

**BRECHAS EN COBERTURAS DE VACUNACION CON ENFOQUE
DIFERENCIAL EN EL DISTRITO DE SANTA MARTA-COLOMBIA. AÑO 2017**

AURA POLO SITU

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
MAESTRIA EN ADMINISTRACION DE SALUD
SANTIAGO DE CALI
2018**

**BRECHAS EN COBERTURAS DE VACUNACION CON ENFOQUE
DIFERENCIAL EN EL DISTRITO DE SANTA MARTA-COLOMBIA. AÑO 2017**

AURA POLO SITU

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD**

Directora

Dra. DORIS STELLA TEJEDA PUENTES

Doctora en Salud Pública

Asesor Temático

LILIANA ALARCON LUNA

Doctora en Salud Pública

UNIVERSIDAD DEL VALLE

FACULTAD DE SALUD

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

MAESTRIA EN ADMINISTRACION DE SALUD

SANTIAGO DE CALI

2018

NOTA DE ACEPTACIÓN

Jurado 1

Jurado 2

Jurado 3

Santiago de Cali (Colombia), Noviembre _____ de 2018

DEDICATORIA

A mis Padres, CARLOS ALBERTO POLO MACIAS y AURA MARIA SITU LOPEZ, a quienes debo todo lo que soy.

A mis hermanos, LAURA ROSA, VICTOR MANUEL y RITA POLO SITU, de quienes siempre recibo apoyo incondicional.

A mis sobrinas, AURA MARGARITA y MAIRA ALEJANDRA ZUÑIGA POLO, motor de impulso de muchos de mis logros.

A las comunidades indígenas. Personalmente creo que la única salvaguarda que nos permitirá mantener la Sierra Nevada y sus ecosistemas intactos, es que nuestros hermanos mayores sigan cuidando este territorio como lo han hecho desde hace muchos siglos hasta hoy.

AGRADECIMIENTOS

Mi mayor gratitud al Gerente Indígena de IPS Gonawindua sede Santa Marta, Alfonso Torres Villafañe, al Medico Salubrista Camilo Arbeláez, Asesor de la IPS Indígena, a la comunidad Arhuaca de la Sierra Nevada de Santa Marta que me apoyaron, participaron y aportaron a este trabajo.

Agradecimientos al Secretario de Salud Distrital de Santa Marta, Dr. Julio Salas B; a la Coordinadora del PAI Enfermera Ercilia Moreno, por facilitar la información para este trabajo. A todo su personal en especial a la Enfermera Epidemióloga Rossana Vargas y Alexander Reyes Conrado, Técnico Apoyo PAI.

A mi tutora Dra. Doris Tejeda Puentes, y mi Asesora Temática Dra. Liliana Alarcón Luna, Gracias por orientarme en este largo y difícil proceso. A la Dra. Sirley Muegues Villero, Epidemióloga, gracias por los aportes a este trabajo.

A todos mis Profesores de la Escuela de Salud Pública de la Universidad del Valle, Al director de Posgrados en Salud Publica, Dr. Fernando Arteaga Suarez, A la Dra. María Fernanda Tobar Blandón, Coordinadora de la Maestría en Administración de Salud Pública y todo su personal de apoyo.

Quiero expresar mi admiración y respeto a la Población Indígena de la Sierra Nevada de Santa Marta por haber construido su Sistema propio de Salud Etnocultural, reafirmando su autonomía, autodeterminación, como Pueblos Indígenas.

CONTENIDO

	Pág.
LISTA DE GRÁFICOS.....	8
LISTA DE FIGURAS	9
LISTA DE MAPAS.....	10
LISTA DE TABLAS	11
LISTA DE CUADROS	12
RESUMEN	13
1. INTRODUCCIÓN	15
2. JUSTIFICACIÓN	17
3. DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA EN ESTUDIO	20
3.1. Descripción del objeto de estudio	20
3.1.1. Mortalidad infantil y en la niñez por enfermedades infecciosas en el Distrito de Santa Marta	26
3.1.2. Mortalidad Neonatal.....	26
3.1.3. Salud Indígena en Colombia	29
3.1.4. Tasa mortalidad en menores de un año en la Población Indígena Colombia.....	30
3.1.5. Mortalidad en menores de cinco años. Población Indígena de Colombia.....	31
3.1.6. Morbilidad en Población Indígena de Colombia.....	31
3.2. Formulación del Problema	33
3.2.1. Preguntas orientadoras.....	33
3.3. Objetivos del Estudio.....	34
3.3.1. Objetivo General	34
3.3.2. Objetivos Específicos.....	34
4. MARCO DE REFERENCIA.....	35
4.1. Marco Teórico.....	35
4.1.1. El enfoque diferencial en la Política de Atención Integral en Salud	35
4.2. Enfoque diferencial	37
4.3. Determinantes sociales de la salud	39
4.4. Programa Ampliado de Inmunizaciones	41
4.5. Marco Legal del Programa Ampliado de Inmunizaciones	44

4.5.1. Marco Legal Salud Indígena.....	47
4.5.2. SIVIGILA (Sistema nacional de vigilancia).....	49
5. METODOLOGÍA.....	51
5.1 Tipo de Estudio	51
5.2. Área de Estudio	51
5.2.1. Contexto indígena en la Sierra Nevada de Santa Marta.....	53
5.3. Población	55
5.4. Procedimientos para Recolección de Información.....	59
5.5. Procesamiento y Análisis de Información	60
5.6. Aspectos y consideraciones éticas	66
6. RESULTADOS.....	67
6.1. Coberturas de Vacunación para los Biológicos Trazadores en el Distrito de Santa Marta	67
6.1.1. Coberturas históricas de BCG en Santa Marta 2000-2017.	69
6.1.2. Coberturas Históricas de Polio en Santa Marta 2000-2017	70
6.1.3. Coberturas Históricas de DPT Santa Marta 2000-2017.....	71
6.1.4. Coberturas Históricas Hepatitis B Santa Marta 2000-2017.	72
6.1.5. Coberturas Históricas de Triple Viral Santa Marta 2000-2017.	73
6.1.6. Coberturas Históricas Fiebre Amarilla Santa Marta 2009-2017	74
6.1.7. Coberturas Históricas de Rotavirus Santa Marta 2009-2017.	75
6.2. Coberturas de vacunación en población indígena de Santa Marta.....	76
6.2.1. Comisiones de Salud para las jornadas de vacunación en territorios indígenas.....	86
6.3. Comportamiento de eventos por enfermedades inmunoprevenibles	96
6.3.1. Meningitis.....	98
6.3.2. Fiebre Amarilla	100
6.3.3. Parálisis flácida	102
6.3.4. Parotiditis.....	104
6.3.5. Rubeola	106
6.3.6. Sarampión.....	108
6.3.7. Tétanos Accidental	110
6.3.8. Tosferina	112
6.3.9. Varicela.....	114

6.4. Inmunoprevenibles Notificados Población Indígena.	116
6.5. Brechas	118
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	122
7.1. Recomendaciones para la población Indígena.....	125
8. BIBLIOGRAFÍA	128

LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1. Coberturas de Inmunización Colombia 2010-2016	21
Gráfico 2. Mortalidad infantil, 2005 -2014.....	24
Gráfico 3. Tasa de mortalidad infantil por enfermedades transmisibles. Colombia, 2005 -2014.....	25
Gráfico 4. Tasa de mortalidad neonatal, Distrito de Santa Marta, 2005- 2014 ..	27
Gráfico 5. Tasa de mortalidad infantil, Distrito de Santa Marta, 2005- 2014	28
Gráfico 6. Tasa de mortalidad en la niñez, Distrito de Santa Marta, 2005- 2014	29
Gráfico 7. Pirámide Poblacional Santa Marta.	56
Gráfico 8. Coberturas Históricas en el Distrito de Santa Marta 2000-2017	67
Gráfico 9. Coberturas por Biológicos Santa Marta 2017.	68
Gráfico 10. Coberturas Históricas BCG Santa Marta 2000-2017	69
Gráfico 11. Coberturas Históricas Polio Santa Marta 2000-2017	70
Gráfico 12. Coberturas Históricas DPT Santa Marta 2000-2017	71
Gráfico 13. Coberturas Históricas Hepatitis B Santa Marta 2000-2017	72
Gráfico 14. Coberturas Históricas de Triple Viral Santa Marta 2000-2017	73
Gráfico 15. Coberturas Históricas Fiebre Amarilla Santa Marta 2009-2017.	74
Gráfico 16. Coberturas Históricas Rotavirus Santa Marta 2009-2017.....	75
Gráfico 17. Coberturas Vacunación en territorios Indígena del Distrito de Santa Marta 2017.....	76
Gráfico 18. Notificación Inmunoprevenibles Santa Marta 2017	96

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Fotografía, Sierra Nevada de Santa Marta.	55
Figura 2. Reunión de trabajo con Gerente IPS Wonawindua-Santa Marta	63
Figura 3. Reunión de trabajo con autoridades indígenas, en la cabecera el Medico Indígena y Epidemiólogo Wuilman Ruiz.....	64
Figura 4. Asentamiento Indígena de la Sierra Nevada de Santa Marta.	65
Figura 5. Indígenas de la Sierra Nevada de Santa Marta.....	80
Figura 6. Mama Indígena de la Sierra Nevada de Santa Marta.....	81
Figura 7. Indígenas Arhuacos de la Sierra Nevada de Santa Marta	82
Figura 8. Indígenas Arhuacos.....	84
Figura 9. Desplazamiento Comisión de Salud, hacia comunidad Indígena de la Sierra Nevada de Santa Marta.....	87
Figura 10. Caja térmica con los biológicos transportada en la mula	87
Figura 11. Descanso en el difícil camino de la comisión vacunadora	88
Figura 12. El Mama está haciendo el “confieso” a la comisión vacunadora que llega.....	89
Figura 13. El Mama hace “confieso” a la comisión de Salud, antes de partir, para que lleguen a Santa Marta sin peligro	90
Figura 14. Agente Intercultural Indígena con termo de biológicos	91
Figura 15. Momento de vacunación niña indígena.	92
Figura 16. Toda la familia acude a vacunarse, Papa, Mama, hermanos	92
Figura 17. Otra familia completa que acude a la vacunación	93
Figura 18. Vacunación de niña Indígena.....	93
Figura 19. Vacunación Niña Indígena	94
Figura 20. Vacunación Indígena	94
Figura 21. Agente Intercultural con termo de vacunas	95

LISTA DE MAPAS

Pág.

Mapa 1. Localización Geográfica de Santa Marta	53
Mapa 2. Eventos de Enfermedades Inmunoprevenibles. Santa Marta 2017.	97
Mapa 3. Inmunoprevenibles en Población Indígena 2017.	117

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Operacionalización variable dependiente e independiente	58
Tabla 2. Indicadores de cobertura.....	61
Tabla 3. Casos de Meningitis Notificados SIVIGILA Distrito Santa Marta 2017.....	99
Tabla 4. Casos de Fiebre Amarilla Notificados Sivigila Distrito Santa Marta 2017.....	101
Tabla 5. Casos de Parálisis flácida aguda notificados Sivigila 2017.....	103
Tabla 6. Casos de Parotiditis Notificados Sivigila Distrito Santa Marta 2017.....	105
Tabla 7. Casos de Rubeola Notificados SIVIGILA. Distrito Santa Marta 2017.....	107
Tabla 8. Casos de Sarampión Notificados Sivigila Distrito Santa Marta 2017.....	109
Tabla 9. Casos de Tétanos Accidental Notificados Sivigila Distrito Santa Marta 2017.....	111
Tabla 10. Casos de Tosferina Notificados SIVIGILA. Distrito Santa Marta 2017.....	113
Tabla 11. Casos de Varicela Notificados SIVIGILA Distrito Santa Marta. 2017.....	115
Tabla 12. Casos de Varicela Notificados en Población Indígena SIVIGILA. 2017.....	116

LISTA DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1. Responsabilidades de los actores del SGSSS en el PAI.....	43

RESUMEN

Introducción A nivel internacional se esperan coberturas útiles de vacunación (95%) para el año 2030 y Colombia espera cumplir esta meta con el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

Problema Las coberturas administrativas de vacunación para Colombia están en 91 % y no se tiene una información específica de las coberturas en las comunidades Indígenas. Esta situación es crítica en un momento con numerosas migraciones de otros países con bajas coberturas y cuando se han presentado brotes por enfermedades inmunoprevenibles como el sarampión que han generado alertas Epidemiológicas.

Por lo anterior el estudio tuvo como objetivo identificar brechas en el estado vacunal de la población objeto del PAI (de 0 a 5 años) en el Distrito de Santa Marta y en sus territorios indígenas para el año 2017 y describir la morbilidad y mortalidad evitable por enfermedades inmunoprevenibles reportadas al sistema de vigilancia del Distrito de Santa Marta en el mismo año.

Metodología Se realizó un estudio descriptivo utilizando las bases de datos del Programa ampliado de inmunizaciones del Distrito de Santa Marta y del sistema SIVIGILA realizando tablas, gráficas y mapas que facilitaron el análisis con directivos del programa y de la IPS indígena.

Resultados Los resultados muestran que existen importantes brechas en las coberturas con biológicos trazadores en la cabecera municipal, pero estas son aún más críticas en la población indígena. Las coberturas administrativas de

vacunación en el Distrito de Santa Marta solo alcanzaron el 95% en dos biológicos: BCG y Hepatitis B mientras que la población Indígena no logra coberturas útiles en ningún biológico.

1. INTRODUCCIÓN

La Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas (DUDH) afirma que la atención médica es un derecho de todas las personas: DUDH Artículo 25: "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado para la salud y el bienestar de sí mismo y de su familia, incluida la alimentación, el vestido, la vivienda y la atención médica y los servicios sociales necesarios, y el derecho a la seguridad en el evento de desempleo, enfermedad, discapacidad, viudez, vejez u otra falta de sustento en circunstancias fuera de su control" (1). El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo.

A nivel mundial, La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud han definido el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), "como el resultado del esfuerzo conjunto de varios organismos gubernamentales y no gubernamentales, tendiente a lograr una cobertura universal de vacunación, con el fin de disminuir la morbilidad y la mortalidad causadas por enfermedades prevenibles con vacunas" (2). El PAI obedece a una prioridad política en salud pública en favor de toda la población, enmarcado en un conjunto secuencial y ordenado de políticas articuladas en los diferentes planes de beneficio, cuyo objetivo es eliminar las enfermedades prevenibles por vacuna (3).

A nivel nacional, el Plan Decenal de Salud Pública_PDSP, 2012 – 2021, estableció como uno de sus objetivos el "disminuir el riesgo de enfermar y morir por enfermedades prevenibles con vacunas"(4). Se busca 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, así como mantener la erradicación de la poliomielitis, consolidar la eliminación del sarampión, la rubéola, el síndrome de rubéola congénita, controlar el Tétanos neonatal, la fiebre amarilla, difteria, tuberculosis meníngea, hepatitis A y B, la enfermedad grave por neumococo o *Haemophilus influenzae* tipo B, la enfermedad diarreica por rotavirus, la tosferina, parotiditis, influenza, varicela y el cáncer de cuello uterino producido por el virus del papiloma humano”(2).

Por lo anterior, este trabajo pretende determinar las brechas en las coberturas de Vacunación en el Distrito de Santa Marta, identificando las diferencias específicas en la población Indígena (Arhuacos, Koguis, Wiwas).

Para ello el documento presenta las coberturas de vacunación en el Distrito de Santa Marta, mostrando las brechas frente al 95 % esperado, adicionalmente se desagregan por cada biológico mostrando las coberturas históricas desde el año 2000 hasta el 2017, lo cual permite realizar un análisis comparativo del año 2017 frente a resultados históricos.

Finalmente se realiza un análisis de las coberturas de vacunación en la población indígena y se describen los eventos por enfermedades inmunoprevenibles reportados al SIVIGILA en el mismo Distrito durante el 2017 y se realizan recomendaciones para mejorar la gestión del programa de vacunación en el Distrito de Santa Marta.

2. JUSTIFICACIÓN

La importancia de esta investigación radica en que contribuye a evaluar una de las acciones de salud pública con mayor costo efectividad probada a nivel sanitario, como intervención tanto individual como colectiva en la prevención de la mortalidad y morbilidad infantil. En la actualidad se pueden prevenir once enfermedades infecciosas y se estima que se salvan tres millones de vidas anualmente (5).

Esta investigación contribuye al mejoramiento de la capacidad gerencial para las organizaciones de salud que participan en la implementación del programa de vacunación y hace un novedoso aporte para que dicho fortalecimiento incluya el enfoque diferencial para poblaciones indígenas, determinando condiciones de vulnerabilidad social, cultural (creencias y valores), económicos, ambientales, entre otros (6). En este sentido, los modelos de gestión que se implementen en las organizaciones del sistema de salud (ente territorial, EAPB e IPS) del distrito de Santa Marta encontrarán en este trabajo la opción de transformar las estrategias diseñadas en un grupo de medidas específicas con el fin de conseguir los objetivos definidos en el plan decenal y ahorrar costos y tiempos.

Las brechas identificadas en coberturas de vacunación a nivel general, las especificidades en la población indígena y las recomendaciones planteadas para cerrarlas, contribuyen al logro de la nueva agenda de la CUMBRE DEL DESARROLLO SOSTENIBLE realizada en 2015 (7), en la cual se espera antes del 2030:

1. “Poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al

menos a 12 por cada 1.000 nacidos vivos y la mortalidad de los niños menores de 5 años al menos a 25 por cada 1.000 nacidos vivos” antes del 2030.

2. Poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles.
3. Apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos contra las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan primordialmente a los países en desarrollo y facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales asequibles de conformidad con la Declaración relativa al Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio respecto a la flexibilidad para proteger la salud pública y, en particular, proporcionar acceso a los medicamentos para todos (7).

En este orden de ideas, las recomendaciones realizadas para el cierre de brechas en las coberturas de vacunación en el distrito de Santa Marta, hacen un aporte a la gestión en salud para el cumplimiento del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, en el cual se definió como objetivo específico disminuir el riesgo de enfermar o morir por enfermedades prevenibles por vacuna, estableciendo como metas para este componente las siguientes:

1. A 2021, alcanzar el 95% o más de cobertura en todos los biológicos que hacen parte del esquema nacional, en las poblaciones objeto del programa.

2. A 2021, mantener en todo el territorio nacional la erradicación de la Poliomielitis, y consolidar la eliminación del Sarampión, la Rubeola, el Síndrome de Rubeola Congénita y el Tétanos Neonatal, y controlar la incidencia de casos de Fiebre Amarilla, Difteria, Tuberculosis Meníngea, Hepatitis A y B, Neumococo, Haemophilus influenza tipo B, diarreas por Rotavirus, Tos Ferina, Parotiditis e Influenza.
3. A 2021, sistematizar y automatizar los procesos y procedimientos del Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI en todo el territorio nacional.

En la dimensión Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles:

1. Reducir las exposiciones y vulnerabilidad diferenciales de la población a las enfermedades transmisibles, a través de planes y proyectos, en el sector y otros sectores.
2. Garantizar el derecho a vivir libre de enfermedades transmisibles, con enfoque diferencial y equidad, cambiando positivamente las situaciones y condiciones endémicas, epidémicas, emergentes, reemergentes y desatendidas.

3. DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA EN ESTUDIO

3.1. Descripción del objeto de estudio

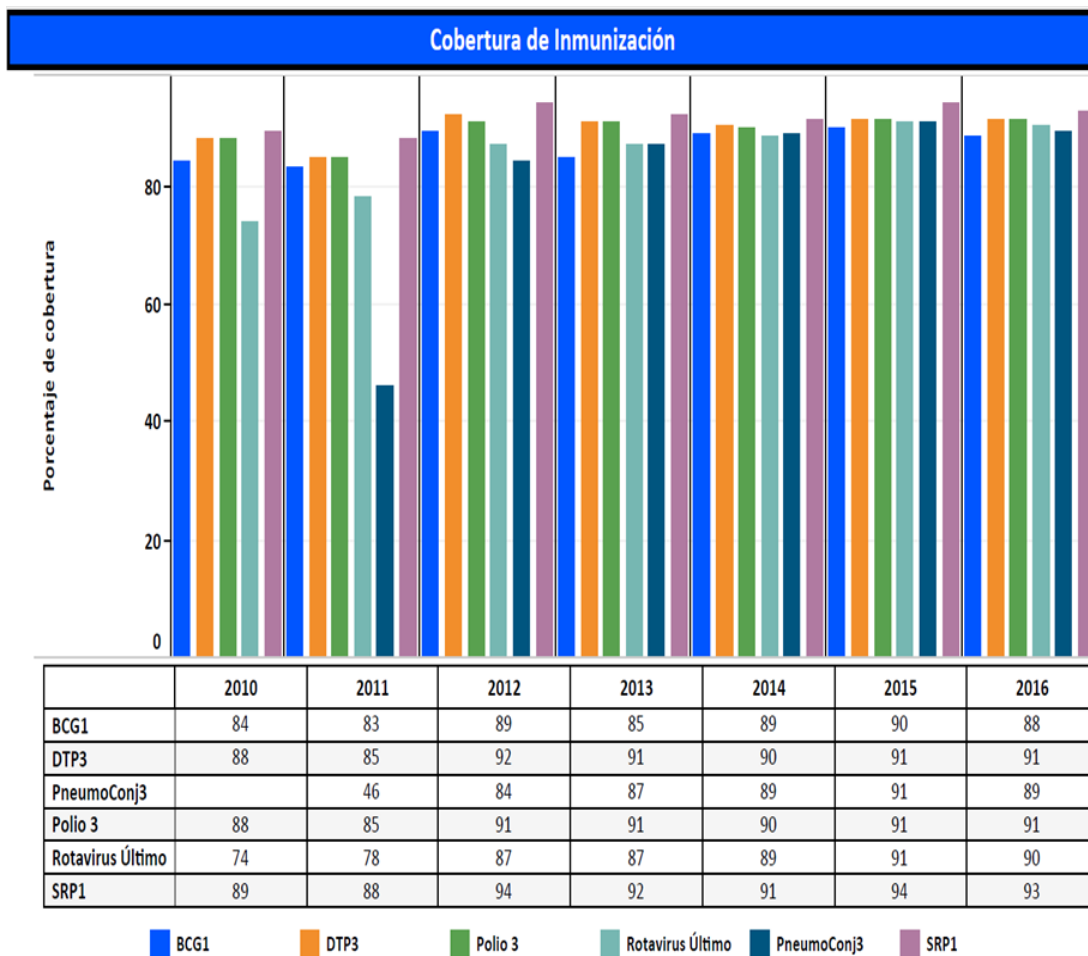
Se cree que una vacunación por encima del 95%, permite alcanzar el umbral de inmunidad comunitario en una población (8), logrando así, impactar la morbimortalidad por causas de enfermedades inmunoprevenibles a partir de la inmunidad colectiva, entendida esta como “la resistencia que la comunidad tiene ante la invasión y diseminación de un agente infeccioso, con base en la protección contra la infección de una gran proporción de individuos del grupo”(9). Es decir, se trata de minimizar la capacidad del agente a mantenerse en circulación, reduciendo la probabilidad de encontrar susceptibles.

En Colombia, todos los municipios han adoptado el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), el cual es “el resultado de una acción conjunta de las naciones del mundo, que requiere de alto nivel técnico y respaldo político para lograr coberturas universales de vacunación, con el fin de disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad causadas por enfermedades inmunoprevenibles (8).

El esquema de vacunación de Colombia es uno de los más completos y modernos de América Latina, cuenta con 16 vacunas para el control de 19 enfermedades: tuberculosis, hepatitis B, poliomielitis, difteria, tos ferina, tétanos, meningitis, neumonía, otitis y otras infecciones bacterianas causadas por neumococo; enfermedad diarreica aguda, influenza, hepatitis A, fiebre amarilla, sarampión, rubéola, parotiditis y cáncer de cuello uterino causado por el virus del papiloma humano (10). Durante los últimos tres años se incluyeron las vacunas contra el neumococo, la hepatitis A, la tosferina y el papiloma humano (10).

Sin embargo, en Colombia, la meta no es cumplida para ninguna vacuna, tiene un promedio de cobertura de 91%, cuando la meta trazada por el Estado fue: “Alcanzar en todos los municipios del país el 95% y más de cobertura, con todos los biológicos que hacen parte del esquema nacional de vacunación, en las poblaciones objeto del programa” (10).

Gráfico 1. Coberturas de Inmunización Colombia 2010-2016



Fuente: Organización Panamericana de la Salud – organización mundial de la salud. Informe de País del PAI. Colombia, 2017.

La OPS en su informe Perfil de País, grafica 1, nos muestra que Colombia del 2010 al 2016 no alcanzó las coberturas del 95%.

Esta situación se ve afectada por el contexto internacional cuando en la región de las Américas se empiezan a notificar casos de enfermedades inmunoprevenibles como resultados de migraciones colectivas (11).

Así, en 2017 cuatro países notificaron casos de sarampión: Argentina (3 casos), Canadá (45 casos), los Estados Unidos de América (120 casos) y la República Bolivariana de Venezuela (727 casos) (11).

De igual manera, en los primeros meses de 2018 nueve países notificaron casos confirmados de Sarampión: Antigua y Barbuda (1 caso), Brasil (14 casos), Canadá (4 casos), Colombia (1 caso), Estados Unidos de América (13 casos), Guatemala (1 caso), México (4 casos), Perú (2 casos) y Venezuela (727 casos), según la actualización epidemiológica de la OPS (11).

Desde la última Actualización Epidemiológica emitida por la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/ OMS) el 16 de marzo de 2018, un nuevo país de la Región de las Américas confirmó casos de sarampión: Ecuador (1 caso). De esa manera, se elevó a 11 el número de países que notificaron casos confirmados de sarampión en 2018 (11).

En Colombia, hasta abril de 2018, se confirmaron 5 casos de sarampión en menores procedentes de Venezuela, los cuales fueron notificados en los municipios de Arjona (departamento de Bolívar), Cúcuta (departamento de Norte

de Santander), Medellín (departamento de Antioquia), Santa Rosa de Cabal (departamento de Risaralda) y en el distrito de Cartagena (11).

La investigación realizada por el sociólogo Iván de la Vega, Director del Laboratorio Internacional de Migraciones, y profesor de la Universidad Simón Bolívar de Venezuela, dice que son 900.000 los venezolanos, los que han llegado a Colombia, efecto de la llamada 'revolución bolivariana' y la crisis social en ese país.

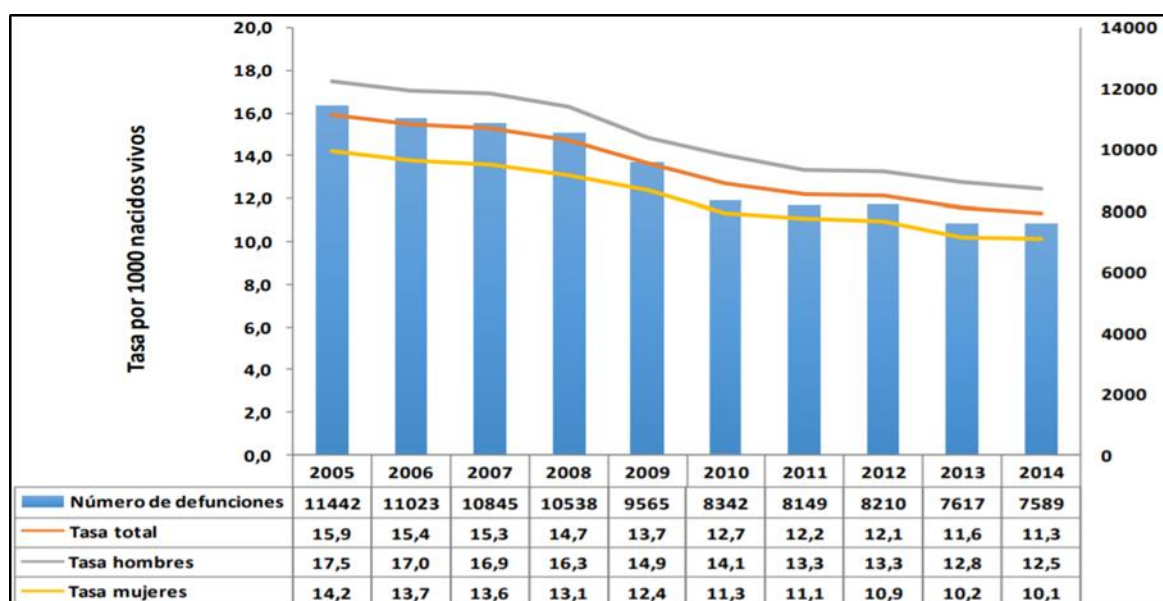
Esta migración de venezolanos, no solo se encuentra en las capitales de los departamentos colombianos, sino en las zonas fronterizas. En el Caribe, por ejemplo, hay municipios con más venezolanos que colombianos (12).

De acuerdo con Migración Colombia (12), a Santa Marta como está ocurriendo con la mayoría de las ciudades fronterizas del país, han llegado alrededor de 16 mil ciudadanos oriundos de Venezuela, de manera ilegal. Este censo fue realizado de manera conjunta entre Migración Colombia, Alcaldía de Santa Marta, Policía, Defensoría del Pueblo, Personería, y otros entes, con el objetivo de realizar un Registro Administrativo de Migrantes venezolanos en Colombia, expedida por la Unidad Nacional para la Gestión de Riesgo”.

Esta gran migración venezolana a Santa Marta, además de su condición de ciudad turística, y ciudad puerto, la colocan en situación propicia para la propagación de las enfermedades transmisibles y específicamente enfermedades inmunoprevenibles, si no se logran coberturas de vacunación que garanticen inmunidad colectiva.

Hoy, las bajas coberturas se ven reflejadas en eventos de morbilidad por enfermedades inmunoprevenibles y algunos de ellos afectan la mortalidad evitable reportada al sistema de vigilancia SIVIGILA, afectando la mortalidad infantil y la mortalidad en la infancia, la cual ha venido disminuyendo en Colombia (ver gráfico 2) y podría disminuir aún más si no se registran eventos por enfermedades inmunoprevenibles, pues sólo la Tosferina produjo 173 muertes infantiles, en el periodo 2005 a 2014, con un promedio anual de 17 muertes (Gráfico 2) (13).

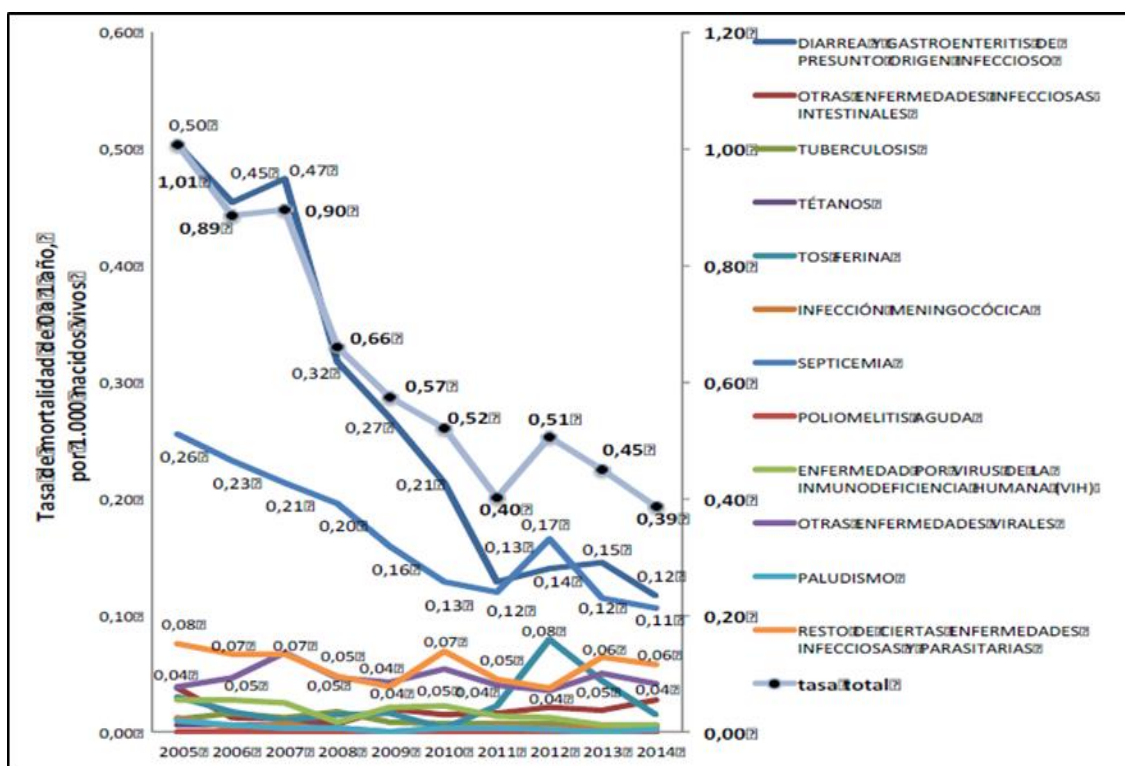
Gráfico 2. Mortalidad infantil, 2005 -2014



Fuente: El Análisis de la situación de Salud de Colombia 2010 (ASIS) a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de estadísticas vitales, defunciones, del Ministerio de Salud y Protección Social.

Como se observa en el gráfico 3, la mortalidad Infantil por enfermedades transmisibles como la Tosferina, Tuberculosis, Poliomieltis, Infección Gonocócica, Tétanos, también aportan a la mortalidad infantil.

**Gráfico 3. Tasa de mortalidad infantil por enfermedades transmisibles.
Colombia, 2005 -2014**



Fuente: El Análisis de la situación de Salud de Colombia 2010 (ASIS) partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de EEVV, defunciones, del MSPS.

De hecho, la mortalidad infantil por tuberculosis, registró una tasa en el año 2014, de 0,006 muertes por cada 1000 nacidos vivos (13).

En cuanto a la Mortalidad infantil por Infección meningocócica, hubo un promedio anual de 3 muertes infantiles y en el 2014 se observa una tasa 0,004 muertes por cada 1000 nacidos vivos (13).

Sobre la mortalidad infantil causada por el tétanos, se generaron en un promedio anual 2 muertes infantiles con una tasa en 2014 de 0,001 muertes por cada 1000 nacidos vivos (13).

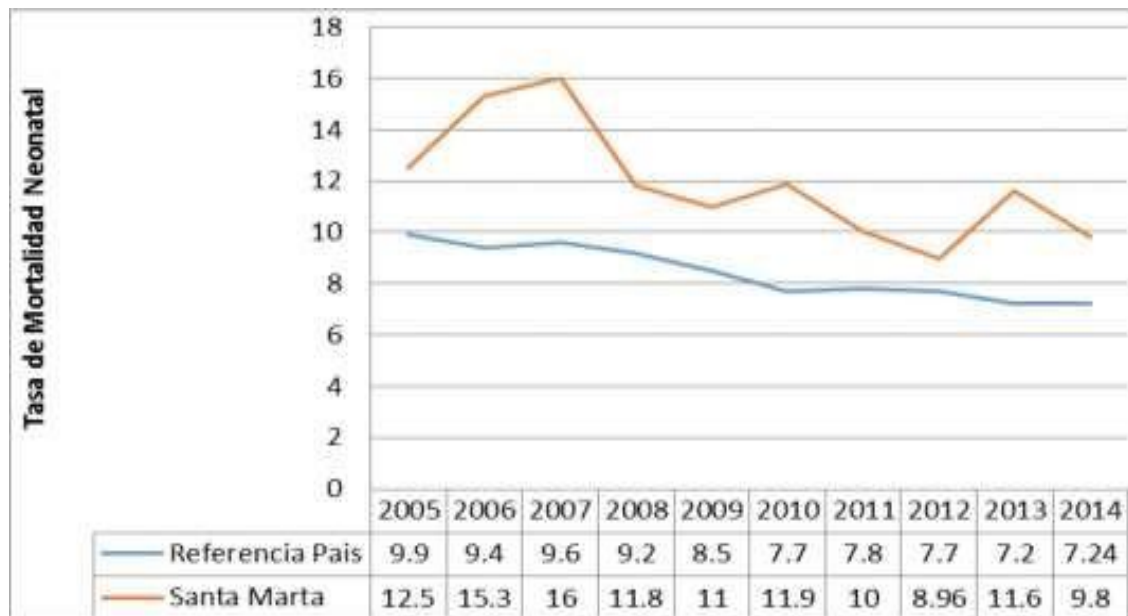
3.1.1. Mortalidad infantil y en la niñez por enfermedades infecciosas en el Distrito de Santa Marta

La diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso fueron las que más defunciones generaron en el Distrito de Santa Marta, en el periodo 2005 al 2014, por causas de las enfermedades infecciosas y parasitarias, en el grupo Infancia y niñez. En este período se presentaron 41 casos (15).

3.1.2. Mortalidad Neonatal

La mortalidad neonatal tuvo una tasa 11.6 por 1000 nacidos vivos en el año 2014 en el Distrito de Santa Marta, en el año 2005 la tasa de muerte neonatal fue de 12.5 por 1000 nacidos vivos, en el año 2006 fue de 15.3 por 1000 nacidos vivos, y para el año 2007 esta tasa fue de 16 por 1000 nacidos vivos (Gráfico 4) (15).

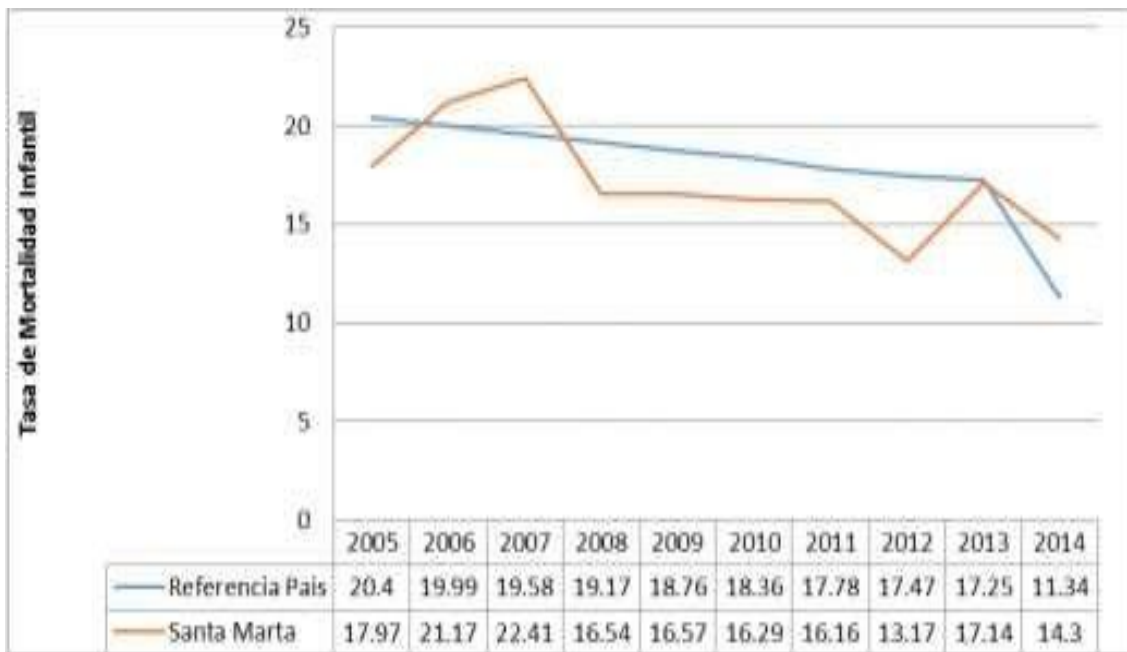
Gráfico 4. Tasa de mortalidad neonatal, Distrito de Santa Marta, 2005- 2014



Fuente: DANE – SISPRO – MINSALUD

En cuanto a la mortalidad infantil en el Distrito de Santa Marta, La tasa de mortalidad infantil en el Distrito de Santa Marta del año 2014 fue de 14.3 por 1000 nacidos vivos (Gráfico 5) (15).

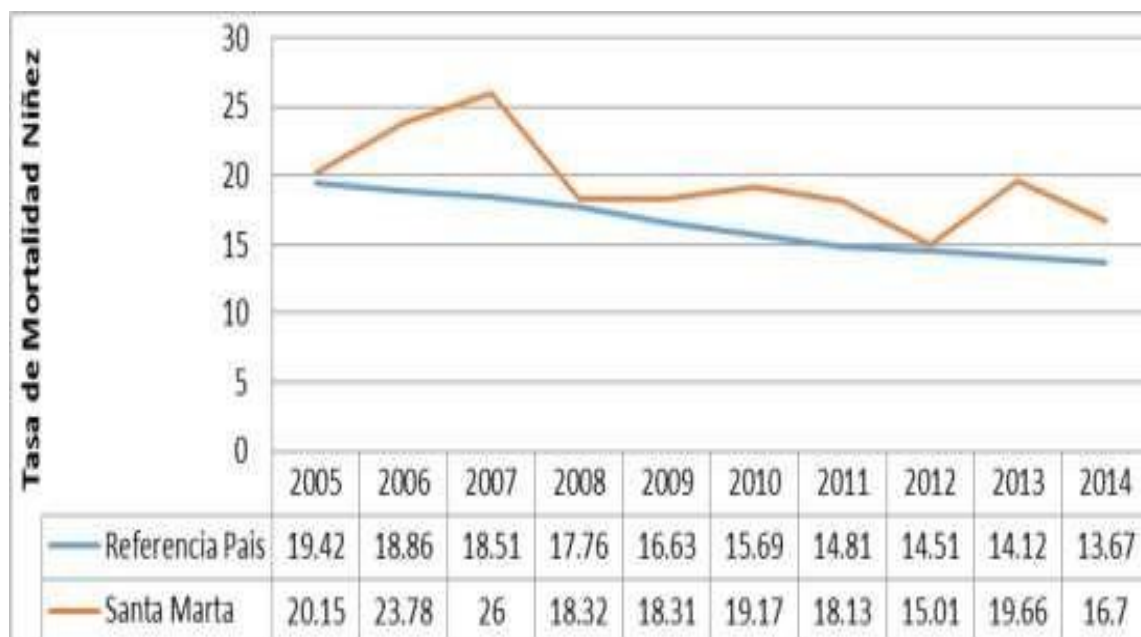
Gráfico 5. Tasa de mortalidad infantil, Distrito de Santa Marta, 2005- 2014



Fuente: DANE – SISPRO – MINSALUD

Con relación a la mortalidad en la niñez en el Distrito de Santa Marta, las tasas de mortalidad en la niñez en el distrito de Santa Marta en todos los años analizados (2004-2015) se encontraron por encima del dato país. En el último año analizado, 2014, la tasa fue de 16.7 x1000 NV (15). (Ver Gráfico 6).

Gráfico 6. Tasa de mortalidad en la niñez, Distrito de Santa Marta, 2005-2014



Fuente: DANE – SISPRO – MINSALUD

3.1.3. Salud Indígena en Colombia

En la población indígena entre 2009 y 2013 se registró un total de 863 muertes neonatales, para un promedio de 173 muertes anuales y una desviación estándar de 22. El 80% de las causas se concentra en 46 diagnósticos donde la primera causa es Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido y en segundo lugar la Sepsis bacteriana del recién nacido. La tasa de mortalidad neonatal en la población indígena disminuyó en 2,5 muertes (41).

En cuanto al comportamiento del indicador se identificó que catorce (14) departamentos están por encima de la referencia para Colombia en población

indígena que fue de 11,42 para el año 2013. De tal manera que departamentos como Bolívar y Magdalena presentaron tasas de mortalidad infantil superiores a los 40 casos por cada 1.000 nacidos vivos, lo que corresponde a 2.81 veces más que la registrada en toda la población indígena (41).

3.1.4. Tasa mortalidad en menores de un año en la Población Indígena Colombia.

En población indígena, la mortalidad en menores de un año no ha tenido mayor variación: entre 2009 y 2013 se registraron 2.159 muertes y la tasa de mortalidad pasó de 31,32 a 30,44; la disminución ha sido de 0,89 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, lo que significa una disminución del 2,83%, sin embargo, esta tasa fue 1,35 veces más que la tasa de población no indígena en el año 2009 y para 2013 la misma relación había aumentado a 1,73 veces (41).

Con respecto a las causas de mortalidad en este grupo étnico, la septicemia, no especificada, el paro cardíaco, no especificado y la sepsis bacteriana del recién nacido, ocuparon los primeros tres lugares, aportando el 25,01% de todas las muertes (41).

Acerca del comportamiento del indicador por departamentos, se observa que 17 de los 30 departamentos donde se presentaron muertes infantiles están por encima de la tasa nacional indígena que para 2013 fue de 30,44, de tal manera que Bolívar y Magdalena, presentaron las tasas más altas de mortalidad infantil (41).

3.1.5. Mortalidad en menores de cinco años. Población Indígena de Colombia.

Más de la mitad de las muertes de niños menores de cinco años se debe a enfermedades prevenibles y tratables (41). Entre 2009 y 2013 la población indígena, registró un total 3.043 muertes en menores de cinco años para un promedio anual de 609 y una desviación estándar de 34 muertes. La Guajira aportó 24,76% de la mortalidad con 152 casos, seguido de Cauca, con 13,52% con 83 casos. La tasa de mortalidad descendió, pasando de 44,73 a 41,99 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, lo que significa una reducción del 6,12%. A pesar de este descenso, durante 2013 en Colombia murieron 2,11 veces más niños indígenas menores de cinco años que niños no indígenas; en 2009 la misma relación era de 1,79 veces más (41).

Sobre las causas de la mortalidad durante el periodo comprendido entre 2009 y 2013 la primera causa, que aporta el 16,79% (511 casos), fue la de los trastornos respiratorios y cardiovasculares específicos del periodo perinatal, no especificada; en segundo lugar están Otras enfermedades bacterianas, con el 12,03% (366 casos); y en tercer lugar, Otras formas de enfermedad del corazón con el 11,24% (342) (41).

3.1.6. Morbilidad en Población Indígena de Colombia

En la población indígena, en la primera infancia (0 a 5 años). Entre 2009 y 2014 las Condiciones transmisibles y nutricionales fueron la primera causa de atención en este grupo de edad, ya que generaron el 59,24% (579.190) de las atenciones, a una razón de 6,6 atenciones por persona, seguida de Enfermedades no transmisibles que

generaron el 24,28% (237.395) de las atenciones, a una razón de 3,82 atenciones por persona en seis años. En tercer lugar, están Signos y Síntomas mal definidos que corresponden al 12,12% (30.592) de las atenciones, a una razón de 3,03 atenciones por persona en seis años (41).

En cuanto a eventos de Notificación Obligatoria en población indígena de Colombia. Con respecto a los ENO's de notificación obligatoria entre el periodo comprendido entre 2009 y 2014, se presentaron un total de 96.005 casos en población indígena. De la totalidad de eventos presentados entre 2009 y 2014, el 75,79% (72.759) hace parte del grupo de Población con riesgo o infecciones; en segundo lugar, están Población en riesgo o presencia de zoonosis y Agresiones por animales que aportan el 10,18% (9.776) casos y en tercer lugar están Población en condición materno perinatal que aporta el 6,34% (6.083) casos en el periodo analizado (41).

Dentro del grupo de "Población con riesgos o infecciones" el mayor peso porcentual lo presento la Malaria en todas sus formas que aportó el 46,71% de los casos (44.845) en población indígena en el periodo comprendido entre 2009 y 2014. En segundo lugar, está la Varicela individual que tiene un peso de 10,56% (10.137) en tercer lugar el Dengue que aporta el 6,37% (6.115) y en cuarto lugar la Tuberculosis 4,30% (4.125) (41).

Sobre la letalidad por eventos de notificación obligatoria, en Población Indígena de Colombia, se observa que para 2014 las tasas más altas en la Población en riesgo o infecciones, son las tasas de tuberculosis extra-pulmonar con (16 muertes por cada 100 enfermos), que viene en aumento en 2014 con respecto al año anterior; y en la Población en condición materno perinatal la letalidad por defectos congénitos con (60

muerter por cada 100 enfermos) y el tétanos neonatal que presentó para el año 2014 (50 muerter por cada 100 enfermos) (41).

3.2. Formulación del Problema

3.2.1. Preguntas orientadoras

¿Cuáles son las brechas en el estado vacunal de la población objeto del PAI (de 0 a 5 años) en el Distrito de Santa Marta, y en sus territorios indígenas y como afectan los resultados en morbilidad por inmunoprevenibles?

¿Cuáles son las coberturas de vacunación para biológicos trazadores en el Distrito de Santa Marta y en sus territorios indígenas?

¿Cómo es el comportamiento de las enfermedades inmunoprevenibles reportadas al sistema de vigilancia SIVIGILA, en el Distrito de Santa Marta y en sus territorios indígenas?

3.3. Objetivos del Estudio

3.3.1. Objetivo General

Identificar brechas en el estado vacunal de la población objeto del PAI (de 0 a 5 años) en el Distrito de Santa Marta y en sus territorios indígenas, para el año 2017; y su reflejo en la morbilidad por inmunoprevenibles reportada al sistema de vigilancia SIVIGILA.

3.3.2. Objetivos Específicos

1. Identificar brechas en coberturas de vacunación para biológicos trazadores en el Distrito de Santa Marta.
2. Analizar brechas en coberturas de vacunación para biológicos trazadores en territorios indígenas de Santa Marta.
3. Describir el comportamiento de enfermedades inmunoprevenibles reportadas al sistema de vigilancia SIVIGILA, en el Distrito de Santa Marta y en sus territorios indígenas.

4. MARCO DE REFERENCIA

4.1. Marco Teórico

4.1.1. El enfoque diferencial en la Política de Atención Integral en Salud

En el año 2015, el Ministerio de Salud colombiano adopta la Política de Atención Integral en Salud - PAIS- orientando el Sistema a generar mejores condiciones de la salud de la población mediante “acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud”, para así garantizar el derecho a la salud, de acuerdo a la Ley Estatutaria 1751 de 2015. La integralidad la definió “como la igualdad de trato y oportunidades en el acceso (principio de equidad) y el abordaje integral de la salud y la enfermedad, consolidando las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas” (4)(6).

La política hace énfasis en los determinantes sociales descritos en el PDSP 2012- 2021 (6). Así es como el Estado visualiza que los problemas de salud son generados por las condiciones ambientales, sociales, culturales, políticas, económicos, educacionales, de hábitat y genéticos que afectan a las poblaciones.

Las estrategias de la Política de Atención Integral en Salud, son cuatro: A). La atención primaria en salud con enfoque de salud familiar y comunitaria. B). el cuidado. C). La gestión integral del riesgo en salud; y D). El enfoque diferencial de territorios y poblaciones.

A. La atención primaria en salud (APS) es la estrategia básica y es la integradora entre las necesidades de la población, la respuesta del sistema y los recursos disponibles en la sociedad como elemento esencial para la viabilidad en la progresividad del ejercicio del derecho. Una APS con enfoque de salud familiar y comunitaria que sirve de interfaz entre la necesidad de desarrollo de nuevas competencias del recurso humano y equipos interdisciplinarios empoderados en el desarrollo de sus capacidades para dar una respuesta social dirigida hacia la persona, la familia y la comunidad (4).

B. El cuidado debe ser entendido como las capacidades, decisiones y acciones que el individuo y el Estado adoptan para proteger la salud del individuo, la de su familia, la comunidad y el medio ambiente que lo rodea, es decir las responsabilidades del ciudadano consigo mismo y con la comunidad. No es posible esperar resultados en salud si el propio individuo y la comunidad no adoptan conductas y prácticas que los protejan frente a los riesgos de salud (4).

C. La gestión integral del riesgo en salud, como estrategia de articulación entre la salud pública, el aseguramiento y la prestación de servicios de salud. Su finalidad es la minimización del riesgo y el manejo de enfermedad (4).

D. El enfoque diferencial en la atención, adaptando el modelo a las particularidades de los territorios, las características de la población y las estructuras de servicios disponibles considerados como factores críticos de éxito en el desempeño del Sistema de Salud.

El enfoque diferencial es la estrategia que permite a la política de atención reconocer y organizarse frente a las diferencias de las personas y colectivos

frente a los determinantes sociales. Estos determinan condiciones de vulnerabilidad y potencialidad asociadas a factores físicos, psíquicos, sociales, psicosociales, culturales (creencias y valores), económicos, ambientales, entre otros. Es una dimensión relativa, pues cada persona tiene su propio nivel y tipo de vulnerabilidad en función de situaciones socioeconómicas, culturales, políticas, religiosas, de género y personales.

Diferenciación poblacional: La vulnerabilidad es entendida como un gradiente que incrementa la probabilidad de ser afectado diferencialmente por un riesgo de cualquier naturaleza y, en este sentido, está vinculada con la capacidad de enfrentarlo. La vulnerabilidad puede originarse en condiciones permanentes, como la ancianidad, la discapacidad o la pobreza estructural-cuando no se interviene-, la discriminación por pertenecer a algún grupo poblacional (grupos étnicos) o deberse a condiciones transitorias, como la dependencia durante la niñez, la juventud, la ancianidad, el desplazamiento forzoso o victimización por el conflicto, los grupos étnicos, población privada de la libertad o la caída drástica de ingresos por crisis económica. En otros términos, se ha expresado como la baja capacidad de los individuos, grupos, hogares y comunidades para prever, resistir, enfrentar y recuperarse del impacto de eventos de origen interno o externo, que inciden en las necesidades, capacidades, problemáticas y potencialidades de la población (4).

4.2. Enfoque diferencial

Las poblaciones diferenciales corresponden a grupos de personas vulneradas frecuentemente de sus derechos, por lo tanto, se convierten en sujetos con una alta fragilidad social, para las cuales las acciones propuestas en las políticas públicas deben ser concretas y explícitas. El Ministerio de Salud y Protección

Social, en el ejercicio de toma de decisiones para la construcción de políticas en salud, presenta la situación de salud con enfoque diferencial, de aquellas personas que se reconocen en algún grupo étnico, como víctimas de la violencia, como población en situación de discapacidad, por ciclo vital, por género y diagnosticadas con enfermedades huérfanas (17).

El objetivo fundamental radica en la evidencia de las desigualdades y brechas existentes de las poblaciones diferenciales, visibilizando la necesidad de ahondar en la disminución de inequidades a través de acciones sectoriales y transectoriales. Por lo tanto, resulta imprescindible la medición, dado que fundamentan el quehacer de la salud pública, evalúan las labores y desarrollan responsabilidades (17).

Las características de la población, sus modos de vida y sus contextos socios culturales, económicos y políticos. Esta diferenciación también incluye el fortalecimiento de potencialidades de personas y grupos específicos, como grupos étnicos, población con discapacidades, niños, niñas, mujeres gestantes, personas con discapacidad, adultos mayores, víctimas, desmovilizados, entre otros, y que aportan al cuidado de la salud, tanto de modo intramural como extramural, principalmente a nivel familiar y comunitario, en el marco de procesos de construcción intercultural.

Diferenciación territorial: La aplicación del modelo integral de atención debe adaptarse a las condiciones de la población y del territorio y su contexto, hay que tener en cuenta las necesidades específicas culturales, territoriales, geográficas, ambientales, del conflicto armado y la vulnerabilidad económica y social en que se encuentran poblaciones, tales como las víctimas del conflicto armado, grupos étnicos en ciertas regiones del país, población con discapacidad, habitantes de

la calle, población dispersa en el territorio nacional, mujeres y hombres jefes únicos de familia, población según el curso de vida (niñez, adolescencia, adultez y personas mayores), esto implica la adaptación de la oferta de servicios a esas particularidades específicas.

Existen diferencias marcadas a nivel nacional en relación a las entidades territoriales tanto en las condiciones del territorio como en las necesidades de la población lo que implica un problema operacional. Esto hace necesario ajustar el Sistema de Salud al contexto territorial. La selección del modelo territorial es esencial para la superación de las limitaciones del Sistema y la eficacia del modelo integral de atención en salud. El territorio es la unidad básica a partir de la cual se integra el Sistema de Salud y su capacidad de respuesta. Las poblaciones necesariamente están encausadas a ese territorio y comparten unos riesgos de salud sujeto de acciones de gestión de la salud pública y gestión del riesgo a cargo de la autoridad sanitaria territorial y del asegurador, respectivamente. Estas intervenciones se dan en diferentes entornos: hogar, educativo, comunitario, laboral y el institucional, incluyendo funciones públicas de protección de poblaciones, los servicios sociales y los cuidadores que ejecutan dicha protección (17).

4.3. Determinantes sociales de la salud

Los determinantes sociales de la salud son las condiciones en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, y el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que conforman las condiciones de la vida cotidiana (17). Estas fuerzas y sistemas incluyen políticas y sistemas económicos, agendas de desarrollo, normas sociales, políticas sociales y sistemas políticos.

Estas circunstancias están determinadas por la distribución de dinero, poder y recursos a nivel global, nacional y local. Los determinantes sociales de la salud son los principales responsables de las desigualdades en salud: las diferencias injustas y evitables en el estado de salud.

Como función central, la Unidad de DDH de la Organización Mundial de la Salud es responsable de coordinar el apoyo de la OMS a los países para que adopten medidas sobre los Determinantes Sociales para abordar las inequidades en materia de salud (16)(18).

La equidad en salud y los determinantes sociales son reconocidos como un componente crítico de la agenda global de desarrollo sostenible 2015 y del impulso hacia el logro progresivo de la cobertura universal de salud. Para reducir las desigualdades en salud (17).

Los Estados Miembros adoptaron la Declaración Política de Río en la Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud, celebrada en octubre de 2011 en Río de Janeiro, Brasil, en la que se les instaba a actuar en cinco áreas:

1. Adoptar una gobernanza mejorada para la salud y el desarrollo
2. Promover la participación en la formulación de políticas y la aplicación
3. Reorientar aún más el sector de la salud hacia la promoción de la salud y la reducción de las desigualdades en salud
4. Fortalecer la gobernanza y la colaboración mundiales

5. Supervisar el progreso y aumentar la responsabilidad

La Declaración Política de Río fue aprobada por los Estados Miembros de la OMS en la 65ª Asamblea Mundial de la Salud (WHA) en Ginebra, Suiza, en mayo de 2012 (17).

Nuestra salud también está determinada en parte por el acceso a oportunidades sociales y económicas; los recursos y apoyos disponibles en nuestros hogares, vecindarios y comunidades; la calidad de nuestra escolaridad; la seguridad de nuestros lugares de trabajo; la limpieza de nuestra agua, comida y aire; y la naturaleza de nuestras interacciones y relaciones sociales (19).

4.4. Programa Ampliado de Inmunizaciones

El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) es la directriz en Vacunación de muchos países, con asesoría de organismos internacionales como la OMS y la OPS desde el año 1974, el objetivo primordial es lograr coberturas universales de vacunación, con el fin de disminuir mortalidad y morbilidad por enfermedades inmunoprevenibles (2).

Se tiene como un logro mundial de la Organización Mundial de la Salud, la erradicación de la Viruela, campaña de 1967 a 1977, en el momento de inicio de la campaña la viruela enfermaba al 60% de la población mundial y uno de cada cuatro infectados moría (20).

Otro resultado importantísimo de las inmunizaciones ha sido conseguir la erradicación de la poliomielitis en el año 1991 en la región de las Américas. En 2010 el objetivo en la región de las Américas fue erradicar el sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita (20).

Antecedentes del Programa Ampliado de Inmunizaciones. En Colombia desde 1950, en el Laboratorio Jorge Lleras Parra, se producía la vacuna contra la viruela, las campañas de vacunación programadas por el Ministerio de Salud, con el acompañamiento de la Organización Mundial de la Salud y de la Oficina Sanitaria Panamericana (20). Otras campañas para enfermedades como la fiebre amarilla y la malaria, así como de la uncinariasis (21).

El PAI en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Después de la Ley 100 el PAI obtuvo otras fuentes de financiación diferentes a las del Ministerio de Salud, los biológicos e insumos se adquirían a través del Fondo Rotatorio de la OPS, y sus costos eran menores en comparación a los del mercado (2).

Organización funcional del PAI en el SGSSS. Según la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, el PAI es el resultado del esfuerzo mancomunado de muchos organismos gubernamentales y no gubernamentales, para lograr una cobertura universal de vacunación, y de esta manera disminuir la morbi-mortalidad originada por enfermedades inmunoprevenibles (2).

Responsabilidades de los actores del SGSSS en el PAI (10), el siguiente cuadro muestra las “Acciones del PAI en los planes de beneficio del SGSSS”, muestra estas responsabilidades (ver cuadro 1):

Cuadro 1. Responsabilidades de los actores del SGSSS en el PAI.

Plan de beneficios	Responsabilidad	Propósito	Componentes	Acciones en el PAI
POS	Garantizado por las EAPB	Conjunto de tecnologías (actividades, procedimientos e intervenciones) en salud, servicios hospitalarios y medicamentos a que tiene derecho, en caso de necesitarlo, todo afiliado(a) al SGSSS.	- Prevenición de la enfermedad. - Recuperación de la salud, incluye desde la medicina preventiva hasta diversos tratamientos avanzados de todas o cualquiera de las enfermedades o condiciones que hacen necesaria la atención en salud.	La vacunación está incluida en las acciones de protección específica del POS. El esquema nacional autorizado por el Estado es gratis en todo el territorio nacional.
Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC) ²	A cargo de la Nación y de las entidades territoriales. Debe estar incorporado al plan de salud territorial.	Mejoramiento del estado de salud de la población, incluye las intervenciones, procedimientos, actividades e insumos para el desarrollo de las acciones colectivas de promoción y prevención, dirigidas a toda la población de forma gratuita.	Promoción de la salud: Consiste en el proceso mediante el cual las personas, familias y comunidades ejercen un mayor control sobre los determinantes sociales para mejorar su calidad de vida. Prevenición de los riesgos en salud: Corresponde a la aplicación de medidas técnicas encaminadas a identificar los factores de riesgo y neutralizarlos para tener óptima salud. El fin es impedir la aparición de la enfermedad (prevención primaria), manejarla oportunamente (prevención secundaria) y restablecer las capacidades perdidas (prevención terciaria).	Desarrollo de capacidades y fortalecimiento de las acciones de información en salud, educación y comunicación. Conformación de redes sociales y comunitarias, canalización, apoyo logístico para el desarrollo de las jornadas nacionales de vacunación y jornadas de salud. Fortalecimiento de la red de frío del PAI. Monitoreos rápidos de coberturas y canalización. Gestión de la salud pública y, dentro de ello, gestión del PAI.

Fuente: (MINSALUD, 2018)

4.5. Marco Legal del Programa Ampliado de Inmunizaciones

Ley 9ª de 1979 “Por la cual se dictan Medidas Sanitarias para la protección del Medio Ambiente y de Ley 9ª de 1979 establecen: 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.

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 (22).

Decreto 1416 Impulsa los procesos de control social del Plan de Atención Básica a través de los espacios de participación social previstos por la ley. Atención Integral a la primera Infancia (23).

La Constitución Política del **1991**, 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 (24).

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 (25).

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.

Decreto reglamentario 1983 de 1994 de la Ley 100, en el artículo 3° define que el PAB es obligatorio y de carácter gratuito. Incluye, entre otras, las 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 (2)(10)(26).

Decreto 4288 de 1996 Por el cual se organizan y se establecen las modalidades y formas de participación social (10).

Decreto 1757 de 1994 en la prestación de servicios de salud, conforme a lo dispuesto en el numeral 1 del artículo 4° del Decreto Ley 1298 de 1994 (10).

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 (10).

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 (10).

Resolución 4445 de 1996 Trata de las condiciones de infraestructura física que deben cumplir las instituciones hospitalarias y similares (10).

Acuerdo 30 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 (10).

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 (10).

Las vacunaciones masivas proveen inmunidad de rebaño. La inmunidad de grupo, colectiva o de rebaño es la protección de una determinada población ante una infección debido a la presencia de un elevado porcentaje de individuos inmunes en la misma (11).

La vacunación sistemática frente a una determinada enfermedad infecciosa tiene por objetivo aumentar la proporción de individuos inmunes en la población para impedir la transmisión de la infección y la aparición de epidemias (11).

Cuando se produce un brote, al avanzar la epidemia y aumentar el número de individuos inmunes, disminuye la probabilidad de contacto entre un susceptible y un infectado, hasta que llega un momento en el que se bloquea la transmisión del agente infeccioso (11).

La inmunidad de grupo se basa en los postulados de Cox, “quien afirmó que existe en aquellas infecciones en las cuales existe un huésped único, la transmisión principal es persona a persona y se induce inmunidad específica sólida y duradera en las personas que la presentan “(11). En general se considera que, para que la inmunidad de grupo en una comunidad sea efectiva, el porcentaje de vacunados debe ser superior al 90%.

4.5.1. Marco Legal Salud Indígena.

La Resolución 10013 de 1981 del Ministerio de Salud Colombiano, en la cual los servicios de atención primaria que se prestarán a los indígenas deberán adaptarse a la estructura organizacional, política, administrativa, socioeconómica de sus comunidades respetando sus valores, creencias tradiciones actitudes y acervo cultural. Establece el servicio de salud en forma gratuita, servicios que deben ir orientados de acuerdo a las condiciones sociales, culturales y de respeto por la medicina tradicional. Las autoridades indígenas

seleccionan al personal que se capacita como promotor rural de salud, para prestar dicho servicio en sus comunidades (27).

El 7 de junio de 1989, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) aprobó el **Convenio 169** sobre pueblos indígenas y tribales de países independientes, Buscando revisar y actualizar el Convenio 107 de 1957, el cual se constituye en el único instrumento internacional que protege a dichos pueblos. Este convenio se fundamenta en el derecho a la igualdad de derechos entre los pueblos y el resto de la población y en el respeto por su cultura e instituciones (27).

La **Constitución Política de 1991** establece que el estado colombiano reconoce y protege la diversidad étnica y cultural, señalando que es su obligación y la de todas las personas, proteger las riquezas naturales y culturales de la nación colombiana.

El gobierno colombiano debe adoptar medidas acordes con las tradiciones y culturas de los pueblos indígenas y tribales con el fin de darles a conocer sus derechos y obligaciones. Para tal efecto debe recurrir, si fuere necesario, a traducciones escritas y a la utilización de medios de comunicación de masas en las lenguas de dichos pueblos (27).

Ley 691 de 2001 donde se ratificó que esta población sería beneficiaria del Régimen Subsidiado, salvo que alguno de sus miembros cumpliera los requisitos para afiliarse al Régimen Contributivo. Se consagró la obligación de adecuar los planes de beneficios en salud conforme a sus usos y costumbres; se establecieron los requisitos para que las autoridades de los Pueblos Indígenas participaran del mercado del aseguramiento en salud, a través de la creación de

Administradoras Indígenas de Salud (ARSI), Entidades Promotoras de Salud Indígenas (EPSI), para la afiliación de la población indígena y población en general beneficiaria del Régimen Subsidiado (27).

Con relación a los Sistemas de Financiación de la salud indígena, Los recursos son girados desde el FOSYGA a las Administraciones Municipales, y de estas a las EPSI y luego a las IPSI (28). Las fuentes de Financiación para la Salud indígena son:

1. Régimen Subsidiado.
2. Plan Nacional de Salud Pública de Intervenciones Colectivas.
3. Subsidio a la Oferta; Regalías del ICBF
4. Regalías del Sistema General de Participación (SGP)

4.5.2. SIVIGILA (Sistema nacional de vigilancia)

Es el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA, que se ha creado para realizar la provisión en forma sistemática y oportuna, de información sobre la dinámica de los eventos que afecten o puedan afectar la salud de la población colombiana, con el fin de:

1. Orientar las políticas y la planificación en salud pública
2. Tomar las decisiones para la prevención y control de enfermedades y factores de riesgo en salud
3. Optimizar el seguimiento y evaluación de las intervenciones
4. Racionalizar y optimizar los recursos disponibles y lograr la efectividad de las acciones en esta materia, propendiendo por la protección de la salud individual y colectiva (20).

5. METODOLOGÍA

5.1 Tipo de Estudio

Se realizó una investigación aplicada de tipo descriptivo transversal, basada en datos secundarios recolectados por el programa de inmunizaciones PAI en el Distrito de Santa Marta, y en sus territorios indígenas.

El uso de este diseño facilita describir la diferencia entre las coberturas generales y las de la población indígena de tal manera que proporcionen información para el planteamiento de nuevas investigaciones y para desarrollar formas más adecuadas de enfrentarse a tales diferencias.

5.2. Área de Estudio

El Distrito Turístico, Cultural e Histórico de Santa Marta es la capital del departamento de Magdalena, el tercer centro urbano de importancia de la región Caribe, después de Barranquilla y Cartagena, y la ciudad más antigua de Colombia (13).

Santa Marta tiene una extensión territorial de 2,393.35 Km², el área urbana: 55.10 Km² y la rural: 2,338.25 Km² (12). En cuanto a su división político administrativa, el Distrito de Santa Marta se encuentra dividido en 3 localidades. (13):

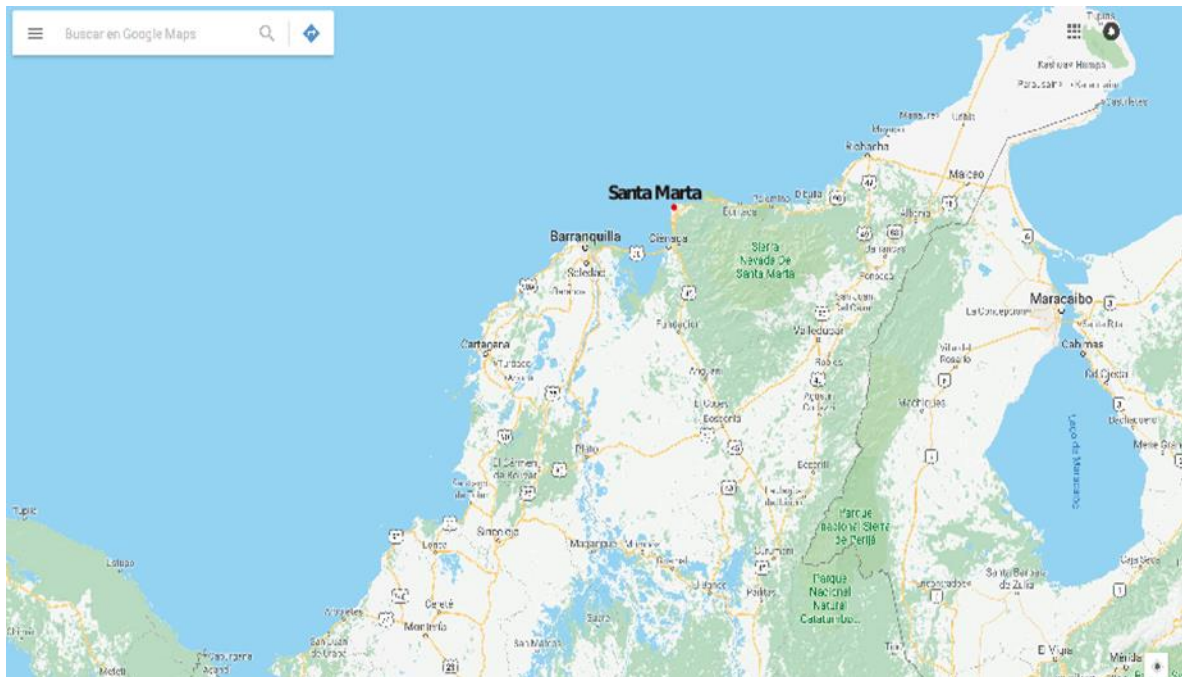
1. Localidad No. 1 Cultural Tayrona –San Pedro Alejandrino, compuesta por las comunas 1,6 y 9, los Corregimiento de Bonda y Guachaca.

2. Localidad No. 2 Histórica Rodrigo de Bastidas, compuesta por las comunas 2, 3, 4, y 5, el Corregimiento de Taganga y las zonas del Parque Tayrona.

3. Localidad No. 3 Turística – Perla del Caribe, compuesta por las comunas 7 y 8 y el Corregimiento de Minca.

El Distrito de Santa Marta está dividido en nueve comunas en la zona urbana, y en cuatro corregimientos en la zona rural. Dentro de esta división, existen resguardos indígenas localizados en la Sierra Nevada de Santa Marta conformados por los grupos étnicos Arhuacos, Kogui y Wiwas.

Mapa 1. Localización Geográfica de Santa Marta



Fuente: Santa Marta.gov.co

5.2.1. Contexto indígena en la Sierra Nevada de Santa Marta

La Sierra Nevada de Santa Marta abarca un área de 12.230 Km², que se ubican geográficamente en tres departamentos Magdalena, Guajira y Cesar (13).

La Sierra Nevada de Santa Marta es la cuna de los Tayrona, la más monumental y singular civilización indígena del país. En el año 1979 fue declarada reserva de la biosfera por la UNESCO, debido a su red de ecosistemas que albergan innumerables formas de vida y por ser el sitio donde viven y se refugian las ultimas comunidades indígenas vivas, descendientes de los Tayronas, tres de ellas conservan intactas su cultura antigua, a través de muchos

siglos de sobrevivencia. Además, es una gran fábrica de agua para toda la región pues allí nacen 16 ríos (30).

Por todo lo anterior, el modelo utilizado por la EPS indígena, no obedece a la división Político-Administrativa por departamentos y municipios, como se normó en Colombia, ya que al asignar los recursos de la salud en cabeza de los entes territoriales, se fragmentaban los resguardos y los territorios indígenas. La EPS indígena con cuatro IPS indígenas, una por cada etnia, cubre los departamentos de Magdalena, Guajira y Cesar.

Por su parte, IPS Indígena *Gonawindua Ette Ennaka*, con sede Santa Marta, tiene 10.000 afiliados en el departamento del Magdalena. En un área geográfica de 300.000 km² y hace parte de la red de servicios de la EPS Indígena *Dusakawi*, con sede en Valledupar con afiliados en los tres departamentos y agrupa 4 etnias: Los Kowis. Los Wiwas, los Arhuacos y los Kankuamos.

Figura 1. Fotografía, Sierra Nevada de Santa Marta.

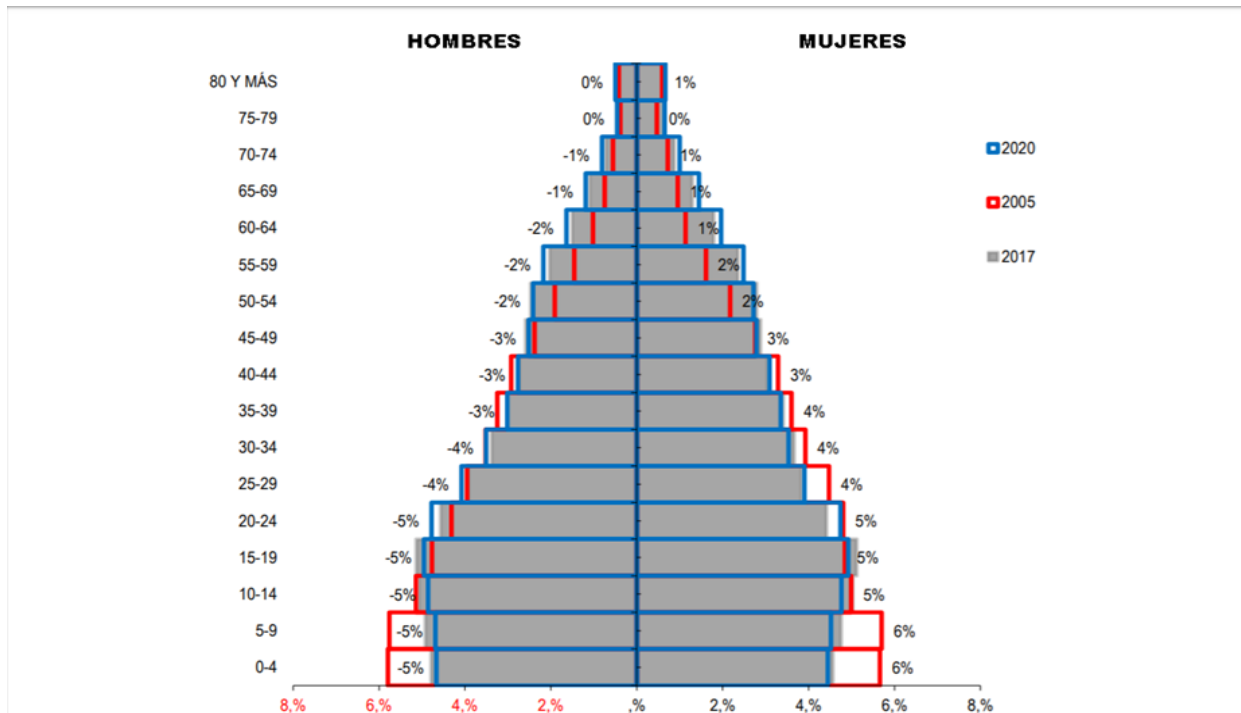


Fuente: cuenta de Facebook.

5.3. Población

El Distrito de Santa Marta para el año 2005 contaba con una población de 415.404 habitantes, las proyecciones DANE muestran que para 2016 ascendió a 491.536 Habitantes. El distrito registra una densidad poblacional de 205.3 habitantes por kilómetro cuadrado (29).

Gráfico 7. Pirámide Poblacional Santa Marta.



Fuente: DANE 2005 y proyecciones

La pirámide poblacional del Distrito de Santa Marta para el año 2016, se encuentra amplia en la base, y estrecha en la cúspide; evidenciándose una población mayoritariamente joven.

Asimismo, se observa una concentración del 49% en la población entre 0 y 26 años y un 52% entre los ciclos vitales de la primera infancia y la juventud (29).

La distribución de la población en el distrito de Santa Marta muestra una concentración de habitantes en la zona urbana (96%) y una muy baja población en la zona rural (4%), en gran parte, debido al desplazamiento de la población rural en los últimos años afectados por grupos al margen de la ley (29).

La población objeto de estudio fueron los niños y niñas menores de 5 años que vivían en el Distrito de Santa Marta. Para este estudio, se utilizó como denominador la meta programática correspondiente al año 2017, que correspondía a 8.983 menores de 1 año y 9.123 menores de 5 años en el Distrito de Santa Marta. Por otra parte, las coberturas Indígenas fueron calculadas con un total de 524 niños indígenas de 5 años de edad para el año 2017.

Criterios de Inclusión: Se incluyeron los niños y niñas con las edades cumplidas según población objeto: de 0 a 71 meses de edad (5 años) que vivían en el Distrito de Santa Marta y en sus territorios indígenas. Se incluyeron los reportes realizados al SIVIGILA de eventos por inmunoprevenibles en el año 2017.

Criterios de exclusión: se excluyeron niños y niñas con edades por fuera de los rangos establecidos por el programa ampliado de inmunizaciones. Se excluyeron las enfermedades presentadas fuera de la Ciudad de Santa Marta en municipios del Departamento del Magdalena y todas aquellas que no fueran inmunoprevenibles.

Muestreo: No se realizó muestreo pues se tomó toda la base de datos de niños vacunados en el distrito de Santa Marta durante el año 2017

Tabla 1. Operacionalización variable dependiente e independiente

	Variable	Definición operacional	Tipo naturaleza nivel de medición	Valores posibles
Dependiente	Morbilidad por inmunoprevenibles	Eventos de enfermedades prevenibles con vacunación reportados al sistema de vigilancia SIVIGILA	Cuantitativa Discreta Razón	1,2,3,4,5
Independiente	Coberturas de vacunación	Porcentaje de niños que recibieron dosis completas de cada biológico trazador	Cuantitativa Discreta Razón	1,2,3

Con relación a la variable edad para su análisis se consideró la dicotomización, tomando como punto de corte la edad de 5 años. Para aquellos biológicos que requieren de un esquema de vacunación con varias dosis, el cálculo de coberturas tradicionalmente se ha obtenido con base en las primeras y terceras dosis aplicadas con respecto a la población oficial del lugar o ciudad, basada en censos, proyecciones y estimaciones.

5.4. Procedimientos para Recolección de Información

La base de datos entregada por el programa PAI fue generada mediante el diligenciamiento de un formato en el momento de la vacunación, el cual contiene datos de las siguientes variables: Nombre completo, fecha de nacimiento, dirección del usuario, día, mes, año de la vacunación, vacunas administradas y el número de dosis correspondiente. Por otra parte, fueron entregadas las bases de datos de eventos por inmunoprevenibles reportados al SIVIGILA en el año 2017 con las variables definidas en la ficha: edad, sexo, pertenencia étnica, tipo de aseguramiento, poblaciones vulnerables, sitio de residencia.

Para la obtención de las bases de datos fue necesario realizar varias reuniones:

1. Con el Secretario de Salud Distrital de Santa Marta, quien autorizó la entrega de la información solicitada mediante oficio de la Dirección de Posgrados de la Universidad del Valle.

2. Con el gerente de la IPS indígena para conseguir la información específica de las coberturas de vacunación de la población indígena (ver figura 4)
3. Con la Enfermera Coordinadora del PAI
4. Con la Enfermera Epidemióloga del Programa SIVIGILA
5. Con el Técnico de Apoyo Información PAI

Para garantizar la confidencialidad de la base de datos entregada para la investigación, no se suministraron los nombres de los niños vacunados, pero si el resto de datos personales. Asimismo, se realizó el control de la calidad de la base de datos eliminando datos repetidos o incompletos.

5.5. Procesamiento y Análisis de Información

A partir de las bases de datos, se elaboraron tablas, gráficos con coberturas de cada biológico en menores de 0 a 5 años del distrito de Santa Marta y de sus territorios indígenas y se calcularon los indicadores de cobertura de la tabla 2.

Tabla 2. Indicadores de cobertura

Indicador	Descripción
Cobertura con BCG en menores de 1 año	Número de niños de 0 a 11 meses vacunados con BCG / Total de niños de 0 a 11 meses encuestados * 100
Cobertura con terceras dosis de pentavalente en menores de 1 año	Número de niños de 6 a 11 meses vacunados con tercera dosis de pentavalente / Total de niños de 6 a 11 meses encuestados * 100
Cobertura con terceras dosis de anti polio en menores de 1 año	Número de niños de 6 a 11 meses vacunados con tercera dosis de antipolio / Total de niños de 6 a 11 meses encuestados * 100
Cobertura con segunda dosis de neumococo en menores de 1 año	Número de niños de 4 a 11 meses vacunados con segunda dosis de neumococo / Total de niños de 4 a 11 meses encuestados * 100
Cobertura con segunda dosis de rotavirus en menores de 1 año	Número de niños de 4 a 11 meses vacunados con segunda dosis de rotavirus / Total de niños de 4 a 11 meses encuestados * 100
Cobertura de vacunación con dosis de Triple viral	Número de niños de 12 a 23 meses vacunados con dosis de triple viral / Total de niños de 12 a 23 meses encuestados * 100
Cobertura de vacunación con fiebre amarilla	Número de niños de 12 a 23 meses vacunados con fiebre amarilla / Total de niños de 12 a 23 meses encuestados * 100
Cobertura de vacunación con refuerzo de neumococo	Número de niños entre 12 y 23 meses vacunados con refuerzo de neumococo / Total de niños entre 12 y 23 meses encuestados * 100
Cobertura de vacunación con DPT primer refuerzo	Número de niños de 18 a 23 meses vacunados con DPT primer refuerzo / Total de niños de 18 a 23 meses encuestados * 100
Cobertura de vacunación con anti polio primer refuerzo	Número de niños de 18 a 23 meses vacunados con anti polio primer refuerzo / Total de niños de 18 a 23 meses encuestados * 100
Cobertura de vacunación con DPT segundo refuerzo	Número de niños de 60 a 71 meses vacunados con DPT segundo refuerzo / Total de niños de 60 a 71 meses encuestados * 100
Cobertura de vacunación con anti polio segundo refuerzo	Número de niños de 60 a 71 meses vacunados con anti polio segundo refuerzo / Total de niños de 60 a 71 meses encuestados * 100
Cobertura de vacunación con triple viral dosis de refuerzo	Número de niños de 60 a 71 meses vacunados con triple viral refuerzo / Total de niños de 60 a 71 meses encuestados * 100

Fuente: (Lineamiento para la evaluación de coberturas, oportunidad y esquema completo de vacunación PAI.

El plan de análisis se realizó mediante estadística descriptiva en términos de tiempo, persona y lugar. Los datos se organizaron en distribuciones de frecuencia y proporciones en los cuales las variables de sexo, grupo de edad, tipo de régimen, pertenencia étnica, grupo poblacional, área geográfica, se cruzaron con sus respectivas categorías para luego presentarse en tablas, gráficos y mapas.

Así, para el mapeo de los eventos reportados por enfermedades inmunoprevenibles, se utilizó el programa Google Maps, ubicando con puntos las direcciones en el mapa de la ciudad de Santa Marta, diferenciadas por un color específico por cada enfermedad.

Para validar el análisis de la información, se realizaron reuniones finales de trabajo con los directivos de la IPS indígena, con los responsables del programa de vacunación en la IPS indígena y en el Distrito (ver figura 4 y 5). La información de las conversaciones y observaciones realizadas fue consignada en un diario de campo, al igual que las fotografías tomadas, las cuales fueron usadas para nutrir los análisis de las coberturas de vacunación y las recomendaciones finales.

Figura 2. Reunión de trabajo con Gerente IPS Wonawindua-Santa Marta



Fuente: Elaboración propia.

Figura 3. Reunión de trabajo con autoridades indígenas, en la cabecera el Medico Indígena y Epidemiólogo Wuilman Ruiz



Fuente: Elaboración propia.

Los análisis realizados fueron grabados y digitados en Word para luego ser utilizados en la interpretación de la información procesada. Adicionalmente se realizaron visitas de campo para observar el proceso de vacunación en los territorios indígenas.

Figura 4. Asentamiento Indígena de la Sierra Nevada de Santa Marta.



Fuente: Backgroup maps-

5.6. Aspectos y consideraciones éticas

De acuerdo con la Resolución 008430 del Ministerio de Salud Colombiano (octubre 4 de 1993), especialmente la clasificación descrita en el artículo 11, numeral a); esta investigación se clasifica como una investigación sin riesgo. Ello, debido a que el presente estudio solo hará uso de información que se encuentra en archivos de la Secretaria de Salud de la ciudad de Santa Marta, por lo tanto, no existe ningún riesgo, para humanos y animales.

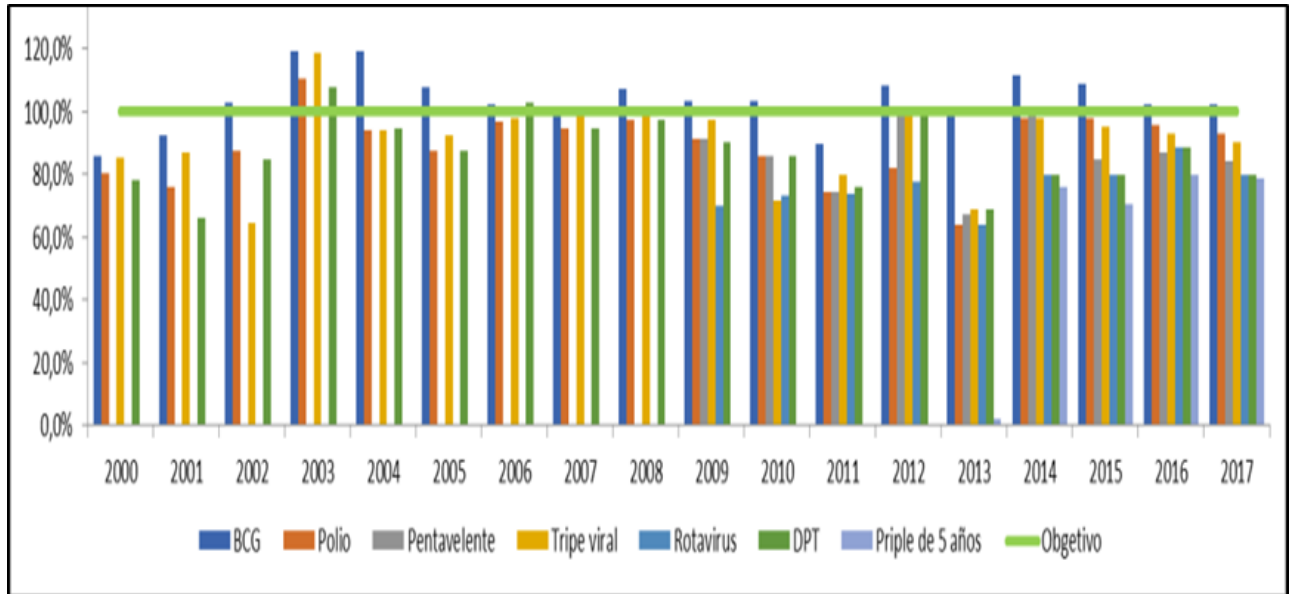
Por lo anterior, la investigación sin riesgo es aquella donde se emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, tales como; revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta

Este estudio respetó la confidencialidad en el manejo de las bases de datos entregadas por la Secretaria de Salud Distrital de Santa Marta, en las cuales se encontraban datos personales los cuales fueron ocultados o eliminados.

6. RESULTADOS

6.1. Coberturas de Vacunación para los Biológicos Trazadores en el Distrito de Santa Marta

Gráfico 8. Coberturas Históricas en el Distrito de Santa Marta 2000-2017

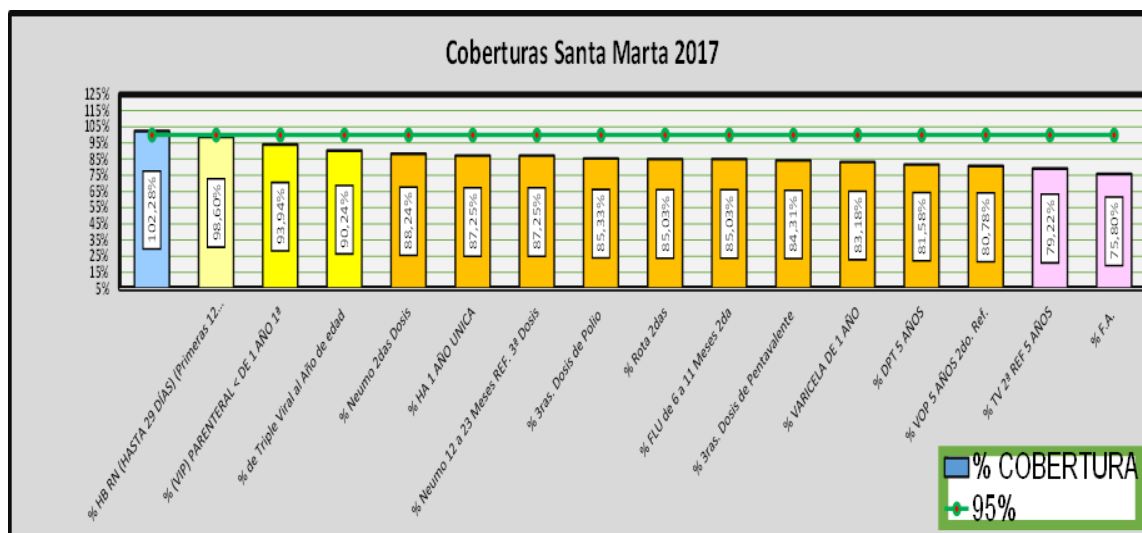


Fuente:Elaboracion propia con base en información del Consolidado de coberturas por Departamento y Municipios PAI 2017.

La grafica 8, muestra el comportamiento histórico de las coberturas de vacunación para los biológicos trazadores del Distrito de Santa Marta desde el año 2000 a 2017. La meta esperada a nivel nacional e internacional del 95% se representa con una línea horizontal verde que permite visualizar la brecha histórica existente en las coberturas de vacunación de cada biológico y que continúa en el año 2017.

Es importante resaltar que sólo en el año 2003, se alcanzaron coberturas por encima del 95% en todos los biológicos.

Gráfico 9. Coberturas por Biológicos Santa Marta 2017.



Fuente:Elaboracion propia con base en información del Consolidado de Coberturas por Departamento y Municipios PAI 2017

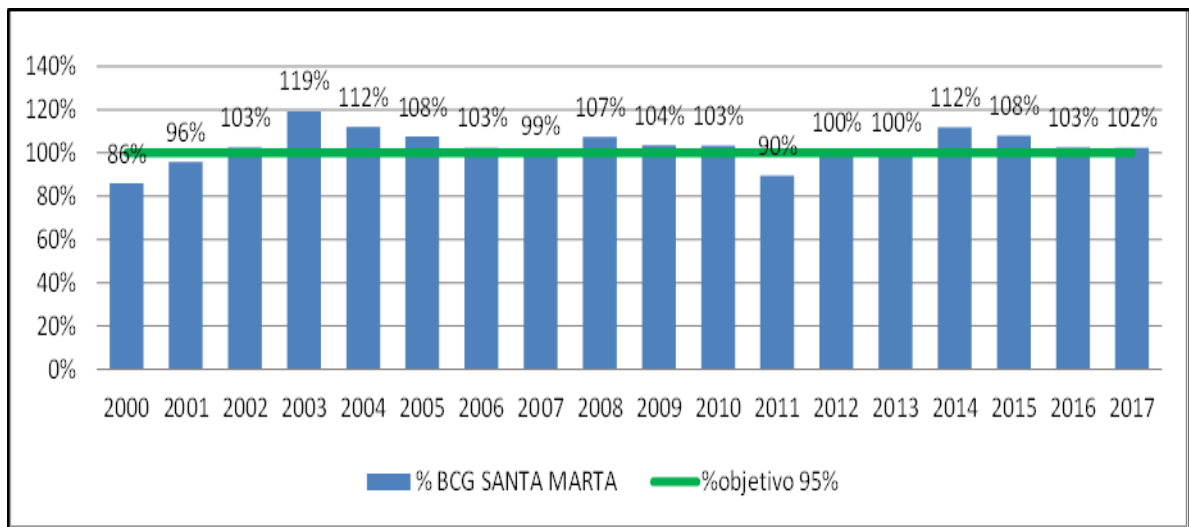
La grafica 9 muestra las coberturas de vacunación por cada biológico ocurrida en Santa Marta durante el año 2017. Las coberturas registradas durante el año 2017 en BCG (102,3%), y en Hepatitis B (98,6%), en el Distrito de Santa Marta, estuvieron por encima del 95%, garantizando así una adecuada inmunidad, respecto a estas dos enfermedades inmunoprevenibles.

Las coberturas correspondientes al resto de biológicos se encuentran por debajo de 95%; lo cual no garantiza una adecuada protección inmunológica.

6.1.1. Coberturas históricas de BCG en Santa Marta 2000-2017.

En la gráfica 10, la cual muestra las coberturas históricas de BCG en el Distrito de Santa Marta, se puede observar que entre 2000 y 2017 el valor promedio de la cobertura de vacunación por BCG fue de 99,11 %. El período crítico fue el año 2000 con una cobertura de 85,86 % y el mejor evaluado fue el año 2003, con una cobertura de 119,2%. Durante este período los únicos períodos en los que no se lograron coberturas útiles de vacunación por BCG fueron los años 2000, 2001 y 2011. En el año 2017 se logra una cobertura óptima de 102,2 %, un valor por encima del promedio y superior al valor deseado que es del 95 %.

Gráfico 10. Coberturas Históricas BCG Santa Marta 2000-2017

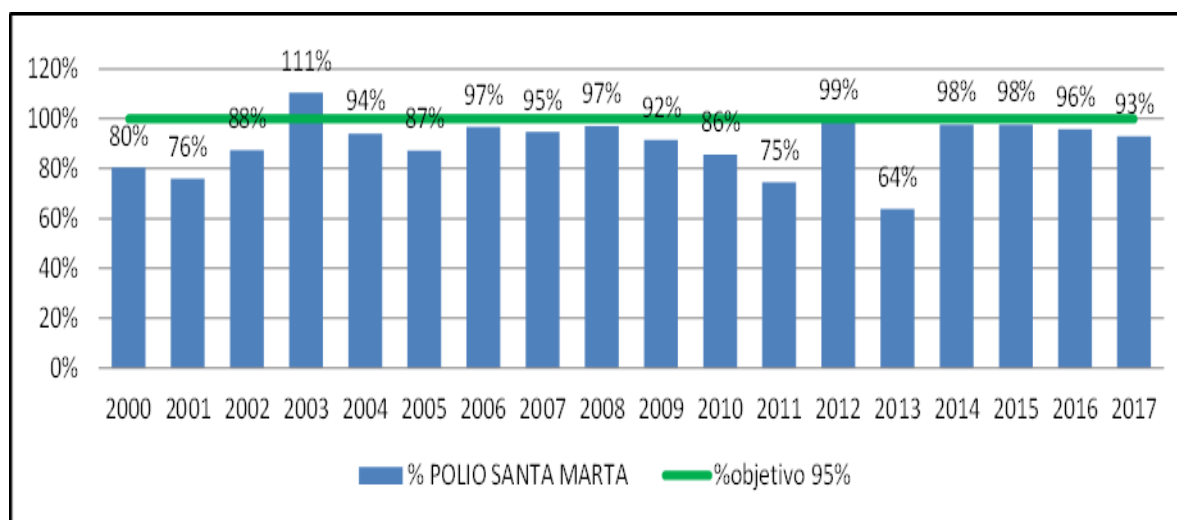


Fuente:Elaboracion propia con base en información de Consolidado de Coberturas por Departamento y Municipios PAI 2017

6.1.2. Coberturas Históricas de Polio en Santa Marta 2000-2017

Si bien ya se ha dicho que las coberturas de polio en el año 2017 no logran la meta esperada, en la gráfica 11, se puede observar que el comportamiento histórico de dichas coberturas muestra amplias brechas en 8 de los 18 años que se visualizan en la gráfica. De hecho, el valor promedio de 89,4% con un rango que oscila entre 64% (año 2013) y 111% (año 2003), así lo demuestra. Y aunque el distrito logró coberturas útiles para polio los tres años anteriores al período de estudio, con garantía de inmunidad para el Polio, este logro se perdió nuevamente en el año 2017.

Gráfico 11. Coberturas Históricas Polio Santa Marta 2000-2017

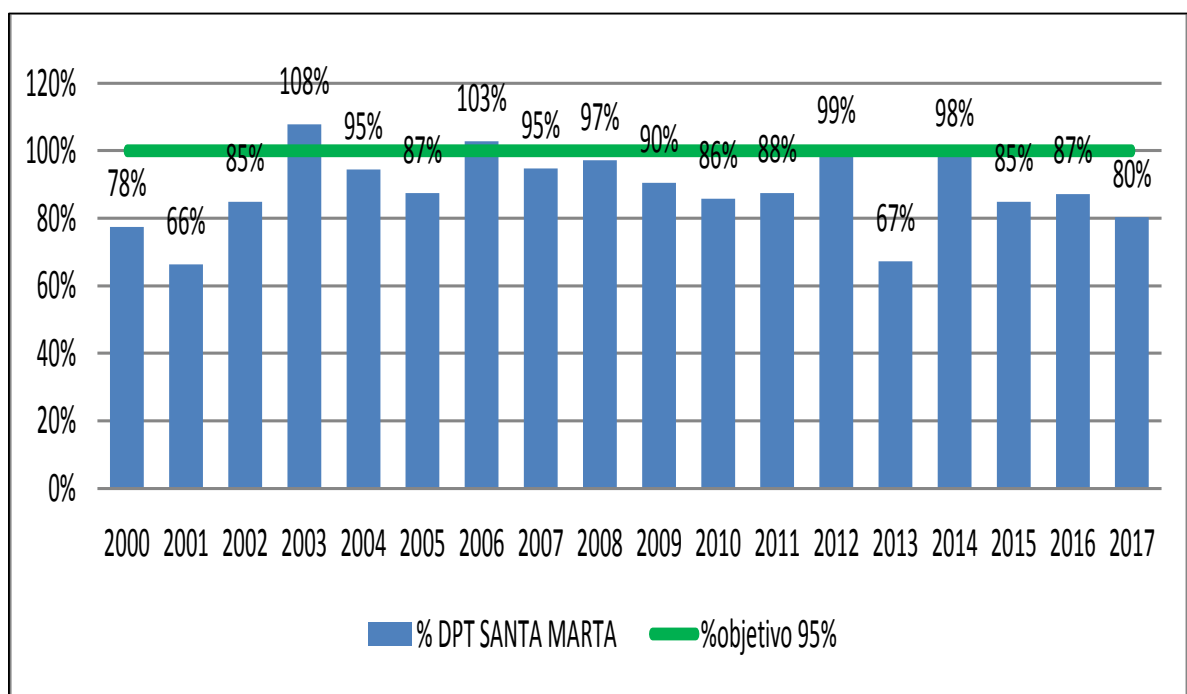


Fuente:Elaboracion propia con base en información de Consolidado de Coberturas por Departamento y Municipios PAI 2017

6.1.3. Coberturas Históricas de DPT Santa Marta 2000-2017

En la gráfica 12, se observan que en DPT también existen brechas históricas muy amplias en coberturas de vacunación en menores de 1 año y que se reflejan en el valor promedio de 88,56% con un rango que oscila entre 66% (año 2001) y 108% (año 2003).

Gráfico 12. Coberturas Históricas DPT Santa Marta 2000-2017



Fuente: Elaboración propia con base en información de Consolidado de Coberturas por Departamento y Municipios PAI 2017.

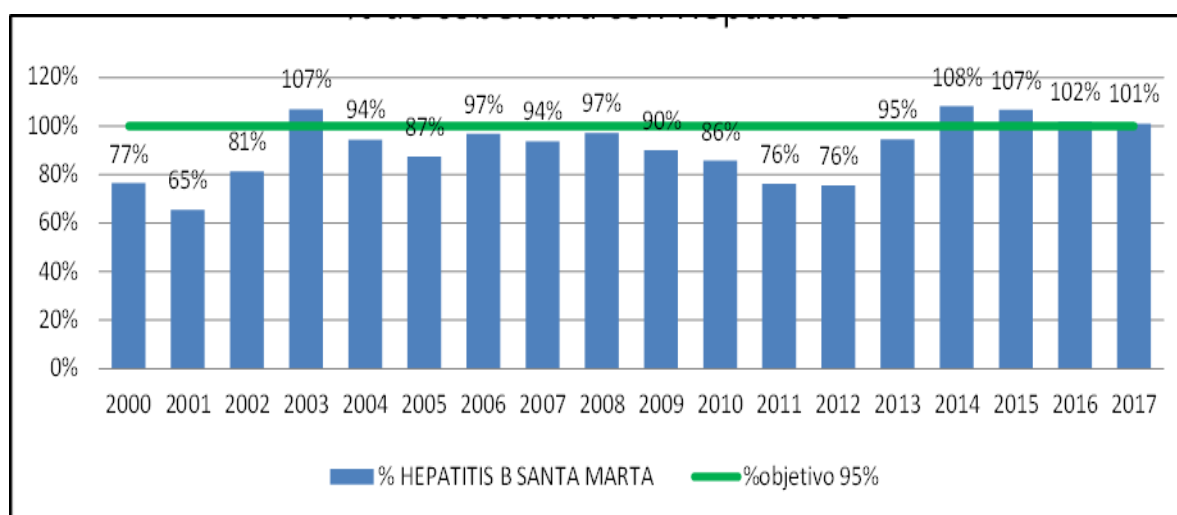
Las brechas más amplias se registraron en el año 2001, en el cual la cobertura fue de 66,4 % y aunque se lograron coberturas útiles en años posteriores (2003-2006-2007-2008-2012 y 2014) los tres últimos años han sido críticos con coberturas de 85%, 87% y 80% respectivamente, muy por debajo del promedio

histórico y de la meta nacional esperada en el Plan Decenal de Salud Pública 2012- 2021.

6.1.4. Coberturas Históricas Hepatitis B Santa Marta 2000-2017.

El distrito de Santa Marta logró coberturas útiles para hepatitis B en el año 2017. Este logro ha sido sostenido durante el último quinquenio (2013-2017) como se observa en el grafico 13. Antes de este período se presentaron brechas importantes que bajan el valor promedio a 84,2% con un rango que oscila entre 65% (año 2001) a 107 % (año 2003).

Gráfico 13. Coberturas Históricas Hepatitis B Santa Marta 2000-2017

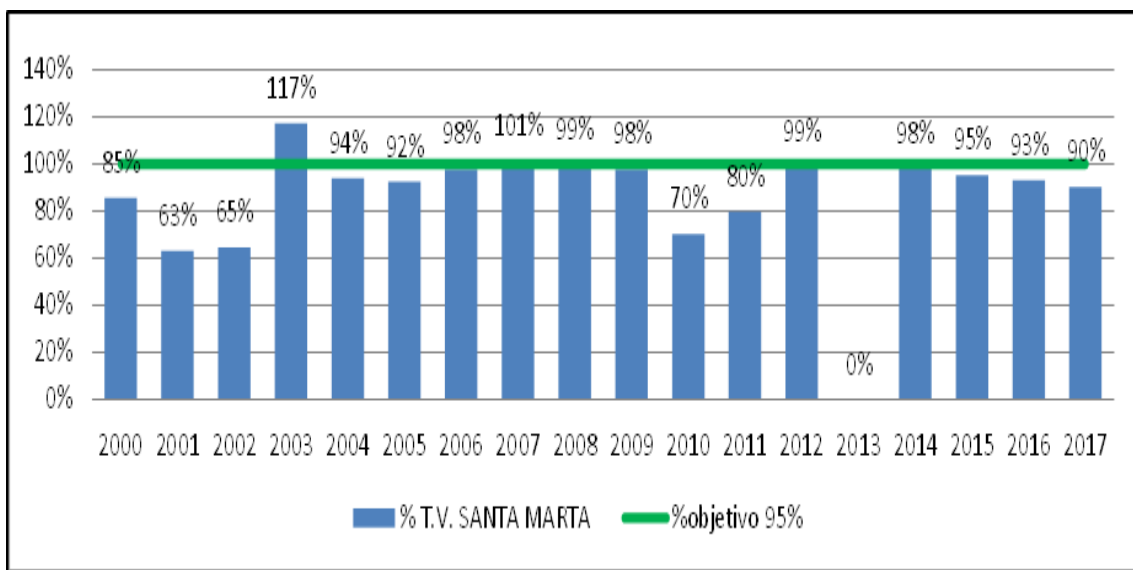


Fuente: Elaboración propia con base en información de Consolidado de Cobertura por Departamento y Municipios PAI 2017

6.1.5. Coberturas Históricas de Triple Viral Santa Marta 2000-2017.

La grafica 14, muestra las coberturas de vacunación para Triple Viral T.V, en la población de 1 año entre 2000 y 2017 e indica que no se cumplió la meta en el año 2017. El valor promedio de 86,9% refleja la existencia de brechas históricas en las coberturas con este biológico, con valores inferiores al 80 % durante varios años (2001-2002 y 2010-2011). Adicionalmente, es preocupante que en el último quinquenio se observa una tendencia descendiente, lo cual sugiere un *continuum* en la brecha hacia el futuro de no tomarse medidas correctivas.

Gráfico 14. Coberturas Históricas de Triple Viral Santa Marta 2000-2017



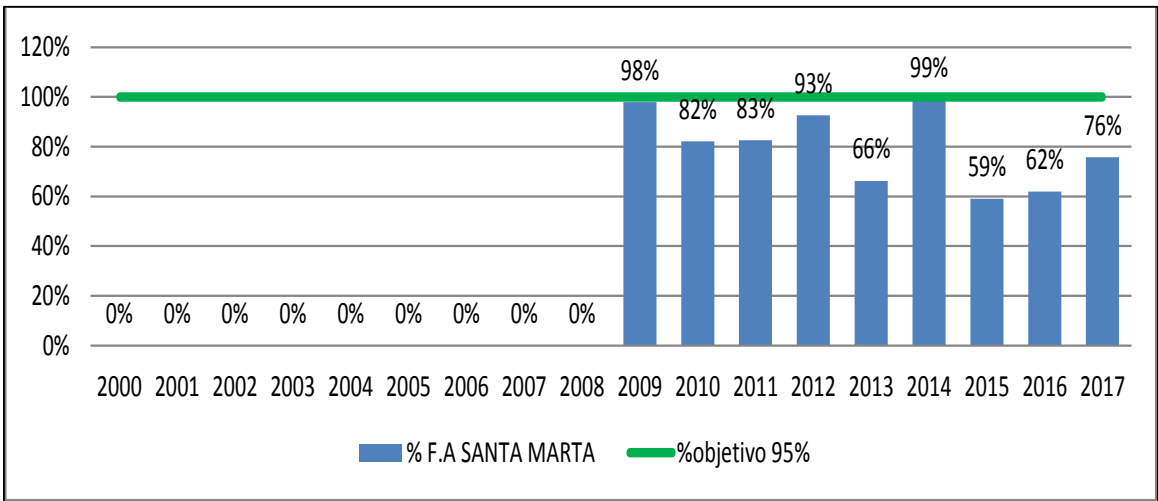
Fuente: Elaboración propia con base en información de Consolidado de Coberturas por Departamento y Municipios PAI 2017

6.1.6. Coberturas Históricas Fiebre Amarilla Santa Marta 2009-2017

Como puede observarse en la gráfica 15, la información de fiebre amarilla sólo está disponible desde el año 2009, momento en que se incluyó este biológico para población de 1 año en el Programa ampliado de inmunizaciones para todas las zonas de Colombia, dado que antes era sólo para zonas endémicas.

El valor del promedio para el período de 79, 7 frente al 95 % establecido como meta para alcanzar inmunidad, representa la brecha histórica y se convierte en un reto muy importante en una zona de alto riesgo para esta enfermedad viral aguda, de carácter hemorrágica y transmitida por mosquitos infectados, que causa una importante mortalidad y letalidad pero puede ser prevenible por vacuna.

Gráfico 15. Coberturas Históricas Fiebre Amarilla Santa Marta 2009-2017.



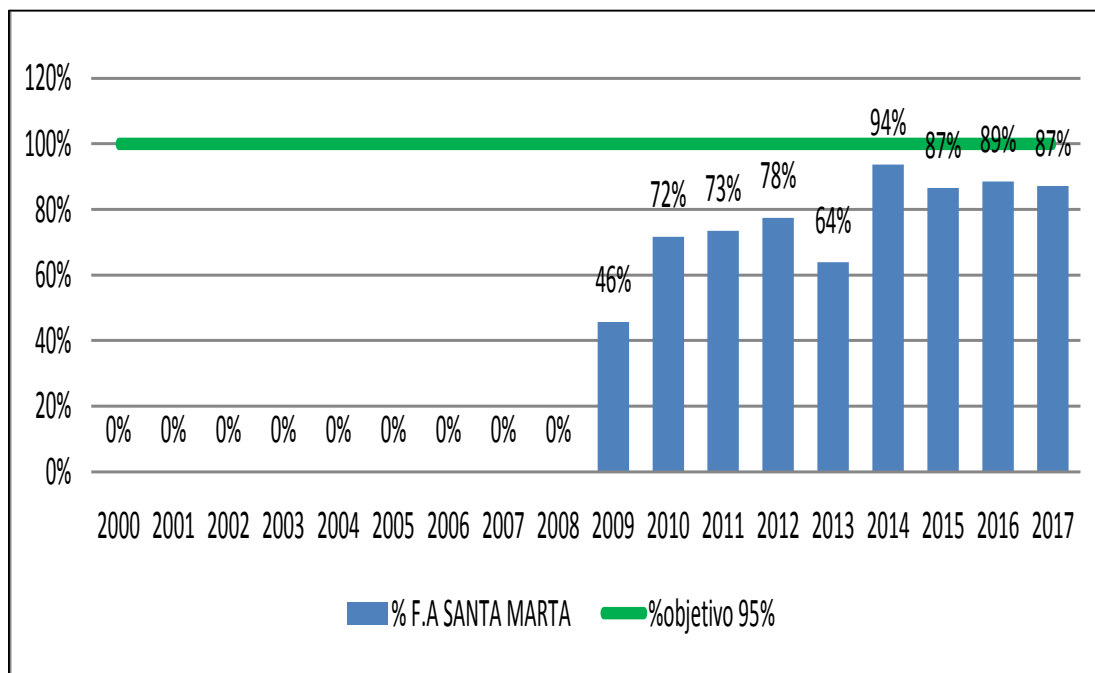
Fuente: Elaboración propia con base en información de Consolidado de Coberturas por Departamento y Municipios PAI 2017.

6.1.7. Coberturas Históricas de Rotavirus Santa Marta 2009-2017.

Esta vacuna se introdujo al programa ampliado de inmunizaciones en el año 2009, con el fin de disminuir la mortalidad por enfermedad diarreica por rotavirus.

A pesar de su importancia, aún no se logran coberturas útiles en el Distrito de Santa Marta. El promedio de las coberturas de vacunación para Rotavirus en población de 1 año fue de 76,4% entre 2009 y 2017 (Ver grafica 16), con un rango que oscila entre 45,7% en el 2009 y 94% en el año 2014. Adicionalmente, en el último cuatrienio se observa un descenso importante, pues lo alcanzado en el año 2014 (94% de cobertura) no logra sostenerse y para el año 2017 cayó a 87%.

Gráfico 16. Coberturas Históricas Rotavirus Santa Marta 2009-2017.

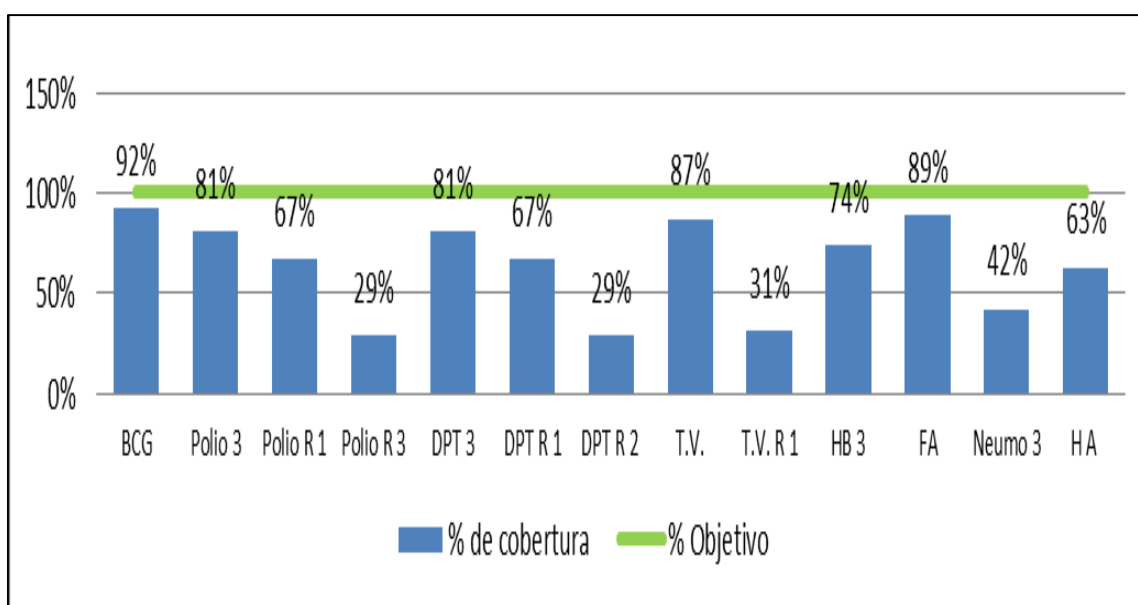


Fuente: Elaboración propia con base en información de Consolidado de Coberturas por Departamento y Municipios PAI 2017

6.2. Coberturas de vacunación en población indígena de Santa Marta

Según los datos suministrados por la IPS indígena, en el año 2017 no se lograron coberturas útiles de vacunación en ninguno de los biológicos trazadores analizados, como se observa en el gráfico 17.

Gráfico 17. Coberturas Vacunación en territorios Indígena del Distrito de Santa Marta 2017



Fuente: Elaboración propia a partir de información IPS Indígena Gonawindua 2017.

*La población sobre la cual se calcularon estas coberturas Indígenas fue niños de 5 años de edad, que para el año 2017 eran 524 niños indígenas. La información que se anexa en este documento sobre coberturas Indígenas, en la Gráfica No.17 es información procesada por la IPS Indígena Gonawindua, y es de su uso exclusivo, no es información de uso libre.

La mayor cobertura alcanzada en la Población Indígena fue en BCG. Este es un evento de gran relevancia, dado que en el Perfil Epidemiológico del Pueblo Indígena de la Sierra Nevada de Santa Marta (16), se encuentra que la tuberculosis ha sido su principal problema. Es de anotar que también se incluyen en ese perfil otras patologías comunes en la población Indígena de la Sierra Nevada de Santa Marta como la Malaria por *Plasmodium vivax*, Picaduras por ofídicos, enfermedad de Chagas, endémica en la región con seroprevalencia para T. Cruzi, Leishmaniasis Cutánea (16).

Las coberturas más críticas están en tercera dosis de polio y en segundo refuerzo con DPT con 29% de cobertura en cada una para menores de cinco años, mientras que en las primeras dosis de estos biológicos se registran coberturas del 81 %. Esto significa que en estas dos inmunizaciones el 52% de los menores con vacunación inicial, han completado el esquema para estos dos biológicos trazadores y un 19% de los indígenas en primera infancia no han tenido acceso a la inmunización.

Para la vacunación con Triple Viral ocurre algo similar: se inicia el proceso con un 81% de cobertura, pero el porcentaje de deserción es de 56%, completando el esquema sólo el 31 % de los infantes indígenas.

En los otros biológicos con una única dosis, tampoco se lograron coberturas útiles. Por ejemplo en Fiebre Amarilla que es una dosis cada 10 años, se dejaron de vacunar el 11 % de los susceptibles; en Hepatitis B la brecha es del 26 % y en hepatitis A, el déficit fue del 37% en la cobertura.

Estos indicadores muestran que las brechas en el estado vacunal de los infantes indígenas son altas y dejan en un estado de alta vulnerabilidad a esta población, la cual podría estar expuesta a brotes por enfermedades inmunoprevenibles poniendo en riesgo la etnia en sí misma.

En el análisis realizado se identificaron varias situaciones que explican los hallazgos numéricos:

En primer lugar, los esquemas de vacunación que se aplican en la población indígena son propios, obedecen a su interculturalidad, a sus principios, y a las múltiples dificultades propias de su territorio, por lo tanto, no admiten comparación, ni evaluación, con otras poblaciones, u otros territorios, donde sus habitantes, su cultura, su territorio, sus dificultades, son disimiles en grado sumo.

Según la Organización Gonawindua Tayrona los esquemas de vacunación: “...se adecuan en el esquema los tiempos entre dosis, en las vacunas multidosis para adaptarlas a las condiciones de vida colectiva de las comunidades...”(28).

La interculturalidad, aplicada al campo de la salud de los pueblos indígenas no ha sido una tarea fácil, sobre todo para aquellos que tienen el rol de diseñar, y evaluar los Programas Institucionales de Salud, quienes a menudo desconocen todos los entornos que rodean los pueblos indígenas, y este desconocimiento es el que no permite que desde la diversidad se puedan abordar las desigualdades en salud de las etnias. Es por esto que la IPS indígena tiene un Modelo de Salud Etnodiferencial, donde se conjugan los saberes ancestrales de la medicina tradicional indígena, con algunas prácticas de la medicina occidental, las cuales son adaptadas a su cultura. Así las cosas, en la articulación que se hace de las

dos medicinas, algunos métodos de la medicina occidental son adaptados como el esquema de vacunación y otros son rechazados por poner en peligro ya sea principios o valores de su cultura.

Es importante anotar que si bien el Programa PAI de la cultura Occidental, es uno de los programas aceptados por la Medicina Tradicional Indígena, se le han realizado los ajustes ya mencionados en su manera de aplicarlo. Ellos calculan las coberturas para población menor de cinco años y no únicamente para los menores de 1 año, dando un tiempo más amplio para completar los esquemas de vacunación. Estos cambios hacen parte de los pactos realizados entre el estado y los pueblos indígenas, los cuales se evidencian en el siguiente texto:

” Los funcionarios públicos del Estado se comprometieron a mantener respeto estricto a los derechos adquiridos por los pueblos indígenas, a la cultura y a las decisiones de las autoridades tradicionales indígenas. a prestar en las comunidades solo aquellos servicios occidentales de salud, que las autoridades indígenas consideren adecuados, siempre bajo su veeduría y control...En este proceso participaron Ministerio de Salud, Organización Panamericana de la Salud OPS-OMS, Comisión de Asuntos Indígenas del Ministerio del Interior, las autoridades Departamentales de la Guajira, y del Magdalena, del Distrito de Santa Marta, Secretaria Municipal de Salud, Centro de Educación en Salud del Magdalena y ONG que operan en la Sierra Nevada de Santa Marta” (28).

Figura 5. Indígenas de la Sierra Nevada de Santa Marta



Fuente: backgroup

En segundo lugar, la IPS que atiende las comunidades Indígenas en Santa Marta atiende la población de diez comunidades: en Ciénaga cinco comunidades, en Aracataca cuatro comunidades y en Fundación doce comunidades. Esto puede explicar porque a pesar de tener 102,3% de cobertura por BCG en Santa Marta, la IPS indígena reporta coberturas para este mismo biológico del 81 %.

Figura 6. Mama Indígena de la Sierra Nevada de Santa Marta



Fuente: backgroup

En tercer lugar, su forma de concebir la salud, como una práctica integral, que involucra su relación con la naturaleza, con el cuerpo, con los animales, genera tensiones entre las comunidades indígenas y algunos representantes del Estado, quienes pretenden imponer un modelo de salud distinto al de su interculturalidad, al enfoque diferencial para grupos étnicos, a las necesidades de los indígenas y a la Ley de *Origen Se*, por la cual protegen todo lo que existe y por la cual se salvaguarda la integridad cultural y territorial de dichos pueblos

Es de anotar que los acuerdos interculturales fueron plasmados claramente en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 en la Dimensión Gestión Diferencial de las poblaciones vulnerables, y la define como el “Conjunto de políticas e

intervenciones sectoriales y trans-sectoriales que buscan el reconocimiento de las diferencias sociales y, en consecuencia, la aplicación de medidas en favor de aquellos grupos sociales en los que esas diferencias significan desventaja o situación de mayor vulnerabilidad, encaminados a lograr la equidad en salud en el marco de los derechos de sujetos y colectivos”. Cabe aclarar que en el interior de las ocho dimensiones prioritarias se desarrollan acciones afirmativas que complementan estas orientaciones transversales. Los grupos étnicos son un componente de las acciones transversales por ser poblaciones que presentan mayor vulnerabilidad.

Figura 7. Indígenas Arhuacos de la Sierra Nevada de Santa Marta



Fuente: backgroup

Por todo lo anterior, en los pueblos indígenas de Santa Marta, se conjugan y adaptan los Programas de la Medicina Occidental con la Medicina Ancestral Indígena, en un proceso que se denomina “**Hacia adentro**”¹ cuando se trata de prácticas de la Medicina Ancestral Indígena, y “**Hacia fuera**” cuando las prácticas son de la Medicina Occidental (28).

Los agentes de Salud Interculturales, son auxiliares de enfermería indígenas, y promotores indígenas que han sido entrenados en las prácticas de la medicina Occidental, además certificados por los *Mamas* con el *Sewa o Marunzama*. Es la acreditación ante la comunidad para realizar su trabajo “**hacia dentro**” (28).

Así las cosas, el Programa de Prevención, Promoción y Educación en Salud es desarrollado totalmente “**Hacia dentro**”.

¹ Denominan “**Hacia adentro**” a todas las actividades desarrolladas por los Mamas y las autoridades indígenas en cada comunidad, apoyadas por los agentes de Salud y “**Hacia afuera**” todas las actividades que realizan los agentes de salud y los Profesionales de la Medicina Occidental.

Figura 8. Indígenas Arhuacos



Fuente: Wordprees.Sierra Nevada

En cuarto lugar, es necesario mencionar que los largos rituales para los recién nacidos pueden durar muchos días y muchas noches antes de la vacunación y contribuyen a explicar las bajas coberturas en vacunas del recién nacido Indígena.

Antes de las vacunas, a los neonatos le preceden dos rituales: la primera ceremonia es el bautizo y seguidamente el entierro del ombligo y de esta forma el recién nacido queda registrado para toda la vida en ese sitio (27).

El bautizo es una ceremonia muy importante porque de allí depende si el niño se enferma o no durante el resto de su vida. En este acto los padres se

“confiesan” desde la fecundación y después se hace el tributo. A este acto se llevan todos los alimentos que consumen, para bautizar no sólo al niño sino a toda la naturaleza, al mismo tiempo que se hacen pagos (zhona) a Mulbatelyman, la madre de la enfermedad (27).

Por último, hay que tener en cuenta los problemas de accesibilidad geográfica. Por decisión propia, y en razón a salvaguardar su territorio, están a dos o tres días de camino a pie o en mula, no hay carreteras, no cuentan con servicios públicos, también por decisión de las comunidades, las familias viven dispersas en fincas y solo acuden a las comunidades cuando son convocadas por los *Mamas*, estas reuniones pueden demorar hasta tres semanas (27).

La comisión que va de Santa Marta, a aplicar los biológicos, debe tomar un vehículo de doble tracción (4x4) hasta la vereda más próxima, este recorrido toma unas dos horas y media y de allí en adelante se sigue a pie o mula por dos, tres y a veces 4 días para llegar a las comunidades indígenas. Estos viajes exigen buen estado físico, porque demandan gran esfuerzo, especialmente para los profesionales de la Medicina Occidental que acompañan la comisión, como Médico, Odontólogo, Enfermera etc. La comisión dura mínimo 10 días, y máximo 25 días.

6.2.1. Comisiones de Salud para las jornadas de vacunación en territorios indígenas

Las comisiones de Salud en el territorio Indígena, cumplen varias etapas, en primer lugar, son solicitadas expresamente por la comunidad, y son los Mamas y las Autoridades Tradicionales Indígenas las que determinan la fecha. Luego el personal de la IPS Indígena como coordinador étnico, el coordinador científico, la coordinación del PAI, se reúnen para planear la comisión y dar respuesta a la solicitud (27).

Estas comisiones tienen altos costos e implican mucho trabajo adicional, pues es necesario preparar, empacar y transportar los insumos, medicamentos, vacunas, para que no sufran ningún daño en los largos y difíciles desplazamientos.

Figura 9. Desplazamiento Comisión de Salud, hacia comunidad Indígena de la Sierra Nevada de Santa Marta



Fuente: Foto cortesía Rossana Vargas.

Figura 10. Caja térmica con los biológicos transportada en la mula



Fuente: Foto cortesía Rossana Vargas.

Figura 11. Descanso en el difícil camino de la comisión vacunadora



Fuente: Foto cortesía Rossana Vargas.

“Hacia adentro” también se preparan los *Mamas*, y las autoridades indígenas, realizando un trabajo espiritual para que la comisión llegue sin contratiempos. Igualmente, el trabajo espiritual, se realiza cuando la comisión regresa a Santa Marta, para que su retorno sea sin peligro (27).

Figura 12. El Mama está haciendo el “confieso” a la comisión vacunadora que llega



Fuente: Foto cortesía Rossana Vargas.

Cuando llegan las vacunas y los medicamentos a la comunidad, el *Mama* los prepara espiritualmente y después de este ritual pueden ser usados en la comunidad (27).

Todos los elementos usados para aplicar las vacunas, tales como jeringas, algodones, envases de biológico, etc., son entregados al *Mama*, quien hace trabajo espiritual, y después son enterrados en un sitio escogido, que no es transitado por personas. Estos elementos no pueden ser quemados de acuerdo a la cultura indígena, porque fueron usados en personas con vida, y quemarlos sería quemar espiritualmente a las personas vacunadas (27).

Antes de cada jornada de vacunación el auxiliar de enfermería indígena debe junto con su mujer, preparase espiritualmente con los Mamas, actividad que dura de 1 a 3 días (27).

Los *Mamas* recogen los tributos espirituales del equipo mediante el “confieso” y estos tributos son los pagos necesarios para que el trabajo quede bien realizado. Al finalizar la comisión, se realiza nuevamente esta ceremonia, para que no tengan peligro en el camino y a partir de ese momento la comisión puede irse.¹⁶

Figura 13. El Mama hace “confieso” a la comisión de Salud, antes de partir, para que lleguen a Santa Marta sin peligro



Fuente: Foto cortesía Rossana Vargas.

El recorrido que hace la comisión para la vacunación es cubriendo toda la población de la cuenca del río, donde se encuentran varios asentamientos, así que deben llevarse los insumos requeridos para la actividad, pero los biológicos, para no poner en riesgo la cadena de frío se dejan en la sede de la IPS de Santa Marta, solo se llevan los de la primera comunidad que atienden, y al llegar a la comunidad siguiente el auxiliar de enfermería indígena debe ir hasta la ciudad de Santa Marta y traer la caja térmica de su comunidad, y así sucesivamente hasta visitar todas las comunidades de la cuenca (27).

Figura 14. Agente Intercultural Indígena con termo de biológicos



Fuente: Foto Cortesía Rossana Vargas.

Figura 15. Momento de vacunación niña indígena.



Fuente: Foto cortesía Rossana Vargas.

Figura 16. Toda la familia acude a vacunarse, Papa, Mama, hermanos



Fuente: Foto cortesía Rossana Vargas

Figura 17. Otra familia completa que acude a la vacunación



Fuente: Foto cortesía Rossana Vargas

Figura 18. Vacunación de niña Indígena



Fuente: Foto cortesía Rossana Vargas.

Figura 19. Vacunación Niña Indígena



Fuente: Foto cortesía de Rossana Vargas.

Figura 20. Vacunación Indígena



Fuente: Foto cortesía de Rossana Vargas.

Figura 21. Agente Intercultural con termo de vacunas

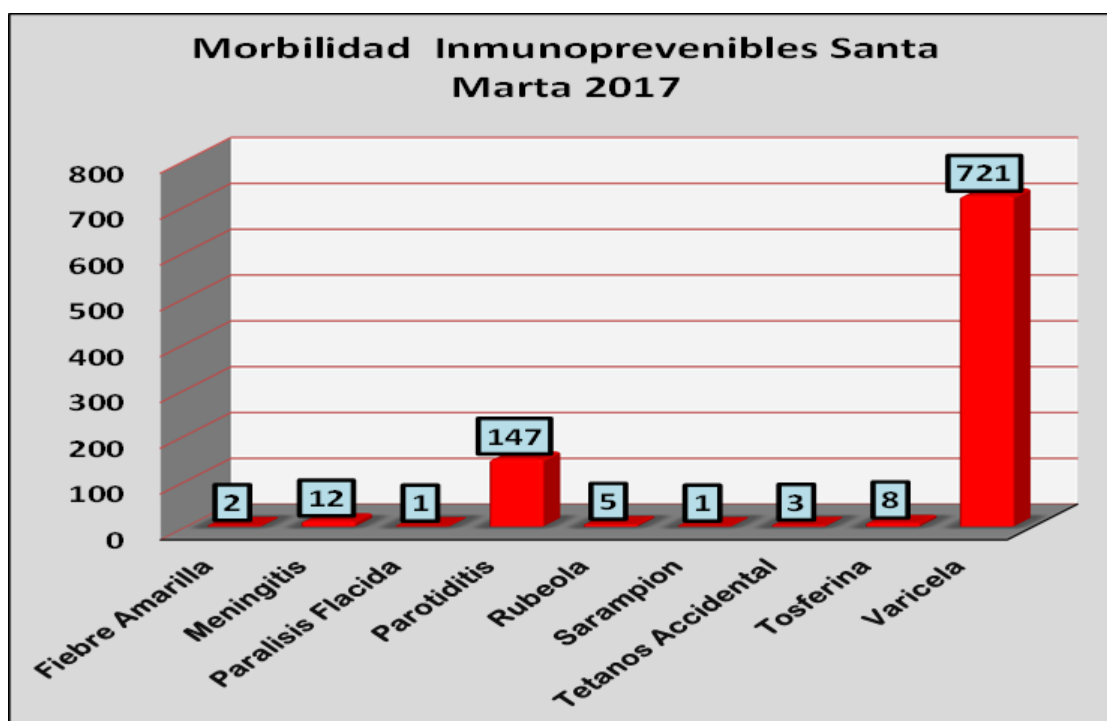


Fuente: Foto cortesía de Rossana Vargas.

6.3. Comportamiento de eventos por enfermedades inmunoprevenibles

Según los reportes realizados al sistema de vigilancia SIVIGILA en el distrito de Santa Marta en el año 2017, se notificaron los siguientes casos como sospechosos: 2 casos de fiebre amarilla, 12 casos de Meningitis, 5 casos de Rubeola, 1 caso de Sarampión, 3 casos de tétanos accidental. Adicionalmente 1 parálisis flácida y 147 casos confirmados de Parotiditis, (ver gráfico 18).

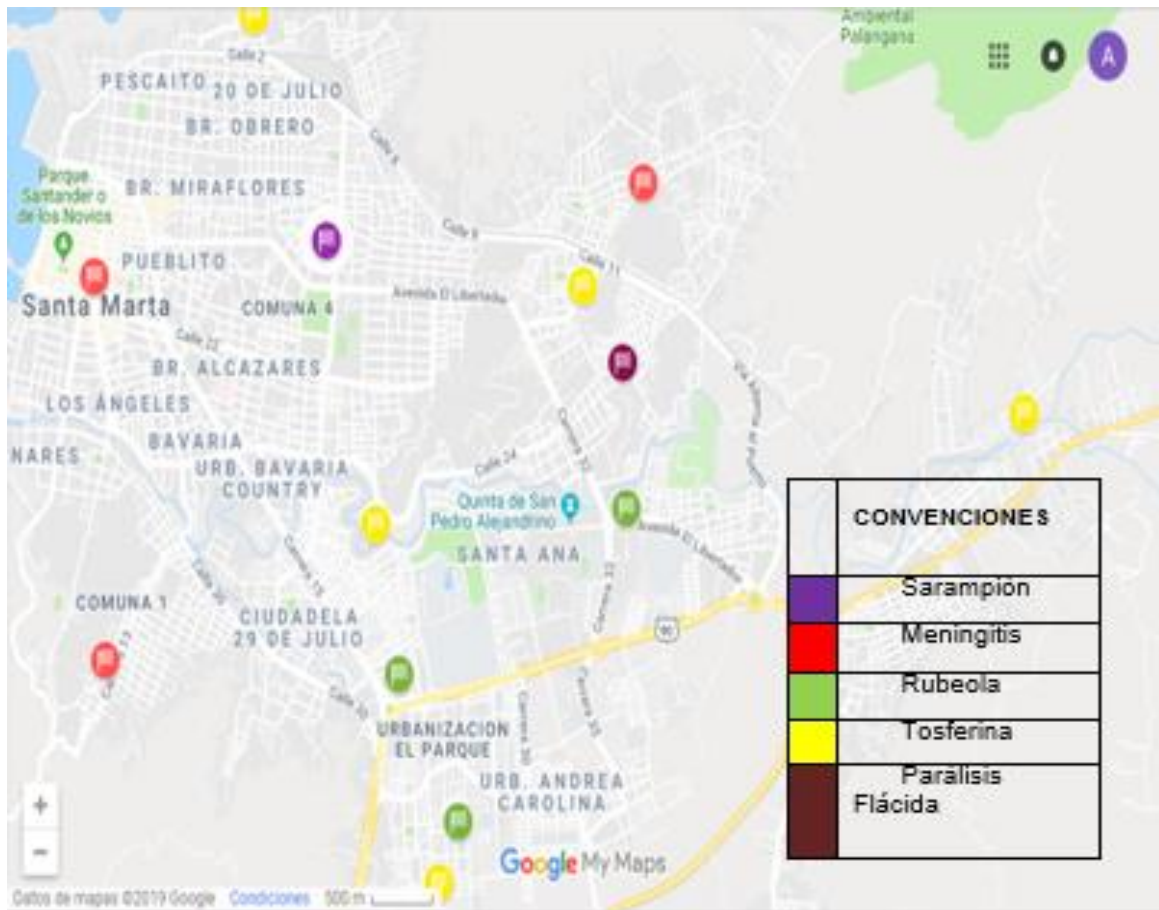
Gráfico 18. Notificación Inmunoprevenibles Santa Marta 2017



Fuente: Elaboración propia con información del Sistema de Notificación SIVIGILA 2017.

Asimismo, de todos los anteriores, solo 1 caso de tétanos accidental, fue notificado en la población indígena, sin embargo estos datos fueron confrontados con los reportes de la IPS indígena y se presentan en otro acápite.

Mapa 2. Eventos de Enfermedades Inmunoprevenibles. Santa Marta 2017.



Fuente: Elaboracion propia con informacion del Sistema de Notificacion SIVIGILA.2017.

El mapa 3 muestra los casos sospechosos de Enfermedades Inmunoprevenibles reportados al SIVIGILA, en las comunas de Santa Marta. En la Comuna 3 se encontró un caso de Sarampión y un caso de Tosferina. En la

Comuna 5; un caso de Meningitis, dos casos de Tosferina. En la Comuna 2, dos casos de Meningitis. En la Comuna 1, un caso de Meningitis. En la comuna 8, un caso de Tosferina, un caso de Parálisis Flácida. En la Comuna 9, un caso de Tosferina. En la Comuna 7, un caso de Rubeola. En la Comuna 4 no hubo casos notificados.

6.3.1. Meningitis

En la tabla 3, se muestran los doce casos de meningitis notificados al Sistema de Vigilancia en el año 2017. Del total, dos pertenecían al régimen contributivo y el resto al régimen subsidiado, mostrando una mayor vulnerabilidad entre la población informal en lo que vale la pena profundizar en otros estudios, especialmente porque el sitio de residencia en seis de los 12 casos era en otros municipios o en la población rural dispersa pero atendidos en Santa Marta. Su edad en la mayoría de los casos, eran mayores de 10 años sugiriendo que puede tratarse de población trabajadora informal, la cual no goza de condiciones de seguridad en el trabajo.

Tabla 3. Casos de Meningitis Notificados SIVIGILA Distrito Santa Marta 2017.

MENINGITIS			
Variable	Categoría	casos notificados	defunciones
Sexo	Femenino	3	
	Masculino	9	
	Total	12	3
grupos de edad	0-1 años	1	
	1-5 años		
	5-9 años	1	
	10-14 años	2	
	15-19 años		
	20-29 años	1	1
	30-39 años	4	1
	40-49 años		
	50-59 años	1	
	60 -y mas	2	1
Tipo de Régimen	Contributivo	2	
	Especial		
	Indeterminado		
	No afiliado		
	Excepción		
	Subsidiado	10	
Pertenencia Étnica	Indígena		
	Rom (gitano)		
	Raizal		
	Palenquero		
	Negro mulato		
	Otros	12	
Grupos Poblacional	Población privada de la Libertad		
	Desplazados		
	Víctimas de violencia		
	Gestantes		
	Discapacitados		
	Psiquiátricos		
	Migrantes		
	Población ICBF		
	Madres Comunitarias		
	Otros	12	
Área	Cabecera Municipal	10	
	Centro Poblado		
	Rural dispersa	2	

Fuente: Elaboración Propia con base en la Información SIVIGILA 2017

6.3.2. Fiebre Amarilla

En la tabla 4 se presentan las características demográficas de los dos eventos notificados, los cuales residían uno en la cabecera municipal y el otro en población rural dispersa (Sierra Nevada de Santa Marta) pero procedente de Sincelejo (Sucre) ambos casos del régimen del régimen contributivo y en edad productiva (29 y 46 años).

Es importante anotar que después de la notificación, el INS, hace depuración de los datos y confirman o descartan los casos notificados. En los casos de fallecimiento son sometidos a varias pruebas de laboratorio inclusive, muestras de necropsia o viscerectomía hepática, para confirmar o descartar.

Tabla 4. Casos de Fiebre Amarilla Notificados Sivigila Distrito Santa Marta 2017

FIEBRE AMARILLA			
Variable	Categoría	casos notificados	defunciones
Sexo	Femenino	1	1
	Masculino	1	
	Total	2	1
Edad	29 años		
	46 años		
Tipo de Régimen	Contributivo	2	
	Especial		
	Indeterminado		
	No afiliado		
	Excepción		
	Subsidiado		
Pertenencia Étnica	Indígena		
	Rom(gitano)		
	Raizal		
	Palenquero		
	Negro mulato		
	Otros	2	
Grupos Poblacionales	Población privada de la Libertad		
	Desplazados		
	Víctimas de la Violencia		
	Gestantes		
	Discapacitados		
	Psiquiátricos		
	Migrantes		
	Población ICBF		
	Madres Comunitarias		
	Otros	2	
Área	Cabecera Municipal	1	
	Centro Poblado		
	Rural dispersa	1	

Fuente: Elaboración propia a partir de Información Sistema de Notificación SIVIGILA 2017.

6.3.3. Parálisis flácida

En la tabla 5 se indica que en el año 2017, la ciudad de Santa Marta notificó un caso residente en la Cabecera Municipal, y corresponde a una niña de 7 años de edad afiliada en el régimen Contributivo. Actualmente es un caso por confirmar por parte del Ministerio de salud.

Tabla 5. Casos de Parálisis flácida aguda notificados SIVIGILA 2017.

Parálisis Flácida Aguda		
Variable	Categoría	casos notificados
Sexo	Femenino	1
	Masculino	
Edad	7 años	
Tipo de Régimen	Contributivo	1
	Especial	
	Indeterminado	
	No afiliado	
	Excepción	
	Subsidiado	
Pertenencia Étnica	Indígena	
	Rom(gitano)	
	Raizal	
	Palenquero	
	Negro mulato	
	Otros	1
Grupos Poblacionales	Población privada de la libertad	
	Desplazados	
	Víctimas de la Violencia	
	Gestantes	
	Discapacitados	
	Psiquiátricos	
	Migrantes	
	Población ICBF	
	Madres Comunitarias	
	Otros	1
Área	Cabecera Municipal	1
	Centro Poblado	
	Rural dispersa	

Fuente: Elaboración propia con base a información Sistema de Notificación SIVIGILA 2017.

6.3.4. Parotiditis

Se notificaron 147 casos de Parotiditis de ambos sexos, todas las edades, y todos los tipos de régimen. En el grupo de edad de 0-1 año hubo 4 casos, y en el siguiente grupo de 2- 5 años se notificaron 14 casos. Se notificaron 2 casos en gestantes (ver tabla 6)

Tabla 6. Casos de Parotiditis Notificados Sivigila Distrito Santa Marta 2017

PAROTIDITIS		
Variable	Categoría	casos notificados
Sexo	Femenino	58
	Masculino	89
	Total	147
Edad	0-1 año	4
	2-5 años	14
	6-15 años	16
	16- 25 años	63
	26-40 años	33
	41-59 años	13
	60 y mas	4
Tipo de Régimen	Contributivo	84
	Especial	16
	Indeterminado	1
	No afiliado	2
	Excepción	8
	Subsidiado	36
Pertenencia Étnica	Indígena	
	Rom(gitano)	
	Raizal	
	Palenquero	
	Negro mulato	2
	Otros	145
Grupos Poblacionales	Población privada de la libertad	
	Desplazados	
	Víctimas de la Violencia	
	Gestantes	
	Discapacitados	
	Psiquiátricos	
	Migrantes	
	Población ICBF	
	Madres Comunitarias	
	Otros	147
Área	Cabecera Municipal	139
	Centro Poblado	8
	Rural dispersa	

Fuente: Elaboración propia con base a información Sistema de Notificación SIVIGILA 2017.

6.3.5. Rubeola

En Santa Marta, cabecera Municipal se notificaron 5 casos de Rubeola y 4 de ellos en gestantes. De ellos 4 pertenecían al régimen subsidiado y 1 no estaba afiliado a ningún régimen, mostrando otra causal de las brechas en las coberturas de vacunación en poblaciones altamente protegidas por el estado como los niños y las mujeres embarazadas (ver tabla 7)

Tabla 7. Casos de Rubeola Notificados SIVIGILA. Distrito Santa Marta 2017.

Rubeola		
Variable	Categoría	Casos notificados
Sexo	Femenino	5
	Masculino	
	Total	5
Edad	25 años	
	28 años	
	32 años	
	23 años	
	30 años	
Tipo de Régimen	Contributivo	4
	Especial	
	Indeterminado	
	No afiliado	1
	Excepción	
	Subsidiado	
Pertenencia Étnica	Indígena	
	Rom(gitano)	
	Raizal	
	Palenquero	
	Negro mulato	
	Otros	5
Grupos Poblacionales	Población privada de la libertad	
	Desplazados	
	Víctimas de la Violencia	
	Gestantes	4
	Discapacitados	
	Psiquiátricos	
	Migrantes	
	Población ICBF	
	Madres Comunitarias	
	Otros	1
Área	Cabecera Municipal	5
	Centro Poblado	
	Rural dispersa	

Fuente: Elaboración propia con base información Sistema de Notificación SIVIGILA 2017.

6.3.6. Sarampión

En el año 2017, el distrito de Santa Marta notificó 1 caso de sarampión correspondiente a una niña de 1 año afiliada en el régimen Subsidiado y residente en la cabecera municipal (ver tabla 8).

Tabla 8. Casos de Sarampión Notificados Sivigila Distrito Santa Marta 2017

Sarampión		
Variable	Categoría	casos notificados
Sexo	Femenino	1
	Masculino	
Edad	1 año	
Tipo de Régimen	Contributivo	
	Especial	
	Indeterminado	
	No afiliado	
	Excepción	
	Subsidiado	1
Pertenencia Étnica	Indígena	
	Rom(gitano)	
	Raizal	
	Palenquero	
	Negro mulato	
	Otros	1
Grupos Poblacionales	Población privada de la libertad	
	Desplazados	
	Víctimas de la Violencia	
	Gestantes	
	Discapacitados	
	Psiquiátricos	
	Migrantes	
	Población ICBF	
	Madres Comunitarias	
	Otros	1
Área	Cabecera Municipal	1
	Centro Poblado	
	Rural dispersa	

Fuente: Elaboración propia con base en información Sistema de Notificación SIVIGILA 2017.

6.3.7. Tétanos Accidental

Fueron notificados, tres casos de ambos géneros, entre ellos dos adultos y 1 menor de 9 años, afiliados dos de ellos al régimen Subsidiado y 1 sin afiliación al sistema de seguridad social. En cuanto a Etnia, 1 de los casos es de la etnia Indígena (Comunidad Kogui) residente en la zona rural dispersa y los dos casos restantes en la cabecera municipal (ver tabla 9).

Tabla 9. Casos de Tétanos Accidental Notificados Sivigila Distrito Santa Marta 2017

Tétanos Accidental		
Variable	Categoría	casos notificados
Sexo	Femenino	1
	Masculino	2
	Total	3
Edad	33 años	
	55 años	
	9 años	
Tipo de Régimen	Contributivo	
	Especial	
	Indeterminado	
	No afiliado	1
	Excepción	
	Subsidiado	2
Pertenencia Étnica	Indígena	1
	Rom(gitano)	
	Raizal	
	Palenquero	
	Negro mulato	
	Otros	2
Grupos Poblacionales	Población privada de la libertad	
	Desplazados	
	Víctimas de la Violencia	
	Gestantes	
	Discapacitados	
	Psiquiátricos	
	Migrantes	
	Población ICBF	
	Madres Comunitarias	
	Otros	3
Área	Cabecera Municipal	2
	Centro Poblado	
	Rural dispersa	1

Fuente: Elaboración propia con base a información Sistema de Notificación SIVIGILA 2017.

6.3.8. Tosferina

En la tabla 10, se muestra que en el año 2017 se notificaron en Santa Marta, ocho casos de tosferina en población de ambos sexos, afiliados tanto en el régimen subsidiado como en el contributivo, residentes en su mayoría en la cabecera municipal; de ellos cinco casos están en el rango de edad 1 a 3 años reflejando las deficiencias en las coberturas de vacunación en el distrito.

Tabla 10. Casos de Tosferina Notificados SIVIGILA. Distrito Santa Marta 2017

Tosferina		
Variable	Categoría	casos notificados
Sexo	Femenino	3
	Masculino	5
	Total	8
Edad	3 años	
	2 años	
	7 años	
	19 años	
	1 año	
	10 años	
	2 años	
	3 años	
Tipo de Régimen	Contributivo	4
	Especial	
	Indeterminado	
	No afiliado	
	Excepción	
	Subsidiado	4
Pertenencia Étnica	Indígena	
	Rom(gitano)	
	Raizal	
	Palenquero	
	Negro mulato	
	Otros	8
Grupos Poblacionales	Población privada de la libertad	
	Desplazados	
	Víctimas de la Violencia	
	Gestantes	
	Discapacitados	
	Psiquiátricos	
	Migrantes	
	Población ICBF	
	Madres Comunitarias	
	Otros	8
Área	Cabecera Municipal	7
	Centro Poblado	1
	Rural dispersa	

Fuente: Elaboración propia con base en información Sistema de Notificación SIVIGILA 2017.

6.3.9. Varicela

Se notificaron 721 casos de Varicela tanto en la Cabecera Municipal, como en el área rural urbana, en el año 2017. Entre los poblados rurales que hubo notificación esta: Gaira, Minca, Guachaca, Taganga, Bonda, Calabazo, Mamatoco, El Curval, Don Jaca. El grupo poblacional Privado de la Libertad, notifico 43 casos (ver tabla 11).

Tabla 11. Casos de Varicela Notificados SIVIGILA Distrito Santa Marta. 2017

Varicela		
Variable	Categoría	casos notificados
Sexo	Femenino	339
	Masculino	382
	Total	721
Edad	Menor de 1 año	43
	de 1 -5 años	117
	de 6 -15 años	180
	de 16- 25	189
	26-40 años	149
	41-59	31
	60 y mas	12
Tipo de Régimen	Contributivo	389
	Especial	66
	Indeterminado	4
	No afiliado	7
	Excepción	50
	Subsidiado	205
Pertenencia Étnica	Indígena	9
	Rom(gitano)	1
	Raizal	
	Palenquero	
	Negro mulato	5
	Otros	706
Grupos Poblacionales	Población privada de la libertad	43
	Desplazados	
	Víctimas de la Violencia	
	Gestantes	
	Discapacitados	
	Psiquiátricos	
	Migrantes	
	Población ICBF	
	Madres Comunitarias	
	Otros	678
Área	Cabecera Municipal	682
	Centro Poblado	27
	Rural dispersa	12

Fuente: Elaboración Propia con base en Información Sistema de Notificación SIVIGILA, 2017.

6.4. Inmunoprevenibles Notificados Población Indígena.

A partir de la revisión de la base de datos del Sistema de Notificación SIVIGILA durante el 2017 en Población Indígena, se encuentra que solo aparece notificación en el evento Varicela (ver tabla 12). Adicionalmente, como ya se enunció, también se reportó un caso de tétanos accidental.

Tabla 12. Casos de Varicela Notificados en Población Indígena SIVIGILA. 2017

Varicela		
variable	categoría	casos notificados
Sexo	Femenino	1
	Masculino	5
Edad	Menor de 1 año	2
	2 años	2
	69 años	1
Tipo de régimen	Contributivo	
	Especial	
	Indeterminado	
	No afiliado	
	Excepción	
	Subsidiado	6
Pertenencia Étnica	Indígena	6
Área	Cabecera Municipal	1
	Centro poblado	
	Rural Dispersa	5

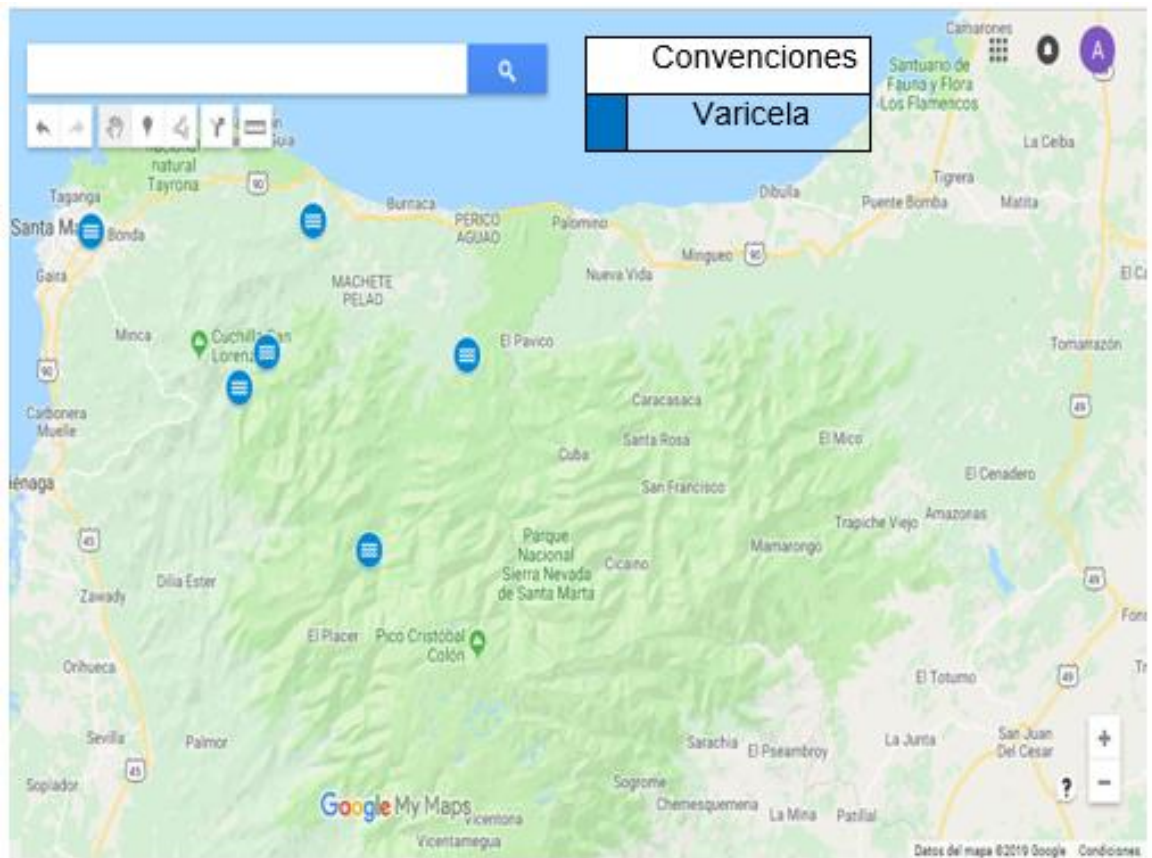
Fuente: Elaboración Propia con base en información Sistema de Notificación SIVIGILA 2017.

Así, de los 721 casos notificados por Varicela en 2017, solo 6 eran de la población indígena, de la comunidad de este estudio. Estos seis casos de varicela notificados en la Población Indígena, se ubicaron geográficamente en La cuenca del Rio Don

Dieguito, Cuenca del Rio Guachaca, Cuenca del Rio Mendiguaca, Cuenca del Rio Don Diego y uno de los casos se ubicó en la Cabecera Municipal, en la comuna 6.

Este comportamiento observado, en la población indígena objeto de este estudio, fue similar a lo observado en cuanto a enfermedades inmunoprevenibles en población indígena en otros departamentos de Colombia, por esto no se podría afirmar si ello se debe a un sub-registro o un patron de comportamiento que se da de forma específica en esta población (ver mapa 3).

Mapa 3. Inmunoprevenibles en Población Indígena 2017.



Fuente: Elaboracion Propia con base en Informacion Sistema de Notificacion SIVIGILA.2017

6.5. Brechas

Lo que se observa a través de las coberturas de vacunación con los biológicos trazadores anteriormente expuestos es que el Distrito de Santa Marta, a través del tiempo ha aumentado sus coberturas administrativas, sin embargo, solo BCG y Hepatitis B cumplen con la meta del 95%.

Las brechas en las coberturas administrativas de vacunación, se pueden identificar al analizar la persistencia de las bajas coberturas administrativas observadas para algunos biológicos, en relación con una óptima cobertura que proporciona una adecuada protección.

El análisis de los indicadores de cobertura de vacunación para cada biológico según los grupos de edad y el porcentaje de esquemas completos se realiza con base a los siguientes criterios definidos en el Manual del PAI:

1. De 95% a 100%: la cobertura y protección inmunológica es adecuada.
2. Menor al 95%: la cobertura es inferior a la cifra esperada.
3. Mayor al 100%: analizar las causas de la cifra de cobertura, tales como poblaciones menores a la real, vacunación de niños/as de otras áreas de salud, problemas de registro.

Se concluye que persisten brechas de coberturas administrativas de vacunación entre la población urbana, localidades rurales y zona rural dispersa, del Distrito de Santa Marta.

Para disminuir las brechas y lograr las metas, el sistema general de salud colombiano biomédico debe garantizar un acceso eficiente y oportuno, que articule una gestión de salud que respete los derechos culturales de los pueblos indígenas.

Como lo señala el informe sobre los ODM del PNUD de 2014: la mortalidad es más alta en las zonas rurales, en población no afiliada a la seguridad social o afiliada al régimen de subsidios estatales, y 12% de las muertes en menores de un año, y 18% de las muertes maternas, ocurrieron en población indígena y afro-descendiente (37).

No solo existen desigualdades socioeconómicas en la salud de los pueblos indígenas, sino también, estructurales de nuestro Sistema de Salud Colombiano, cuando no se adaptan los servicios y programas a las características territoriales, económicas, sociales y culturales de los pueblos indígenas. El modelo de Salud Colombiano, está estructurado para las ciudades y no para las poblaciones rurales y dispersas, y esto se convierte en otra desigualdad.

Los programas de Salud, deberían diseñarse bajo una perspectiva intercultural, reconociendo una cosmovisión diferente y una práctica diferente en el proceso salud-enfermedad-curación, promoviendo el enlace entre el modelo biomédico y el tradicional indígena.

Tanto las desigualdades, como sus determinantes sociales aportan para que permanezca la población indígena en estado de vulnerabilidad, pues persisten situaciones como sistema de afiliación al sistema de seguridad social, barreras de acceso geográficas, económicas y culturales que están afectando el derecho

a la salud reflejado en la inmunidad para enfermedades inmunoprevenibles y en la ocurrencia de morbilidad evitable.

Aunque Colombia ha adoptado la estrategia de atención primaria en salud como estrategia de la política de atención integral, el modelo sigue siendo fragmentado y segmentado, lo que dificulta las posibilidades para la construcción de una ruta de atención que permita superar las distintas barreras enunciadas.

Son conocidos los problemas de acceso a la atención integral en salud: las causas de las desigualdades sociales y de las relaciones de poder; la incapacidad de identificar desigualdades y de promover interacciones; el desconocimiento del enfoque diferencial y lo que ello significa; y falta de voluntad política ante realidades y cosmovisiones distintas.

En el análisis de la situación de la salud de la población indígena, las brechas en los resultados en salud que distancian a la población indígena del resto de la población pueden ser explicadas por la exclusión, por razones de etnia.

Existen brechas o desigualdades sistemáticas entre grupos étnicos por razones socio-culturales, que causan deterioro en sus condiciones de vida y de acceso a servicios, que impactan la salud de la población y explican algunas de las desigualdades entre la población indígena estudiada y la no indígena.

Las comunidades indígenas actúan de acuerdo con su cosmovisión sus valores y creencias, los roles de sus miembros tienen significados distintos y no siempre coinciden con la cultura occidental, temas como los ritos, del nacimiento,

el bautizo, la sexualidad , la gestación, el parto, y la muerte, son clara muestra de la distancia entre las dos culturas.

Las comunidades Indígenas tienen un gran arraigo a su territorio, para ellos su territorio es todo, en el marco de sus particularidades, la población indígena de la Sierra Nevada de Santa Marta cuenta con un territorio rico en biodiversidad y riqueza natural, pero precario en cuanto a sus condiciones de vida.

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En Colombia se han diseñado una serie de estrategias para lograr coberturas de vacunación mayores al 95%. Sin duda, unas son más efectivas que otras y escoger una de ellas en particular, implicaría tener presente las circunstancias particulares del lugar, de la comunidad a vacunar, etc. La combinación de todas ellas podría contribuir a obtener mejores resultados para disminuir las brechas de coberturas en cada biológico tanto en la zona urbana como entre la población indígena. Estas pueden ser:

1. Acciones de vacunación permanente

Consisten en la aplicación de todos los biológicos durante todos los días hábiles del año a nivel institucional, puestos fijos, casa por casa, brigadas, equipos móviles, micro-concentración o canalización, haciéndose énfasis en la vacunación institucional, con la finalidad de mantener coberturas útiles de vacunación (39).

2. Acciones de vacunación en forma intensiva

Es la realización de actividades intensivas como las Jornadas o Campañas de Vacunación, con la movilización masiva y ordenada de la población en un día o en un corto periodo, con el fin de aplicar el mayor número posible de dosis de vacuna, contando con la participación de los más diversos grupos de la comunidad intrasectorial y extrasectorial, y con una acción muy decidida de los medios de comunicación masiva. Esta estrategia resulta especialmente útil en las zonas en que los servicios de salud son deficientes o es baja la cobertura. La vacunación en masa también es útil en los casos que se requieren medidas rápidas, como, por ejemplo, la interrupción de una epidemia (39).

3. Vacunación en forma emergente (bloqueo/ operación barrido)

Se refiere a la vacunación intensificada casa por casa de la población objetivo presente y residente en los domicilios de los municipios o departamentos definidos como de alto riesgo. Su finalidad es interrumpir la transmisión de la enfermedad en un tiempo breve. Además, contribuye para tratar de alcanzar las mejores coberturas de vacunación. Permite la cobertura total de la población objetivo en un área geográfica específica. Permite reducir rápidamente el número de personas susceptibles, lo que dificulta la transmisión de la enfermedad (39).

4. Vacunación permanente o institucional (programa regular)

El objetivo es atender la demanda espontánea dentro de la red prestadora de servicios de salud que tenga implementado el servicio de vacunación. Se debe atender la demanda espontánea dentro de la red prestadora de servicios de salud que tenga implementado el servicio de vacunación (39).

5. Vacunación extrainstitucional o extramural.

Ésta se debe realizar con el fin de intensificar acciones de vacunación y facilitar el acceso a la prestación del servicio a la población vulnerable o con dificultades de acceso al servicio (39).

6. Casa a casa

Es la prestación del servicio de vacunación por personal de salud, directamente en el lugar de residencia del usuario. Sirve especialmente para ejecución en áreas rurales y zonas urbanas marginales con limitaciones de acceso a la prestación de los servicios de vacunación, particularmente ante la presencia de brotes, previa promoción de la vacunación (39).

7. Vacunación por concentración

Consiste en hacer la vacunación en un lugar, día y hora determinados, y previa promoción en la población. Es ideal para zonas rurales muy dispersas, donde llegar al 100% de la población demanda grandes trayectos a pie o en mula y demandaría mucho esfuerzo y tiempo; para ello, se coordina con los líderes del área para disponer el sitio de vacunación en las estaciones donde llega el transporte rutinario, la escuela u otro lugar donde acostumbre reunirse la comunidad, tratando de buscar equidistancia entre las parcelas por cubrir (39).

8. Jornadas de vacunación

Es la movilización masiva y ordenada de la población en un día o en un corto periodo, con el fin de aplicar el mayor número posible de dosis de vacuna; se cuenta con la participación de los más diversos estamentos comunitarios, intrasectoriales y extrasectoriales, y con una acción muy decidida de los medios de comunicación (39).

9. Jornadas de vacunación

Es la movilización masiva y ordenada de la población en un día o en un corto periodo, con el fin de aplicar el mayor número posible de dosis de vacuna; se cuenta con la participación de los más diversos estamentos comunitarios, intrasectoriales y extrasectoriales, y con una acción muy decidida de los medios de comunicación (39).

10. Canalización: inducción a la demanda

Ideal en zonas vulnerables y en el área rural. Consiste en la conformación de grupos multidisciplinarios que se desplazan a las áreas más desprotegidas y dispersas para prestar múltiples servicios en salud (39).

7.1. Recomendaciones para la población Indígena

Los principales determinantes de las desigualdades en las comunidades indígenas podrían ser abordadas “hacia adentro” y “hacia afuera”, utilizando las herramientas que nos ofrece el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, con estrategias multisectoriales, acciones articuladas entre sectores públicos, privados y comunitarios, la academia, Organizaciones No Gubernamentales, entre otros, para crear escenarios que garanticen el cierre de brechas de coberturas de vacunación en la población indígena.

El objetivo es lograr coberturas de vacunación administrativas, que garanticen que la población diferencial logre disminuir las desigualdades presentes con respecto a la población de la cabecera municipal o el resto del territorio. A continuación, se realizan una serie de recomendaciones especiales para la población indígena:

1. Que se incrementen las acciones de gestión y coordinación intra e intersectorial para la disminución de las brechas de acceso, a la vacunación, en concertación siempre con las autoridades indígenas.

2. Realizar el seguimiento al Componente Estratégico Operativo-CEO- de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios-EAPB, incluido en el Plan territorial de salud, según la implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud en lo concerniente a la gestión del Programa Ampliado de Inmunizaciones-PAI (31), para el logro de las metas de cobertura.

3. Implementación de Nuevas Tecnologías de Información, como el Digitador Móvil.

4. La Institución Prestadora de Salud Indígena debe hacer parte activa del Comité Estratégico del Programa Ampliado de Inmunizaciones-PAI, del Distrito de Santa Marta.

5. Gestionar ante Organización Panamericana de la Salud- OPS la consecución de Neveras Solares, al menos por cada cuenca del Rio y de su zona de Influencia.

6. Diseñar programas de Salud, en el marco de la interculturalidad, el enfoque diferencial y sus derechos como pueblos indígenas contemplados en la Constitución de 1991.

7. Diseñar estrategias que incluya a todos los sectores —y específicamente el sector salud— modificando el concepto intervencionista de la Salud Occidental en Salud; hacia el concepto de atención intercultural en Salud.

8. El próximo documento de Análisis Situacional de Salud Territorial- ASIS; debería incluir una descripción de las poblaciones diferenciales, en este caso la población indígena de la Sierra Nevada de Santa Marta, que permita comprender la situación de Salud en el contexto donde viven.

9. “Hacia adentro” realizar un proyecto de sensibilización y educación sobre las ventajas de la vacunación, que incluya todos los miembros de la comunidad Indígena

10. Previo consentimiento de las directivas de la IPS Gonawindua, y de sus autoridades indígenas, realizaré el contenido temático del proyecto de sensibilización y educación sobre las ventajas de la vacunación y la importancia de completar los esquemas de vacunación. Además el diseño visual que acompaña este contenido temático.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización de las Naciones Unidas. Declaración Universal de los Derechos Humanos [Internet]. 1948 [cited 2019 Jan 21]. Available from: https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf
2. Ministerio de Salud y Protección Social. Manual Técnico Administrativo del PAI. Programa Ampliado de Inmunizaciones. Segunda. bogotá; 2016. 70 p.
3. Congreso de Colombia. Ley Estatutaria 1751 de 2015 POR MEDIO DE LA CUAL SE REGULA EL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES. EL CONGRESO DE COLOMBIA [Internet]. MINSALUD 2015 p. 131. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley_1751_de_2015.pdf
4. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021 La salud en Colombia la construyes tú [Internet]. Bogotá; 2013 [cited 2019 Jan 21]. Available from: [https://www.minsalud.gov.co/Documentos_y_Publicaciones/Plan Decenal - Documento en consulta para aprobación.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Documentos_y_Publicaciones/Plan_Decenal_-_Documento_en_consulta_para_aprobacion.pdf)
5. Ministerio de Salud y Protección social. Análisis de Situación de Salud Colombia 2014 [Internet]. Bogotá; 2014 [cited 2019 Jan 21]. Available from: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/ASIS_2014_v11.pdf
6. Ministerio de Salud y Protección Social. Política de atención Integral en Salud. Un sistema de salud al servicio de la gente [Internet]. Bogotá; 2016 [cited 2018 Jun 18]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>
7. Organización Mundial de la Salud. La Cumbre de Desarrollo Sostenible 2015 [Internet]. WHO. Nueva York: World Health Organization; 2015 [cited 2019 Jan

- 21]. Available from: <https://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2015/un-sustainable-development-summit/es/>
8. Ministerio de Salud y Protección Social. Intensificación de las acciones para la prevención, atención y el control de la Infección Respiratoria Aguda (IRA) [Internet]. Bogotá; 2018 [cited 2019 Jan 22]. Available from: www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/BibliotecaDigital/RIDENS/PP/lineamientos-prevencion-
 9. Morón-Duarte L, Espitia MT. Evaluación Rápida de Coberturas Vacunales en Bogotá, 2006. Rev Salud Pública [Internet]. 2009 Apr [cited 2019 Jan 22];11(2):237–46. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642009000200008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 10. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos para la gestión y administración del programa ampliado de inmunizaciones – PAI 2018 [Internet]. Bogotá; 2017 [cited 2019 Jan 22]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/PAI/li-neamientos-pai-2018.pdf>
 11. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización Epidemiológica, Sarampión [Internet]. 6 de abril . 2018 [cited 2019 Jan 22]. p. 2. Available from: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14231:6-april-2018-measles-epidemiological-update&Itemid=42346&lang=es
 12. Departamento Nacional de Planeación - Gobernación del Magdalena. Magdalena 2032: Un mundo de oportunidades. [Internet]. Bogotá; 2011 [cited 2019 Jan 22]. Available from: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/DesarrolloTerritorial/VISIONMAGDALENA.pdf>
 13. Alcaldía de Santa Marta. ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DEL DISTRITO DE SANTA MARTA, CON BASE EN EL MODELO DE LOS

- DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD 2016 [Internet]. Santa Marta; 2016 [cited 2019 Jan 22]. Available from: file:///C:/Users/Hp/Desktop/TESIS POLO/asis-municipal-santa-marta-2016.pdf
14. Ministerio de Salud y Protección Social. Analisis de PRioridades Departamentales en Salud, Colombia 2016 [Internet]. Bogotá; 2016 [cited 2019 Jan 24]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/analisis-prioridades-departamentales-salud-colombia-2016.pdf>
 15. Santa Marta Cómo Vamos. Informe de Calidad de Vida 2016 [Internet]. Santa Marta; 2016 [cited 2019 Jan 24]. Available from: http://santamartacomovamos.org/images/publicaciones/informe-calidad-vida-2016/PRESENTACION_ICV_2016_SMCV_Final_2.pdf
 16. Organización Panamericana de la Salud. La OPS instaure una comisión de alto nivel sobre la desigualdad y la salud en las Américas [Internet]. Salud en las américas. 2016. p. 2. Available from: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12006:paho-launches-high-level-commission-on-inequality-and-health-in-the-americas&Itemid=135&lang=es
 17. Organización Mundial de la Salud. Cerrando la brecha: La política de acción sobre los determinantes sociales de la salud [Internet]. Río de Janeiro- Brasil; 2011 [cited 2019 Jan 24]. Available from: https://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion-Paper-SP.pdf
 18. Kickbusch I, McCann W, Sherbon T. Comité Consultivo del Secretario sobre Objetivos Nacionales de Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades para 2020. Health Promot Int [Internet]. 2010 Jun 26 [cited 2019 Jan 24];6. Available from: <https://academic.oup.com/heapro/article-lookup/doi/10.1093/heapro/dan006>

19. Organización Panamericana de Salud. Determinantes sociales [Internet]. 25. OPS-OMS. 2017 [cited 2019 Jan 24]. p. 2. Available from: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=336&Itemid=40924&lang=es
20. Ministerio de Protección Social. Cruzada interminable por la niñez colombiana: historia del programa ampliado de inmunizaciones - PAI- en Colombia, 1979-2009 [Internet]. Luis Fernando Jaramillo Ángel, editor. Bogotá; 2010 [cited 2019 Jan 24]. 332 p. Available from: [https://www.minsalud.gov.co/Documentos y Publicaciones/CRUZADA INTERMINABLE POR LA NIÑEZ COLOMBIANA.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Documentos_y_Publicaciones/CRUZADA_INTERMINABLE_POR_LA_NIÑEZ_COLOMBIANA.pdf)
21. OMS | Informe sobre la salud en el mundo 2005 - ¡cada madre y cada niño contarán! [Internet]. WHO. World Health Organization; 2013 [cited 2019 Jan 24]. Available from: <https://www.who.int/whr/2005/es/>
22. Ministerio de Salud. Ley 9 de 1979 “Por la cual se dictan Medidas Sanitarias [Internet]. Congreso de la República, CXV No. 35193 1979 p. 57. Available from: [file:///C:/Users/Hp/Desktop/TESIS POLO/Ley núm. 9 de 24 de Enero de 1979.pdf](file:///C:/Users/Hp/Desktop/TESIS_POLO/Ley_núm._9_de_24_de_Enero_de_1979.pdf)
23. Ministerio de Salud. DECRETO 1416 DE 1990: “Por el cual se dictan normas relativas a la organización y establecimiento de las modalidades y formas de participación comunitaria en la prestación de servicios de salud” [Internet]. Diario Oficial No. 39453 1990 p. 10. Available from: https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Decretos/D1416_90.pdf
24. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución Política de Colombia [Internet]. 1991 p. 51. Available from: [https://www.procuraduria.gov.co/guiamp/media/file/Macroproceso Disciplinario/Constitucion_Politica_de_Colombia.htm](https://www.procuraduria.gov.co/guiamp/media/file/Macroproceso_Disciplinario/Constitucion_Politica_de_Colombia.htm)
25. Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral [Internet]. 1993 p. 189. Available from: [http://www.orasconhu.org/documentos/Anexo 14p COL M&E 2009.pdf](http://www.orasconhu.org/documentos/Anexo_14p_COL_M&E_2009.pdf)

26. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 1938 de 1994. Bogotá; 1994 p. 40.
27. Cecilia M, Mutis S. Servicios de Salud, Pueblos Indígenas y Prácticas Médicas [Internet]. Amazonas; [cited 2019 Jan 25]. Available from: <http://bdigital.unal.edu.co/22120/1/18684-60703-1-PB.pdf>
28. GONAWINDUA ETTE ENNAKA IPS INDIGENA. Programa de Salud – GONAWINDUA ETTE ENNAKA – Organización Gonawindúa Tayrona Pueblo KÁGGABA [Internet]. gonawindwa.wordpress.com. 2009 [cited 2019 Jan 25]. p. 2. Available from: <https://gonawindwa.wordpress.com/nuestro-trabajo/fortalecimiento-de-la-cultura-y-la-gobernabilidad/programa-de-salud/>
29. Departamento Administrativo Nacional de Estadística- DANE. Población por edad y sexo. 2015. [Internet]. 2015 [cited 2019 Jan 21]. p. 1. Available from: <https://geoportal.dane.gov.co/midaneapp/pob.html>
30. Programa de Las Naciones Unidas para el Desarrollo- PNUD. Panorama general: informe sobre Desarrollo Humano 2016. Desarrollo humano para todos. Nueva York; 2016.
31. Ministerio de Salud y Protección social. Resolución 3202 de 2016. Ministerio de salud y protección social. Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud — RIAS, se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud —PAIS y se dictan otras disposiciones [Internet]. Bogotá; 2016 [cited 2019 Jan 21]. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución_3202_de_2016.pdf
32. Morón-Duarte L, Espitia MT. Evaluación Rápida de Coberturas Vacunales en Bogotá, 2006. Rev Salud Pública [Internet]. 2009 Apr [cited 2019 Jan 22];11(2):237–46. Available from:

http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-006420090002000008&lng=es&nrm=iso&tlng=es

33. UNFPA – MAVDT - U.Externado CIDS. de Balances interacciones y tensiones en dinámicas y desarrollos poblacionales ambientales sociales y económicos pase: 2004. Recuperado el 15 de 11 de 2017, Disponible en: https://www.cortolima.gov.co/SIGAM/nuevas_guias/Guia_Metodologica_4.pdf
34. UNICEF. A menos que actuemos ahora: Las consecuencias del cambio climático sobre los niños, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Nueva York,.2005
35. Asociación Nacional para la Acción. Plan de Acción del HHS para Reducir Disparidades de Salud Racial y Étnica y la Estrategia Nacional de las Partes Interesadas para Lograr la Equidad en la Salud. 2011 Obtenido de <http://minorityhealth.hhs.gov/npa>
36. Salud Indígena en la Sierra Nevada de Santa Marta, Organización Gonawindua. 2009
37. Minsalud. Plan nacional para la promoción de la salud, la prevención, y la atención del consumo de sustancias psicoactivas 2014 – 2021. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/plan-nacional-consumo-alcohol-2014-2021.pdf>
38. Minsalud. Sistema Integral de Información SISPRO. 2017. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/SistemaIntegraldeInformaci%C3%B3nSISPRO.aspx>

39. Surgeon general. Estrategia Nacional de Prevención y Promoción de la Salud. (2011) La Estrategia Nacional de Prevención: el Plan de América para una Salud y Bienestar. Obtenido de <https://www.surgeongeneral.gov/priorities/prevention/strategy/index.html>
40. World Health Organization. Colombia - World Health Organization. 2016. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137151/1/ccsbrief_col_en.pdf
41. MINSALUD. Perfil de salud de la Población Indígena, y medición de desigualdades en salud. Colombia 2016. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/Perfil-salud-pueblos-indigenas-colombia-2016.pdf>