



COLOMBIA
2022

SITUACIÓN DE LA INMUNIZACIÓN CONTRA LA COVID-19 EN POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD EN COLOMBIA



SITUACIÓN DE LA INMUNIZACIÓN CONTRA LA COVID-19 EN COLOMBIA

SITUACIÓN DE LA INMUNIZACIÓN CONTRA LA COVID-19 EN POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD: COLOMBIA.



UNAL CENTRO DE PENSAMIENTO
Medicamentos, Información y Poder



OXFAM
Colombia



VACUNAS
PARA LA GENTE
LATINOAMÉRICA

SITUACIÓN DE LA INMUNIZACIÓN CONTRA LA COVID-19 EN COLOMBIA

Bogotá, Colombia - 2022

Médicos del Mundo Francia – Colombia

Presente en Francia y en 73 países, Médicos del Mundo es un movimiento internacional independiente de activistas que curan, son testigos y acompañan el cambio social. Basándonos en nuestros 373 programas médicos innovadores y la promoción basada en la evidencia, permitimos que las personas excluidas y sus comunidades accedan a la salud mientras luchan por el acceso universal a la atención.

En Colombia se estructuran tres ámbitos de actuación: apoyo a las víctimas de crisis y conflictos, promoción de la salud sexual y reproductiva (SSR) y la atención a las poblaciones migrantes y desplazadas (MDS). Los principios de apertura, transparencia y desarrollo colectivo guían los valores y la gobernanza de nuestra asociación.

Entender las diferentes maneras de hacer, decir y pensar sobre la salud nos permite actuar de la manera más efectiva posible. Esta es la razón por la que Médicos del Mundo sitúa la diversidad cultural y social de las poblaciones en el centro de su ética y práctica humanitaria.

Centro de pensamiento, medicamentos, información y poder de la Universidad Nacional de Colombia

Desde el año 2016, el Centro de Pensamiento Medicamentos, Información y Poder de la Universidad Nacional de Colombia ha desarrollado actividades de incidencia en el debate sobre política y regulación farmacéutica nacional e internacional para mejorar el acceso y el uso racional de medicamentos, a través de documentos de posición, foros temáticos académicos y de discusión social abierta, a la vez que mediante la presencia en los espacios de participación formales establecidos por el gobierno dentro del país y en organismos internacionales.

Oxfam Colombia

Es una organización colombiana, feminista, comprometida con la vida y la convivencia sostenible con el ambiente. Contribuye a la construcción de la paz en Colombia desde los territorios, con el liderazgo de las mujeres y de organizaciones de la sociedad civil para superar las desigualdades y garantizar la justicia social, de género y climática en el país.



OXFAM
Colombia



**VACUNAS
PARA LA GENTE**
LATINOAMÉRICA

Situación de la inmunización contra la COVID-19 en población vulnerable: Colombia

Por: Médicos del Mundo Francia – Colombia, Centro de pensamiento, medicamentos, información y poder de la Universidad Nacional de Colombia y Oxfam Colombia.

Autores: Claudia Vaca
Laura Martínez
Carlos Durán
Tatiana Orjuela

Vicente Calvo
Luisa Gómez
Luisa Mendieta

Alejandra Páez
Juanita Vahos
José Daniel Rengifo

Diseño y diagramación: Impresionarte Studio SAS

Coordinación Editorial: Diego Mora Bello.



Este material circula bajo una Licencia Creative Commons CC BY-SA 4.0. Usted puede compartir, copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato, así como adaptar, remezclar, transformar y crear a partir del material para cualquier finalidad, incluso comercial, siempre y cuando de el crédito correspondiente a la autoría y licencie las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones.

Para ver una copia de esta licencia visite: [Creative Commons – Reconocimiento 4.0 Internacional – CC BY 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/)



ÍNDICE

01

Introducción

Colombia y las vacunas

02

Vacunas para la población en mayor grado de vulnerabilidad

Vulnerabilidad en colombia

La vacunación en cifras

Población migrante

Comunidades indígenas y afrodescendientes

Posibles barreras en la vacunación de la comunidad indígena y afrodescendiente

Respuesta del gobierno a las necesidades de inmunización de indígenas y afrodescendientes

03

Conclusión

04

Referencias

05

Anexo

Fichas epidemiológicas de vacunación por municipio seleccionado.

SITUACIÓN DE LA INMUNIZACIÓN CONTRA LA COVID-19 EN COLOMBIA

INTRODUCCIÓN

La emergencia sanitaria ocasionada por el virus denominado SARS-CoV-2/ COVID-19 fue declarada por la Organización Mundial de la Salud en enero del 2020, y sin tregua se extendió por todo el mundo, ocasionando, para julio del 2022, la muerte de 6.40 millones de personas (Our World in Data, 2022). A medida que esta pandemia se propagó, puso en evidencia las falencias de los diversos sistemas de salud de los países, particularmente aquellas que corresponden a sus mecanismos de respuesta: primero, las instituciones de salud no contaban con la infraestructura necesaria para hacer frente a una epidemia que crecía todos los días de manera exponencial, y posteriormente, cuando se pusieron a disposición vacunas contra la enfermedad, entregarlas a toda la población se convirtió en un reto, especialmente con las poblaciones con mayor grado de vulnerabilidad.



Estas dificultades en el acceso a la vacunación contra la COVID-19 en poblaciones en situación de vulnerabilidad, motivaron a Oxfam en alianza con varias organizaciones sociales de Latinoamérica, a iniciar un proyecto regional buscando identificar cuáles fueron las barreras en la inmunización de estos grupos poblacionales con el fin de promover el acceso equitativo a la vacunación en los países latinoamericanos, y de abogar por la justicia económica en la adquisición de vacunas COVID-19 en aquellos con ingresos medios y bajos. Oxfam Colombia y Médicos del Mundo Francia, lideraron el proceso para el caso colombiano.

En respuesta a este objetivo, el presente documento expone el panorama de la vacunación en poblaciones con alto grado de vulnerabilidad en Colombia. En primera instancia, se realizó una breve reseña de lo que fue el Plan Nacional de Vacunación, con énfasis en la inclusión de estas poblaciones. En segunda medida, bajo el análisis del concepto de vulnerabilidad en el contexto colombiano y a partir de criterios de selección, se identificaron cinco territorios de interés para el análisis de las brechas en el acceso a la vacuna COVID-19 mediante el estudio de caso. Finalmente, se presentan

8 SITUACIÓN DE LA INMUNIZACIÓN CONTRA LA COVID-19 EN COLOMBIA

las cifras del avance del proceso de inmunización en los municipios seleccionados, y a partir de una revisión de literatura se exponen algunas brechas identificadas para el acceso a la inmunización en la población vulnerable, así como la respuesta de las autoridades sanitarias para enfrentar estas barreras.

1. COLOMBIA Y LAS VACUNAS

A medida que la pandemia por COVID-19 crecía, los países de Latinoamérica comenzaban a encabezar las listas con mayores cifras de contagiados y fallecidos (CEPAL, 2020). En Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social (Minsalud) confirmó el primer caso de COVID-19 (*Coronavirus Infectious Disease 2019*) el 06 de marzo de 2020. Según el reporte para el 21 de julio de 2022 se tenían aproximadamente 6.2 millones de casos confirmados de los cuales, 140 mil han sido mortales (Instituto Nacional de Salud, 2022).

La crisis sanitaria que la pandemia trajo al país puso en una situación compleja al sistema de salud. Primero, la capacidad de las instituciones de salud para atender a la población contagiada fue limitada, especialmente en zonas dispersas y rurales en las que no se contaba con la infraestructura ni con el recurso humano en salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020). Luego, cuando en el mundo se tuvo la disponibilidad de vacunas para combatir el virus, adquirirlas se convirtió en un reto: por un lado, comprar el número de dosis necesarias para proteger a toda la población, y por otro lado, desarrollar mecanismos que permitieran una inmunización efectiva sin generar desigualdades en la distribución. Tomando esto en cuenta, el Gobierno formuló el Plan Nacional de Vacunación en contra el COVID-19 (PNV), adoptado mediante el Decreto 109 de 2021 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021).

En principio, el PNV planteó como objetivo cubrir a la mayoría de los individuos del territorio nacional, sin embargo, debido a la disponibilidad limitada de las vacunas, era imposible garantizar el acceso inmediato a la población, por lo que se planteó una estrategia de priorización que buscara proteger a quienes se encontraban en mayor riesgo de contagio, complicaciones y muerte. De aquí que desde el PNV se formuló el proceso de vacunación en dos fases y cinco etapas, como se muestra en la figura 1.

10 SITUACIÓN DE LA INMUNIZACIÓN CONTRA LA COVID-19 EN COLOMBIA

Con este plan trazado (tabla 1), Minsalud evaluó las vacunas que se encontraban en fases avanzadas de desarrollo, de las cuales destacan:

Tabla 1. Descripción de vacunas líderes en investigación y producción global. Fuente: DIME Decisiones, (2020). Elaboración propia.

Vacuna	Fabricante	País de origen	Tecnología
Cominarty/ Tozinamerán	Pfizer/BioNTech	EE. UU/Alemania	ARNm
Spikevax/ Elasomerán	Moderna	EE. UU	ARNm
Sputnik V	Instituto Gamaleya	Rusia	Vector viral
Vaxzevria/ ChAdOx1-S	AstraZeneca/ Universidad de Oxford	Reino Unido	Vector viral
Ad26.COV2. S	Janssen	EE. UU	Vector viral
BBIBP-CorV	Sinopham- Beijing Institute	China	Virus inactivado
CoronaVac	Sinovac	China	Virus inactivado
Convidecia	Cansino Biologics	China	Virus inactivado

Figura 1. Etapas del proceso de priorización para vacunación en Colombia. Versión 1. Elaboración propia.



ETAPA 1

- Adultos mayores de 80 años y trabajadores de la salud que estén en la primera línea de atención a pacientes diagnosticados con COVID-19.

ETAPA 2

- Adultos mayores de 60 hasta los 79 años de edad.



ETAPA 2

- Talento humano de servicios de salud, médicos residentes y docentes, prestadores de servicio de salud de todos los niveles de complejidad, médicos, sabedores ancestrales y médicos tradicionales.
- Estudiantes de medicina que se encuentren en prácticas, talento humano que apoya la situación de pandemia, que trabaja en bancos de sangre y tejidos y médicos domiciliarios.

**ETAPA 3**

- Mayores de 50 años con comorbilidades.

ETAPA 4

- Población privada de la libertad que esté cumpliendo aseguramiento en la modalidad intramural.
- Personal de custodia y vigilancia de la población privada de la libertad.
- Personal de la Fiscalía General de la Nación dedicada a la custodia y vigilancia de los internos en las celdas transitorias a cargo de la Fiscalía General de la Nación.



ETAPA 4

- Bomberos de Colombia, socorristas de la Cruz Roja Colombiana, socorristas de la Defensa Civil, habitantes de calle identificados por las alcaldías municipales.
- Controladores aéreos, los bomberos aeronáuticos, pilotos y auxiliares de vuelos internacionales.

**ETAPA 5**

- Mayores de 16 años sin ninguna comorbilidad o que por alguna razón no hayan sido vacunados en ninguna de las etapas anteriores.

Los resultados preliminares de los ensayos clínicos fase 3 en términos de efectividad fueron satisfactorios para garantizar autorizaciones aceleradas de comercialización y uso en emergencia¹ y con ello, la distribución y administración de dosis de vacunas en el mundo. No obstante, estos procesos se realizaron de distinta manera. Mientras los países de altos ingresos optaron principalmente por la administración de vacunas basadas en la tecnología de ARNm, los países de bajos y medianos ingresos optaron en su mayoría por administrar vacunas basadas en virus inactivados y en vectores virales (DIME Decisiones, 2020).

En el caso de Colombia, puntualmente se anunciaron negociaciones y disponibilidad de 5 marcas de vacunas diferentes (Moderna, Pfizer, Janssen, Sinovac y AstraZeneca), las cuales se adquirieron por medio de tres mecanismos principales:

¹ **¿Qué es una autorización acelerada?:** Es un tipo de decisión regulatoria en la que se reduce significativamente el tiempo de estudio por parte de las agencias sanitarias de la solicitud de autorización comercialización basados en información preliminar de los resultados de ensayos clínicos. Su objetivo principal es permitir el uso de tecnologías sanitarias para enfermedades médicas no satisfechas o para atender problemas relevantes de salud pública. Son otorgadas cuando no existen alternativas adecuadas, aprobadas y disponibles y son condicionadas al cumplimiento de ciertos criterios regulatorios.

1. El mecanismo multilateral COVAX², pilar de las vacunas del Acelerador ACT y responsable del arribo a Colombia de 17.354.880 dosis de vacunas COVID-19 hasta el mes de julio de 2022.
2. El mecanismo bilateral asociado a la negociación entre el país y distintas empresas farmacéuticas para la compra y, en ocasiones, distribución de dosis de vacunas. Las negociaciones de estos contratos empezaron en junio de 2020, y las primeras dosis (Pfizer) llegaron en febrero de 2021. Para julio de 2022, este mecanismo había suministrado 62.029.424 dosis, siendo en consecuencia el mecanismo de mayor peso para la estrategia de vacunación nacional.
3. El mecanismo de recepción de vacunas vía donaciones, recibidas desde julio de 2021. Estas donaciones provenían desde distintos Estados y fueron gestionadas, en algunos casos, a través del mecanismo COVAX (Alemania y España), en otros, mediante mecanismos bilaterales (Estados Unidos de América y Canadá). Hasta julio de 2022, Colombia había recibido 18.690.550 dosis a través de donaciones.

Desde el punto de vista regulatorio se observa que Colombia, en comparación con otros países de la región, presentó diferencias en el momento de autorización y en la llegada de algunas de las vacunas COVID-19 al país (DIME Decisiones, 2021; Canal Institucional, 2022) (Tabla 2). La vacuna Moderna, basada en ARNm, tardó varios meses más en ser autorizada y distribuida en la región, en comparación con Estados Unidos y la Unión Europea.

Tabla 2. Fechas de autorización y llegada de vacunas COVID-19 a la región de Latinoamérica y países de referencia. Fuente: DIME Decisiones, (2020). Elaboración propia

Vacuna	Autorización Colombia	Llegada a Colombia	Autorización Argentina	Autorización Brasil	Autorización Chile	Autorización México	Autorización EE. UU	Autorización EMA
Cominarty/ Tozinamerán	05/01/21	15/02/21	23/12/20	23/02/21 ¹	16/12/20	11/12/20	11/12/20	21/12/20
Spikevax/ Elasomerán	24/06/21	15/06/21 ²	04/10/21	N/A	02/02/22	08/18/21	17/12/20	06/01/20
Vaxzevria/ ChAdOx1-S	23/02/21	20/03/21	30/12/20	17/01/21	27/01/21	04/01/21	N/A	29/01/21
Ad26.COVS	25/03/21	23/06/21	N/A	31/03/21	10/06/21	27/06/21	27/02/21	11/03/21
CoronaVac	03/02/21	20/02/21	N/A	17/01/21	20/01/21	10/02/21	N/A	N/A

1. Se trata de fecha autorización definitiva de la vacuna
 2. Llegada a través de donaciones de EE. UU
- N/A: Vacuna no autorizada, ni incluida dentro de los planes nacionales de vacunación

² ¿Qué es COVAX? COVAX es una alianza impulsada por la OMS para acelerar e incentivar la producción de vacunas. Es un mecanismo para agregar las capacidades de producción y demanda ya instaladas en el mundo. Cada miembro de la alianza realiza el desarrollo individual de su vacuna y se "afilia" a COVAX, es decir manifiesta su interés de ofrecer cierto número de dosis a los países a través de este mecanismo.

Esta coyuntura regulatoria, acompañada del acaparamiento de dosis por parte de los países clasificados como de alto ingreso financiero, causó una distribución inequitativa de las vacunas (Duke Global Health Innovation Center, 2021). Por otro lado, el proceso de inmunización implicaba importantes desafíos en la cadena de suministro y en la estrategia logística y operativa para llevar la vacuna a todo el país.

En paralelo, se debe reconocer que para ejecutar este PNV el Gobierno tuvo que garantizar a las compañías farmacéuticas con las que negoció que serían exoneradas de cualquier tipo de responsabilidad en caso de que la vacuna generara efectos adversos. Textualmente, esta Ley (Ley 284 de 2020) indicada en unos de sus artículos lo siguiente:

(...) "Los fabricantes de vacunas contra la Covid-19 adquiridas y suministradas por el Gobierno Nacional sólo serán responsables por acciones u omisiones dolosas o gravemente culposas, o por el incumplimiento de sus obligaciones de buenas prácticas de manufactura o de cualquier otra obligación que le haya sido impuesta en el proceso de aprobación" (...)

Esto implica, que el Estado deberá responder por las eventuales demandas que se presenten por efectos adversos de las vacunas. Previendo esta situación jurídica, la misma Ley señaló que el Gobierno podrá contratar una póliza de cobertura global en aras de las posibles condenas que surjan contra el Estado por las reacciones adversas ocasionadas.

Transparencia en la contratación

Pese a que en Colombia existe el portal SECOP, en el cual las entidades estatales deben publicar los documentos de los procesos contractuales, desde la planeación hasta la liquidación, esta normativa fue desconocida en el marco de las negociaciones de adquisición en las vacunas, a través de cualquiera de los mecanismos identificados. Aunque la estrategia de vacunación COVID-19 fue declarada de interés público y se reconoció la necesidad de un proceso transparente, no se prevén garantías mínimas para acceder a los contratos.

Así, la obligación del Minsalud se limita a emitir informes mensuales de fácil acceso para el ejercicio del "control ciudadano". El Gobierno, por su parte, se encarga de anunciar las negociaciones conforme se dan. Sin embargo, ninguno de estos mecanismos divulga públicamente la documentación que sustenta los procesos. La obligación

de transparencia se limita al ámbito divulgativo y hasta propagandístico, pero no se reconoce el papel de veeduría y control que ejerce la sociedad civil.

Por otro lado, se identificó que la entidad encargada de la ejecución presupuestal del Fondo de Mitigación de Emergencias (FOME), no está obligada a seguir las normas públicas de transparencia en el acceso a la información sobre los contratos de compra (esto es, la Ley 1712 de 2014, entre otras) porque la ejecución de los recursos por parte del Fondo se rige por el derecho privado. Esta disposición, emanada de un Decreto-Legislativo por parte del poder ejecutivo, fue sometida a control judicial. Los argumentos para declarar su constitucionalidad se basaron en la necesidad de llevar a cabo procesos de contratación más expeditos en el marco de la emergencia sanitaria.

Ciertamente, la sociedad civil intentó acceder a la información reseñada por mecanismo jurídicos. Principalmente, se encontró una acción de tutela, cuya sentencia final fue emitida por el Consejo de Estado. En este caso judicial, el Instituto Anticorrupción (IIEA), una organización sin ánimo de lucro solicitó a la Unidad Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres (UNGRD) revelar información relacionada con el proceso de contratación entre el gobierno nacional y las distintas farmacéuticas para adquirir vacunas (mecanismo bilateral).

La solicitud del IIEA fue negada argumentando que los documentos contenían información confidencial. Esta respuesta dio lugar a una acción de tutela por parte del IIEA en la que se discutió judicialmente si era procedente o no la revelación de los contratos en orden a distintos derechos constitucionales.

El caso se encuentra actualmente en el Consejo de Estado, y cuenta con la intervención de distintos actores del gobierno y privados. En este proceso judicial se dio la revelación de algunos contratos de compra de vacunas; pero esto no fue gracias al cumplimiento de una orden judicial o la voluntad de los negociantes, sino a un error en el manejo de la información cometido por la alta corte

Estas categorías darán pie a un análisis cualitativo sobre el estado de transparencia y acceso a la información en Colombia. Se busca aclarar los fundamentos legales que rigen el manejo de recursos estatales y los procesos de adquisición de vacunas, esenciales para la estrategia de vacunación nacional. Así mismo, para entender la dimensión pública que permea este proceso y la posición del Estado frente a su obligación de transparencia, es importante recopilar y relatar las contiendas judiciales entre la sociedad civil en oposición a entidades estatales y privadas; por el ejercicio de su derecho de acceso a la información de interés público.



2. VACUNAS PARA LA POBLACIÓN EN MAYOR GRADO DE VULNERABILIDAD

En Colombia, la Ley 100 de 1993 estableció el enfoque diferencial como principio del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), lo cual insta a reconocer que hay poblaciones con características particulares debido a su edad, género, raza, etnia, condición de discapacidad y adicional a ello, la condición de víctima por el conflicto armado, para las cuales el SGSSS debe ofrecer especiales garantías. Además, la Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015 (Ministerio de Salud, 2015), en desarrollo del principio de equidad, establece que es deber del Estado adoptar políticas públicas dirigidas específicamente al mejoramiento de la salud de personas de escasos recursos, de los grupos vulnerables y de los sujetos de especial protección. Bajo este contexto normativo, el PNV no podía apartarse de dicho enfoque diferencial y era deber del Estado garantizar la vacunación de los habitantes de territorios aislados y dispersos.

El 17 de febrero de 2021 inició el proceso de vacunación en Colombia basado en el PNV (Figura 1). Como se mencionó anteriormente, la ejecución del plan se hizo mediante dos fases y cinco etapas. El objetivo de la fase inicial era reducir la mortalidad y la incidencia de casos graves por COVID-19, mientras que el objetivo de la segunda fase era reducir el contagio para generar inmunidad de rebaño. El PNV consideró una serie de principios orientadores: la solidaridad, la eficiencia, la beneficencia, la primacía del

interés general, la justicia social y justicia distributiva, la equidad y la transparencia. A partir del principio de equidad se definió que:

(...) Una aproximación desde una perspectiva de equidad permite que personas con dificultades de acceso a servicios de salud tengan garantía al acceso a la vacunación en condiciones diferenciales, como personas privadas de la libertad o a quienes residen en los territorios más alejados, en zonas rurales dispersas y alta ruralidad (...)

Tomando esto en cuenta y el contexto normativo del SGSSS, desde el PNV se consideró que:

(...) Se implementarán acciones positivas y estrategias para garantizar la vacunación de los habitantes de territorios aislados y dispersos. Es el caso de los resguardos indígenas, asentamientos de comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, la población de zonas rurales, rurales dispersas y territorios con menos de 1.500 habitantes (...).

A partir de las definiciones de principios y de enfoque se establecieron poblaciones con diferentes grados de vulnerabilidad que fueron incluidas en las fases del PNV. Se destaca la inclusión de población privada de la libertad (quienes se encontraban en mayor riesgo por habitar un contexto de hacinamiento), de personas habitantes o en situación de calle (considerando las barreras de acceso a información y servicios de salud, y la alta prevalencia de enfermedades crónicas) y la guardia indígena.



VULNERABILIDAD EN COLOMBIA

El Plan Decenal de Salud Pública (2022-2031) establece la siguiente aproximación a la vulnerabilidad:

(...) Una situación de desventaja en el ejercicio pleno de los derechos y libertades. Los hechos ponen en evidencia que la vulnerabilidad distancia del ejercicio de los derechos a las personas más débiles de la sociedad, las estigmatiza y las margina, por lo que el Estado y corresponsablemente los particulares, tienen la obligación de protegerlas dado que, en tales condiciones, desconocen sus derechos y las formas para hacerlos valer. (MSPS;2021, p.17)

Según el balance anual de COVID-19 realizado por *Information Management and Mine Action Program* (IMMAP, por sus siglas en inglés) y la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID, por sus siglas en inglés) entre enero de 2020 y junio

de 2021, se documenta un aumento en la vulnerabilidad en las poblaciones étnicas agudizada durante la pandemia, agravada por factores crecientes como la alta migración venezolana por conflictos políticos, la presencia y expansión de grupos armados, los desastres naturales y desequilibrios en la economía que limitaron la gestión óptima de la pandemia en grupos étnicos en las regiones.

Con este contexto, este documento toma en consideración la etnicidad como una variable de vulnerabilidad.

Según cifras oficiales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), las poblaciones afrodescendientes representan un total del 9,34% de la población total nacional. Las poblaciones indígenas representan un total del 4,4% de la población total nacional (DANE, 2018). Estas cifras denotan que tanto comunidad afrodescendiente como indígena son poblaciones minoritarias y por lo tanto poblaciones con alta probabilidad de encontrarse en condiciones de vulnerabilidad.

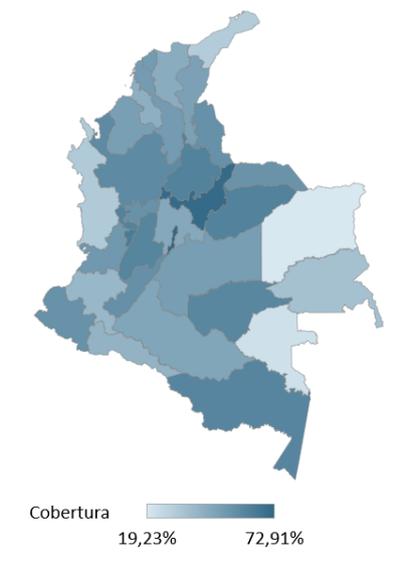
Teniendo en cuenta lo anterior, se suma el impacto de la desescolarización, la desnutrición, la violencia doméstica, y los problemas de salud mental. A su vez, las cifras de mortalidad por COVID-19 son más altas para afrodescendientes e indígenas (3,24% y 3,19%, respectivamente) en comparación con la tasa general de letalidad por caso de 2,54% (Banco Interamericano de Desarrollo, 2021)

LA VACUNACIÓN EN CIFRAS

De acuerdo con las cifras oficiales reportadas por Minsalud, para finales del mes de julio de 2022 en Colombia se contaba con una cobertura promedio nacional del 56,29% para el esquema completo de vacunación. Sin embargo, el reporte por departamentos refleja importantes diferencias para las regiones periféricas del país, en donde un año y medio después de la implementación del PNV y el establecimiento de dosis de refuerzo, departamentos como Cauca, Guainía, Chocó, La Guajira, Vaupés y Vichada, según Minsalud (2022) aún no superan el 40% de cobertura en esquemas completos para su población (Ver figura 2). Llama la atención que estos mismos departamentos son tradicionalmente conocidos como sectores en donde habitan un número importante de población indígena y afrodescendiente colombiana.



Figura 2. Cobertura de esquema completo por departamentos en Colombia. Fuente: Dashboard Minsalud sobre cobertura de vacunación. Fecha de corte: 25 de julio de 2022. Elaboración propia.



POBLACIÓN MIGRANTE

A pesar de que en Colombia la población migrante no es considerada como vulnerable dentro del Plan Decenal de Salud, ciertamente este es uno de los países con mayor afluencia de migrantes, principalmente, debido a la crisis social y económica que atraviesa el país de Venezuela. Según el *informe "Reporte estadístico de Migración No 1"* del 15 de junio de 2022; 1.821.041 venezolanos han sido registrados como migrantes; existiendo estimados que esta población migrante debe rondar los 2.500.000 personas. En diciembre del año 2020, en los momentos previos al inicio de la vacunación en el país, tanto desde la Presidencia de la República como del Ministerio de Salud manifestaron públicamente que la población migrante no sería tomada en cuenta dentro del Plan Nacional de Vacunación;

(...) "Hemos dicho que cualquier anuncio donde se diga que en Colombia se va a vacunar cualquier migrante que esté en territorio colombiano, independientemente si se ha resuelto o no su situación migratoria, lo que puede generar inmediatamente es una presión migratoria que puede llevar a colapsar en muchos lugares los servicios de salud" (...) (Programa Prevención y Acción, 2021)

A partir de febrero de 2021, cuando comenzó el desarrollo del Plan Nacional de

Vacunación, el tema “migrantes” ya hacia parte del panorama, el gobierno nacional apuntó al sistema COVAX como medio de donación de las respectivas dosis, al enmarcarse en uno de los objetivos definidos en el mismo, así:

(...) “Con el fin de proteger a la población colombiana del covid-19, el Gobierno Nacional diseña un programa especial para inmunizar a los migrantes que se encuentran de manera irregular en Colombia. Así lo dio a conocer el ministro de Salud y Protección Social, Fernando Ruiz Gómez.

El jefe de la cartera habló del reto de salud pública con esta población migrante no nominalizada y no identificada. «Acordémonos que hay que aplicarles una segunda vacuna, porque la mayoría de las vacunas vienen en dos dosis. Entonces, el reto aquí es identificar y tener la certeza de que esa población se va a vacunar y revacunar, que la podemos realmente ubicar con su lugar de residencia», dijo.

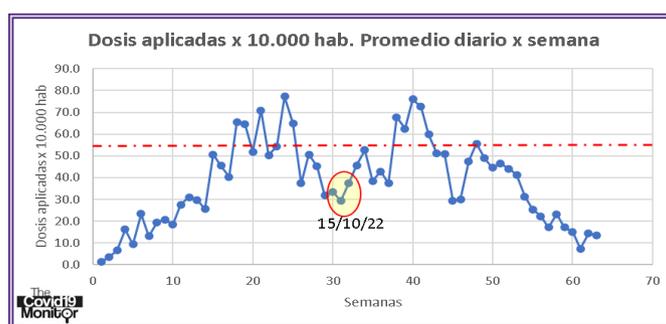
Pese a la situación de irregularidad, sumada a la condición nómada que viven algunas personas migrantes en el país, Ruiz Gómez aseguró que «están siendo sujeto de un programa que estamos diseñando con Cooperación Internacional, porque la vacunación puede ser mucho más compleja» por factores mencionados que permitan seguimiento, sumado a la disponibilidad del biológico.

Agregó que justamente en ese último aspecto el Gobierno Nacional está trabajando para contar con la contribución de otros países. Asimismo, se adelanta gestión con el mecanismo COVAX, que «ya tiene destinado un número bastante grande de vacunas para poblaciones en situación irregular en otros países y nosotros estamos haciendo la respectiva aplicación para tener acceso a esas vacunas», afirmó el ministro.” (...) (Diario La Libertad, 2021)



El 26 de julio de 2021, arribo a Colombia una donación de 3.500.000 vacunas del Laboratorio Moderna, cuyo objetivo principal era atender a la población migrante. Sin embargo, no fue sino hasta el 15 de octubre de 2021 durante el desarrollo del PMU105 (Puesto de Mando Unificado) que desde el Ministerio de Salud se señaló a la población migrante, dando prioridad a las madres gestantes en la primera etapa. Ahora bien, en este momento de las declaraciones del Ministerio de Salud, el PNV estaba afectado por un bajo rendimiento, atribuido a baja disponibilidad de biológicos y problemas logísticos generales lo que pudo dificultar la inmunización de esta población (ver Figura 3).

Figura 3. Dosis aplicadas por 10.000 habitantes. Promedio diario por semana. Tomado de The Covid19 Monitor



Solo hasta el 9 de diciembre de 2021 se emite el Decreto 1671 de 2021 donde se incluyen a personas que se encuentran en el territorio nacional en zonas de frontera, como parte de la población objeto del Plan Nacional de Vacunación contra el COVID-19. Finalmente, el 3 de Julio de 2022, después de haber finalizado el decreto de emergencia sanitaria, el director de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud declaro que “ya son 643.342 personas con primera o única dosis” convirtiéndose esta en la única declaración pública con respecto al número de migrantes realmente vacunados en Colombia que, sobre un total estimado de 2.500.000 personas, representaría solo un 25%. Es importante resaltar que, en cuanto a información pública de datos con respecto a la vacunación, no existe ninguna fuente que permita validar el comentario del Ministerio de Salud.

Por último, la dificultad en el registro de la vacunación de la población migrante, sobre todo la indocumentada, tiene razón en el hecho que la identificación de la población a vacunar se realizó con la información proveniente de fuentes oficiales como las Entidades Promotoras de Salud (EPS), y como es sabido, las personas migrantes indocumentadas no están incluidas en bases de datos oficiales, y mucho menos en las de las EPS, pues no pueden afiliarse al sistema de salud. Al no existir un mecanismo distinto al de la EPS, esta población presentaba una barrera para acceder a la vacuna lo cual las dejaba automáticamente por fuera del PNV, puesto que afiliarse a una EPS es materialmente imposible si se está indocumentado.



COMUNIDADES INDÍGENAS Y AFRODESCENDIENTES

En un ejercicio para establecer de manera preliminar una línea base de análisis sobre las causas de las inequidades en el acceso de la vacunación en estos grupos étnicos en específico, se definieron cuatro criterios para la selección de territorios en los cuales las brechas y barreras para llevar a cabo el proceso de vacunación se hicieran más evidentes. Estos criterios se describen a continuación:

1. **Concentración de la población:** Se refiere a aquellas zonas con mayor número de habitantes pertenecientes a comunidades indígenas y afrodescendientes. Se seleccionaron territorios con una concentración de la población de interés de más del 60%.
2. **Índice de pobreza multidimensional (IPM).** Permite dar cuenta de diferentes brechas de desigualdad en los territorios del país en el campo educativo, social y económico. Se seleccionaron aquellas zonas que presentaran más del 60% de vulnerabilidad dentro de la población. Adicionalmente, se tomó en cuenta información de los PDET (Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial) para identificar zonas afectadas por el conflicto armado colombiano, ya que el 19% de víctimas del conflicto armado en Colombia se auto reconocen como indígenas y de acuerdo con cifras de la Unidad para las Víctimas, 32,1% del total de víctimas son negras, palenqueras y raizales.
3. **Afectación territorial por COVID-19:** Este criterio se consideró con el fin de medir el impacto de COVID-19 sobre la población de interés. Se tomaron en cuenta cifras oficiales del DANE. En las poblaciones afro las defunciones por la COVID-19 se dieron en su mayoría en departamentos tales como Valle del Cauca, Bolívar, Chocó, Nariño, Antioquia y el Atlántico. En el caso de poblaciones indígenas, según la Organización Nacional Indígena de Colombia (ONIC), la afectación de estos pueblos a causa de COVID-19 se concentró en departamentos como el Amazonas, la Guajira, Guainía y Putumayo. Las defunciones por COVID-19 en comunidades indígenas representan el 1,9% del total nacional, mientras que las ocurridas a las comunidades afrocolombianas representan el 4,2% del total nacional (ONIC, 2022).
4. **Plan de vacunación:** Entendido como el porcentaje de vacunación dentro de las poblaciones étnicas. Se seleccionaron aquellos municipios con menos del 50% de esquemas de vacunación

completos y en contraposición municipios con más del 50% de esquemas de vacunación completos, esto con el fin de realizar una comparativa entre municipios con altos índices de inmunización y municipios con bajos índices de inmunización teniendo en cuenta la posición de índice de pobreza (IPM) que representan sus territorios. De este modo, se busca generar una correlación entre la incidencia de pobreza de la región como factor limitante en el proceso de inmunización del gobierno nacional en territorio colombiano.

Tomando los criterios mencionados anteriormente, se seleccionaron los siguientes territorios (ver Tabla 3) para ejemplificar la situación de acceso en las comunidades étnicas señaladas. Una descripción detallada de esta información se encuentra como Anexo al presente documento.

POSIBLES BARRERAS EN LA VACUNACIÓN DE LA COMUNIDAD INDÍGENA Y AFRODESCENDIENTE

Las brechas para inmunizar poblaciones vulnerables tienen una naturaleza diversa y un carácter contextual. Estas se configuran como resultado de una serie de factores geográficos, regulatorios, sociales y culturales. A continuación, se mencionan algunas generalidades sobre algunas brechas que serán profundizadas posteriormente con las vivencias de la población.

i. Barreras de acceso

Disponibilidad. En primera instancia, debe reconocerse que las vacunas estuvieron disponibles en el país hasta el 15 de febrero del 2021, mientras en otros países de la región llegaron en el último bimestre del año 2020 (Tabla 2). Según la Revista Nueva Sociedad (2020), se ha especulado que esto sucedió porque el gobierno colombiano no estableció alianzas, ni promovió la creación de un bloque sudamericano, tanto para generar capacidades de producción y disponibilidad de vacunas en la región y en Colombia, como para incidir en los escenarios globales de negociación. Esto a pesar de participar en el Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud y del Comité Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, dos escenarios considerados como privilegiados para la toma de decisiones (MinSalud, 2020; PAHO, 2017).

Tabla 3. Territorios seleccionados para identificar brechas en el acceso a la vacuna. Fuente: Minsalud casos COVID-19 PAIWEB, corte abril 26 de 2022, datos demográficos DANE. Elaboración propia.

Municipio/Factor	Leticia	Vigía	Ipiales	Turbo	Buenaventura
Departamento	Amazonas	Antioquia	Nariño	Antioquia	Valle
Población	50,811	9,569	115,810	132,236	313,508
Población Afro	379	6,683	750	72,564	220,318
% Población Afro	0.7%	69.8%	0.6%	54.9%	70.3%
Población indígena	18,212	1,035	34,932	2,322	3,919
% Población indígena	35.8%	10.8%	30.2%	1.8%	1.3%
IPM Total	48.4%	76.1%	23.4%	49.9%	41.0%
IPM Centros Poblados	67.8%	82.6%	41.0%	54.8%	67.4%
Casos sintomáticos detectados	6,758	209	9,431	4,490	11,561
Fallecidos totales registrados	298	4	472	257	623
Tasa de mortalidad acumulada	4.4%	1.9%	5.0%	5.7%	5.4%
IFR	0.5865%	0.0418%	0.4076%	0.1943%	0.1987%
Mortalidad por millón hab	5,865	418	4,076	1,943	1,987
Esquemas Completos	89.8%	39.2%	87.3%	40.7%	41.6%
Primer refuerzo	33.3%	12.0%	27.2%	7.7%	9.1%
Total, Dosis Aplicadas	107,735	7,508	221,403	134,722	283,542
Primera dosis	45,208	2,605	88,794	70,677	124,776
Segunda dosis	41,012	1,824	78,633	44,660	87,982
Única dosis	4,602	1,926	22,444	9,148	45,363
1er Refuerzo	16,913	1,153	31,531	10,236	28,388
2do Refuerzo	0	0	1	1	33
Esquemas completos	45,614	3,750	101,077	53,808	130,345
Dosis aplicadas x 100 hab	212	78	137	102	90
Primeras dosis x 100 hab	89	27	77	53	40
Segundas dosis x 100 hab	81	19	68	34	27
Monodosis x 100 hab	9	20	19	7	14
Esquemas completos x 100 hab	90	39	87	41	42
1er refuerzo x 100 hab	33	12	27	8	9

Sumado a esto, la llegada de las vacunas al país se dio en el marco de la escasez mundial dada por la alta demanda global y las limitaciones de producción de las compañías farmacéuticas, lo cual generó desabastecimiento del biológico e incumplimiento en los acuerdos por parte de las compañías (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021). Por ejemplo, algunos medios de comunicación como la Radio Nacional de Colombia en sus informes (2021) o la Alcaldía de Pasto (2021), alertaban que para los meses de agosto y septiembre de 2021 se reportaban desabastecimientos de algunas marcas de biológicos, en diversas zonas del país, así mismo lo relató la Secretaría Distrital de Salud del municipio Buenaventura (Valle del Cauca) a su población:

“Queremos ofrecer todas las excusas a la población que está a la espera de su segunda dosis de Sinovac, la falta de este biológico no es solo una dificultad para Buenaventura, sino un problema de desabastecimiento del país. Estamos haciendo todo lo necesario para que tan pronto llegue al país un nuevo lote de este biológico, Buenaventura esté priorizado y la comunidad termine su fase de vacunación” (2021).

Condiciones de almacenamiento de la vacuna vs limitaciones geográficas.

Para asegurar que las vacunas fueran aplicadas en óptimo estado en las regiones apartadas era necesario que se garantizarán condiciones de estabilidad específicas. Por ejemplo, la vacuna de Pfizer/BioNtech, una de las primeras en llegar al territorio nacional, requería ultracongelación para su conservación durante todo el proceso logístico, incluido el transporte. El Minsalud en un inicio anunció la compra de 44 ultra congeladores (Ministerio de Salud, 2021), y priorizó su disposición en siete ciudades del país, esto indicaba que la aplicación del biológico solo se haría en las grandes urbes en consideración de las condiciones complejas del almacenamiento. Como se mencionó anteriormente, parte de la población indígena y afrodescendiente se encuentra localizada en zonas periféricas y alejadas del país, lo cual dificulta su desplazamiento hasta los sitios de vacunación inicialmente asignados, lo que pudo haber retrasado la inmunización en esta población. Un informe de las Naciones Unidas señalaba en agosto de 2021 que:

Dieciséis indígenas Yagua de la comunidad Siete de Agosto, una de las más alejadas del territorio amazónico colombiano, reunieron dinero para comprar 10 galones de gasolina que se necesitan para navegar por el río Atacuari hasta su desembocadura en el Amazonas. Su objetivo: llegar al municipio de Puerto Nariño con el fin de avanzar rápidamente en el proceso de vacunación contra la COVID-19 (2021).

Si bien el país se apoyó de la experiencia técnica acumulada y de infraestructura existente gracias al Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), persisten las barreras de acceso a las regiones más apartadas geográficamente, lugares en los que deben considerarse dificultades como el problemático estado de las vías sin pavimentar, la inexistencia de vías o condiciones climáticas adversas.

ii. Asimetrías y distorsiones de la información

Insuficiencia del alcance de canales de comunicación institucionales. Una vez se establecieron las fases y etapas del PNV, era necesario que existieran suficientes esfuerzos para comunicar adecuada y oportunamente a la

población su estatus de priorización definido. Para este fin se gestaron iniciativas como la aplicación Mi Vacuna, con la cual era posible consultar esta información. Sin embargo, considerando algunas limitaciones en cuanto al acceso de dispositivos electrónicos, internet o red eléctrica en algunas regiones del país, debían fortalecerse otros canales de comunicación activa por parte de las aseguradoras para llegar a las comunidades étnicas. Estos canales debían ser continuos ya que constantemente se hacían modificaciones al Plan y se incorporaban nuevos grupos de riesgo.

Insuficiencia en los esfuerzos de adaptación de los contenidos. A pesar de que el SGSSS tiene un enfoque diferencial como principio, desde el inicio del proceso de vacunación no se tuvo en cuenta del todo el contexto socio cultural de estas poblaciones, específicamente de las comunidades indígenas, en asuntos como el diseño de piezas de comunicación con diversidad cultural y de lenguaje, en consideración de la idiosincrasia de la población. Solo hasta la expedición de la Circular 040 del 21 de julio del 2021 (5 meses después de la llegada de las vacunas al país), el Minsalud impartió directrices acerca del manejo del PNV en las comunidades étnicas a las Entidades Territoriales (ET), Entidades Promotoras de Salud (EPS), Entidades Promotoras de Salud Indígenas (EPSI) e Instituciones Prestadores de Salud (IPS). (Ministerio de Salud, 2021)

Desinformación. En el mundo se anunciaba la pandemia y a la par, se generaba una avalancha de información de diversa índole, conocida como la infodemia: tanto información veraz como no veraz permeó los canales de comunicación de las personas, y tuvo implicaciones en la modificación de los comportamientos de protección que se recomendaban desde las instituciones (Pan American Health Organization, 2020). En lo concerniente a la situación de las poblaciones en situación de vulnerabilidad frente a las vacunas contra COVID-19, la circulación de rumores o percepciones basadas en información falsa pudo haber generado un ambiente de rechazo en el caso de las vacunas (Suárez, 2022).

iii. Cosmovisiones diferentes

Uno de los elementos más relevantes que el gobierno nacional debía tener en consideración tras la introducción de la vacunación contra COVID-19 era que podrían existir tensiones entre los múltiples sistemas de valores y creencias asociados a la diversidad étnica y cultural del país, y la aceptación de la vacunación. En el caso de comunidades indígenas, una de las principales brechas que ha impedido la vacunación de todos los pueblos ha sido la preferencia de medicina tradicional por encima de las

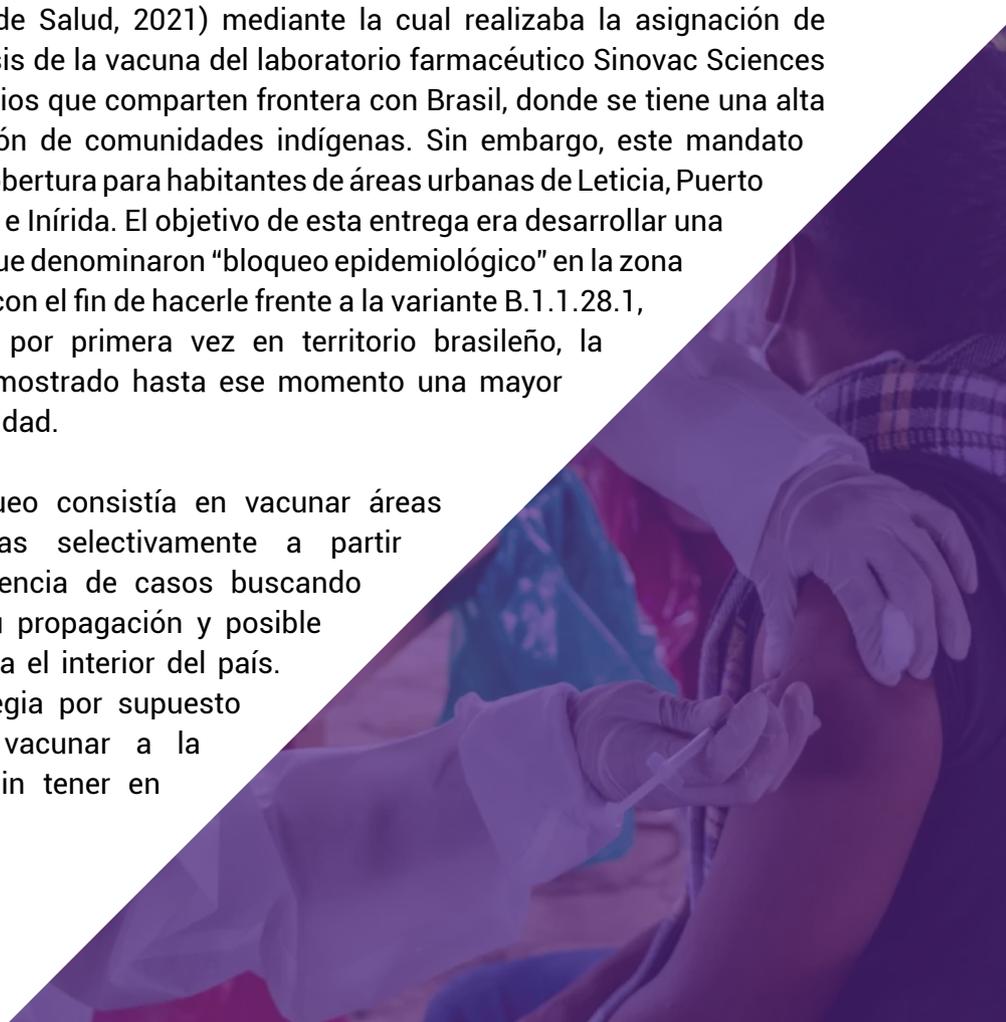
vacunas ofrecidas en el PNV. Según el boletín 056 de Sistema de Monitoreo Central (ONIC, 2022), varios consejos regionales indígenas tomaron la determinación de no acogerse al Plan Nacional de Vacunación por falta de consulta previa y no poseer un enfoque diferencial que tenga en cuenta las tradiciones culturales de pueblos indígenas. Por tal motivo en estos pueblos que habitan en departamento tales como Caquetá, Chocó, Guajira, Meta y Vichada decidieron tomar la atención del COVID-19 desde la medicina tradicional, decisión que pudo haber generado dificultad para inmunizar a esta población. En el caso de afrodescendientes y algunas comunidades indígenas que sí deseen vacunarse, las principales brechas podrían ser algunas de las ya mencionadas como la falta de información de calidad sobre las vacunas para evitar generar la desinformación, además contextos socio económicos complicados y el difícil acceso a zonas rurales alejadas del país.



RESPUESTA DEL GOBIERNO A LAS NECESIDADES DE INMUNIZACIÓN DE INDÍGENAS Y AFRODESCENDIENTES

21 de febrero del 2021. El Minsalud expidió la Resolución 195 del 2021 (Ministerio de Salud, 2021) mediante la cual realizaba la asignación de 192.000 dosis de la vacuna del laboratorio farmacéutico Sinovac Sciences a los territorios que comparten frontera con Brasil, donde se tiene una alta concentración de comunidades indígenas. Sin embargo, este mandato sólo tenía cobertura para habitantes de áreas urbanas de Leticia, Puerto Nariño, Mitú e Inírida. El objetivo de esta entrega era desarrollar una estrategia que denominaron “bloqueo epidemiológico” en la zona amazónica con el fin de hacerle frente a la variante B.1.1.28.1, identificada por primera vez en territorio brasileño, la cual había mostrado hasta ese momento una mayor transmisibilidad.

Dicho bloqueo consistía en vacunar áreas seleccionadas selectivamente a partir de la ocurrencia de casos buscando controlar su propagación y posible avance hacia el interior del país. Esta estrategia por supuesto contempló vacunar a la población sin tener en



cuenta las fases y etapas del PNV, excluyendo solo a menores de edad, mujeres en estado de gestación o personas con resultado positivo menor a 90 días. El Minsalud planeaba con esta estrategia cubrir al menos el 58 % de la población objeto del PNV en esta región.

23 de agosto del 2021. El jefe de la Oficina de Promoción Social del Minsalud en una entrevista realizada por un medio de comunicación colombiano (Ministerio de Salud, 2021) señaló que gracias al enfoque diferencial incluido en el PNV se han hecho esfuerzos en entender la cosmovisión de las diferentes poblaciones étnicas, lo que ha permitido dar continuidad a la inmunización de estas comunidades. Y sumado a esto, la generación de lineamientos y disposiciones propias de los grupos étnicos ha facilitado la ejecución del PNV en armonía con los modelos interculturales. Así mismo, resaltó que de acuerdo con las etapas del PNV donde se tiene en cuenta los municipios de hasta 100 mil habitantes se está incluyendo aquellos territorios con más del 50% de su población pertenecientes a los diferentes grupos étnicos.

17 de febrero del 2022. Con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) fue posible desarrollar diálogos de saberes con algunas autoridades indígenas del departamento del Amazonas, específicamente de los pueblos Huitoto y Ticuna para ajustar las acciones de promoción de la vacunación a las necesidades del territorio dada la cosmovisión de estos pueblos (Vivas, 2022) Así mismo, buscando eliminar las barreras del lenguaje, las brigadas de salud han estado acompañadas por traductores indígena lo que permitió vacunar el 34% de la población indígena del Amazonas.

Tomando como ejemplo este caso del Amazonas, posteriormente se replicó la misma estrategia en el departamento de Nariño, sin embargo, esta estrategia de promoción estuvo dirigida a 80 jóvenes de 32 resguardos indígenas (Vivas, 2022) quienes debían replicar lo aprendido. Adicionalmente, se organizaron mingas donde se construyeron campañas de comunicación radial a través de la emisora indígena Camawari, en castellano y en lengua awapit.

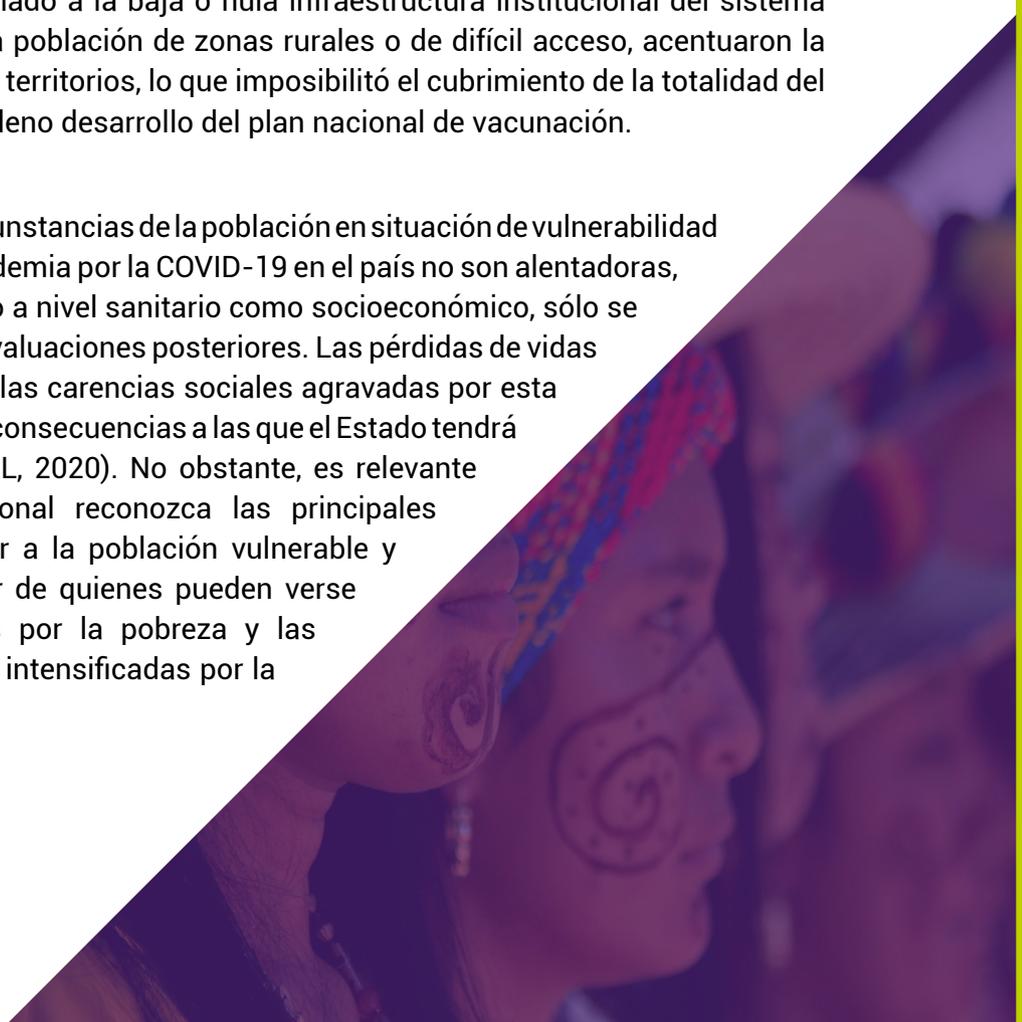
SITUACIÓN DE LA INMUNIZACIÓN CONTRA LA COVID-19 EN COLOMBIA



CONCLUSIÓN

Las desigualdades históricas que afectan a las poblaciones afrodescendientes e indígenas del país constituyen uno de los principales elementos de vulnerabilidad de estos pueblos frente a la pandemia por la COVID-19. A pesar de que el Gobierno Nacional ha hecho un esfuerzo para inmunizar a estos grupos poblacionales, la situación de desigualdad agudizada por la pandemia ha dificultado su cobertura total. Uno de los principales factores del limitado acceso a la vacunación de los grupos étnicos, corresponde a las adversidades en la distribución del biológico; que por un lado tienen causa en la escasez global, las condiciones técnicas de las vacunas adquiridas, invisibilidad en el plan nacional de vacunación, falta de alianzas regionales para la adquisición, entre otras. Y, de otra parte, aunado a la problemática preexistente con las poblaciones en situación de vulnerabilidad la limitación geográfica, la mala calidad de la estructura vial y algunas veces, la ausencia de reconocimiento del Estado de su cosmovisión sumado a la baja o nula infraestructura institucional del sistema de salud para atender a población de zonas rurales o de difícil acceso, acentuaron la crisis sanitaria en estos territorios, lo que imposibilitó el cubrimiento de la totalidad del territorio nacional y el pleno desarrollo del plan nacional de vacunación.

Sin lugar a duda, las circunstancias de la población en situación de vulnerabilidad en el contexto de la pandemia por la COVID-19 en el país no son alentadoras, pero el efecto real, tanto a nivel sanitario como socioeconómico, sólo se podrá determinar con evaluaciones posteriores. Las pérdidas de vidas de estas poblaciones y las carencias sociales agravadas por esta crisis sanitaria tendrán consecuencias a las que el Estado tendrá que hacer frente (CEPAL, 2020). No obstante, es relevante que el Gobierno Nacional reconozca las principales brechas para inmunizar a la población vulnerable y tome medidas en favor de quienes pueden verse mayormente afectados por la pobreza y las desigualdades sociales intensificadas por la crisis sanitaria vivida.



SITUACIÓN DE LA INMUNIZACIÓN CONTRA LA COVID-19 EN COLOMBIA

REFERENCIAS

- Alcaldía de Pasto. (2021, 08 27). *Noticias de Salud: Secretaría de Salud de Pasto confirma desabastecimiento de vacuna Moderna para primeras y segundas dosis*. Alcaldía de Pasto. Retrieved 07 29, 2022, from Secretaría de Salud de Pasto confirma desabastecimiento de vacuna Moderna para primeras y segundas dosis
- Banco Interamericano de Desarrollo. (2021, 3). *Transparencia y equidad en la distribución de vacunas COVID-19 en América Latina y el Caribe: Preguntas claves para abordar temas de género y diversidad*. Publications. Retrieved July 29, 2022, from <https://publications.iadb.org/es/transparencia-y-equidad-en-la-distribucion-de-vacunas-covid-19-en-america-latina-y-el-caribe>
- Canal Institucional. (2022, 02 16). *¿Cuántas vacunas contra COVID-19 han llegado a Colombia?* Retrieved 07 29, 2022, from <https://vacunacoronavirus.canalinstitucional.tv/cuantas-vacunas-han-llegado-colombia>
- CEPAL. (2020). *Estudio Económico de América Latina y el Caribe Principales condicionantes de las políticas fiscal y monetaria en la era pospandemia de COVID-19*. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46070/S2000371_es.pdf?sequence=89&isAllowed=y
- Colombia será miembro del Comité Ejecutivo de la OMS. (2020, May 19). Ministerio de Salud y Protección Social. Retrieved July 29, 2022, from <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-sera-miembro-del-Comite-Ejecutivo-de-la-OMS.aspx>
- DANE. (2018, 11 6). *POBLACIÓN NEGRA, AFROCOLOMBIANA, RAIZAL Y PALENQUERA RESULTADOS DEL CENSO NACIONAL DE POBLACIÓN Y VIVIENDA 2018*. DANE información para todos. Retrieved 07 29, 2022, from <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/grupos-etnicos/presentacion-grupos-etnicos-poblacion-NARP-2019.pdf>
- DIME Decisiones. (2020, 9 1). *Panorama de las vacunas más avanzadas en COVID-19*. DIME Decisiones. http://www.proyectodime.info/apex/f?p=355:12:9069108238354:::P12_ID_PUBLICACION:548
- DIME Decisiones. (2020, 12 20). *Breve recordatorio sobre el significado de las autorizaciones de uso en emergencia*. http://www.proyectodime.info/apex/f?p=355:21:0:::P21_ID_PUBLICACION:486
- DIME Decisiones. (2021, 5 29). *Seguimiento a las decisiones regulatorias para las*

- vacunas COVID-19. http://www.proyectodime.info/apex/f?p=355:21:0:::P21_ID_PUBLICACION:485
- Duke Global Health Innovation Center. (2021). *Launch and Scale Speedometer*. Duke University. Retrieved July 29, 2022, from <https://launchandscalefaster.org/covid-19>
- González, K. (2021, August 9). *La vacunación contra el COVID-19 de los pueblos indígenas del Amazonas: un objetivo, muchos retos*. Naciones Unidas - UN News. Retrieved July 29, 2022, from <https://news.un.org/es/story/2021/08/1495282>
- Instituto Nacional de Salud. (2022, 7 28). *COVID-19 en Colombia*. Instituto Nacional de Salud. Retrieved July 29, 2022, from <https://www.ins.gov.co/Noticias/paginas/coronavirus.aspx>
- Ministerio de Salud. (2015). *Ley Estatutaria 1751*. El Congreso de Colombia. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf
- Ministerio de Salud. (2021, 01 19). *Colombia cuenta con seis ultracongeladores para vacunas contra covid-19*. Boletín 052. Retrieved 07 29, 2022, from <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-cuenta-con-seis-ultracongeladores-para-vacunas-contra-covid-19.aspx>
- Ministerio de Salud. (2021, 02 22). *Resolución 0195 del 2021*. Ministerio de Salud y Protección Social. Retrieved 07 27, 2022, from https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20195%20de%202021.pdf
- Ministerio de Salud. (2021, 07 17). *Vacunación contra COVID-19*. Retrieved 07 29, 2022, from <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/Vacunacion/Paginas/Vacunacion-covid-19.aspx#:~:text=Colombia%20asegur%C3%B3%20para%20sus%20ciudadanos,progresivamente%20alcanzar%2035%20millones%20de>
- Ministerio de Salud. (2021, 07 21). *NSTRUCCIONES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN NACIONAL DE VACUNACIÓN CONTRA LA COVID-19 EN PUEBLOS Y COMUNIDADES INDÍGENAS*. Circular No. 40 de 2021. Retrieved 07 29, 2022, from <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/circular-externa-040-de-2021.pdf>
- Ministerio de Salud. (2021, 08 23). *Así va la vacunación contra el covid-19 en grupos étnicos*. Ministerio de Salud. Retrieved 07 29, 2022, from <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Asi-va-la-vacunacion-contra-el-covid-19-en-grupos-etnicos.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020, October 7). *Minsalud hizo balance del sistema en la ruralidad frente al covid-19*. Ministerio de Salud y Protección Social. Retrieved July 29, 2022, from <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-hizo-balance-del-sistema-en-la-ruralidad-frente-al-covid-19.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2021, 1 29). *Decreto 109 de 2021*. Decreto 109 de 2021. <https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO-109-29-ENERO-2021.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2021, September 10). *Minsalud exhorta*

- a territorios a aplicar Pfizer solo en población priorizada. Ministerio de Salud y Protección Social. Retrieved July 29, 2022, from <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-exhorta-a-territorios-a-priorizar-aplicacion-de-Pfizer.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2022, 04 1). *PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA PDSP 2022 - 2031*. Ministerio de Salud. Retrieved 07 29, 2022, from <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/documento-plan-decenal-salud-publica-2022-2031.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2022, 7 28). *Dosis aplicadas contra COVID-10*. Retrieved July 29, 2022, from <https://app.powerbi.com/w?r=eyJrIjojNThmZTJmZWYtOWFhMy00OGE1LWFiNDAtMTJmYjM0NDNA5NGY2IiwidCI6ImJmYjdlMTNhLTdmYjctNDAxNi04MzBjLWQzNzE2ZThkZDhiOCJ9>
- Nueva Sociedad. (2020, 12). ¿Qué pasa con la cooperación latinoamericana en salud? <https://nuso.org/articulo/que-pasa-con-la-cooperacion-regional-en-salud/>
- ONIC. (2022, 02 18). *INFORMACIÓN PARA PROTEGER LA VIDA Y LOS TERRITORIOS*. BOLETÍN 056. Retrieved 07 29, 2022, from https://www.onic.org.co/images/pdf/SMT-ONIC_Boletin_56_1.pdf
- Our World in Data. (2022, 7 29). *Cumulative confirmed COVID-19 cases and deaths, World*. Our World in Data. Retrieved July 29, 2022, from <https://ourworldindata.org/grapher/cumulative-deaths-and-cases-covid-19>
- PAHO. (2017, june 1). *Comité Ejecutivo de la OPS adopta la estrategia de recursos humanos para la salud universal*. OPS/OMS. OPS/OMS | Comité Ejecutivo de la OPS adopta la estrategia de recursos humanos para la salud universal
- Pan American Health Organization. (2020). *Understanding the infodemic and misinformation in the fight against COVID-19*. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52052/Factsheet-infodemic_eng.pdf
- Radio Nacional. (2021, September 4). *Covid-19: Así avanza la vacunación en las regiones de Colombia*. Radio Nacional de Colombia. Retrieved July 29, 2022, from <https://www.radionacional.co/actualidad/salud/covid-19-asi-avanza-la-vacunacion-en-colombia>
- Secretaría Distrital de Salud de Buenaventura. (2021, September 2). *Hay 1.800 dosis de Astrazeneca para segundas dosis en Buenaventura*. Alcaldía Distrital de Buenaventura. Retrieved July 29, 2022, from <https://www.buenaventura.gov.co/articulos/hay-1800-dosis-de-astrazeneca-para-segundas-dosis-en-buenaventura>
- Suárez, E. (2022, 07 27). *¿Qué hay detrás del rechazo de los indígenas de Cumaribo a las vacunas contra el covid-19?* Consejo de Redacción. Retrieved 07 29, 2022, from <https://consejoderedaccion.org/sello-cdr/investigacion/que-hay-detras-del-rechazo-de-los-indigenas-de-cumaribo-a-las-vacunas-contra-el-covid-19>
- USAID, IMMAP. (2021, 1 5). *COVID-19 ANÁLISIS DE SITUACIÓN TIPO DE CRISIS:*

EPIDEMIA. Balance Anual Junio-2020 - Junio- 2021. Retrieved 07 29, 2022, from <https://reliefweb.int/report/colombia/colombia-immmapdfs-covid-19-lisis-de-la-situacion-20-octubre-30-noviembre-2020>

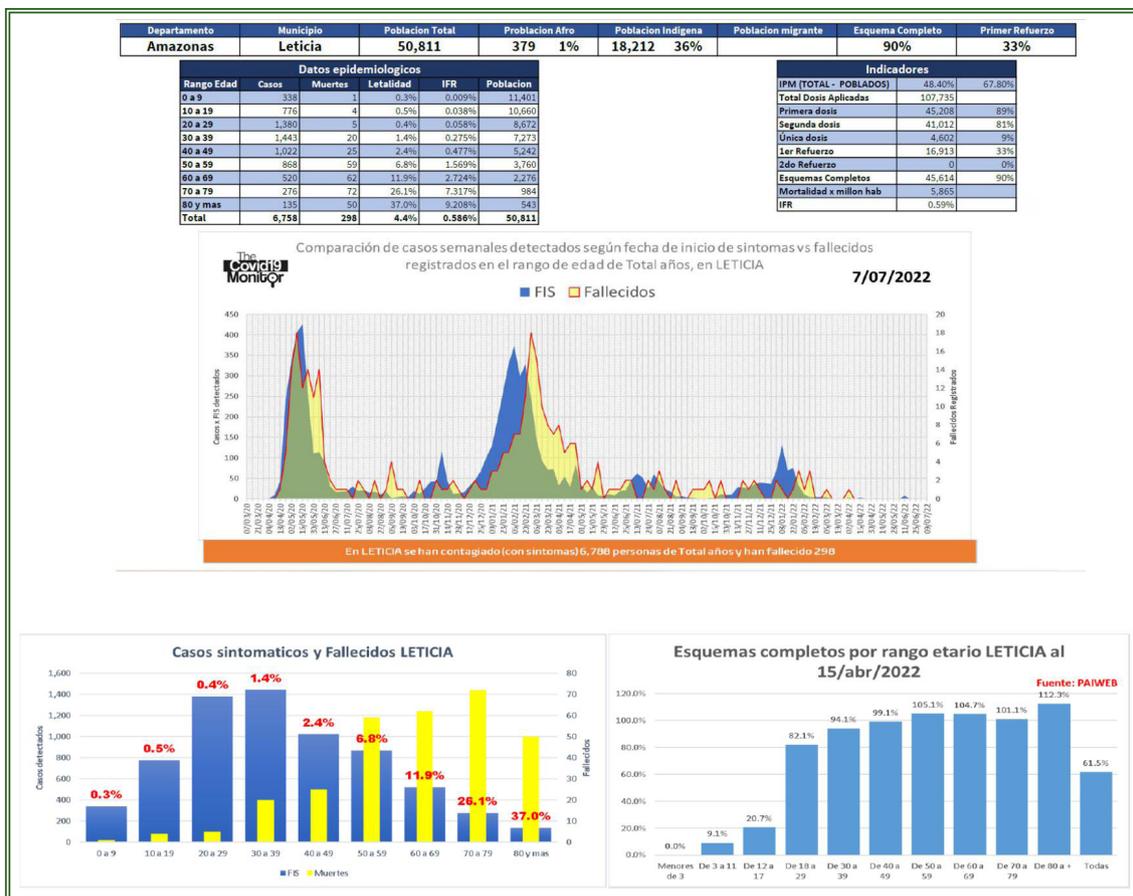
Vivas, M. A. (2022, 02 17). *La vacunación de la población indígena de Colombia sigue siendo un reto*. ConsultorSalud. Retrieved 07 27, 2022, from <https://consultorsalud.com/vacunacion-poblacion-indigena-colombia/>

ANEXO

1. Fichas epidemiológicas de vacunación por municipio seleccionado.

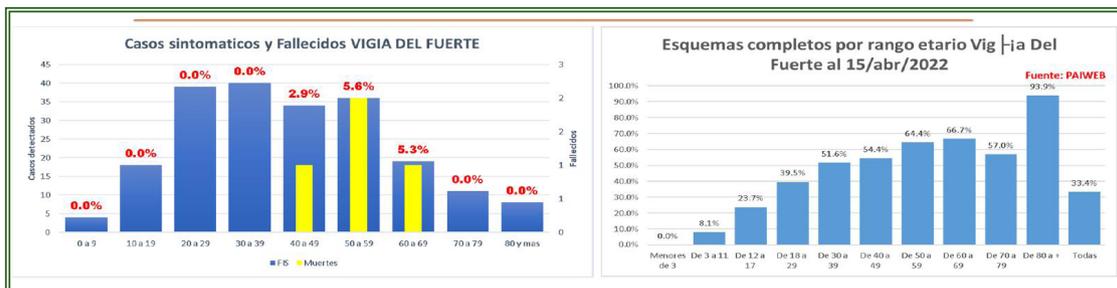
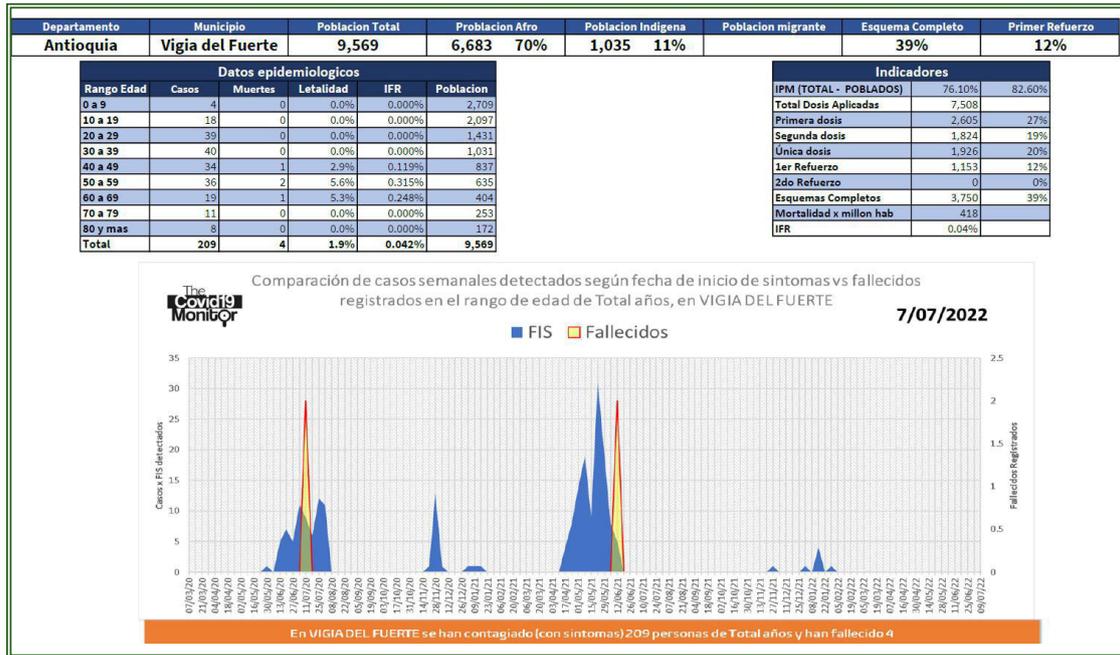
Departamento: Amazonas

Municipio: Leticia



Departamento: Antioquia

Municipio: Vigía del Fuerte

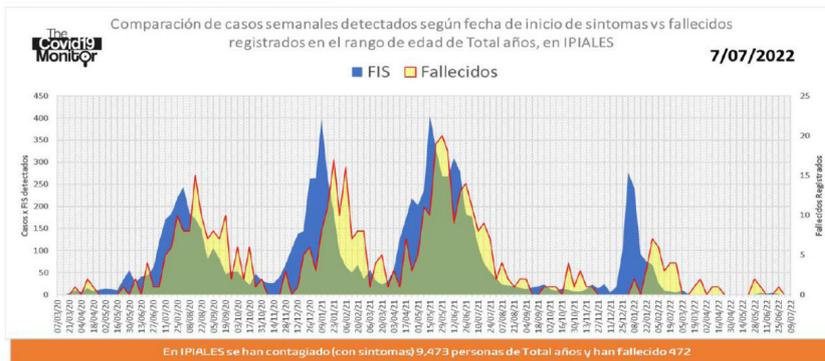


Departamento: Nariño

Municipio: Ipiales

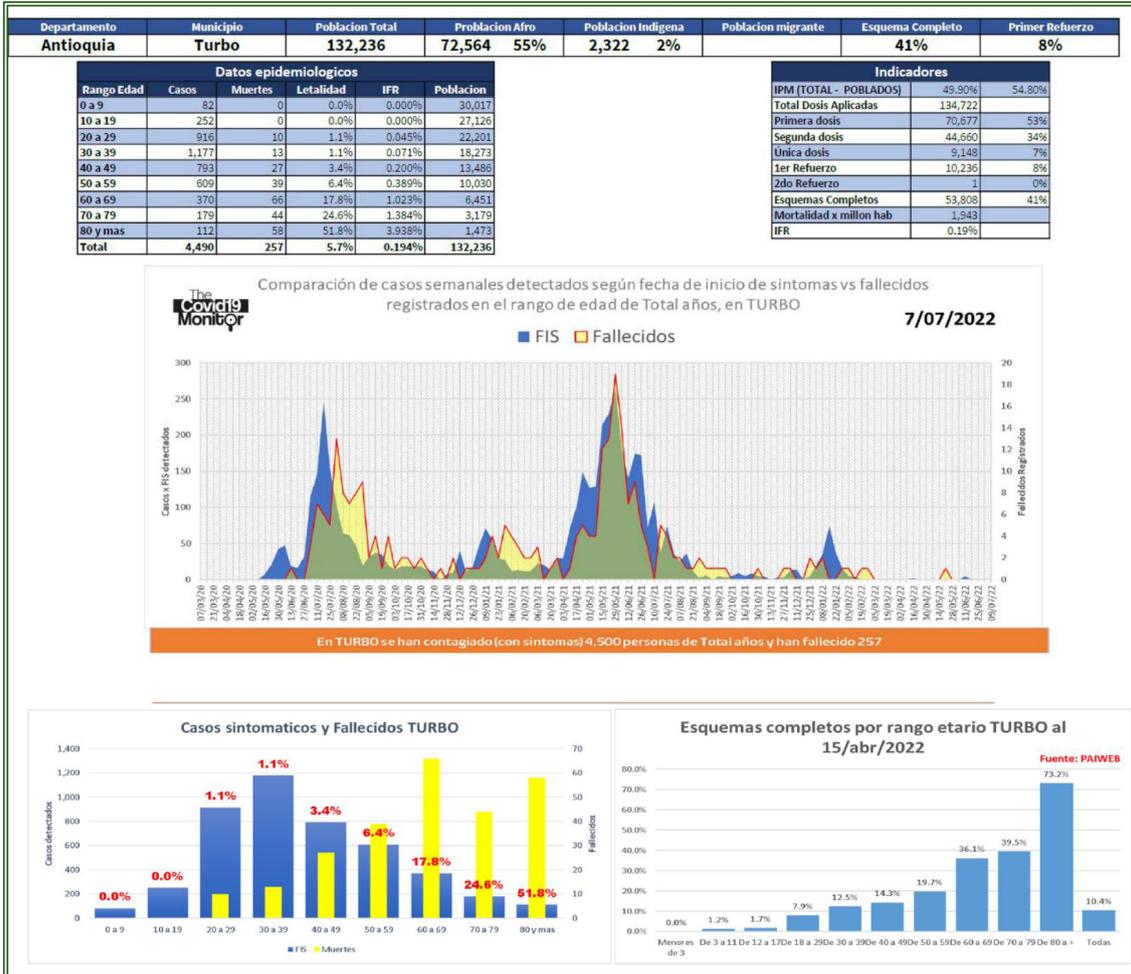
Departamento	Municipio	Poblacion Total	Poblacion Afro	Poblacion Indigena	Poblacion migrante	Esquema Completo	Primer Refuerzo
Nariño	Ipiales	115,810	750 1%	34,932 30%		87%	27%

Datos epidemiológicos					Indicadores		
Rango Edad	Casos	Muertes	Letalidad	IFR	Poblacion	IPM (TOTAL- POBLADOS)	
0 a 9	185	3	1.6%	0.017%	17,336	23.40%	41%
10 a 19	546	2	0.4%	0.011%	17,500	221,403	77%
20 a 29	1,804	10	0.6%	0.052%	19,110	88,794	68%
30 a 39	2,358	18	0.8%	0.100%	18,084	78,633	19%
40 a 49	1,778	43	2.4%	0.277%	15,534	31,531	27%
50 a 59	1,351	74	5.5%	0.584%	12,670	1	0%
60 a 69	757	98	12.9%	1.196%	8,194	101,077	87%
70 a 79	391	103	26.3%	2.166%	4,756	4,076	
80 y mas	261	121	46.4%	4.508%	2,626	0.41%	
Total	9,431	472	5.0%	0.408%	115,810		



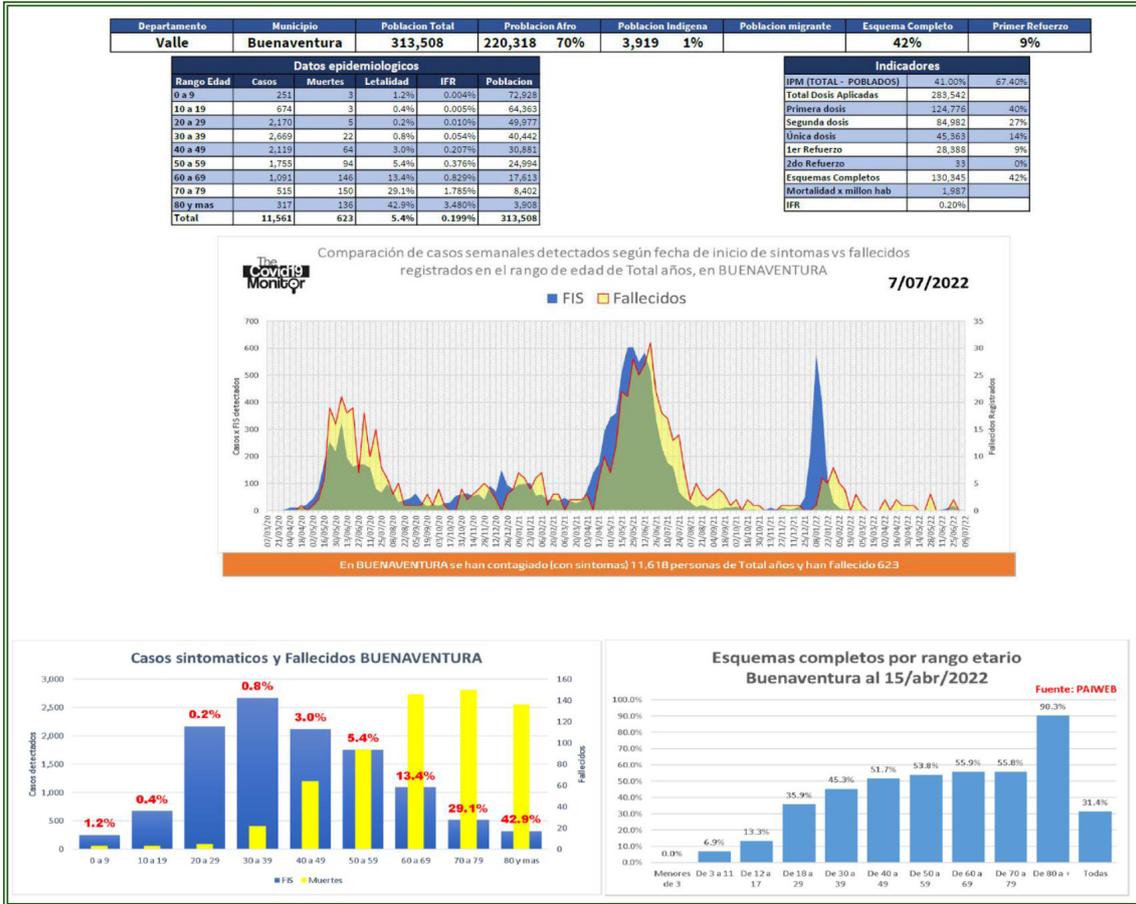
Departamento: Antioquia

Municipio: Turbo



Departamento: Valle del Cauca

Municipio: Buenaventura



SITUACIÓN DE LA INMUNIZACIÓN CONTRA LA COVID-19 EN COLOMBIA

