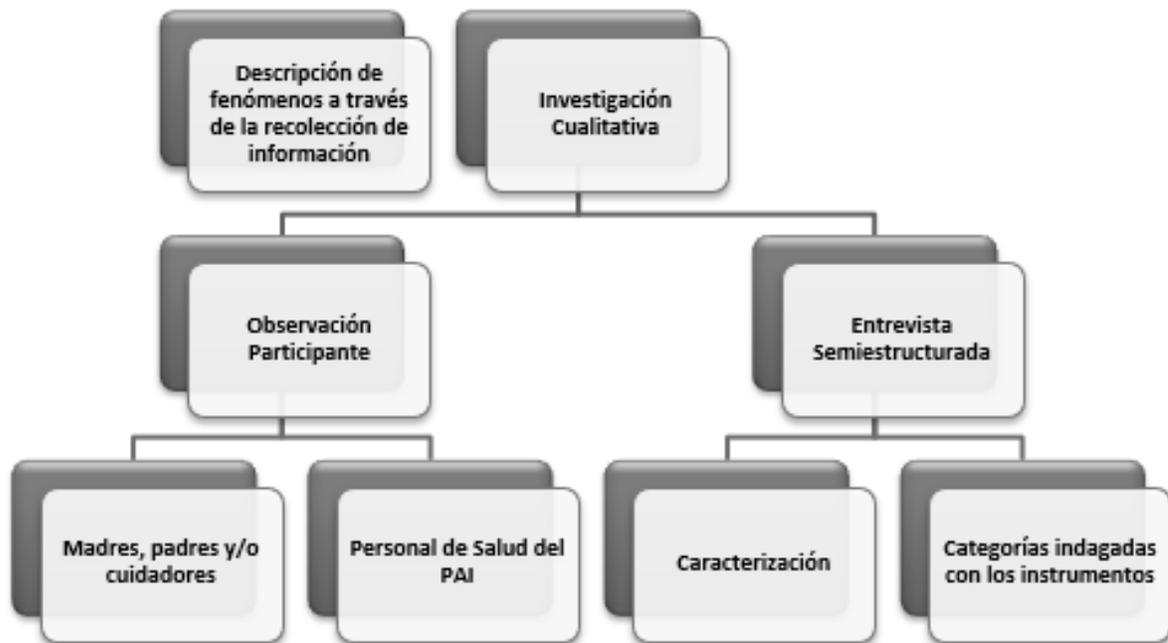
Siguiendo el hilo de las ideas expuestas, para el cumplimiento de los objetivos y proyección del paradigma seleccionado para esta investigación, se establece como técnica principal la entrevista semiestructurada. En general, esta técnica le permite al investigador obtener datos de una forma oral y personalizada. La información que nos

ocupa se ubica en torno a acontecimientos vividos y a aspectos subjetivos de los interlocutores; así como en relación con creencias, actitudes, opiniones o valores sobre la situación de estudio. “Es una conversación inducida por el investigador, con un número considerable de sujetos de acuerdo con los intereses de estudio, la proyección y el plan de trabajo de acopio de información. Es, entonces, una charla guiada, pero mediada por un enfoque dialógico, flexible” (Corbetta, 2010, p. 344).

Para el instrumento de recolección de información, por medio de entrevista semiestructurada (Corbetta, 2010), de acuerdo con los propósitos de este estudio, se formula una adaptación de la “Metodología para la evaluación de oportunidades perdidas de vacunación” de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) (OPS, 2013), que se anexa a la presente investigación (Ver Anexo I).

Además de la entrevista semiestructurada, se hace uso de la técnica de grupo focal, de la observación participante y, en fin, de la generación de espacios de diálogo informal en medio de los cuales se facilite la recolección de datos cualitativos; los participantes pueden interactuar, influir y ser influenciados, mostrando sus visiones prácticas, los imaginarios sociales y las creencias individuales sobre los esquemas regulares de vacunación para la infancia y la primera infancia de su comunidad. Se espera que en estos espacios la investigadora logre escuchar con claridad, tanto lo manifestado, como el tono usado, así como que pueda observar el lenguaje corporal para comprender mejor y de manera más integrada la información.

Figura 7 Esquema de la metodología



Fuente: Elaboración propia

3.2 Población

3.2.1 Contexto territorial

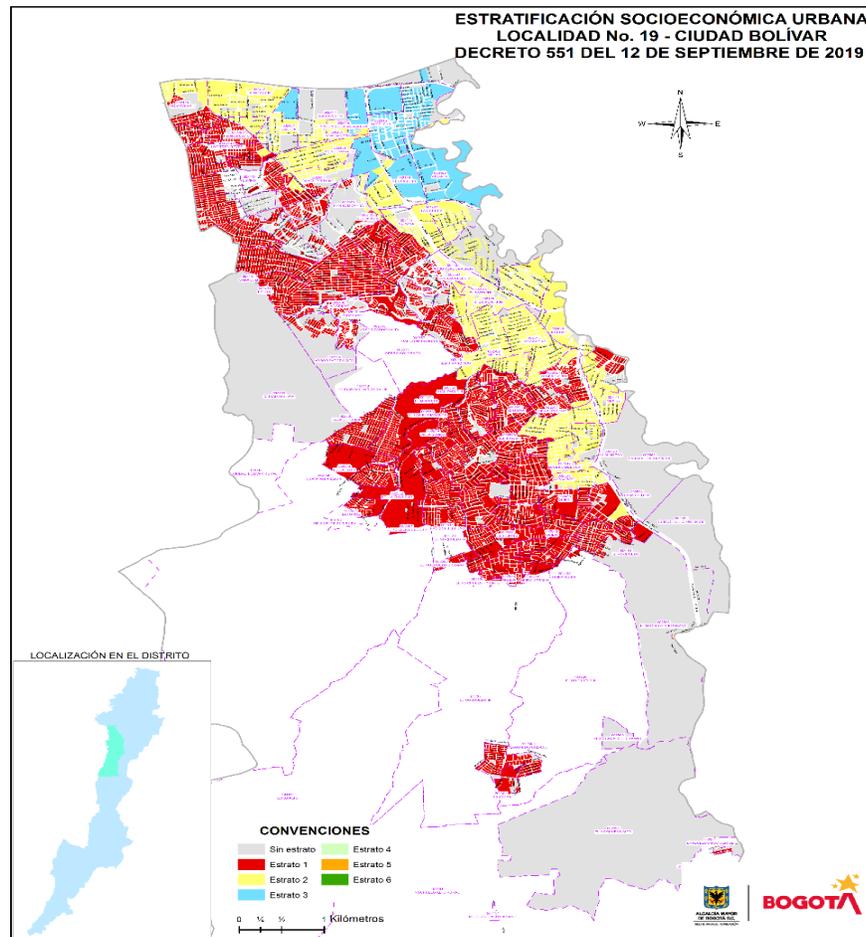
La localidad 19, Ciudad Bolívar, de Bogotá D.C. está ubicada en el sur de la ciudad. Limita con el municipio de Soacha, al occidente; al norte, con la localidad de Bosa; al oriente, con Usme y Tunjuelito; y al sur, de nuevo con Usme. Según datos de la Secretaría Distrital de Planeación, tiene una extensión de 12.998, cinco hectáreas de las cuales, 3238,1 son de suelo urbano; 9608,4 de uso rural; y 152,1 de expansión.

En 2015, según Resolución 228 del mismo año, se clarifican imprecisiones cartográficas del pasado (Resolución 228, 2015). La localidad cuenta con 8 UPZ: 63 El Mochuelo; 64

Monte Blanco; 65 Arborizadora; 66 San Francisco; 67 Lucero; 68 El Tesoro; 69 Ismael Perdomo; 70 Jerusalén; UPR Río Tunjuelito. Su estratificación socio económica está dada, básicamente, por 3 estratos, aunque predomina el estrato 1, con 3568 manzanas (58,5%); seguido del 2, con 1148 manzanas (36,8%); y luego del 3, con 102 manzanas (3,2%). Sin estrato se encuentran 694 manzanas (1,6%) (Decreto 394, 2017). UPZ como El Tesoro, Lucero y Jerusalén son, en su mayoría, estrato 1, la UPZ San Francisco, en mayor medida, es estrato 2I y la UPZ Arborizadora concentra la mayor cantidad de viviendas en estrato 3.

Para esta investigación se toman las Unidades de Planeamiento Zonal la 69 Ismael Perdomo, 70 Jerusalén y 66 San Francisco ya que en esta zona fueron más asequibles las madres comunitarias al momento de aceptar la participación en este estudio.

Figura 8 Estratificación Socioeconómica Urbana. Localidad 19, Ciudad Bolívar



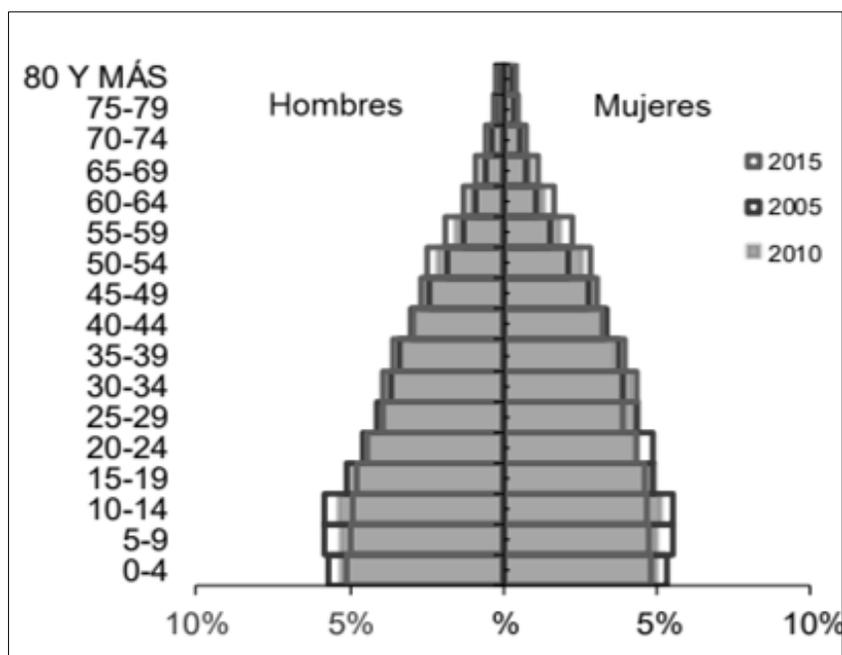
Fuente: (Secretaría Distrital de Planeación, 2022)

3.2.2 Contexto poblacional

En el 2015 se presentó una pirámide estacionaria que representa una disminución de la natalidad y baja mortalidad, con un estrechamiento en su base con relación al 2005, resultado de la transición demográfica y el aumento en la esperanza de vida al nacer que experimenta la población. Para ese año, la población de la localidad de Ciudad Bolívar fue de 687.923 habitantes. En relación con la distribución de la población por sexo, el 51% (351.127) eran mujeres y el 49% (336.796) eran hombres. Para el periodo 2005 a 2015, se

observa una reducción en la población de 0 a 19 años y un aumento de la población de 30 a 74 años.

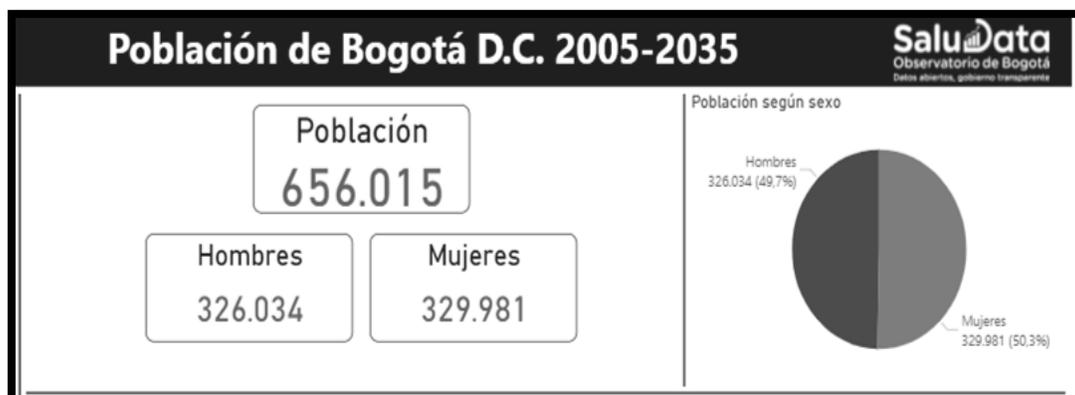
Figura 9 . Pirámide poblacional, Localidad Ciudad Bolívar 2005 - 2010



Fuente: (Secretaría Distrital de Planeación, 2022)

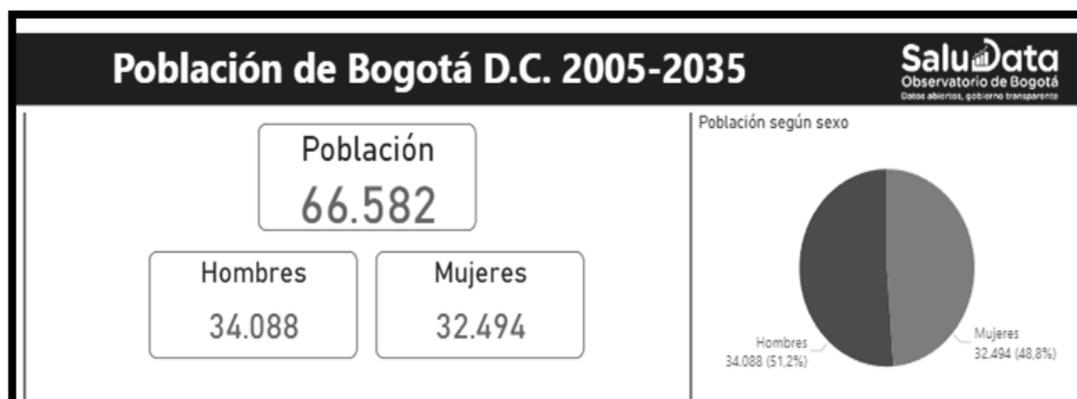
Para el año 2022 se proyectó una población de 656.015 personas en la localidad Ciudad Bolívar, correspondientes a 326.034 hombres y 329.981 mujeres, de acuerdo con la Figura 10. Además, se proyectó una población de 66.582 menores de cinco años, correspondientes a 34.088 hombres y 32.494 mujeres, de acuerdo con la Figura 11. Las anteriores proyecciones están de acuerdo con el Censo del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE), realizado en todo el país en el año 2018, a través del cual se estimaron retroproyecciones y proyecciones para Bogotá y sus localidades (SaluData, 2021).

Figura 10 Población por Sexo. Localidad de Ciudad Bolívar. 2022



Fuente: (SaluData, 2022)

Figura 11 Población por Sexo. Localidad de Ciudad Bolívar. Menor de 5 años. 2022



Fuente: (SaluData, 2022)

Respecto a los cursos de vida, el 11,8% de la población corresponde a primera infancia (0 a 5 años); el 15,4% pertenece a infancia (6 a 13 años); el 7,6% a adolescencia (14 a 17 años); el 15,7% a juventud (18 a 26 años); el 41,8% a adultez (27 a 59 años); y el 7,8% a vejez (mayores de 60 años). En la relación hombres-mujeres, para el año 2015, se observó que por cada cien mujeres hay 95,9 hombres. Al comparar con el año 2005 (96,3), en el 2015 se presentó una disminución. En razón a la relación niños-mujer, por cada 1000

mujeres en edad fértil (15 a 49 años) se encontraron 36 niños menores de 5 años, en comparación con el año 2005 (40 niños menores de 5 años); de manera que, en este aspecto, también se manifestó reducción.

El Índice de infancia para el año 2015 indicó que el 29% de la población corresponde a personas de 0 a 14 años. Al comparar con el año 2005 (34%), se observa que ha disminuido la población infantil. El índice de juventud para el año 2015 indicó que el 26% del total de la población de la localidad estaban entre los 15 a 29 años de edad; al comparar con el año 2005 (28%), se observa disminución en la población joven.

En cuanto al índice de vejez: el 8% de la población del año 2015 son personas de 65 y más años, estos datos reflejan aumento frente al año 2005 (5%). Según el índice de envejecimiento del año 2015 por cada 100 niños y jóvenes menores de 15 años había 27 adultos mayores de 65 años, en comparación a 2005 (16) se evidencia aumento en el año 2015. El índice de dependencia indica que en la localidad por cada 100 personas en edad de trabajar hay 51,3 personas dependientes en edades inactivas (menores de 15 años y mayores de 60 años). Con relación al índice de dependencia infantil, por cada 100 personas de la localidad, el 44% se ubican entre los 0 y los 14 años. El índice de dependencia en personas mayores indica que por cada 100 personas potencialmente activas (población de 15 a 64 años), 7,3 personas no son población potencialmente activa. Para el año 2015, el índice de Friz fue de 138,9 indicando que la población de Ciudad Bolívar es una población madura (Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E, 2016).

3.2.2.1 Criterios de inclusión

Teniendo en cuenta que el interés de esta investigación es establecer cuáles son los DSS que inciden en la disminución de coberturas de vacunación en menores de cinco años en la localidad 19, Ciudad Bolívar, de Bogotá D.C., con el fin de presentar recomendaciones tendientes a mejorar la eficiencia en la orientación y el de establecimiento de actividades dentro del Programa Ampliado de Inmunizaciones, de tal forma que se pueda contribuir con el aumento de coberturas en vacunación y disminución de mortalidades evitables, los criterios de inclusión para aplicación de las técnicas de investigación se presentan como sigue:

- Padres y cuidadores de menores de cinco años, que habiten en la localidad de Ciudad Bolívar.
- Trabajadores de salud del Programa Ampliado de Inmunizaciones, especialmente personal de enfermería del servicio de vacunación de las instituciones seleccionadas para el estudio.
- Trabajadores de salud administrativos del Programa Ampliado de Inmunizaciones, especialmente quienes se ocupan del servicio de vacunación de las instituciones seleccionadas para el estudio.

3.3 Aplicación y análisis

Esta investigación cursó cuatro etapas principales que sirvieron como mapa de navegación: en la primera etapa se establecieron los objetivos del estudio y se hizo el proceso de revisión documental. En un segundo momento se generó la estructura

procedimental y se tomaron decisiones frente a las técnicas a usas y las maneras de aplicarlas, así como a la formulación de instrumentos de recolección de datos. En una tercera fase se realizó el trabajo de campo. Y en un cuarto momento se realizaron la tabulación de los datos acopiados y el correspondiente análisis de los resultados. En adelante, se detalla cada uno de los momentos del proceso.

3.3.1 Etapa 1

Durante la primera etapa se tomaron algunos aspectos de la teoría sobre la vacunación y se hizo una detallada revisión documental sobre las categorías de estudio plantea y sobre las metodologías de trabajo más afines con el propósito de este estudio; se revisaron ampliamente los tema de investigación cualitativa, la incidencia de los determinantes en salud para no completar los esquemas de vacunación regular en menores de cinco años, vacunas e inmunización, enfermedades prevalentes en la infancia y coberturas de vacunación. Además, se indagó sobre la población objeto y sus condiciones contextuales.

En términos procedimentales, en esta fase se hizo la selección de la muestra de dos maneras, aunque ambas fueron un muestreo caso tipo, pero divididas en dos grupos. El primero a madres, padres y/o cuidadores, y el segundo a personal de salud o administrativo que desempeñara sus funciones en los servicios de vacunación, por ser ellos quienes tienen estructurados los criterios de inclusión para ser partícipes de la investigación. Para el primer grupo debían habitar en la localidad de Ciudad Bolívar, y para

el segundo, debían pertenecer al Programa Ampliado de Inmunizaciones—PAI y que atendieran a la población de la localidad mencionada.

3.3.2 Etapa 2

Se estructuran dos instrumentos de recolección de información por medio de entrevistas semiestructuradas que fueron sometidas a una validación por expertos, y en cuya base fue posible orientar con acierto la recolección de la información, de acuerdo con los objetivos establecidos preliminarmente. No obstante, se tuvo la libertad de formular preguntas no planeadas, aunque todas orientadas a recomendaciones en torno a la forma de enfocar las acciones del PAI, en la operación extramural, principalmente.

3.3.3 Etapa 3

En esta fase se desarrollaron las siguientes actividades: (1) acercamientos a la comunidad que estuviera relacionada con el cuidado de niños y niñas menores de cinco años; acercamientos a las instituciones de salud con talento humano que trabajara dentro del programa Ampliado de Inmunizaciones; validación, por expertos, de los instrumentos de recolección de datos para la realización de las entrevistas a cada uno de los grupos de interés dentro de la investigación; y recolección de datos.

3.3.3.1 Acercamiento inicial a comunidad

Para la recolección de información se hizo necesario hacer un acercamiento con madres comunitarias que tienen a cargo Hogares de Bienestar Familiar (HCB) dentro de la Localidad de Ciudad Bolívar. Estos hogares, en su gran mayoría, manejan grupos no mayores a 14 niños, cada uno. Sin embargo, a través de esta investigación pudimos

identificar que actualmente existe una modalidad de agrupados que consisten en jardines bajo el liderazgo y orientación de dos madres comunitarias. En estos hogares se reciben 28 niños, 14 por cada madre comunitaria. Todos pueden compartir los espacios físicos y los materiales e insumos asignados por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), de acuerdo con las especificaciones y requerimientos para tal fin. Esta recolección de información se hizo necesaria para la comprensión del contexto de las madres comunitarias, el afinamiento de los instrumentos de recolección de datos y, posteriormente, el análisis de información.

3.3.3.2 Acercamiento inicial a trabajadores

Para la recolección de información de la población del segundo grupo, correspondiente a los trabajadores de salud del Programa Ampliado de Inmunizaciones, se hizo un acercamiento inicial a los vacunadores y al equipo PAI que trabajan a nivel intramural y extramural desde la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE. Se identificó que el talento humano para el programa se encuentra dividido en administrativo, sistemas de información, cadena de frío y equipo de vacunación extramural que, a su vez, se subdivide en equipos conformados por una bina de auxiliares de enfermería, uno vacunador y otro registrador, quienes van de casa en casa haciendo seguimiento a cohortes y a la priorización de población que se haga desde el programa, de acuerdo con los lineamientos de la estrategia.

3.3.3.3 Validación por expertos de los instrumentos

Durante la primera fase de trabajo de campo se realizó la validación de los instrumentos de recolección de datos. Este ejercicio estuvo a cargo del profesor Luis Alexander Lovera Montilla, de la Universidad del Valle, y el jefe William Eduardo Gómez Ramírez, coordinador del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) para la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE, quienes hicieron ajustes conducentes a una recolección de información más acertada, de acuerdo con los objetivos de la investigación, de manera que el acopio de datos arrojara respuestas claras ante los propósitos de la investigación.

3.3.3.4 Recolección de datos

Se organizó la aplicación de instrumentos en la comunidad, en las UPZ Perdomo, Jerusalén y San Francisco, principalmente. Se invitó a las madres comunitarias a participar del estudio y se aplicó un consentimiento informado previo a la aplicación de las entrevistas semiestructuradas, basadas en la información que se requería para el objetivo de la investigación. Se hizo la aplicación a veinte madres de familia que cumplieran con los criterios de inclusión para la investigación.

Para la aplicación de los instrumentos de recolección de datos en el talento humano que desarrolla actividades en el Programa Ampliado de Inmunizaciones, se escogieron veinte funcionarios, para quienes la entrevista se centró en las siguientes categorías: conocimientos que se tienen sobre vacunación, actitudes y prácticas del vacunador. Las entrevistas variaron de acuerdo con los roles que desempeñaban dentro de los servicios de vacunación y dependieron de la disposición de las personas entrevistadas. En los dos

casos, para la recolección de información se contó con el apoyo de dos auxiliares de enfermería externos a la investigación, quienes recibieron el reconocimiento por el trabajo realizado durante este período.

3.3.4 Etapa 4

La última fase de la aplicación metodológica consolida la tabulación y análisis de la información recolectada, así como la socialización de resultados. La transcripción de las entrevistas fue realizada por la investigadora directamente, quien ocupó en este ejercicio, aproximadamente, un mes y dos semanas, contando las revisiones pertinentes y la corrección de errores y anotaciones, según lo observado durante este proceso. Para la tabulación de la información correspondiente a la caracterización socio demográfica, se utilizó el programa de Excel, a través del cual se organizó la información de acuerdo, por un lado, con las categorías previamente planteadas para este ejercicio y, por otro, con los dos grupos de interés. En adelante, se muestran las imágenes de la codificación realizada en cada caso.

Figura 12 *Tabla de la caracterización sociodemográfica (1). Entrevista realizada a padres, madres y cuidadores*

Tabla 1 Caracterización Sociodemográfica

ITEM	CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS
C.1	Caracterización Sociodemográfica	Ciudad
		Localidad
		UPZ
		Barrio
		Relación tiene usted con el niño
		Edad
		Sexo
		Estado civil
		País donde nació la madre, padre y/o cuidador
		Escolaridad de la madre padre y/o cuidador
Ocupación		

Fuente: Elaboración propia

Figura 13 *Tabla de caracterización demográfica (2). Entrevista a talento humano*

Tabla 2 Caracterización Sociodemográfica Talento Humano

ITEM	CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS
C.1	Caracterización Sociodemográfica	Sexo
		Edad
		Formación Profesional
		Ha recibido algún curso o capacitación sobre vacunación
		Curso o capacitación en:
		Se realizan jornadas académicas en su sitio de trabajo

Fuente: Elaboración propia

En total, se aplicaron cuarenta (40) entrevistas. Durante el proceso de tabulación y análisis, se creó el libro de códigos con once (11) subcategorías para las entrevistas dirigidas a madres, padres y/o cuidadores, y con seis (6) subcategorías para las entrevistas realizadas a personas de talento humano. Las entrevistas se codificaron en el programa Atlas ti. Las categorías se construyeron a partir de los Determinantes Sociales en Salud (OMS), que permitieron ver las relaciones entre los códigos y las categorías de análisis.

3.3.5 Validez y confiabilidad

Para garantizar la validez interna de la investigación, se ratificaron los instrumentos de recolección de información a través de un juicio de expertos. Este formato de caracterización sociodemográfica se compartió para las entrevistas con padres y madres de familia y/o cuidadores, de ser el caso, de niñas y niños menores de cinco años. El instrumento elaborado para profesionales, administrativos y operativos que integran el Programa Ampliado de Inmunizaciones fue revisado por tres profesionales expertos en temas de salud e investigación cualitativa, quienes calificaron las preguntas con base en una escala numérica (de 1 a 5, siendo 5 muy favorable y 1 muy desfavorable). A partir de su valoración y observaciones, se hicieron los ajustes correspondientes. Hecho esto, los instrumentos fueron validados.

La investigación se sometió a esta retroalimentación, por medio de las sugerencias de ajustes a dichos documentos, previo al trabajo de campo realizado. De igual forma, se aceptaron ajustes a la parte del instrumento que correspondía a la categoría de caracterización sociodemográfica. En la categoría de calidad del servicio de vacunación,

con respecto a la atención en salud, no obstante, se anexaron los ajustes al documento para la recolección de datos, modificando la forma de realizar algunas preguntas para la aplicación en campo.

En la aplicación de este instrumento en campo se tienen en cuenta las percepciones de los participantes, tanto objetivas como subjetivas. A estos resultados se les realiza un análisis enfocado en sus experiencias, a través de la técnica de la entrevista semiestructurada para lograr una obtención de información más precisa.

La confiabilidad se obtiene al momento de hacer el análisis de los datos obtenidos en los tres grupos de interés, de acuerdo con las categorías planteadas para las entrevistas, realizando una triangulación de fuentes de información, además de analizar y tener en cuenta las observaciones consignadas en el diario de campo. Finalmente, se tienen en cuenta los criterios de rigor metodológico para estudios cualitativos: la credibilidad, la conformabilidad y la transferibilidad.

3.5.6 Financiación y difusión de resultados

Este estudio fue financiado con recursos propios de la investigadora. En cuanto a la difusión de los resultados, se tienen planteadas dos estrategias. La primera corresponde a un taller con la población que busca compartir los resultados, socializando la importancia de la vacunación en la población de cero a cinco años. La segunda se trata de una pieza gráfica educativa que estará ubicada en diferentes lugares de las instituciones en las cuales se hizo el estudio.

3.5.7 Consideraciones finales: la ética en esta investigación

Respecto de las consideraciones éticas para el abordaje de la población, para acceder a ella en las instituciones prestadoras de salud, se hizo un acercamiento de manera verbal con las directivas de las entidades. Además, se realizó una socialización sobre el proyecto y sus objetivos, con lo cual se logró la autorización para la recolección de la información. Tanto este proceso como los que le siguieron (trabajo de campo, recolección, sistematización y manejo final de la información) siguen los principios bioéticos que exige la Declaración de Helsinki:

[...] el principio básico es el RESPETO por el individuo, su derecho a la autodeterminación y derecho a tomar decisiones una vez que se le ha informado claramente los pros y contras, riesgos y beneficios de su participación o no en un estudio de investigación médica. (World Medical Association, 2013)

Además de la Declaración de Helsinki, respecto del orden internacional, se tienen en cuenta también los aspectos que se proponen en el Reporte Belmont: “Respeto por las Personas, Beneficencia, y Justicia” (Observatori de Bioètica i Dreï, 1979, p. 2); así como las Pautas CIOMS, que declaran “[...] principios éticos que deben regir la ejecución de la investigación en seres humanos especialmente en los países en desarrollo dadas las circunstancias socioeconómicas, leyes, reglamentos y sus disposiciones ejecutivas y administrativas” (CIOMS, OPS y OMS, 2016, p. 3) .

Finalmente, en términos de la ética que implica el presente ejercicio investigativo, a nivel nacional y local, se contempla la Resolución 008430 de Octubre 4 de 1993, donde:

[...] se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, Título II: de la Investigación en Seres Humanos, Capítulo I:

de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos: en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. (Resolución 008430, 1993, Art. 5)

Debido a que este estudio se consideró como una investigación de riesgo mínimo, en cumplimiento con los aspectos mencionados en el Artículo 6 de la misma Resolución, a lo largo del ejercicio metodológico, se contemplan los siguientes criterios: “ajustar y explicar brevemente los principios éticos que justifican la investigación de acuerdo con una normatividad a nivel internacional y a nivel nacional”; “fundamentar si la experimentación se realizó previamente en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos”; “explicar si el conocimiento que se pretende producir no puede obtenerse por otro medio idóneo (fórmulas matemáticas, investigación en animales)”; “expresar claramente los riesgos y las garantías de seguridad que se brindan a los participantes”; contar con el consentimiento Informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal con las excepciones dispuestas en la Resolución 008430/93”; relacionar la experiencia de los investigadores y la responsabilidad de una entidad de salud”; y “establecer que la investigación se llevará a cabo cuando se obtenga la autorización del representante legal de la institución investigadora y de la institución donde esta se realice; el consentimiento Informado de los participantes; y la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética en Investigación de la institución”.(Resolución 008430, 1993, Art. 6)

4. Resultados y discusión

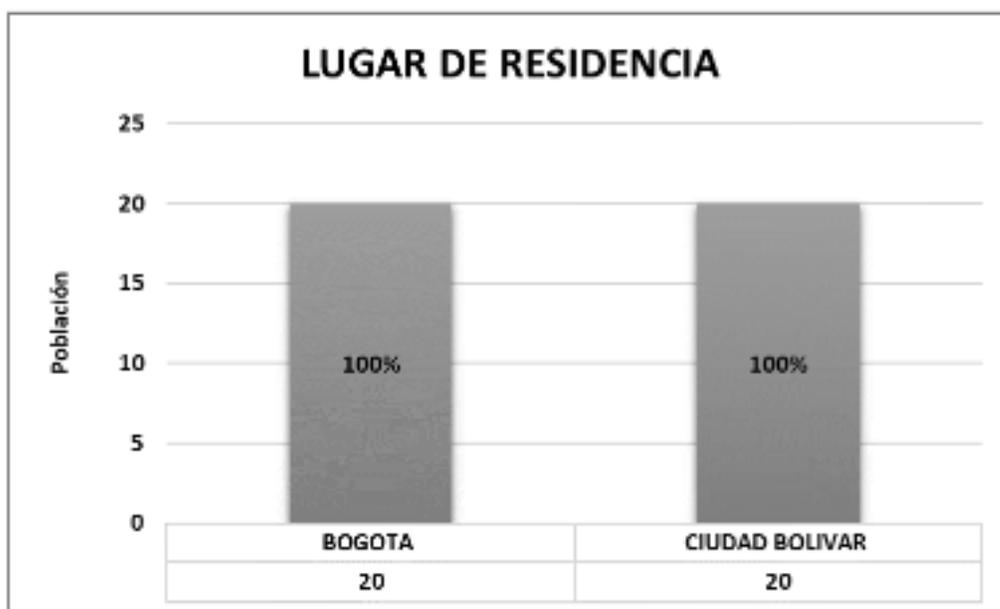
4.1 Factores sociodemográficos identificados

La presentación de los siguientes resultados le permitió a la investigadora interpretar de manera adecuada, concisa y clara la información planteada desde los objetivos específicos dentro del contexto poblacional, individual y colectivo en el que se desarrollan las acciones del Programa Ampliado de Inmunizaciones; de esta manera se presentan estos resultados y análisis en el orden que se propusieron inicialmente los objetivos específicos para verificar su cumplimiento de acuerdo con la metodología planteada en la presente investigación.

Para el primer objetivo: “Reconocer los factores sociodemográficos dentro de la localidad de Ciudad Bolívar que pueden incidir para que en los menores de cinco años no se cumplieran con los esquemas de vacunación”, se obtienen los siguientes resultados a partir de las entrevistas realizadas con las madres, padres y/o cuidadores.

Uno de los criterios de inclusión para la realización de las entrevistas dentro de la investigación era que los participantes vivieran en Bogotá D.C., específicamente en la localidad de Ciudad Bolívar. De acuerdo con la información acopiada, se puede decir que los resultados arrojaron que el 100% de las personas entrevistadas cumplen con este criterio: viven en Bogotá D.C, en la localidad de Ciudad Bolívar, tal como lo muestra el siguiente gráfico.

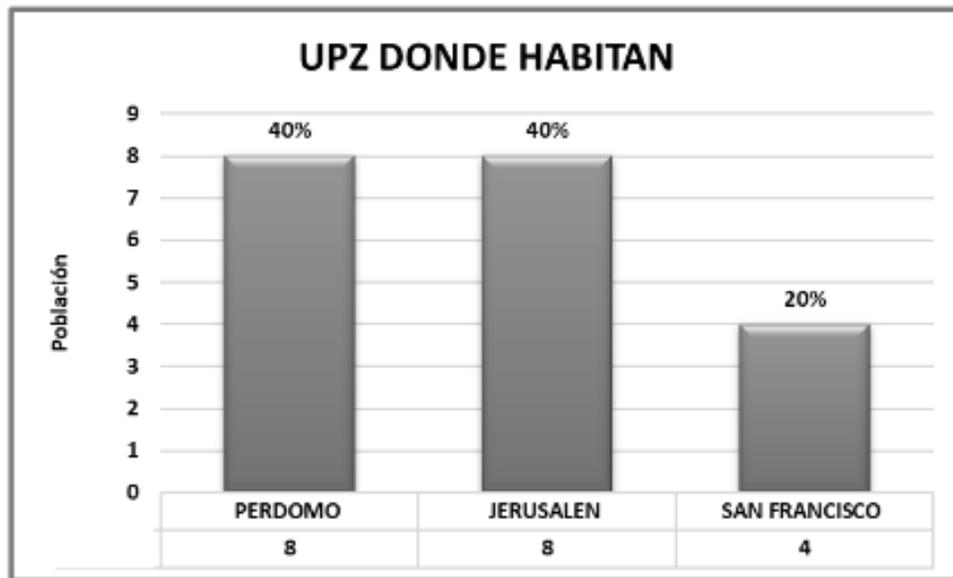
Figura 14 Lugar de residencia de madres/padres y/o cuidadores



Fuente: Elaboración propia con base en Entrevistas realizadas a madres, padres y/o cuidadores de la Localidad de Ciudad Bolívar, 2022

De acuerdo con las entrevistas realizadas dentro de la investigación, el 40% de la población viven en la UPZ Perdomo; otro 40% en la UPZ Jerusalén; y el 20% en la UPZ San Francisco: Esto indica que el 80% de las madres entrevistadas viven en zonas altas de la localidad de Ciudad Bolívar, de lo que se puede suponer que se encuentran ubicadas en zonas de difícil acceso geográfico.

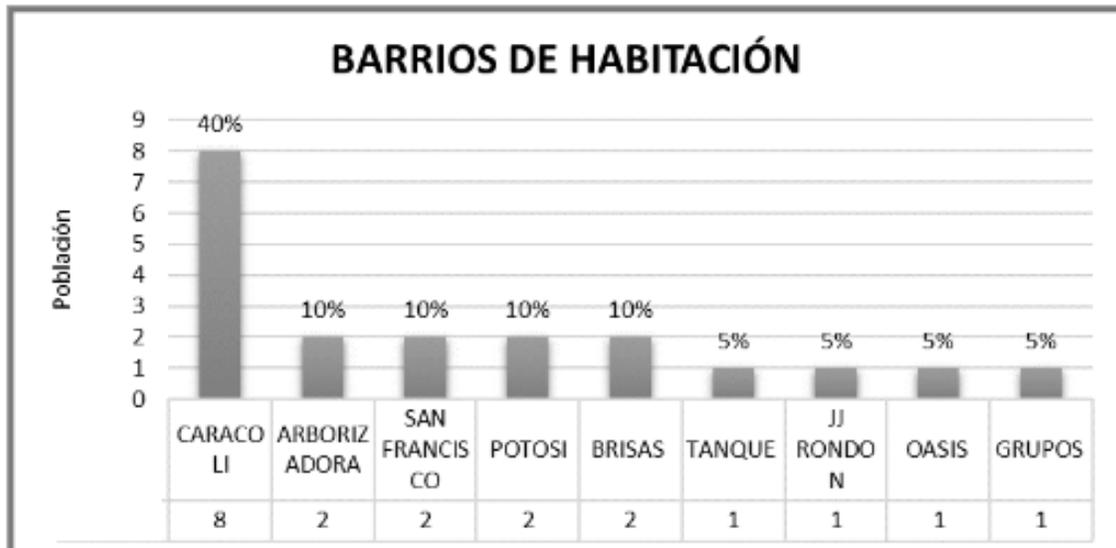
Figura 15 UPZ en la que habitan



Fuente: Elaboración propia con base en Entrevistas realizadas a madres, padres y/o cuidadores de la Localidad de Ciudad Bolívar, 2022

Los datos obtenidos frente a la ubicación de las viviendas en las que habitan las personas entrevistadas arrojaron que el 40% de la población vive en el barrio Caracolí, ubicado en la parte más alta de la localidad de estudio. Es un barrio con amplias vulnerabilidades socioeconómicas, donde la mayoría de las viviendas están a medio terminar. Otro 40% de la población reside en los barrios Arborizadora alta, San Francisco, Potosí y Brisas. El 20% restante habita los barrios El Tanque, JJ Rondón, Oasis y Grupos.

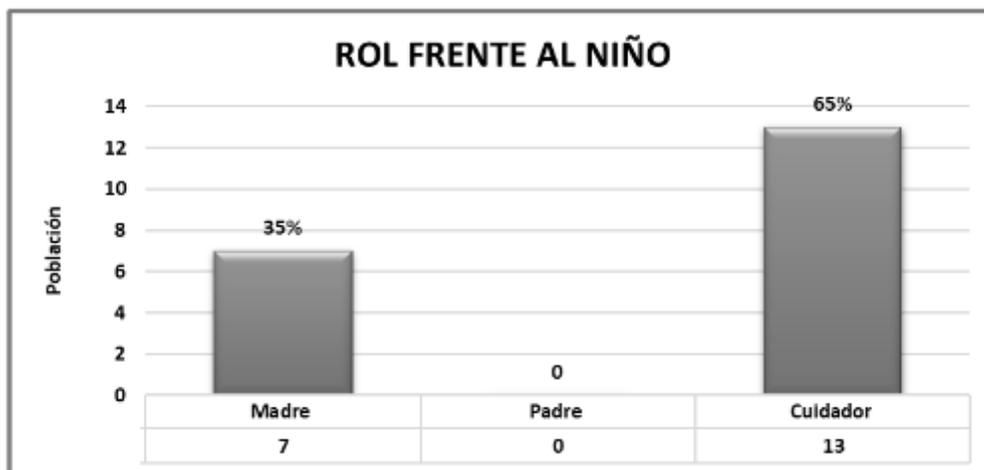
Figura 16 Barrios de habitación



Fuente: Elaboración propia con base en Entrevistas realizadas a madres, padres y/o cuidadores de la Localidad de Ciudad Bolívar, 2022

En la siguiente figura se observa el gráfico resultante de la indagación sobre el rol que cumplen los adultos (madres, padres y cuidadores) con las niñas y niños de la población entrevistada. Se evidencia que el 65% de estas personas ostentan el rol de cuidador frente a los niños y el 35% son madres de familia. Esto puede indicar que, en su mayoría, quienes se ocupan del cuidado de la infancia y la primera infancia en la localidad 19 son madres comunitarias o personal de los hogares de bienestar comunitario.

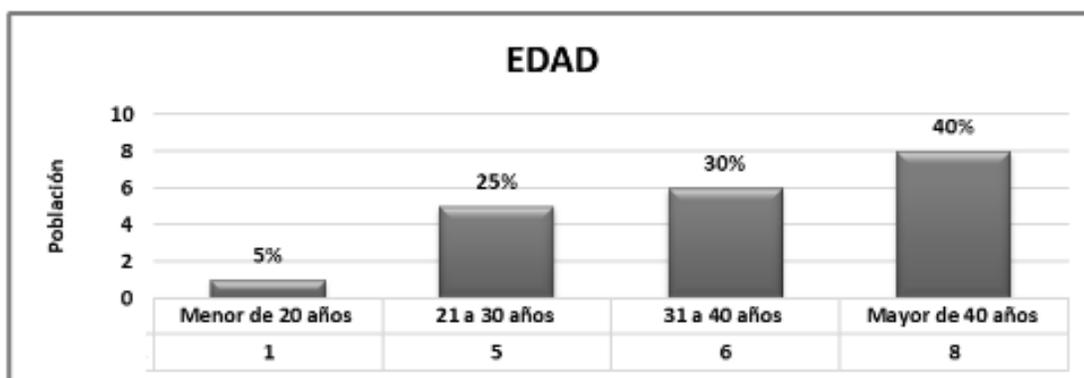
Figura 17 Rol de adultos frente a la infancia y la primera infancia en la localidad Ciudad Bolívar



Fuente: Elaboración propia con base en Entrevistas realizadas a madres, padres y/o cuidadores de la Localidad de Ciudad Bolívar,2022

De otro lado, como se muestra en la siguiente figura, el 44% de la población entrevistada tienen más de 40 años, lo que significa que el cuidado de los niños en Ciudad Bolívar está a cargo de personas mayores.

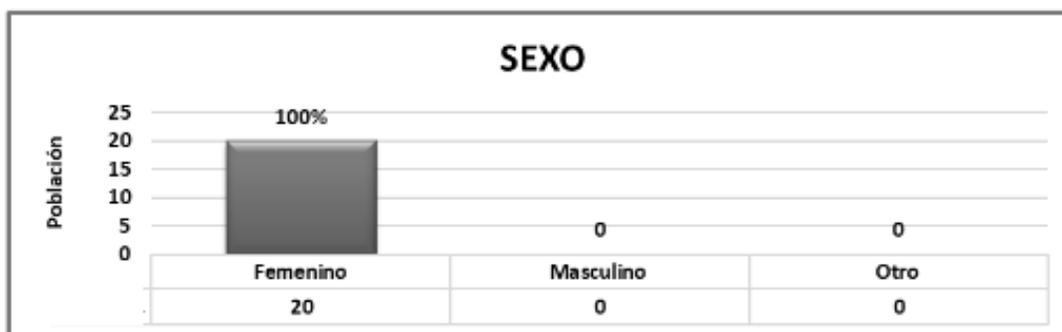
Figura 18 Edad de la población entrevistada



Fuente: Elaboración propia con base en Entrevistas realizadas a madres, padres y/o cuidadores de la Localidad de Ciudad Bolívar,2022

El 100% de las personas entrevistadas son de sexo femenino. Esto puede significar que los patrones de crianza en esta localidad están volcados hacia el rol de la mujer, a partir de la responsabilidad que históricamente estas han asumido frente al cuidado del hogar y, en consecuencia, de niñas y niños menores de cinco años.

Figura 19 Sexo de la población entrevistada



Fuente: Elaboración propia con base en Entrevistas realizadas a madres, padres y/o cuidadores de la Localidad de Ciudad Bolívar, 2022

El 50% de las personas entrevistadas manifiestan como estado civil la unión libre, lo que puede indicar que tienen un núcleo familiar independiente de su familia extensa. Se podría pensar también que cuentan con redes de apoyo al momento de tomar decisiones relacionadas con los menores de edad.

Figura 20 Estado civil de la población entrevistada

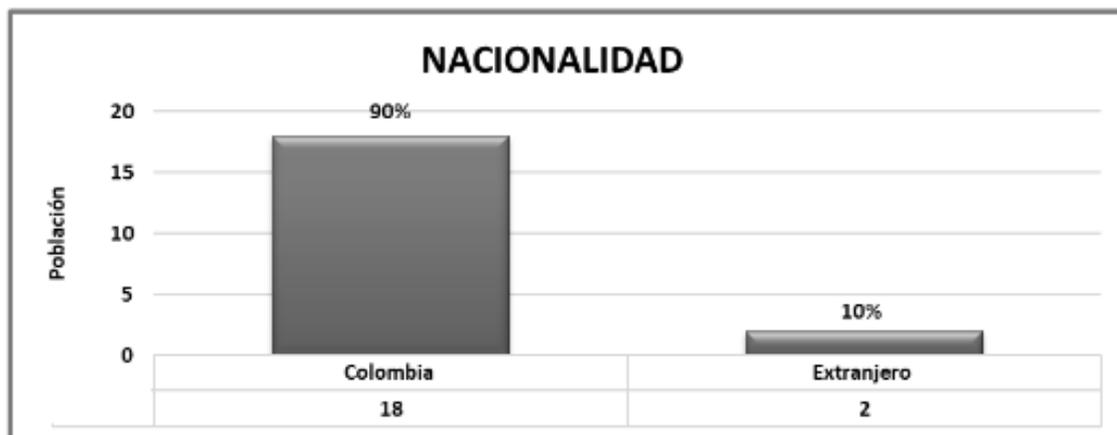


Fuente: Elaboración propia con base en Entrevistas realizadas a madres, padres y/o cuidadores de la Localidad de Ciudad Bolívar, 2022

Como se evidencia en la figura del siguiente gráfico, el 90% de la población entrevistada es de nacionalidad colombiana; el 10% restante de la población es extranjera.

Al momento de la indagación refieren que son migrantes de Venezuela.

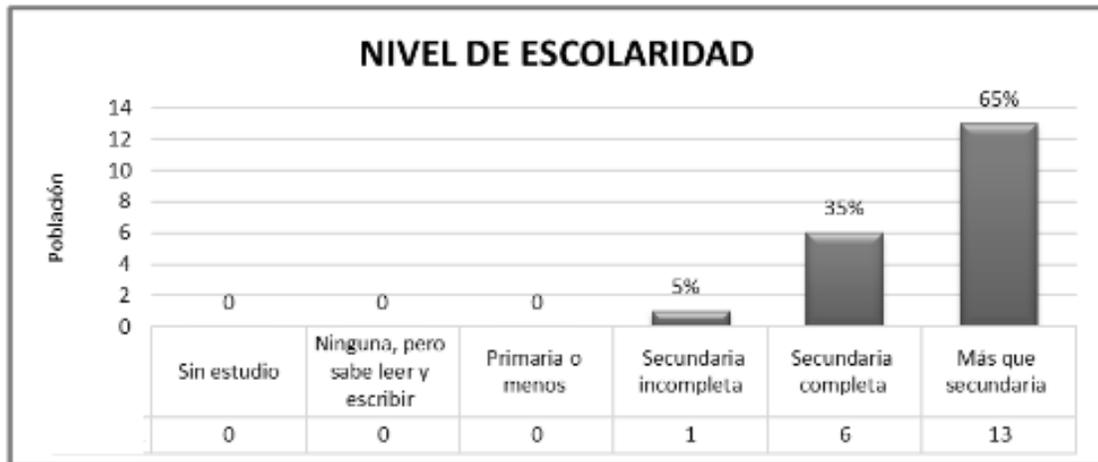
Figura 21 Nacionalidad de la población entrevistada



Fuente: Elaboración propia con base en Entrevistas realizadas a madres, padres y/o cuidadores de la Localidad de Ciudad Bolívar, 2022

De acuerdo con la investigación, el 65% de la población entrevistada cuenta con niveles de instrucción superiores a la secundaria, esto quiere decir que la mayor parte de estas personas han tenido acceso a la escolarización.

Figura 22 Nivel de escolaridad de las personas entrevistadas



Fuente: Elaboración propia con base en Entrevistas realizadas a madres, padres y/o cuidadores de la Localidad de Ciudad Bolívar, 2022

En la siguiente figura del gráfico correspondiente a la ocupación de las personas entrevistadas, se evidencia que el 70% de esta población es empleada. Aunque estas mujeres tienen un empleo, también cumplen el rol de cuidadoras de los niños de primera infancia que acuden a los centros de bienestar. Por lo tanto, no son ajenas al proceso de seguimiento y verificación a los esquemas de vacunación de los niños que reciben en sus casas u hogares comunitarios. El 30% restante realizan labores en el hogar y trabajan por cuenta propia.

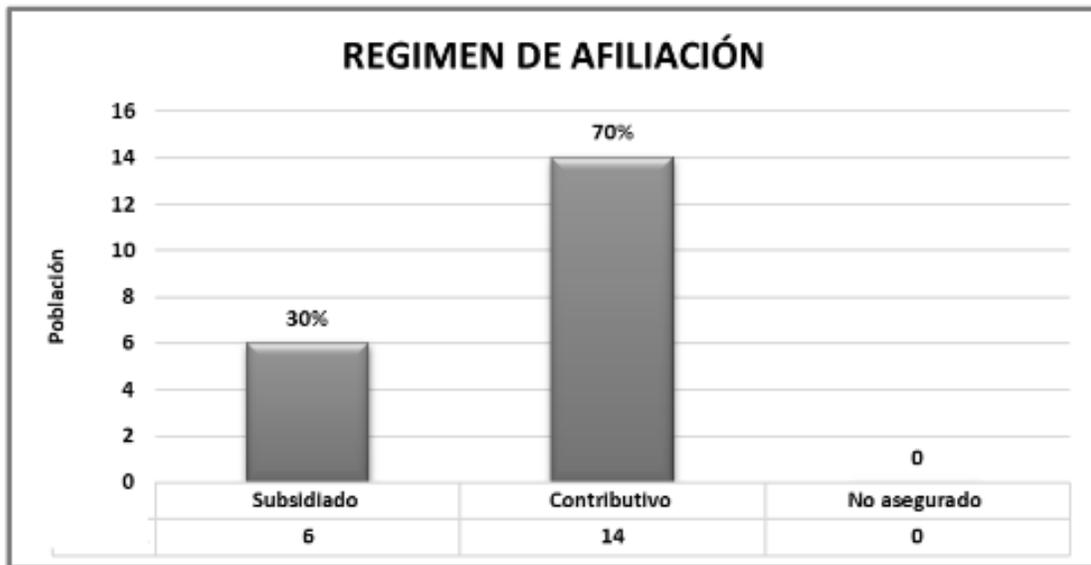
Figura 23 Ocupación de las personas entrevistadas



Fuente: Elaboración propia con base en Entrevistas realizadas a madres, padres y/o cuidadores de la Localidad de Ciudad Bolívar, 2022

Así como la imagen del gráfico anterior nos muestra que el 70% de la población entrevistada corresponde a personas empleadas, la del siguiente gráfico evidencia también un 70% pero ahora perteneciente a la población afiliada al régimen contributivo. El 30% restante refiere estar en el régimen subsidiado. Ninguna de las personas entrevistadas se encuentra por fuera del Sistema de Seguridad Social en Salud.

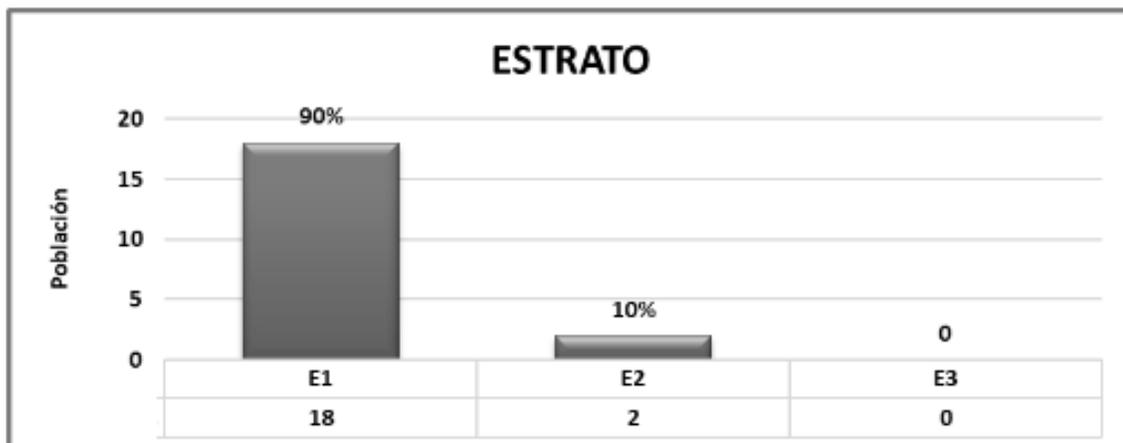
Figura 24 Régimen de afiliación de las personas entrevistadas



Fuente: Elaboración propia con base en Entrevistas realizadas a madres, padres y/o cuidadores de la Localidad de Ciudad Bolívar, 2022

El 90% de la población entrevistada pertenece al estrato 1. Sus viviendas se encuentran ubicadas en las UPZ Ismael Perdomo y Jerusalén, las más altas de la localidad, arriba en la montaña que limita con el municipio de Soacha, Cundinamarca.

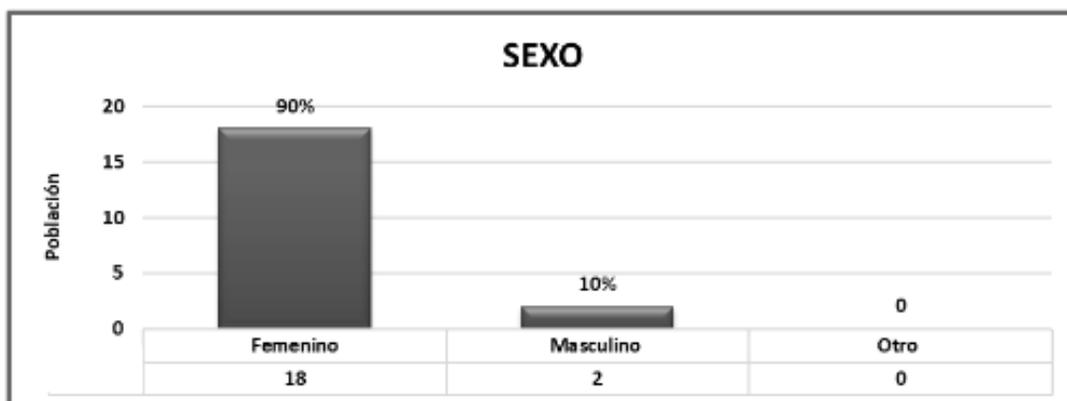
Figura 25 Estrato socioeconómico de las personas entrevistadas



Fuente: Elaboración propia con base en Entrevistas realizadas a madres, padres y/o cuidadores de la Localidad de Ciudad Bolívar, 2022

Respecto de las entrevistas realizadas con personas del equipo de talento humano que trabajan en los servicios de vacunación, se obtuvieron los resultados que se presentan a continuación. En cuanto al sexo, de la población entrevistada, el 90% se identifica dentro de la categoría de sexo femenino, mientras que el 10% corresponde al sexo masculino.

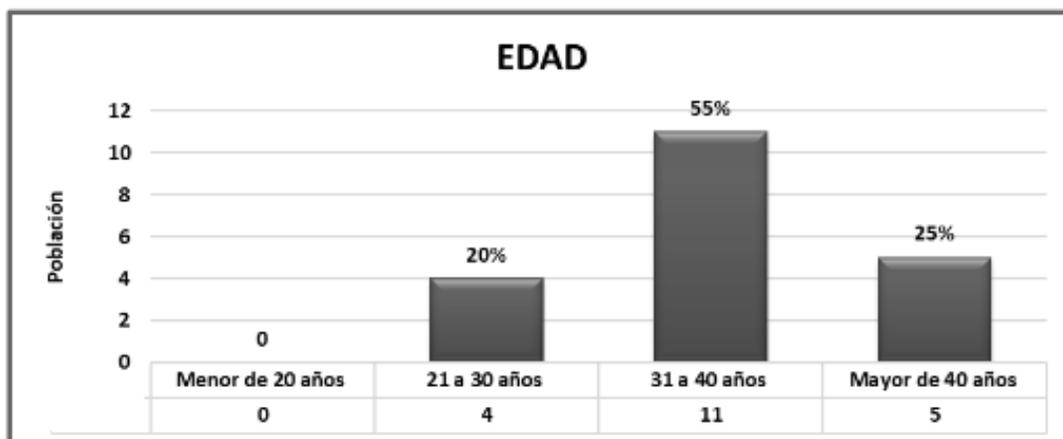
Figura 26 Sexo de los miembros del PAI entrevistados



Fuente: Elaboración propia con base en Entrevistas realizadas a miembros del PAI de la localidad de Ciudad Bolívar, 2022

Respecto de la edad, el 55% de los entrevistados que trabajan para el Programa Ampliado de Inmunizaciones se encuentran entre los 31 y los 40 años.

Figura 27 Edad de los miembros del PAI entrevistados



Fuente: Elaboración propia con base en Entrevistas realizadas a miembros del PAI de la localidad de Ciudad Bolívar,2022

Para el Programa Ampliado de Inmunizaciones, el 70% del proceso de vacunación está a cargo de auxiliares de enfermería, el 20% son profesionales de enfermería y el 10% profesionales especializados, todos idóneos pues cumplen con los requisitos para ejercer funciones dentro del programa.

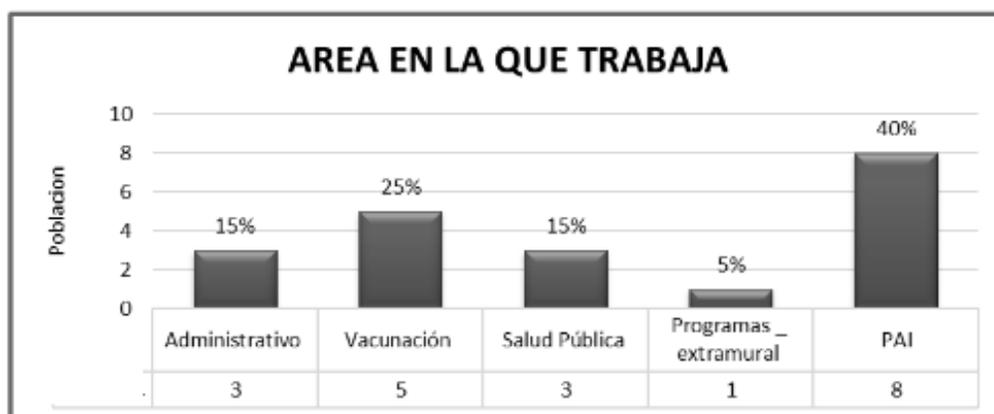
Figura 28 Formación profesional de los miembros del PAI entrevistados



Fuente: Elaboración propia con base en Entrevistas realizadas a miembros del PAI de la localidad de Ciudad Bolívar,2022

El 40% del talento humano entrevistado desempeña sus labores directamente en el Programa Ampliado de Inmunizaciones, ya sea en actividades en terreno, a nivel operativo intramural o extramural. Un 25% se dedica a los servicios de vacunación intramural; el 15% ejercen actividades administrativas dentro del programa y el 5% en programas extramurales. El talento humano que ejerce funciones dentro del PAI también se encarga de la promoción, educación, información en salud y prevención, respecto de todo lo concerniente a la población de infancia y primera infancia.

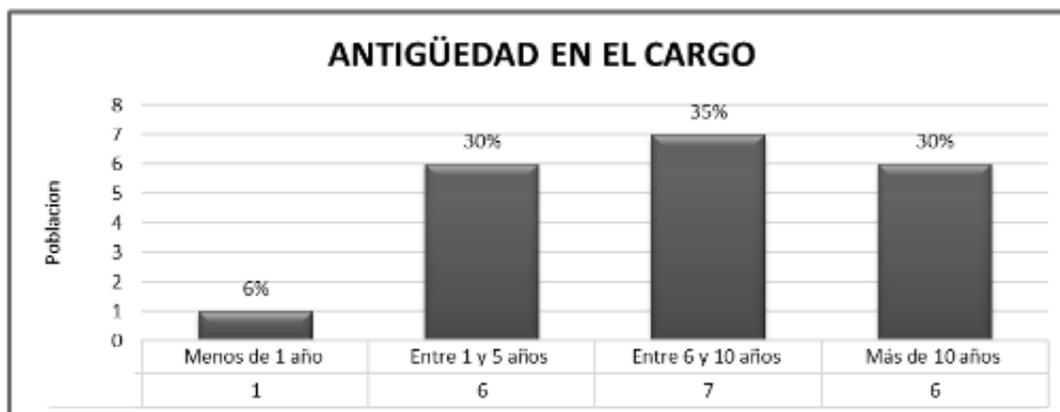
Figura 29 Áreas de desempeño de los miembros del PAI entrevistados



Fuente: Elaboración propia con base en Entrevistas realizadas a miembros del PAI de la localidad de Ciudad Bolívar, 2022

Es importante reconocer que en esta investigación el 65% de los entrevistados tienen más de seis años trabajando en el PAI, lo cual podría indicar que existe un desarrollo idóneo de las acciones operativas a la luz de tareas concretas dentro del contexto de la localidad, de acuerdo con los lineamientos nacionales en temas de vacunación.

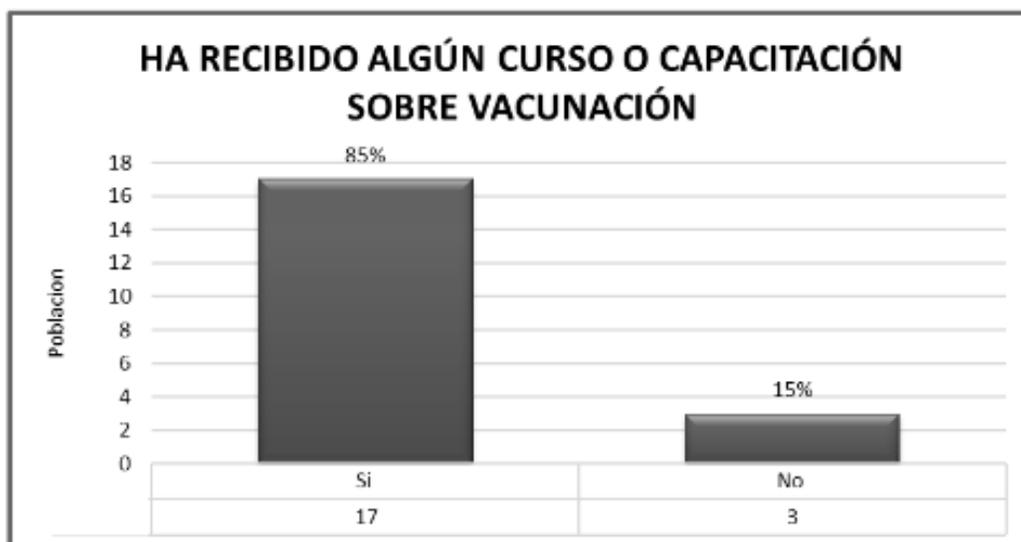
Figura 30 Antigüedad en el cargo de miembros del PAI entrevistados



Fuente: Elaboración propia con base en Entrevistas realizadas a miembros del PAI de la localidad de Ciudad Bolívar, 2022

El 85% del talento humano ha recibido capacitación o cursos en vacunación durante el tiempo que se ha desempeñado como trabajador para el Programa Ampliado de Inmunizaciones. Esto puede indicar que la formación constante del equipo de talento humano del PAI mejora las coberturas en vacunación, mejora la calidad en la prestación de los servicios y amplía las competencias del talento humano.

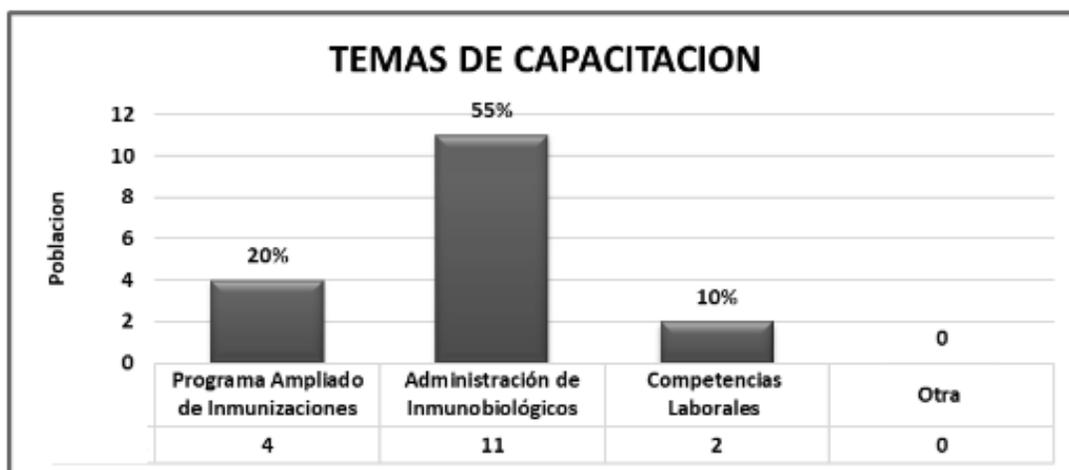
Figura 31 Capacitaciones de los miembros del PAI entrevistados



Fuente: Elaboración propia con base en Entrevistas realizadas a miembros del PAI de la localidad de Ciudad Bolívar, 2022

El 55% del talento humano ha recibido capacitación en administración de inmunobiológicos. Otro 20% ha recibido capacitación en el Programa Ampliado de Inmunizaciones y el 10% en competencias laborales. Es de gran importancia evidenciar que más de 50% de las personas entrevistadas han recibido algún tipo de capacitación. Sin embargo, también llama la atención que los más capacitados son quienes llevan más de un año en vacunación, lo que permite inferir que la formación no es permanente en un Programa que es tan exigente al momento de hacer la implementación de estrategias para aumento de coberturas y demás requerimientos.

Figura 32 Temas de capacitación de los miembros del PAI entrevistados



Fuente: Elaboración propia con base en Entrevistas realizadas a miembros del PAI de la localidad de Ciudad Bolívar, 2022

4.2 Resultados en coberturas de vacunación

Respecto del segundo objetivo específico de esta investigación: “Identificar los resultados de las coberturas de vacunación en menores de cinco años para la localidad de Ciudad Bolívar”, se obtienen los resultados que se exponen a continuación.

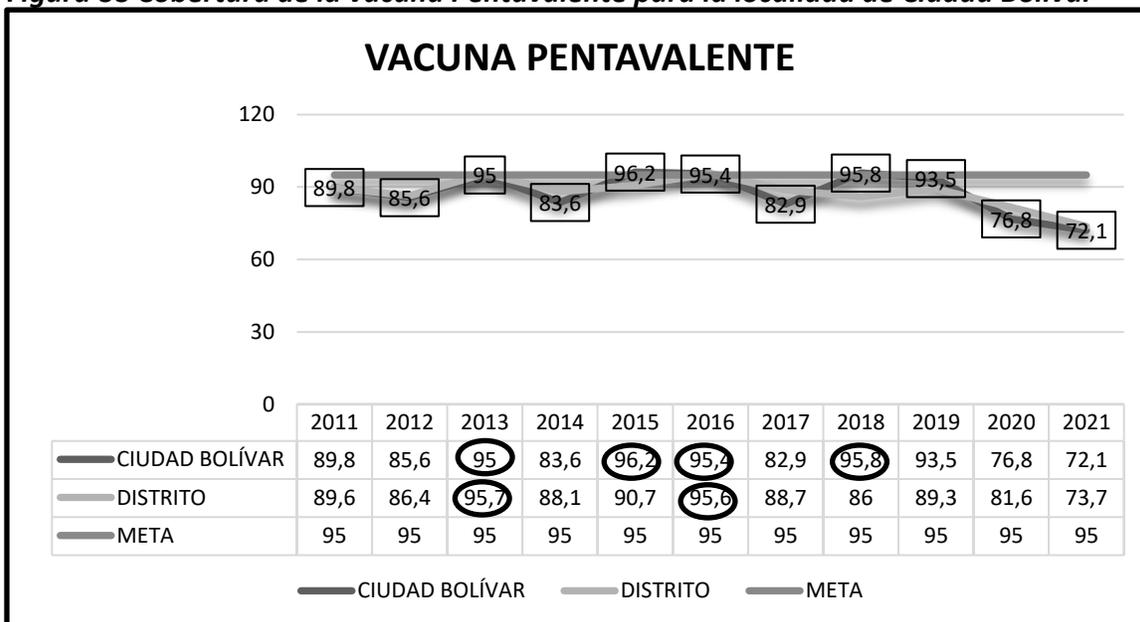
El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 fijó la meta de: “alcanzar en 2021 el 95% o más de cobertura en todos los biológicos que hacen parte del esquema nacional, en las poblaciones objeto del programa” (MinSalud, 2012, p. 171). Sin embargo, esta meta para la población menor de cinco años en las mediciones de los biológicos aplicados no se cumplió; si bien se logró durante unos años, su cumplimiento venía disminuyendo, lo que empeoró con la aparición de la emergencia sanitaria por el COVID-19, cuando estas coberturas cayeron significativamente, acentuando la reaparición de enfermedades que ya se encontraban en proceso de erradicación en los niños y niñas menores de cinco años.

Para la localidad de Ciudad Bolívar, de acuerdo con la información obtenida del Observatorio de la Secretaría de Salud del Distrito (SaluData, 2022), ente que se encargan de recopilar, analizar y difundir información en salud y sus determinantes, se obtienen las bases y archivo plano del cumplimiento a la aplicación de biológicos trazadores para menores de cinco, como se muestra a continuación.

4.2.1 Vacuna Pentavalente

Como ya se expuso en el Marco de referencia de este documento, la vacuna pentavalente, o quíntuple celular, es una vacuna combinada que protege contra 5 enfermedades: difteria, tos convulsa, tétanos, influenza tipo b y hepatitis B. El Calendario Nacional de Vacunación contempla su aplicación a los 2, 4 y 6 meses de vida.

Figura 33 Cobertura de la vacuna Pentavalente para la localidad de Ciudad Bolívar



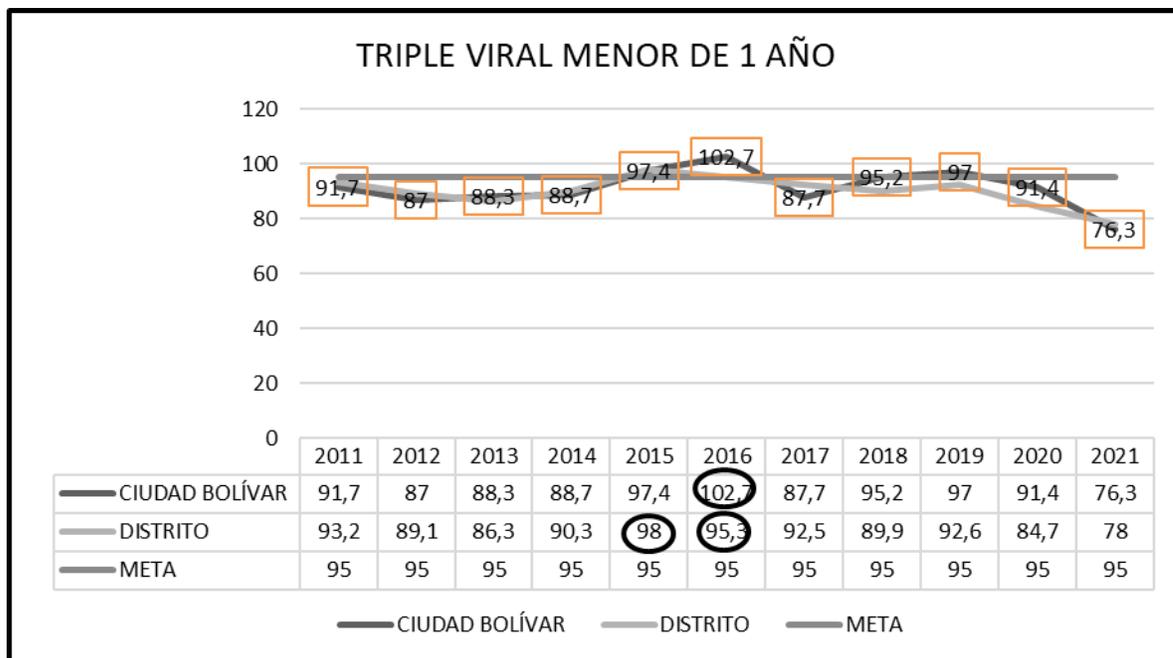
Fuente: SaluData - Observatorio de Salud de Bogotá, Numerador: Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI Secretaría Distrital de Salud. Denominador: Meta proyectada de vacunación - Ministerio de Salud y Protección Social. Descarga del archivo en el mes de septiembre de 2022. <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/>

Para la localidad de Ciudad Bolívar, este indicador ha sido fluctuante. Alcanzó un 72,1% en 2021, y venía del 96,2% en 2015, reflejando la cobertura más útil por última vez hace siete años, para la población infantil en la medición de este biológico. En los últimos diez años (2011 a 2021), la localidad obtuvo coberturas adecuadas solo en cuatro de la década analizada. Sin embargo, cuando se compara esta localidad con la cobertura para todo el distrito, frente al mismo biológico, se obtiene como resultado que se cumple en solo dos años del periodo contemplado, esto es, únicamente entre 2013 y 2016. Con el análisis que se precisa para este biológico, es de gran importancia que desde el Programa Ampliado de Inmunizaciones se contribuya al fortalecimiento de las estrategias de intervención ya que a partir de la pandemia por el COVID-19 se profundizó esta disminución.

4.2.2 Vacuna Triple Viral (menor de un año)

La vacuna triple viral o SRP previene contra tres enfermedades: la Rubéola Congénita, la Parotiditis y el Sarampión. El calendario de su aplicación es al año, con un refuerzo a los cinco años.

Figura 34 Cobertura de la vacuna Triple Viral, para menor de 1 año, localidad de Ciudad Bolívar

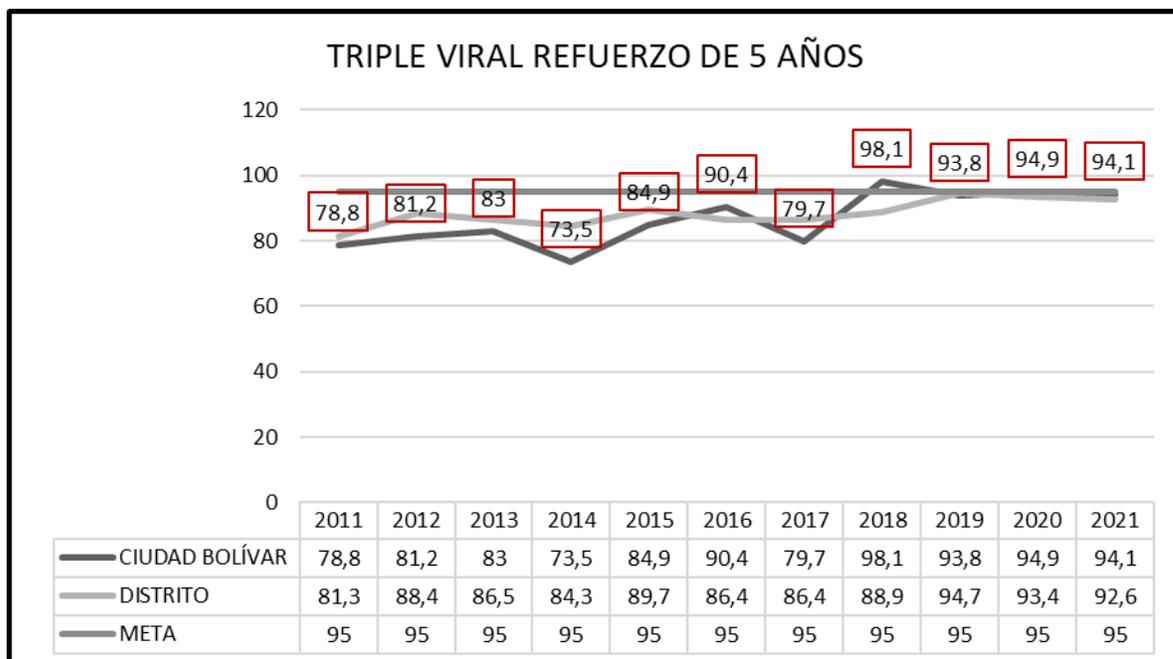


Fuente: SaluData - Observatorio de Salud de Bogotá, Numerador: Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI Secretaría Distrital de Salud. Denominador: Meta proyectada de vacunación - Ministerio de Salud y Protección Social. Descarga del archivo en el mes de septiembre de 2022. <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/>

Una de las metas del Programa Ampliado de Inmunizaciones es asegurar a la población menor de un año para prevenir enfermedades que se encuentran en proceso de erradicación, como el Sarampión. Para la localidad de Ciudad Bolívar, en los últimos diez años se ha alcanzado una cobertura útil para los años 2015, 2016 y 2018, tiempo durante el cual se destaca el cumplimiento del año 2016 (102,7%;). En el distrito, por su parte, se tuvo una cobertura útil en los años 2015 y 2016, lo cual resulta preocupante porque esta fluctuación da cuenta de una disminución en el alcance de las metas de cumplimiento de las coberturas, entendiendo que no vacunar a la población infantil con este biológico puede traer consecuencias fatales.

Por ello, reviste gran importancia seguir impulsando estrategias con cambios enfocados en campañas de comunicación que no permitan perder lo ganado y, principalmente, se mantengan en el tiempo. Frente al mismo biológico, en términos del refuerzo que se aplica a menores de cinco años, es aún más preocupante, invita a pensar en la necesidad de trabajar en aquellas inequidades en salud que se convierten en barreras al momento de acudir a los servicios de vacunación de la localidad y del distrito en general.

Figura 35 Cobertura de la vacuna Triple Viral, para menor de 5 años, localidad de Ciudad Bolívar



Fuente: SaluData - Observatorio de Salud de Bogotá, Numerador: Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI Secretaría Distrital de Salud. Denominador: Meta proyectada de vacunación - Ministerio de Salud y Protección Social. Descarga del archivo en el mes de septiembre de 2022. <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/>

De acuerdo con la imagen del gráfico anterior, que muestra las coberturas de vacunación en los últimos diez años, la localidad de Ciudad Bolívar tuvo una cobertura útil

para el año 2018. Sin embargo, para los años 2019, 2020 y 2021 ha tenido un comportamiento muy cerca a cumplir la meta del 95%. Al contrario, en el distrito en general llama la atención que en ninguno de estos años se ha alcanzado la cobertura útil. A partir de este análisis, es de gran importancia insistir en las estrategias de trabajo, como la vacunación en casa y el seguimiento a cohortes; así como en impulsar fuertemente las campañas de vacunación dentro de la localidad.

4.3 Identificación de factores asociados a DSS

En cuanto al tercer objetivo específico: “Identificar los factores asociados a los Determinantes Sociales en Salud que influyen en los esquemas de vacunación en menores de cinco años” se obtienen los resultados que se presentan a continuación.

De acuerdo con los datos arrojados por la investigación, se pueden encontrar aspectos, tanto positivos como negativos, alrededor de la vacunación. A través de un ejercicio de nube de palabras con el vocabulario más utilizado dentro de las entrevistas, fue posible identificar elementos de análisis que enriquecen este capítulo.

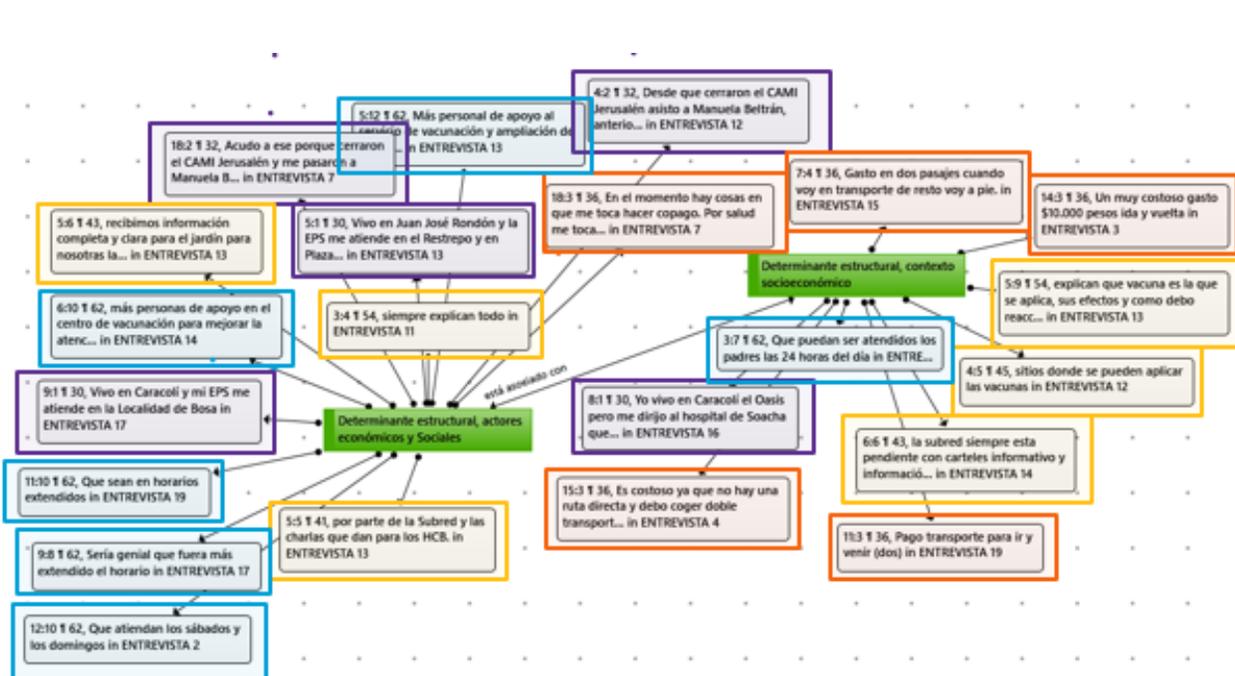
En la siguiente imagen se puede ver lo que arrojó el ejercicio, donde propiedades visuales, como tamaño, color, posición y grosor del texto, indican la frecuencia de uso. Según esto, las palabras que más se repiten son, principalmente, vacunación (535 veces), información (191 veces), vacunas (187 veces), salud (170 veces), servicio (154 veces), enfermedades (111 veces), atención (106 veces), barreras (102 veces), prevenir (46 veces), entre otros. Esta herramienta permitió evidenciar las palabras con más interés dentro de las entrevistas.

que no son flexibles para los padres y madres de familia, teniendo un posible impacto negativo al momento de completar los esquemas de vacunación regular.

La comunidad en esta investigación, representada en las madres comunitarias y madres de menores de cinco años, resaltó siempre la información brindada en cada uno de los servicios de vacunación, que se hace necesaria todo el tiempo en la población. Algunas de los aspectos que citan son las estrategias comunicativas para la vacunación y manifiestan su deseo por que sean permanentes en el tiempo.

Según la Comisión de Determinantes Sociales en Salud, creada en el año 2005 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se definen los determinantes estructurales como aquellos en los que se pueden incluir el contexto socio económico y político, además de la estructura social. A partir de esta connotación y para la investigación, de acuerdo con las entrevistas realizadas y analizadas a partir de la herramienta Atlas Ti9, los resultados para estos determinantes en salud que arrojó el estudio se explican a partir de la siguiente red semántica.

Figura 37 Red semántica para Determinantes estructurales



Fuente: Elaboración propia con base de datos de la investigación en Atlas ti

En la red semántica se pueden evidenciar los Determinantes Sociales en Salud estructurales que pueden incidir en el no cumplimiento de esquemas regulares de vacunación en Ciudad Bolívar, a partir de la población estudiada: 1) Los relacionados con el cierre de centros de salud en la Localidad y asignación de centros de salud lejos de donde viven, 2) ellos relacionados con el costo de traslado a los servicios de salud y el copago o cuota moderadora que deben cancelar al momento del cumplimiento de la cita médica, 3) Los relacionados con la asignación de más personal de salud en los servicios de vacunación y además contar con horarios extendidos, 4) Los relacionados con la información recibida cuando acuden a los servicios de vacunación.

En relación con este grupo, es importante tener en cuenta que para la población de la localidad de Ciudad Bolívar son importantes los centros de salud cercanos y además los que han tenido trayectoria durante sus vidas, a pesar de que las madres reconocen que la infraestructura del nuevo centro es grande, segura y acogedora, les queda lejos al momento de asistir a cumplir sus citas y sobre todo tener que desplazarse a este. Lo anterior, no solo por el costo económico, sino también por la asignación que se hace desde las EPS, como expresan a continuación las madres y cuidadoras:

“El centro de salud más cercano es Manuela Beltrán, me voy caminando más o menos 30 minutos, desde que cerraron el CAMI Jerusalén asisto a Manuela Beltrán, anteriormente iba a Sierra Morena, pero también fue cerrado” (MC 12, 2022).

“Vivo en caracolí y voy al centro médico Manuela Beltrán y me ha gustado el servicio y las instalaciones, acudo a ese porque cerraron el CAMI Jerusalén y me pasaron a Manuela Beltrán desde que lo abrieron” (C 7, 2022).

“Vivo en Juan José Rondón y la EPS me atiende en el Restrepo y en Plaza Central, y por asignación de mi EPS acudo a estos centros de salud en el restrepo hace 4 años y en plaza central hace 1 año” (MC 13, 2022).

El segundo grupo está relacionado con el costo de traslado a los servicios de salud y el copago o cuota moderadora que deben cancelar al momento del cumplimiento de la cita médica, sin embargo, fue importante que durante las entrevistas se explicara que los servicios de vacunación no tienen ningún costo además de no tener barreras de acceso por el régimen de afiliación o nacionalidad. A continuación, se citan algunas expresiones de las madres y cuidadoras:

“En el momento hay cosas en que me toca hacer copago, por salud me toca coger transporte, aunque a veces se me dificulta por no tener dinero, pero trato de ir seguido”.

(MC 12, 2022).

“Gasto en dos pasajes cuando voy en transporte de resto voy a pie, siempre he acudido a allí desde mis controles del embarazo antes Jerusalén ahora Manuela” (M 15, 2022).

“Vivo en San Francisco y Acudo a mi EPS que queda en el barrio centenario cerca al Olaya, es el más cercano a mi casa, pero muy costoso gasto \$10.000 pesos ida y vuelta”

(MC 3, 2022).

“Asignado por mi EPS, acudo hace 1 mes porque me cambie de IPS porque antes me tocaba en Cafam de la 51, Pago transporte para ir y venir (dos)” (C 19, 2022).

“Vivo en Potosí y me traslado hasta Candelaria La Nueva son dos barrios lejanos a 20 minutos en carro, es costoso ya que no hay una ruta directa y debo coger doble transporte” (Mc 4, 2022).

El siguiente grupo está relacionado con la asignación de más personal de salud en los servicios de vacunación y además contar con horarios extendidos, durante las entrevistas, tanto para el talento humano que trabaja en los servicios de vacunación como para las madres y cuidadoras es la referencia a que los servicios de vacunación tengan horarios extendidos aumentando en el número de vacunadores que puedan estar en estos horarios más accesibles a la comunidad. A continuación, se citan algunas expresiones y sentires como sugerencias para la mejora de la prestación del servicio de vacunación de acuerdo con este grupo:

“Más personal de apoyo al servicio de vacunación y ampliación de los horarios” (C 13, 2022).

“Haya más personas de apoyo en el centro de vacunación para mejorar la atención y evitar filas” (C 14, 2022).

“Sería genial que fuera más extendido el horario” (C 17, 2022).

El último grupo hace referencia a la información recibida cuando acuden a los servicios de vacunación, este determinante estructural se refiere en gran medida a la educación que se está ofreciendo a las comunidades desde el Plan de Intervenciones Colectivas y el Programa Ampliado de Inmunizaciones y que puede estar afectando, debido a que no se tiene una estrategia que se mantenga en el tiempo sobre vacunación, ya que a partir de ello es donde los beneficios se deben ver más tangibles alrededor del mejoramiento de la salud y en este sentido mejorar las coberturas en vacunación para los menores de 5 años, A continuación se citan algunas frases referidas durante las entrevistas que nos ayudan a reforzar los planteado en este grupo:

“Me han dado y he sabido que también reciben buena información sobre vacunas, para prevenir enfermedades como el sarampión, neumococo, varicela, hepatitis, poliomielitis y fiebre amarilla” (C 11, 2022).

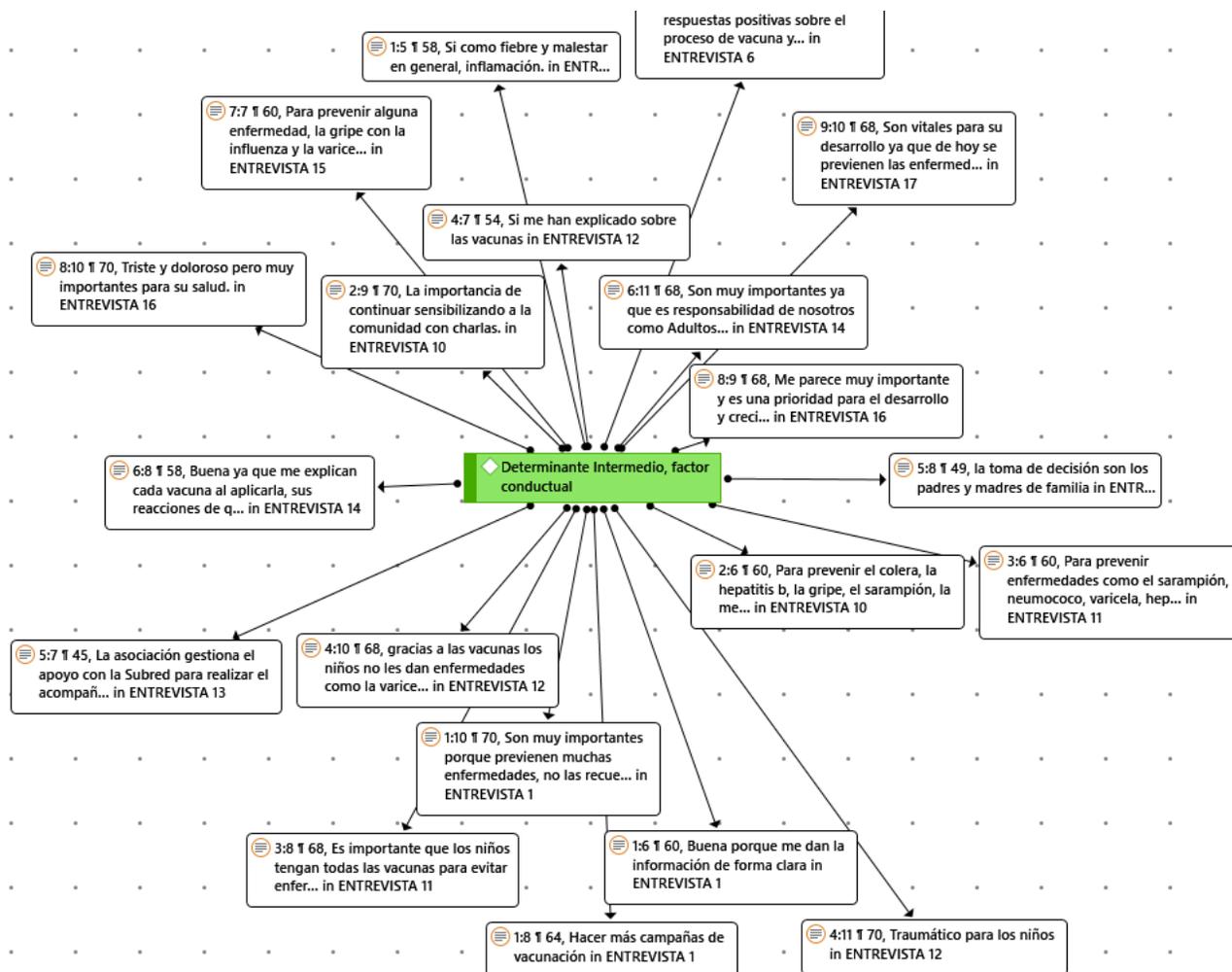
“Buena ya que me explican cada vacuna al aplicarla, sus reacciones de que se debe hacer y no hacer en casa mientras la reacción” (C 14, 2022).

“Si me han explicado sobre las vacunas que le toquen en el momento, además que se le puede poner en el momento en el sitio de la colocación de la vacuna como paños de agua fría en el sitio de la colocación de la vacuna” (MC 12, 2022).

Determinantes Sociales Intermedios

En relación con los Determinantes Sociales Intermedios, para esta investigación, se comprenden como aquellos donde los recursos, procesos psicosociales y conductuales están relacionados con el objetivo general de este estudio. Por lo cual, se determinó si estos sí tienen influencia al momento de completar los esquemas de vacunación en los menores de cinco años. Para la identificación de estos determinantes se construyeron tres redes semánticas, expuestas a continuación y cuyos componentes describen con base en la información acopiada durante las entrevistas.

Figura 38 Red semántica para Determinante intermedio - Factor conductual



Fuente: Elaboración propia con base de datos de la investigación en Atlas ti

Estos determinantes son aquellos que se relacionan con factores conductuales y biológicos que pueden asociarse al entorno donde nacen, crecen, viven y se desarrollan las personas de la localidad objeto; además de determinar las diferencias en cuanto a la vulnerabilidad de esta población y su relación con el no completar los esquemas de vacunación en menores de cinco años, como se cita a continuación:

“Yo cuando no sabía la importancia de las vacunas, no le coloqué a mi hijo el refuerzo de las vacunas por eso insisto tanto para que los papitos de mi jardín lleven los niños a los servicios de vacunación, y seguir con la sensibilización a la comunidad con charlas” (C 10, 2022).

“Las vacunas me parecen muy importante y es una prioridad para el desarrollo y crecimiento de los niños, a pesar de la experiencia en los niños al vacunar es triste y doloroso pero muy importantes para su salud” (M 16, 2022).

“Las vacunas son super importante para brindarle una calidad de vida mejor y prevenir enfermedades, y es excelente experiencia durante todo el proceso” (C 13, 2022).

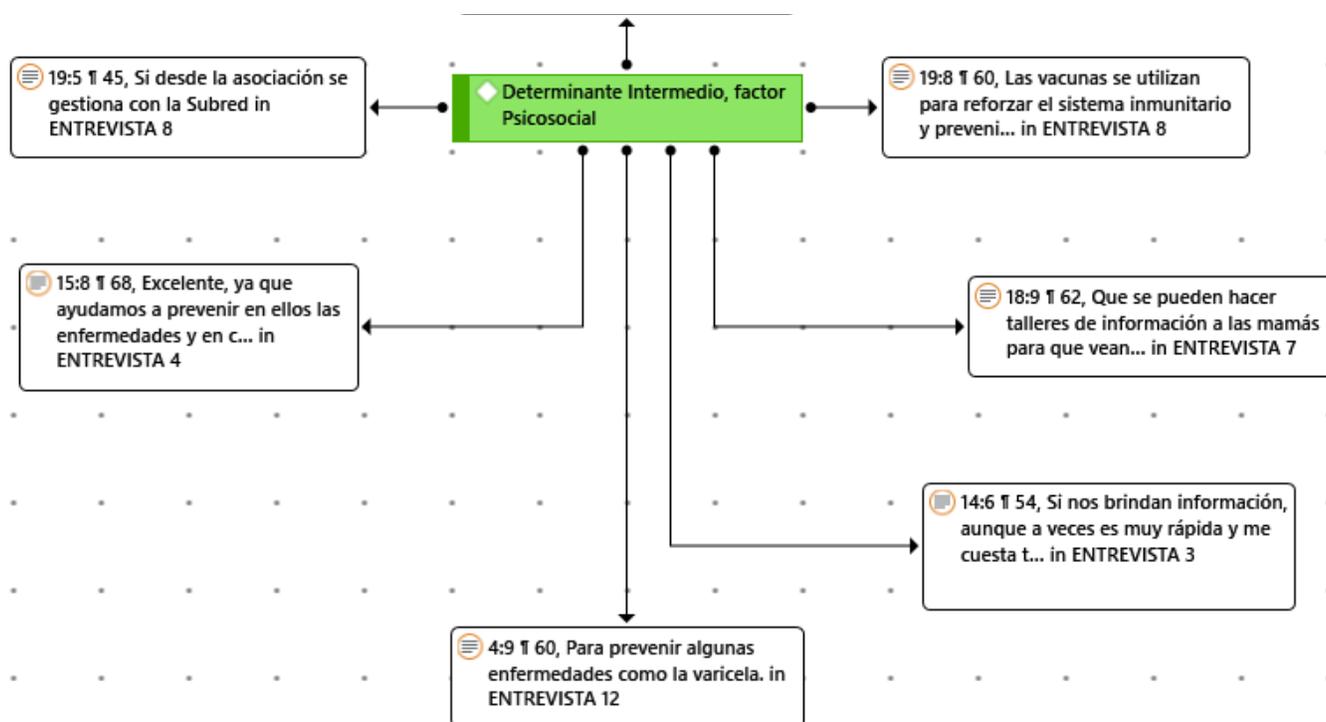
“Bastante. Porque gracias a las vacunas los niños no les dan enfermedades como la varicela y si les da la enfermedad esta no es tan fuerte” (MC 13, 2022).

“Son muy importantes porque previenen muchas enfermedades, no las recuerdo, pero sé que previenen muchas enfermedades” (M 1, 2022)

Para estos mismos determinantes, pero en circunstancias psicosociales de vida, redes de apoyo y redes sociales, se citan algunos resultados obtenidos a partir de las entrevistas realizadas, posterior a la codificación de categorías en la herramienta de Atlas Ti9. Se

presentan a través de una red semántica realizada a partir de la base de datos correspondiente a la investigación.

Figura 39 Red semántica para Determinante intermedio - Factor psicosocial



Fuente: Elaboración propia con base de datos de la investigación en Atlas ti

“Las vacunas se utilizan para reforzar el sistema inmunitario y prevenir enfermedades graves y potencialmente mortales: Hepatitis, Sarampión, polio, neumococo y varicela; son muy importantes ya que previenen muchas enfermedades para los niños” (C 8, 2022).

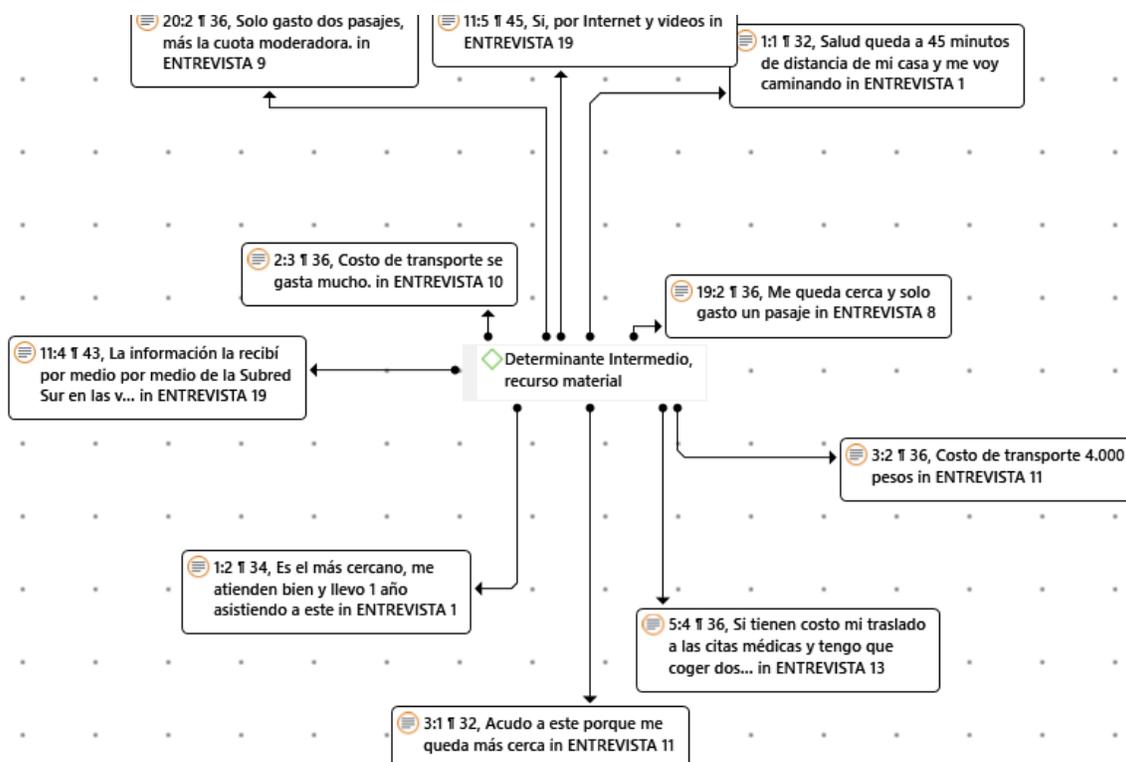
“Sirven para prevenir enfermedades en los niños y niñas como influenza, neumococo, polio y rotavirus, y son excelentes, ya que ayudamos a prevenir en ellos las

enfermedades y en caso de que tengan alguna enfermedad, la complicación va a ser más leve” (MC 4, 2022).

“Si nos brindan información, aunque a veces es muy rápida y me cuesta trabajo entenderlos a veces” (MC 3, 2022).

Los Determinantes Sociales en Salud intermedios son un recurso material dentro de la población entrevistada, como las condiciones de la vivienda, educación, estado de salud y desigualdades sociales. Se relacionan a continuación en una red semántica las diferentes citas obtenidas en donde se repiten los costos que tienen en el desplazamiento para el cumplimiento de las citas, el tiempo para su traslado, entre otras circunstancias cotidianas.

Figura 40 Red semántica para Determinante intermedio - Recurso material



Fuente: Elaboración propia con base de datos de la investigación en Atlas ti

4.4 Discusión

Los Determinantes Sociales en Salud se definen como las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud (Jadue y Marín, 2005). Explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, especialmente en poblaciones vulnerables, como la que vive en la localidad de Ciudad Bolívar. Tales inequidades afectan de manera directa el estado de salud de las poblaciones con ciertas condiciones sociales prevalentes.

En el año 2017 se realiza un estudio de la identificación de motivos de no vacunación en menores de 5 años en cuatro ciudades colombianas en donde los resultados de esta investigación cualitativa confirman que aquellos determinantes en salud inciden de manera directa e indirecta en que no se completen los esquemas de vacunación como los estructurales e intermedios sin embargo al igual que esta investigación se considera un factor importante que a pesar de ser un servicio gratuito las barreras geográficas para el acceso a los servicios de salud impide una vez más que la población se pueda desplazar por costos económicos debido a movilizaciones lejanas de su hogar.

Por ejemplo, actualmente las coberturas de vacunación para el 2021 se encuentran alrededor del 72.1% para la vacuna pentavalente, 76.3% para la vacuna triple viral en menor de 1 año y 94.1% en menor de cinco años, señalando que se tienen niños con riesgo de morbilidad y mortalidad por enfermedades prevenibles si no cumplieran los esquemas de vacunación al 95% ya que la aplicación de biológicos produce defensas contra las enfermedades (OMS, 2013).

Según Méndez Castillo & Álzate Posada en su estudio cualitativo realizado en el año 2016, durante las entrevistas realizadas al personal de salud que no es propio de los servicios de vacunación refieren que las oportunidades perdidas en vacunación se debe al desconocimiento de los procedimientos y esquemas en vacunación además de ver reflejado que las actitudes del talento humano puede influir para que los menores de 5 años no completen los esquemas de vacunación. A diferencia en esta investigación cualitativa realizada en comunidad y en trabajadores de los servicios de vacunación en donde una

de las principales fortalezas es el conocimiento frente a los procesos de vacunación sin embargo se reitera como una oportunidad de mejora que se implemente dentro de la consulta de detección temprana y valoración del riesgo el carne de vacunación para hacer la captación y remisión directa a lo servicios de vacunación para completar lo esquemas regulares.

Se convierte en un reto muy grande para el Programa Ampliado de Inmunización dentro de la Localidad de Ciudad Bolívar, que esos conocimientos que tiene el talento humano del servicio de vacunación a partir de las capacitaciones se puedan replicar a todos los servicios individuales y colectivos; ya que esto ayudaría mucho a completar esquemas de vacunación identificando a menores de 5 años dentro de las consultas y haciendo la remisión inmediatamente a los servicios de vacunación.

Desde el 15 de julio de 2020, la OMS y la UNICEF han advertido una disminución del número de niños que reciben vacunas que salvan vidas en todo el mundo, a causa del COVID-19. La emergencia sanitaria ha supuesto una afectación directa para los menores, a raíz de la interrupción de los servicios de salud en el mundo. Sin embargo, para la ciudad de Bogotá D.C., y en especial para la localidad de Ciudad Bolívar, no se interrumpieron las acciones que se prestan desde el Programa Ampliado de Inmunizaciones.

No obstante, el miedo y la zozobra de la comunidad ante el contagio, les limitó a acercarse a los servicios de salud; se interrumpieron los esquemas de vacunación regular en los menores de cinco años; y a esto se suma la paralización de las campañas de vacunación contra el sarampión. Esta situación es preocupante ya que las coberturas de

vacunación van en descenso y para el año 2022 son desalentadoras, a pesar de los esfuerzos que se han hecho desde el Programa Ampliado de Inmunizaciones (OMS, 2022).

Hacia el año 2003 en Colombia se realizó un estudio ecológico que analiza las coberturas de la vacunación infantil del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) en varios municipios. La cobertura eficiente fue determinada como el porcentaje de niños que recibieron el total de dosis del esquema de inmunizaciones regular para el primer año de vida. Para este estudio se definió que los factores asociados a las desigualdades estaban dados en gran parte por las diferencias en las acciones implementadas en cada uno de los sistemas de salud y se evaluaron mediante un modelo de regresión múltiple en la cual la diferencia o brecha corresponde a la variable dependiente; las variables independientes corresponden a los determinantes de las desigualdades en vacunación, acorde con los hallazgos de estudios previos (Acosta y Rodríguez, 2010). En consecuencia, a partir de la presente investigación, se ratifica que para la localidad de Ciudad Bolívar los determinantes estructurales, de acuerdo con lo analizado, a partir de las entrevistas semiestructuradas que se realizaron y la herramienta de Atlas Ti9, son los que en este momento están afectando a la población porque no se completan los esquemas de vacunación, posterior al período de pandemia por el COVID-19, como puede ser el cierre de centros de salud, lo cual responde a la reorganización de los servicios de salud para el Distrito.

Por otro lado, el 100% de las madres de familia y cuidadoras entrevistadas sí han recibido información del personal de enfermería en el momento de la vacunación, puesto

que les dan charlas con las cuales obtienen información en todo lo relacionado al cuidado de sus hijos. Además, también refieren haber recibido amabilidad y paciencia al momento de la vacunación.

La aplicación de las entrevistas, tanto a las madres y/o cuidadoras como al talento humano, permitió hacer la identificación de que el Programa Ampliado de Inmunizaciones está careciendo de una estrategia de comunicación que sea permanente en el tiempo y que además promueva el cuidado de los menores de cinco años a partir de la aplicación de vacunas, en especial, los refuerzos en las edades correspondientes.

El estado actual de las coberturas de vacunación da cuenta de los retos y desafíos que aún se encuentran pendientes con la población menor de cinco años. De acuerdo con las entrevistas realizadas al talento humano, los biológicos se encuentran disponibles tanto para la ciudad como para la localidad, junto con los insumos y materiales que se requieran. Sin embargo, el Distrito se encuentra con la necesidad de continuar capacitando a los profesionales y técnicos de los servicios de vacunación, ya que se requiere, día a día, completar los equipos que trabajan a nivel extramural, en el casa a casa, con el seguimiento a cohortes y recuperación de niños perdidos para completar los esquemas de vacunación.

Conclusiones y recomendaciones

El modelo de Determinantes Sociales en Salud constituye una herramienta útil para identificar las inequidades y las posibles barreras en salud en especial en la localidad de Ciudad Bolívar, puesto que permite comprender las acciones que se realizan para el proceso de vacunación y fortalecer la promoción de la salud y prevención de la enfermedad como una función esencial en la atención primaria en salud desde la salud pública.

Es imprescindible implementar dentro de la localidad una estrategia de educación para la población en conjunto con el Programa Ampliado de Inmunizaciones y el Plan de Intervenciones Colectivas, incluyendo los servicios de salud intramurales con la visión de lograr coberturas de vacunación reales basadas en los beneficios que se brindan a los menores de 5 años y a la prevención e identificación de riesgos a partir del cuidado.

La percepción frente a la prestación del servicio de vacunación que tienen las madres y cuidadoras que asisten a los servicios es positiva, resultado del entrenamiento que se recibe por cada una de las instituciones para los trabajadores de los servicios basados en competencias e implementación de prácticas amigables con la atención. Aunque también existe una percepción negativa en algunos casos en respuesta a que no se tienen atenciones en horarios extendidos y flexibles y que además algunos puntos tienen aglomeraciones al momento de la atención para la vacunación.

Es importante tener en cuenta los costos de traslado a los servicios de salud. Además del copago o cuota moderadora que deben cancelar al momento del cumplimiento de la

cita médica, sin embargo, es importante que se haga énfasis en el momento de desarrollar acciones de información, educación y comunicación se explique que los servicios de vacunación no tienen ningún costo además de no tener barreras de acceso por el régimen de afiliación o nacionalidad.

Para una mejor comprensión del proceso de vacunación y principalmente el logro de las coberturas de vacunación es importante que se conozca el histórico del cumplimiento de estas ya que se puede ir configurando el Programa Ampliado de Inmunizaciones con las características propias de la población perteneciente a la localidad, además de contar con el apoyo de entidades que de tipo sectorial e intersectorial trabajan mancomunadamente por el cuidado de los niños menores de 5 años.

El acercamiento cualitativo que se tuvo en esta investigación permite tener un juicio con respecto a la subjetividad que las personas tienen sobre las limitaciones, no solo en términos del muestreo sino en el análisis, se debe considerar un enfoque cualitativo y cuantitativo que permita relacionar la percepción y todos los factores que influyen para completar los esquemas de vacunación regular en los menores de 5 años.

Es necesario que el Programa Ampliado de Inmunizaciones para la Localidad de Ciudad Bolívar tenga en cuenta aspectos como la educación, no solo en las familias que acuden a los servicios de salud sino también aquellas que se encuentran permanentes en los Hogares de Bienestar Familiar (HCB), y principalmente aquellos que están agrupados con el fin de aportar a la construcción del cuidado de los menores de 5 años.

Referencias

- Abad Gómez, H. (2012). *Fundamentos éticos de la salud pública* (2a ed.). Medellín: Universidad de Antioquia. Obtenido de https://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/fea72810-e0f6-44f4-ba18-9d932411d04b/fundamentos_eticos_sp_hag.pdf?MOD=AJPERES
- Acosta Ramírez, N., y Rodríguez García, J. (2006). Inequidad en las Coberturas de Vacunación Infantil en Colombia, Años 2000 y 2003. *Revista de Salud Pública*, 8(1), 102-115. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v8s1/v8s1a09.pdf>
- Acosta Ramírez, N., y Rodríguez García, J. (enero-junio de 2010). Factores asociados a la inequidad en la vacunación infantil en Colombia: identificando alternativas de intervención. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, 9(18), 116-123. Obtenido de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/e/lil-568157>
- Acuerdo 000335 (Consejo Nacional de Seguridad en Salud 3 de Agosto de 2006). Obtenido de <https://vlex.com.co/vid/acuerdo-000335-43240191>
- Acuerdo 029 (Comisión de Regulación en Salud 28 de Diciembre de 2011). Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/comunicadosPrensa/Documentos%20Internos/Acuerdo%20029%20de%202011%20CRES.pdf>
- Acuerdo 08 (Comisión de Regulación en Salud 29 de Diciembre de 2009). Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/acuerdo-08-de-2009.pdf>
- Acuerdo 117 (Ministerio de Salud, Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud 22 de Diciembre de 1998). Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Acuerdo-117-de-1998.pdf>
- Acuerdo 30 (Ministerio de Defensa Nacional, Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y la Policía 29 de Diciembre de 1997). Obtenido de https://www.redjurista.com/Documents/acuerdo_30_de_1997_cssfm_-_consejo_superior_de_salud_de_las_fuerzas_militares.aspx#/

Acuerdo 366 (Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud 22 de Noviembre de 2007).

Obtenido de

[http://fapp.saludcapital.gov.co/estadisticos/pai/BASES/DOCUMENTOS%20PAI/S
TAND%20POLITICO-NORMATIVO/Acuerdos/Acuerdo%20366%20de%202007.pdf](http://fapp.saludcapital.gov.co/estadisticos/pai/BASES/DOCUMENTOS%20PAI/S
TAND%20POLITICO-NORMATIVO/Acuerdos/Acuerdo%20366%20de%202007.pdf)

Acuerdo 382 (Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud 31 de Enero de 2008).

Obtenido de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Acuerdo%20382%20de%202008.pdf>

Acuerdo 385 (Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud 25 de Febrero de 2008).

Obtenido de

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/ACUERDO%20385%20DE%
202008.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/ACUERDO%20385%20DE%
202008.pdf)

Acuerdo 406 (Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud 27 de Enero de 2009).

Obtenido de

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/ACUERDO%20406%20DE%
202009.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/ACUERDO%20406%20DE%
202009.pdf)

Álvarez Castaño , L. (2014). Los determinantes sociales y económicos de la salud.

Asuntos teóricos y metodológicos implicados en el análisis. *Rev. Gerenc. Polít. Salud*, 13(27), 28-40. Obtenido de

<http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v13n27/v13n27a03.pdf>

Barreto, K., y González, J. (julio-diciembre de 2018). Historia clínica integral en atención primaria de salud con enfoque en los determinantes sociales de salud. Atención integrada a las enfermedades prevalentes en la primera infancia. *Revista Salud Bosque*, 8(2), 23-34. doi:<http://dx.doi.org/10.18270/rsb.v8i1.2491>

Borde, E., Akerman, M., Morales, C., Hernández Álvarez , M., Guerra, G., y Salgado de Snyder, N. (2016). Capacidades de investigación sobre determinantes sociales de la salud en Brasil, Colombia y México. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 34(3), 330-

341. Obtenido de
<https://revistas.udea.edu.co/index.php/rfnsp/article/view/25179/20782744>
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 31(1), 13-27. Obtenido de
<http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31s1/v31s1a02.pdf>
- Cáceres Bermejo, G. (abril-junio de 2012). Un momento de reflexión acerca de las vacunas. *Sanidad Militar*, 68(2), 109-114. Obtenido de
<https://scielo.isciii.es/pdf/sm/v68n2/informe1.pdf>
- Calderón Bejarano, H., Peñaranda Correa, F., y Marín Uribe, A. (mayo-agosto de 2020). La práctica pedagógica en la atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia desde la perspectiva de Basil Bernstein. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 38(2), 1-11. doi: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e336762>
- Campbell Barr, E., y Marmot, M. (2021). Liderazgo, determinantes sociales de la salud y equidad en la salud: el caso de Costa Rica. *Panamerican Journal of Public Health*, 45, 1-4. Obtenido de
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54742/v45e1012021.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
- Circular 012 (Procuraduría General de la Nación 29 de Mayo de 2013).
- Circular 018 (Procuraduría General de la Nación 2010).
- Circular 04 (Ministerio de Salud y Protección Social 2012).
- Circular 474 (Ministerio de Salud y Protección Social 26 de Octubre de 2011).
- Circular Conjunta 019 (Ministerio de Salud y Protección Social y Ministerio de Educación Nacional 27 de Mayo de 2013). Obtenido de
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/circular-externa-0019-de-2013.pdf>
- Circular Conjunta 041 (Ministerio de Salud y Protección Social y Ministerio de Educación 13 de Agosto de 2012). Obtenido de

- <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Circular-Conjunta-Externa-0041-de-2012.pdf>
- Circular Conjunta 042 (Ministerio de Salud y protección Social y Ministerio de educación 6 de Julio de 2010).
- Circular Externa 0051 (Ministerio de la Protección Social Octubre de 2003).
- Circular Externa 018 (Ministerio de la Protección Social 18 de Febrero de 2004).
- Obtenido de <https://vlex.com.co/vid/circular-externa-00018-43204363>
- Circular Externa 023 (Ministerio de Salud y Protección Social 16 de Julio de 2013).
- Obtenido de https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/circular_minsaludps_0023_2013.htm
- Circular Externa 023 (Ministerio de Salud y Protección Social 24 de Abril de 2014).
- Circular Externa 031 (Ministerio de Salud y Protección Social 22 de Mayo de 2014).
- Circular Externa 039 (Ministerio de Salud y Protección Social 30 de Octubre de 2013).
- Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/circular-0039-de-2013.pdf>
- Circular Externa 044 (Ministerio de Salud y Protección Social 19 de Noviembre de 2013).
- Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/circular-0044-de-2013.pdf>
- Circular Externa 045 (Ministerio de Salud y Protección Social 19 de Noviembre de 2013).
- Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/circular-externa-0045-de-2013.pdf>
- Circular Externa 052 (Superintendencia Bancaria de Colombia Diciembre de 2002).
- Obtenido de https://www.arlsura.com/images/stories/circular_52.pdf
- Circular Externa 062 (Ministerio de Salud y Protección Social 27 de Octubre de 2014).

- Circular Externa Conjunta 0009 (Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud -INS- 21 de Febrero de 2012).
- Código de Infancia y Adolescencia, Ley 1098 (Congreso de la República de Colombia 8 de Noviembre de 2006). Obtenido de <https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/codigoinfancialey1098.pdf>
- Constitución Política de Colombia, Gaceta Constitucional N. 114 (Asamblea Nacional Constituyente 6 de Julio de 1991). Obtenido de <https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Constitucion/1687988>
- Corbetta, P. (2010). *Metodología y técnicas de investigación social* (2a. Revisada (1a Ed. 2007) ed.). Madrid: McGrawHill. Obtenido de <https://diversidadlocal.files.wordpress.com/2012/09/metodologc3ada-y-tc3a9cnicas-de-investigac3b3n-social-piergiorgio-corbetta.pdf>
- Decreto 0249 (Presidencia de la República de Colombia 20 de Febrero de 2013). Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%200249%20de%202013.pdf
- Decreto 1011 (Presidencia de la República de Colombia 3 de Abril de 2006). Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf
- Decreto 1416 (Presidencia de la República de Colombia 5 de Julio de 1990). Obtenido de <https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=1282785#:~:text=DECRETO%201416%20DE%201990ytext=por%20el%20cual%20se%20dictan,prestaci%C3%B3n%20de%20servicios%20de%20salud>.
- Decreto 1669 (Presidencia de la República de Colombia 2 de Agosto de 2002). Obtenido de <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=5538>

Decreto 1683 (Presidencia de la República de Colombia 2 de Agosto de 2013). Obtenido de

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=54074>

Decreto 1757 (Presidencia de la República de Colombia 3 de Agosto de 1994). Obtenido de

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=21850>

Decreto 205 (Presidencia de la República de Colombia 3 de Febrero de 2003). Obtenido de

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=16546#:~:text=Reglamentar%2C%20en%20el%20marco%20de,y%2C%20velar%20por%20osu%20cumplimiento.>

Decreto 2287 (Ministerio de Educación Nacional y Ministerio de la Protección Social 12 de Agosto de 2003). Obtenido de

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%202287%20DE%202003.pdf

Decreto 2323 (Presidencia de la República de Colombia 12 de Julio de 2006). Obtenido de

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=20829>

Decreto 2562 (Presidencia de la República de Colombia 10 de Diciembre de 2012).

Obtenido de

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=68216>

Decreto 2676 (Ministerio de Salud y Ministerio del Medio Ambiente, Presidencia de la República de Colombia 22 de Diciembre de 2000). Obtenido de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Decreto-2676-de-2000.pdf>

Decreto 272 (Presidencia de la República de Colombia 29 de Enero de 2004). Obtenido de

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=66839>

Decreto 2888 (Presidencia de la República de Colombia 22 de Agosto de 2005).

Obtenido de

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=17390>

Decreto 3039 (Presidencia de la República de Colombia, Ministerio de la Protección Social 10 de Agosto de 2007). Obtenido de

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%203039%20DE%202007.PDF

Decreto 3518 (Presidencia de la República de Colombia 9 de Octubre de 2006).

Obtenido de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Decreto-3518-de-2006.pdf>

Decreto 394 (Alcaldía Mayor de Bogotá 28 de Julio de 2017). Obtenido de

https://lavozdelderecho.com/files/DECRETO_394_DE_2017.pdf

Decreto 4107 (Presidencia de la República de Colombia 2 de Noviembre de 2011).

Obtenido de

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%204107%20DE%202011.pdf

Decreto 4725 (Presidencia de la República de Colombia 26 de Diciembre de 2005).

Obtenido de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Decreto-4725-de-2005.pdf>

Decreto 806 (Presidencia de la República de Colombia 30 de Abril de 1998). Obtenido de

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=19411>

Decreto 822 (Presidencia de la República de Colombia 2 de Abril de 2003). Obtenido de

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=7562>

Decreto Reglamentario 1938 (Presidencia de la República de Colombia 5 de Agosto de 1994). Obtenido de [https://vlex.com.co/vid/decreto-](https://vlex.com.co/vid/decreto-354208054#:~:text=Agosto%20de%201994-)

[354208054#:~:text=Agosto%20de%201994-](https://vlex.com.co/vid/decreto-354208054#:~:text=Agosto%20de%201994-)

,Decreto%201938%20de%201994%2C%20por%20el%20cual%20se%20reglamen
ta%20el,Acuerdo%20n%C3%BAmero%20008%20de%201994.

Distribución de los recursos para la Atención Integral de la Primera Infancia, vigencia 2012, provenientes del crecimiento real de la economía superior al 4% en el 2010, CONPES 152 (Consejo Nacional de Política Económica y Social, Departamento Nacional de Planeación, República de Colombia 14 de Junio de 2012). Obtenido de https://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-177828_archivo_pdf_conpes_152.pdf

Escobar Díaz, F., Osorio Merchán, M., y De la Hoz Restrepo, F. (2017). Motivos de no vacunación en menores de cinco años en cuatro ciudades colombianas. *Pan American Journal of Public Health* (41), 1-6. Obtenido de <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2017.v41/e123>

Espinoza Rodríguez, E., Minjarez Robles, L., Carballo Domínguez, C., Chávez Aguilasocho, A., y Barrios Olán, C. (enero-marzo de 2022). Vacunación y farmacovigilancia en México: elementos para una mejor comprensión de la COVID 19. *Archivos en Medicina Familiar*, 24(1), 1-3. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2022/amf221a.pdf>

García Sierra, A., y Ocampo Cañas, J. (23 de enero de 2018). Factores que influyen en la integralidad de la atención en salud a los menores de cinco años en 18 municipios de Colombia. *Convención Internacional de Salud, Cuba Salud 2018*, 1-12. Obtenido de <http://www.convencionsalud2018.sld.cu/index.php/convencionsalud/2018/paper/view/1946/946>

González Droguett, N. (2016). *Determinantes sociales y bienestar subjetivo: factores explicativos de la autopercepción en salud en Chile (Tesis de Grado)*. Santiago: Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Sociología. Obtenido de https://bibliotecadigital.uchile.cl/discovery/fulldisplay?vid=56UDC_INST:56UDC_

- INSTysearch_scope=MyInst_and_Ciytab=Everythingydocid=alma991007463568603936ylang=esycontext=Lyadaptor=Local%20Search%20Engineyquery=creator,exact,Daza%20Anziani,%20Bianca.,ANDy
- Google Noticias. (2022). *Coronavirus (COVID 19)*. Obtenido de Google Noticias:
<https://news.google.com/covid19/map?hl=es-419ymid=%2Fm%2F02j71ygl=COyceid=CO%3Aes-419>
- Guba, E., y Lincoln, Y. (1994). Competing paradigms in qualitative research. En N. K. Denzin, y Y. S. Lincoln, *Handbook of qualitative research* (págs. 105-117). Sage Publications, Inc.
- Hernández Sampieri, R. (2018). *Metodología de la Investigación: Las Rutas Cuantitativa. Cualitativa y Mixta*. México: McGrawHill.
- Hernández, L., Ocampo, J., Ríos, D., y Calderón, C. (mayo-junio de 2017). El modelo de la OMS como orientador en la salud pública a partir de los determinantes sociales. *Revista Salud Pública*, 19(3), 393-395. Obtenido de <https://www.scielosp.org/pdf/rsap/2017.v19n3/393-395/es>
- Herrera Salamanca, O. (2018). La atención a la primera infancia en Bogotá en sus avances en lo social. *Repositorio Universidad Militar Nueva Granada*, 1-26. Obtenido de <https://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/handle/10654/17518/HerreraSalamancaOmarFinley2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Hoyos, M., Hincapié Palacio, D., Ochoa, J., y León, A. (31 de enero de 2022). Impact of childhood and maternal vaccination against diphtheria, tetanus, and pertussis in Colombia. *Journal of Public Health Research*, 11(1), En línea. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8883552/#:~:text=The%20impact%20of%20infant%20and%20maternal%20vaccination%20on%20reducing%20the,of%20neonatal%20pertussis%20and%20tetanus.>
- Jadue, L., y Marín, F. (. (2005). *Determinantes sociales de la salud en Chile. En la perspectiva de la equidad* (1a ed.). Santiago: ICES -Iniciativa Chilena de Equidad

- Social-, Fundación Rockefeller. Obtenido de
https://www.researchgate.net/figure/Figura-3-Modelo-de-Brunner-Marmot-y-Wilkinson-de-produccion-de-inequidades-en-salud-a_fig2_331984362
- Jaramillo Mejía, M. (2016). *Situación de la mortalidad infantil en Colombia (Tesis Doctoral)*. Granada: Universidad de Granada, Doctorado en Medicina Clínica y Salud Pública. Obtenido de
<https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/44612/26329748.pdf?sequence=6&isAllowed=y>
- Jimbo Sotomayor, R., Armijos Acurio, L., Sánchez Choez, X., Vilema Ortiz, M., Ghisays, G., Moyota Quinzo, D., y Moreta Colcha, F. (julio-diciembre de 2019). Oportunidades perdidas de vacunación en centros de atención primaria en Ecuador. *ELSEVIER*, 20(2), 46-52. Obtenido de
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1576988719301190?via%3Dihub#!>
- Jurgenson, J. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa*. México: Paidós.
- Klarian Vergara, J. (2017). *Determinantes sociales de salud y calidad de vida en una localidad con deterioro ambiental, Chañaral, región de Atacama, Chile (Tesis Doctoral)*. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona. Obtenido de
https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2017/hdl_10803_461195/jmkv1de1.pdf
- Kuhn, T. (2006). *La Estructura de las Revoluciones Científicas*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- Ley 100 (Congreso de la República de Colombia 23 de Diciembre de 1993). Obtenido de
https://oig.cepal.org/sites/default/files/colombia_-_ley_100.pdf
- Ley 1122, 1122 (Congreso de la República de Colombia 9 de Enero de 2007). Obtenido de
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf>

- Ley 1164 (Congreso de la República de Colombia 3 de Octubre de 2007). Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201164%20DE%202007.pdf
- Ley 1176 (Congreso de la República de Colombia 27 de Diciembre de 2007). Obtenido de <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=28306>
- Ley 1220 (Congreso de la República de Colombia 16 de Julio de 2008). Obtenido de <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=31430#:~:text=El%20que%20envenene%2C%20contamine%20o,delito%20sancionado%20con%20pena%20mayor.>
- Ley 1251 (Congreso de la República de Colombia 27 de Noviembre de 2008). Obtenido de http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1251_2008.html
- Ley 1295 (Congreso de la República de Colombia 6 de Abril de 2009). Obtenido de <https://www.ilo.org/dyn/travail/docs/1499/LEY%201295%20DE%202009.pdf>
- Ley 1373 (Congreso de la República de Colombia 8 de Enero de 2010). Obtenido de <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=38689#:~:text=Establece%20que%20el%20Gobierno%20Nacional,incluyendo%20en%20%2C%20las%20vacunas>
- Ley 1388 (Congreso de la República de Colombia 26 de Mayo de 2010). Obtenido de <https://www.suin-juriscal.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Leyes/1678530>
- Ley 1438 (Congreso de la República de Colombia 19 de Enero de 2011). Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf
- Ley 1626 (Congreso de la República de Colombia 30 de Abril de 2013). Obtenido de <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=52964#:~:text=Por%20medio%20de%20la%20cual,y%20se%20dictan%20otras%20disposiciones.>
- Ley 599 (Congreso de la República de Colombia 24 de Julio de 2000). Obtenido de <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=6388>

- Ley 715 (Congreso de la República de Colombia 21 de Diciembre de 2001). Obtenido de https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-86098_archivo_pdf.pdf
- Ley 734 (Congreso de la República de Colombia 5 de Febrero de 2002). Obtenido de <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=4589>
- Ley 9 (Congreso de la República de Colombia 24 de Enero de 1979). Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%200009%20DE%201979.pdf
- Ley Estatutaria 1751 (Congreso de la República de Colombia 16 de Febrero de 2015). Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf
- López Ambrón, L., Egües Torres, L., Pérez Carreras,, A., Galindo Santana, B., Galindo Sardiña, M., Resik Aguirre, S., y Tejeda Fuentes, A. (2018). Experiencia cubana en inmunización, 1962–2016. *Panamerican Journal of Public Health*, 42, 1-9. Obtenido de <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34905/v42e342018.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Martínez Diz, S., Martínez Romero, M., Fernández Prada, M., Cruz Piqueras, M., Molina Ruano, R., y Fernández Sierra, M. (junio de 2014). Demandas y expectativas de padres y madres que rechazan la vacunación y perspectiva de los profesionales sanitarios sobre la negativa a vacunar. *Anales de Pediatría*, 80(6), 370-378. Obtenido de <https://www.analesdepediatria.org/es-pdf-S1695403313003779>
- Mayor Mora, A., Arias, A., y Menjura, F. (2010). *Cruzada interminable por la niñez colombiana- Historia del Programa Ampliado de Inmunizaciones —PAI—en Colombia, 1979-2009*. Bogotá D.C.: Ministerio de la Protección Social, Organización Panamericana de la Salud.

- Mejía, L. (2013). Los Determinantes Sociales de la Salud: base teórica de la salud pública. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 31(1), 28-36. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31s1/v31s1a03.pdf>
- Méndez Castillo, J., y Alzate Posada, M. (2016). Conocimiento de las oportunidades perdidas de vacunación en profesionales no PAI (Programa Ampliado de Inmunizaciones) de Bogotá, D.C. *Rev. Fac. Med.*, 64(1), 35-39. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v64n1/v64n1a05.pdf>
- Mendoza Mendoza, A., Cervantes, T., y De La Hoz, D. (2019). Children vaccination programs in Latin America, 2000-2015. *Revista Cubana de Salud Pública*, 45(3), 1-13. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubsalpub/csp-2019/csp193d.pdf>
- MinSalud. (2012). *Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021: La salud en Colombia la construyes tú*. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/PDSP.pdf>
- MinSalud. (2 de agosto de 2013). *Colombia tiene el plan de vacunación más completo y moderno de América Latina*. Obtenido de Ministerio de Salud y Protección Social: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/plan-vacunacion-completo.aspx>
- MinSalud. (2015). *Lineamientos para la gestión y administración del Programa Ampliado de Inmunizaciones-PAI 2016*. Bogotá D.C., Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social, Dirección de Promoción y Prevención, Subdirección de enfermedades transmisibles, Grupo de inmunoprevenibles -PAI-. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/PAI/li neamientos-pai-2016.pdf>
- MinSalud. (2016). *Manual Técnico Administrativo del PAI, Tomo 3 (2a ed.)*. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social, República de Colombia. Obtenido de <https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/SubportaldelCiudadano>

_2/PlandeDesarrollo_0_19/Campaas_0/Shared%20Content/Vacunaci%C3%B3n/2017/Manual%20T%C3%A9cnico%20Administrativo%20del%20PAI/M%C3%B3dulo%20PAI%20Tomo%203.pdf

- MinSalud. (2016). *Manual Técnico Administrativo del PAI, Tomo I*. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social, República de Colombia. Obtenido de <https://www.studocu.com/co/document/universidad-el-bosque/poblacion-y-salud-i/manual-pai-tomo-1-documentos-para-realizar-estudio-de-tematicas-en-salud-y-aleman-aqui-puedes/28486607>
- MinSalud. (2022). *Lineamientos para la gestión y administración del Programa Ampliado de Inmunizaciones -PAI-*. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social, Dirección de Promoción y Prevención, Subdirección de Enfermedades Transmisibles, Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles, Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/PAI/lineamientos-nal-pai-2022.pdf>
- Modificación a CONPES SOCIAL 91, del 14 de Junio de 2005: "Metas y estrategias de Colombia para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio-2015", CONPES 140 (Consejo Nacional de Política Económica y Social, Departamento Nacional de Planeación, República de Colombia 28 de Marzo de 2011). Obtenido de <https://colaboracion.dnp.gov.co/cdt/conpes/social/140.pdf>
- Moraga Llopa, F., Fernández Prada, M., Grande Tejada, A., Martínez Alcorta, L., Moreno Pérez, D., y Pérez Martín, J. (2020). Estrategias vacunales. Recuperando las coberturas vacunales perdidas en la pandemia de COVID-19. *Vacunas*, 21(2), 129-135. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7334947/pdf/main.pdf>
- Moreno Gómez, M., Hernández Rincón, E., Ayala Escudero, A., y Correal Muñoz, C. (2021). Enseñanza y aprendizaje de los determinantes sociales en salud en la

- región de las Américas. *Educación Médica Superior*, 35(3), 1-25. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/ems/v35n3/1561-2902-ems-35-03-e2730.pdf>
- Murcia Urrego, L. (2019). Determinantes sociales de la morbilidad infantil por infección respiratoria aguda en Bogotá, 2015-2016. *Repositorio Universidad de los Andes*.
- OMS. (2013). *Plan de acción mundial sobre vacunas 2011-2020*. Suiza: Organización Mundial de la Salud. Obtenido de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85398/9789243504988_spa.pdf
- OMS. (30 de agosto de 2021). *Vacunas e inmunización: ¿qué es la vacunación?* Obtenido de Organización Mundial de la Salud: https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/vaccines-and-immunization-what-is-vaccination?adgroupsurvey={adgroupsurvey}ygclid=CjwKCAiAprGRBhBgEiwANJEY7A66S2GF18-cdt2jT9ldm3_f3_5ml20mLCbzLy9d6qsiWABIODS-UxoCdv0QAvD_BwE
- OMS. (2022). *Vacunas e inmunización*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: https://www.who.int/es/health-topics/vaccines-and-immunization/3#tab=tab_1
- ONU. (2015). *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Obtenido de Organización de las Naciones Unidas: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
- Opimec. (s.f.). *Comentarios de Unidad 3. Ganar en Salud. Un enfoque positivo de atención a la cronicidad: Los Determinantes de la Salud. Los Determinantes Sociales*. Obtenido de Opimec.org: <https://www.opimec.org/documentos/4869/unidad-3-ganar-en-salud-un-enfoque-positivo-de-atencion-a-la-cronicidaddup/10931/comentarios/>
- OPS. (2013). *Methodology for the evaluation of missed opportunities for vaccination*. Washington, D.C.: Panamerican Health Organization y World Health Organization. Obtenido de

- <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49297/9789275118184-spa.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- OPS. (23 de junio de 2014). *La vacunación, un derecho y una obligación*. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud: <https://www.paho.org/es/noticias/23-6-2014-vacunacion-derecho-obligacion>
- OPS. (2022). *Determinantes sociales de la salud*. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
- OPS, OMS y MinSalud. (2010). *Componente Comunitario de la Estrategia AIEPI: Guía para profesionales y técnicos de los servicios de salud*. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud y protección Social, Plan Nacional de Salud Pública, Sociedad Colombiana de Pediatría, Organización Panamericana de la Salud y AIEPI. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/Guia_profesionales_salud.pdf
- Palomino Blanquicett, J., Gómez Bustamante, E., y Castillo De Ávila, I. (mayo de 2019). Determinantes familiares de cobertura de vacunación en menores de 5 años. Area rural, Cartagena. *Duazary*, 16(2 (Número especial)), 19-28. Obtenido de <Dialnet-DeterminantesFamiliaresDeCoberturaDeVacunacionEnMe-7026796.pdf>
- París Pineda, O., y Cárdenas Sandoval, L. (24 de junio de 2021). Factores de riesgo de enfermedades prevalentes de la infancia en hogares de atención integral. *Revista Cubana de pediatría*, 93(4), 1-15. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/ped/v93n4/1561-3119-ped-93-04-e1280.pdf>
- Política Pública Nacional de Primera Infancia, CONPES 109 (Consejo Nacional de Política Económica Social, Departamento Nacional de Planeación, República de Colombia 3 de Diciembre de 2007). Obtenido de https://www.mineducacion.gov.co/1780/articles-177832_archivo_pdf_Conpes_109.pdf

Redacción Bogotá, El Tiempo. (14 de septiembre de 2020). 'Luchamos contra el covid y la delincuencia al mismo tiempo'. *El Tiempo*, pág. En línea. Obtenido de <https://www.eltiempo.com/bogota/coronavirus-en-bogota-como-enfrenta-ciudad-bolivar-el-covid-19-y-la-delincuencia-537829>

Resolución 00412 (Ministerio de Salud 25 de Febrero de 2000). Obtenido de http://www.saludcolombia.com/actual/htmlnormas/Res412_00.htm#:~:text=por%20la%20cual%20se%20establecen,de%20inter%3%A9s%20en%20salud%20p%C3%ABlica.

Resolución 04445 (Ministerio de Salud 2 de Diciembre de 1996). Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCION%2004445%20de%201996.pdf

Resolución 0459 (Ministerio de Salud y Protección Social 6 de Marzo de 2012). Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resolucion-0459-de-2012.PDF>

Resolución 1043 (Ministerio de la Protección Social 3 de Abril de 2006). Obtenido de <https://www.ins.gov.co/TyS/programas-de-calidad/Documentos%20Programa%20EEDDCARIO/resolucion%201043%202006.pdf>

Resolución 1164 (Ministerio del Medio Ambiente 6 de Septiembre de 2002). Obtenido de <https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/Resolucion-1164-de-2002.pdf>

Resolución 1441 (Ministerio de Salud y Protección Social 6 de Mayo de 2013). Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1441-de-2013.pdf>

Resolución 1535 (Ministerio de Salud (en funciones de despacho, el ministro del trabajo y la seguridad social) 20 de Noviembre de 2002). Obtenido de <https://vlex.com.co/vid/resolucion-001535-43187231>

Resolución 1736 (Ministerio de la Protección Social 20 de Mayo de 2010). Obtenido de https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/resolucion_minproteccion_1736_2010.htm

Resolución 1841 (Ministerio de Salud y Protección Social 28 de Mayo de 2013).
Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1841-de-2013.pdf>

Resolución 1896 (Ministerio de Salud 19 de Noviembre de 2001). Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCI%C3%93N_1896_de_2001.pdf

Resolución 1995 (Ministerio de Salud 8 de Julio de 1999). Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%201995%20DE%201999.pdf

Resolución 2003 (Ministerio de Salud y Protección Social 28 de Mayo de 2014).
Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%2003%20de%202014.pdf

Resolución 228 (Secretaría Distrital de Planeación 4 de Marzo de 2015). Obtenido de <http://www.gobiernobogota.gov.co/sgdapp/sites/default/files/normograma/Resoluci%C3%B3n%20228.pdf>

Resolución 2568 (Ministerio de Hacienda y Crédito Público 30 de Agosto de 2012).

Resolución 2635 (Ministerio de Salud y Protección Social 27 de Junio de 2014). Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resolucion-2635-de-2014.pdf>

Resolución 2680 (Ministerio de la Protección Social 3 de Agosto de 2007). Obtenido de http://www.saludcapital.gov.co/CTDLab/Publicaciones/2018/Resolucion_2680_de_2007.pdf

Resolución 2783 (Ministerio de la Protección Social 24 de Agosto de 2002). Obtenido de http://www.avancejuridico.com/actualidad/documentosoficiales/2005/46016/r_mps_2783_2005.html

Resolución 3042 (Ministerio de la Protección Social 31 de Agosto de 2007). Obtenido de https://www.redjurista.com/Documents/resolucion_3042_de_2007_ministerio_de_la_proteccion_social.aspx#/

Resolución 3250 (Ministerio de Salud y Protección Social 27 de Agosto de 2013).
Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3250-de-2013.pdf>

Resolución 3374 (Ministerio de Salud 27 de Diciembre de 2000). Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resoluci%C3%B3n_3374_de_2000.pdf

Resolución 3384, Resolución 3384 del 29 de dic. De 2000 (Ministerio de Salud Pública 29 de Diciembre de 2000). Obtenido de https://www.redjurista.com/Documents/resolucion_3384_de_2000.aspx#/

Resolución 3763 (Ministerio de la Protección Social 18 de Octubre de 2007). Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resolucion-3763-de-2007.pdf>

Resolución 3997 (Ministerio de Salud 30 de Octubre de 1996). Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%203997%20DE%201996.pdf

Resolución 425 (Ministerio de la Protección Social 11 de Febrero de 2008). Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%200425%20DE%202008.pdf

Resolución 4288 (Ministerio de Salud 20 de Noviembre de 1996). Obtenido de

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%204288%20DE%201996.pdf

Resolución 4343 (Ministerio de Salud y Protección Social 19 de Diciembre de 2012).

Obtenido de

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%204343%20de%202012.pdf

Resolución 4505 (Ministerio de Salud y Protección Social 28 de Diciembre de 2012).

Obtenido de

<http://www.saludcapital.gov.co/CTDLab/Publicaciones/2016/Resoluci%C3%B3n%204505%20de%202012.pdf>

Resolución 4796 (Ministerio de la Protección Social 27 de Noviembre de 2008).

Obtenido de

<http://www.saludcapital.gov.co/Documents/RESOL.%204796%20DEL%2027%20NOV%202008%20BRIGADAS%20DE%20SALUD.pdf>

Resolución 5022 (2006).

Resolución 518 (Ministerio de Salud y Protección Social 24 de Febrero de 2015).

Obtenido de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-0518-de-2015.pdf>

Resolución 5521 (Ministerio de Salud y Protección Social 27 de Diciembre de 2013).

Obtenido de

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%205521%20de%202013.PDF

Resolución 5926 (Ministerio de Salud y Protección Social 23 de Diciembre de 2014).

Obtenido de

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%205926%20de%202014.pdf

- Rocha, S. (19 de febrero de 2018). Programa Ampliado de Inmunizaciones. *Diplomado Estrategias de Enseñanza y Aprendizaje en la formación de personal de salud/Dip. EEAS*, 17, 13-18. Obtenido de <http://hdl.handle.net/123456789/10198>
- Rodríguez Corredor, Z. (octubre de 2020). Los determinantes sociales y su importancia para los profesionales de la salud. *Generación de contenidos impresos*, 17, 1-25. Obtenido de https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/20532/3/2020_NC_Determinantes%20sociales_Zuly_VF.pdf
- Rodríguez Triana, D., y Benavides Piracón, J. (2016). Salud y ruralidad en Colombia: análisis desde los determinantes sociales de la salud. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 34(3), 359-371. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v34n3/0120-386X-rfnsp-34-03-00359.pdf>
- Rondón Valero, E. (2018). Conocimiento científico en la investigación postpositivista del Siglo XXI: De lo externo a lo Interno del Ser. *Revista Cientific*, 3(8), 79-99. Obtenido de https://www.indteca.com/ojs/index.php/Revista_Scientific/article/view/160/177
- Rosell Aguilar, I. (2017). Antivacunas” y dudas parentales en vacunación infantil: recuperemos la confianza en los profesionales sanitarios. *Clínica*(26), 3-10. doi: <https://doi.org/10.24197/cl.26.2017.3-10>
- Salud Capital. (2017). *Informe de gestión: Cobertura*. Bogotá D.C.: Secretaría de Salud, Alcaldía Mayor de Bogotá. Obtenido de http://www.saludcapital.gov.co/Inf_gestion/2017/INFORME_1_2017/INFORME_1_2017.pdf
- SaluData. (2022). *Datos de salud. Demografía y salud: Indicadores*. Obtenido de Secretaría de Salud, Alcaldía Mayor de Bogotá: <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/index.php/datos-de-salud/demografia/>

- SaluData. (31 de agosto de 2022). *Datos de salud. Demografía y salud: Tasa de mortalidad en menores de 5 años en Bogotá D.C.* (N. Chacón, H. Lara, Productores, y Sistema de estadísticas vitales SDS- datos preliminares. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública)
doi:https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/fichas_tecnicas_osb/demografia/O SB_Demografia-TM_ninez.pdf
- SaluData. (19 de agosto de 2022). *Datos de Salud. Enfermedades transmisibles: Cobertura de vacunación en Bogotá D.C.* (N. Chacón, H. Lara, Productores, y Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI, Secretaría Distrital de Salud. Meta proyectada de vacunación - Ministerio de Salud y Protección Social (Ficha Técnica del Indicador: Cobertura de vacunación Pentavalente en Bogotá D.C.))
doi:https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/fichas_tecnicas_osb/enf-transmisibles/OSB_EnfTransm-CoberVacu.pdf
- Sastre Paz, M., Terol Claramonte, M., Zoni, A., Esparza Olcina, M., y Del Cura González, M. (julio-septiembre de 2016). Tomando conciencia sobre las desigualdades sociales en la salud infantil. *Revista Pediatría Atención Primaria*, 18(71), 203-208. Obtenido de <https://scielo.isciii.es/pdf/pap/v18n71/1139-7632-pap-18-71-00203.pdf>
- Secretaría de Gobierno. (2020). *Diagnóstico local, Ciudad Bolívar*. Bogotá D.C.: Alcaldía Mayor de Bogotá. Obtenido de http://ciudadbolivar.gov.co/sites/ciudadbolivar.gov.co/files/planeacion/pdl_diagnostico_acta_pp_y_propuestas_ciudadanas.pdf
- Secretaría de Salud. (2022). *Programa Ampliado de Inmunizaciones*. Obtenido de Secretaría de Salud, Alcaldía Mayor de Bogotá:
<http://www.saludcapital.gov.co/DSP/Paginas/ProgramaAmpliadodeVacunacion-PAI.aspx>
- Secretaría Distrital de Planeación. (2022). *Estratificación socioeconómica*. Obtenido de Secretaría Distrital de Planeación, Alcaldía Mayor de Bogotá:

- <https://www.sdp.gov.co/gestion-estudios-estrategicos/estratificacion/estratificacion-por-localidad>
- Secretaría Distrital de Planeación. (2022). *Estudios Macro. Proyecciones de población con base 2005*. Obtenido de Secretaría Distrital de Planeación, Alcaldía Mayor de Bogotá: <https://www.sdp.gov.co/gestion-estudios-estrategicos/estudios-macro/censo-2005/proyecciones-de-poblacion>
- Sistema General de Participaciones Vigencia 2013, CONPES 162 (Consejo Nacional de Política Económica y Social, Departamento Nacional de Planeación, República de Colombia 14 de Marzo de 2013). Obtenido de https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/conpes_dnp_0162_2013.htm
- Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. (2016). *Documento análisis de condiciones de calidad de vida, salud y enfermedad (Usme)*. Bogotá D.C.: Secretaría Distrital de Salud, Alcaldía Mayor de Bogotá. Obtenido de https://www.subredsur.gov.co/sites/default/files/instrumentos_gestion_informacion/An%C3%A1lisis%20de%20condiciones%2C%20calidad%20de%20vida%2C%20salud%20y%20enfermedad.%20Usme%2C%202016.pdf
- Subred Sur, Secretaría de Salud. (2017). *Análisis de condiciones, calidad de vida, salud y enfermedad – 2017. Localidad de Ciudad Bolívar*. Bogotá D.C.: Coordinación editorial Subred Sur, Secretaría de Salud, Alcaldía Mayor de Bogotá. Obtenido de https://www.subredsur.gov.co/sites/default/files/instrumentos_gestion_informacion/An%C3%A1lisis%20de%20condiciones%2C%20calidad%20de%20vida%2C%20salud%20y%20enfermedad.%20Ciudad%20Bolivar%2C%202017.pdf
- Tavera Salazar, M. (2018). La atención primaria de salud y la salud materno infantil. *Revista SPOG - Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 64(3), 383-391. Obtenido de <http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/2101>
- Universidad del Rosario. (2009). Enfermedades neuropediátricas afectan el desarrollo escolar de niños bogotanos. *Programa de divulgación científica: Universidad*,

- Ciencia y Desarrollo, Tomo VI, Tomo VI*(Fascículo 3), 1-8. Obtenido de <https://repository.urosario.edu.co/handle/10336/3425?show=full>
- Valenzuela, M. (2020). Importancia de las vacunas en Salud Pública: hitos y nuevos desafíos. *Revista Médica Clínica Las Condes, 31*(3-4), 233-239. Obtenido de <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0716864020300407?token=6E74CAE50313FE92C68D7699CFB937F733C43E61D6AA22810DC7631D93C16FE4ED9C74722ECDF396C27048ACD551357ByoriginRegion=us-east-1yoriginCreation=20221031040652>
- Valenzuela, M., y O'Ryan, M. (agosto de 2000). Achievements and challenges of the expanded immunization program in the Americas. *Rev. Med. Chil., 128*(8), 11-22. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11129554/>
- Velasco Benítez, C. (septiembre-diciembre de 2015). El modelo de Lalonde como marco descriptivo dentro de las investigaciones sobre *Cryptosporidium* spp del grupo de investigación GASTROHNUP de la Universidad del Valle de Cali, Colombia. *Revista GastrohNup, 17*(3), 204-207. Obtenido de <https://revistas.univalle.edu.co/index.php/gastrohnup/%20article/view/1353>

Anexos

Anexo I

ANEXO I: ENTREVISTA A MADRES, PADRES Y/O CUIDADORES				
Fecha (dd/mm/aa)				
UBICACIÓN GEOGRÁFICA				
Ciudad				
Localidad				
UPZ				
Barrio				
MARQUE CON UNA X SEGÚN CORRESPONDA				
MADRE		PADRE		CUIDADOR
DATOS DEL MENOR				
1. Fecha de nacimiento		DIA	MES	AÑO
2. Edad cumplida		1. Años		
		2. Meses		
		3. Días		
3. Sexo		1. MASCULINO	2. FEMENINO	
4. ¿En qué país nació el niño?				
5. Tipo de Afiliación		1. Régimen Subsidiado		
		2. Régimen Contributivo		
		3. Población no asegurada		
6. Pertenece alguna etnia		1. SI		
		2. NO		
		3. Cual		

7. Estrato				
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LOS PADRES, MADRES Y/O CUIDADORES DEL MENOR				
8. Edad (años)				
9. Sexo				
1. MASCULINO		2. FEMENINO		3. OTRO
10. ¿Qué relación tiene usted con el niño?		1. Madre/padre		
		2. Abuelo/abuela		
		3. Tío/tía		
		4. Hermano/hermana		
		5. Otro, Especifique.		
11. Estado civil		1. Soltero		
		2. Viudo		
		3. Separado/divorciado		
		4. Casado		
		5. Unión libre		
12. País donde nació la madre, padre y/o cuidador		-		
13. Escolaridad de la madre padre y/o cuidador		1. Sin estudio		
		2. Ninguna, pero sabe leer y escribir		
		3. Primaria o menos		
		4. Secundaria incompleta		
		5. Secundaria completa		
		6. Más que secundaria		

14. Ocupación	1 Ama de casa (se dedica al hogar)	
	2. Obrero o campesino	
	3. Trabajador por cuenta propia	
	4. Empleado	
	5. Otro, Especifique.	
15. ¿El centro de salud al que acude a cuantas cuadras se encuentra de su lugar de residencia (casa)?		
16. ¿Por qué acude a este? 3. ¿Hace cuánto acude a este?		
17.¿Usted, sabe si este centro de salud es público o privado ?		

18. ¿Qué opinión tiene respecto a los costos para trasladarse al centro de salud?

INFORMACIÓN SOBRE LA VACUNACIÓN

19. ¿Ha recibido información sobre vacunación en el último mes? ¿Recuerda dónde y qué tipo de información era?

20. Si la respuesta anterior fue afirmativa. Responda: ¿le fue útil esta información? Si la respuesta anterior fue negativa pase a la pregunta 21.

21. ¿Ha buscado información sobre vacunación por sus propios medios? ¿Qué tipo de información ha buscado?

22. ¿Alguna vez ha solicitado usted el servicio de vacunación para este niño y ha sido negada su atención?

23. En su hogar, ¿quién toma la decisión de vacunar a los niños?

CALIDAD DEL SERVICIO DE VACUNACIÓN

24. ¿Cuando acude al servicio de vacunación, le han explicado qué tipo de vacuna le van a aplicar a al niño o niña y la importancia de la misma?

25. ¿Recibió información sobre las “reacciones” que pueden producir las vacunas que le aplicaron al niño o niña?

26. ¿Cómo evaluaría la atención recibida durante el proceso de vacunación? ¿Por qué?

27. ¿Me podría decir usted para qué sirven las vacunas? ¿Qué enfermedades previenen las vacunas?

28. ¿Qué sugerencias tiene para mejorar el servicio de vacunación?

Barreras para acceder a la vacunación

29. ¿Alguna vez ha tenido dificultades para llevar al niño o niña al servicio de vacunación? ¿Qué tipo de dificultades?

30. ¿Qué tan importantes considera las vacunas para la salud del niño o niña? ¿Por qué?

<p>31. Desde su perspectiva, ¿cómo describiría la experiencia del proceso de vacunación del niño o niña?</p>

Anexo II

ANEXO II: ENTREVISTA A TALENTO HUMANO					
Fecha (dd/mm/aa)					
DATOS DEL PROFESIONAL DE SALUD					
1. Sexo					
1. MASCULINO		2. FEMENINO		3. OTRO	
2. Edad					
3. Formación profesional					
4. Área de atención en que trabaja					

5. Antigüedad en su cargo	
6. ¿Ha recibido algún curso o capacitación sobre vacunación?	
7. ¿Se realizan sesiones clínicas o académicas en su centro de salud u hospital?	
CONOCIMIENTOS SOBRE LA VACUNACIÓN	
8. ¿Cuáles son las vacunas que se le administran al recién nacido?	
9. ¿Cuál(es) de las enfermedades se pueden prevenir con la vacuna pentavalente?	
10. ¿Cuáles vacunas tienen dosis de refuerzo?	

11. ¿Sabes cuáles son las enfermedades prevenibles por vacunación en proceso de erradicación o de eliminación?

12. Cuando las personas acuden a vacunar a los menores, usted brinda información o educación sobre las vacunas (efectos adversos, ventajas, ¿etc.)? ¿Por qué?

13. ¿Cuáles son las contraindicaciones para la aplicación de cualquier vacuna?

14. ¿Quién debería evaluar en forma cotidiana el estado de vacunación de los niños, revisar carné de vacunación y hacer el esfuerzo de completar la vacunación cuando se requiera?

15. ¿En qué situaciones deberían indagarse las dosis aplicadas y las faltantes en los niños de acuerdo a su edad?

16. ¿Por qué cree que algunos niños no tienen actualizado su esquema de vacunación? ¿Cuál cree que son las principales barreras o dificultades?

17. Considera que los conocimientos que tiene sobre la vacunación y el PAI son suficientes para prestar un buen servicio a la comunidad

18. ¿Considera que los trámites administrativos (como llenar registros, etc.) pueden influir en una atención oportuna para la vacunación, por qué?

BARRERAS PARA LA VACUNACIÓN

19. ¿Desde su experiencia trabajando con la comunidad, ha evidenciado barreras para que la población acuda oportunamente al servicio de vacunación?

20. ¿Cuáles son las principales barreras que ha evidenciado?

Anexo III

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado Participante

La siguiente información corresponde al estudio al cual lo estamos invitando participar, por favor léalo con cuidado y haga cualquier pregunta que tenga.

1. ¿Cuál es el propósito de este estudio?

Esta investigación es realizada por la Facultad de Medicina de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas y la estudiante de Maestría en Salud Pública Luz Adriana Calderón Ramírez con el propósito de recopilar todos los testimonios posibles que permitan completar el esquema de identificación de los determinantes sociales en salud que influyen en disminución de coberturas de vacunación para la población infantil en la localidad de ciudad bolívar de Bogotá. Parte del trabajo propuesto para lograr los objetivos consiste en reuniones grupales con diferentes actores involucrados en la implementación del Programa ampliado de Inmunizaciones.

2. ¿Por qué usted fue seleccionado y qué pasara si participa?

Usted está siendo invitado a participar dado que está involucrado directamente con la implementación del Programa Ampliado de Inmunizaciones (con los servicios de vacunación). Si Usted acepta participar será invitado a una entrevista grupal que busca escuchar su testimonio sobre algunos aspectos de la vacunación, la reunión durará aproximadamente 120 minutos, será grabada en audio y usted podrá responder en completa libertad e independencia.

3. Efectos desfavorables que se pueden esperar

No se espera que se tenga algún efecto desfavorable por participar en este estudio. Sin embargo, si algún tema le molesta o incomoda se respetará su decisión de no continuar la reunión. Aunque las reuniones serán grabadas en audio para facilitar el análisis de la información, los resultados serán presentados sin mencionar su nombre o ninguna característica que pueda identificarlo. De tal forma, se garantiza que nada de lo que usted comparta con nosotros perjudicará su relación actual con el Programa Ampliado de Inmunizaciones ni su rol o actividades en la implementación de este.

4. Efectos benéficos que podrían resultar

La información que estamos recolectando es importante para complementar el esquema de identificación de los determinantes sociales en salud que influyen en disminución de coberturas de vacunación para la población infantil en la localidad de ciudad bolívar de Bogotá. Por esta razón, su contribución es fundamental para el mejoramiento de la atención en vacunación de todos los ciudadanos.

5. Pagos por participar en esta entrevista

Ni usted, ni otros participantes, recibirán algún pago por participar.

6. ¿A quién consultar si usted tiene más preguntas o inquietudes?

Si usted tiene más preguntas acerca de esta entrevista puede comunicarse con:

- Luz Adriana Calderón Ramírez. Fundación Universitaria Juan N Corpas (Teléfono 316-8823236).

7. Confidencialidad y privacidad de la información

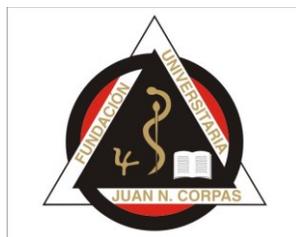
Toda la información recolectada durante este estudio será manejada bajo estricta confidencialidad. Ni su nombre, ni el de las personas de quien se obtenga información se harán públicos. Se podrán citar frases textuales, las cuales no se identificarán con ningún entrevistado. Los resultados se presentarán de manera general o por subgrupos (roles en la implementación).

8. ¿Qué pasa si usted decide no participar?

Si usted no desea participar o no quiere continuar con la entrevista, se respetará su decisión sin ningún tipo de consecuencia para Usted o su trabajo.

Al participar en la entrevista, Usted hace constar que ha recibido esta información, que el entrevistador del estudio le ha explicado y le ha respondido las preguntas hasta el momento, y de forma libre y voluntaria decide formar parte de este estudio.

¡Muchas gracias por su participación!

Anexo IV**EL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN DE LA FUNDACIÓN
UNIVERSITARIA JUAN N. CORPAS****CERTIFICA**

Que el proyecto de investigación titulado **“Influencia de los determinantes sociales en salud en bajas coberturas de vacunación para la población infantil en la localidad de Ciudad Bolívar, Bogotá”**, cuya investigadora principal es Luz Adriana Calderón Ramírez y los tutores son la Dra. Daniela Arango Rueda y el Dr. Oscar Javier Vergara Escobar Farfán profesores de la Maestría de Salud Pública de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas, fue evaluado y aprobado por parte del Comité de Ética de la Investigación de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas, en su sesión del 24 de agosto de 2022.

Considerando la pertinencia del trabajo, su calidad científica, la coherencia y el cumplimiento de las normas científicas, técnicas y éticas, nacionales e internacionales que rigen este tipo de investigaciones, el Comité de Ética de la Investigación conceptúa que el proyecto cumple con todos los requisitos de calidad exigidos y en consecuencia otorga su aprobación; el respectivo concepto se consigna en el acta de la correspondiente sesión.

Se expide esta certificación el 24 de agosto de 2022.

JUAN CARLOS VELÁSQUEZ ROJAS
Presidente del Comité de Ética de la Investigación