



Artículo de investigación científica y tecnológica

Determinación social de la salud en el acceso a vacunación: un estudio cualitativo en migrantes colombianos

Social determination of health in access to vaccination: a qualitative study in Colombian migrants

Jorge Sotelo-Daza¹, Ivett Adriana Herrera-Zuleta²

1. Universidad del Valle. Cali, Colombia. Correo: jorge.sotelo@correounivalle.edu.co - <https://orcid.org/0000-0003-3203-8276>
2. Universidad del Cauca. Popayán, Colombia. Correo: adrianazuleta@unicauca.edu.co - <https://orcid.org/0000-0002-1426-6382>

Para citar este artículo: Sotelo-Daza J, Herrera-Zuleta IA. Determinación social de la salud en el acceso a vacunación: un estudio cualitativo en migrantes colombianos. *Duazary*. 2023;20(3):164-175. <https://doi.org/10.21676/2389783X.5199>

Recibido en mayo 03 de 2023

Aceptado en septiembre 15 de 2023

Publicado en línea en septiembre 25 de 2023

RESUMEN

Palabras clave:

determinación social de la salud; programa de inmunizaciones; acceso a servicios de salud; migración interna.

Introducción: la vacunación representa una estrategia costo-efectiva en salud pública, sin embargo, el acceso en población migrante continúa siendo un problema persistente y limitadamente comprendido desde su naturaleza social. **Objetivo:** comprender desde la determinación social de la salud (DSS) las dinámicas del acceso a vacunación en niños migrantes menores de cinco años en Popayán Colombia. **Método:** estudio cualitativo, etnográfico. Se utilizaron entrevistas semiestructuradas, grupos focales y diarios de campo en 19 cuidadores de niños susceptibles de vacunación. Se asumió el enfoque de la DSS para comprender el fenómeno como un proceso social a partir de dominios singular, particular y general. **Resultados:** existen condiciones precarias donde habitan los niños, que limitan el acceso a vacunación. Los modos de vida están determinados por dinámicas socioculturales, políticas, económicas y del sistema sanitario. Desde los estilos de vida, la vacunación se considera una actividad protectora para la salud. La buena atención, gratuidad, cercanía a hospitales, buena información, afiliación al sistema sanitario y la ausencia de filas, favorecen la vacunación. **Conclusiones:** el acceso a la vacunación en niños en condición migratoria está determinado por aspectos socioculturales, políticos y económicos. El enfoque de DSS amplía la comprensión de los fenómenos en salud pública desde su realidad social.

ABSTRACT

Keywords:

Social determinants of health; Immunization program; Access to health services; Internal migration.

Introduction: Vaccination represent a cost-effective strategy in public health, however, access in migrant population continues to be a persistent problem and limitedly understood from its social nature. **Objective:** To understand from the social determinants of health (SDH) the dynamics of access to vaccination in migrant children under five years of age in Popayán, Colombia. **Method:** Qualitative, ethnographic study. It used semi-structured interviews, focus groups and field diaries in 19 caregivers of children susceptible to vaccination. The SDH approach was used to understand the phenomenon as a social process from singular, particular and general domains. **Results:** Where children live, there are precarious conditions that limit access to vaccination. Lifestyles are determined by sociocultural, political, economic and health system dynamics. From the point of view of lifestyles, vaccination is considered a protective activity for health. Good care, free of charge, proximity to hospitals, good information, affiliation to the health system and the absence of queues favor vaccination. **Conclusions:** Access to vaccination in children with migratory status is determined by sociocultural, political and economic aspects. The SDH approach broadens the understanding of public health phenomena from their social reality.

INTRODUCCIÓN

La vacunación es la mejor herramienta para la prevención de enfermedades inmunoprevenibles, impactando significativamente en la reducción y control de enfermedades infecciosas infantiles¹, también juega un papel importante en promover la equidad en la salud². Entre los años 2006 y 2011 gracias a la vacunación de niños menores de cinco años se evitaron aproximadamente 174.000 muertes en América Latina y el Caribe³. Con base en estos logros, la Organización Mundial de la Salud (OMS) designó el periodo 2010 a 2020 como la “Década de las Vacunas” en reconocimiento a los destacados avances, sin embargo, no se logró alcanzar las metas globales establecidas⁴.

La OMS ha reconocido que actualmente, cinco de las diez principales amenazas para la salud mundial corresponden a enfermedades que pueden prevenirse mediante la vacunación. Entre estas enfermedades se incluyen la influenza pandémica, la difteria, la meningitis, la fiebre amarilla y el cólera⁵. Además, existe una creciente preocupación a nivel global debido al riesgo que representa la reemergencia de enfermedades prevenibles por vacunas. Un ejemplo de esto es lo que ocurrió en 2016, cuando se reportaron varios eventos de sarampión en 11 países de América, con un total de 5004 casos confirmados y 68 muertes. Es importante destacar que los primeros 55 casos ocurrieron en población migrante⁶. En Colombia, se ha logrado una cobertura de vacunación cercana al 90%⁷. No obstante, alcanzar la inmunización en la totalidad de la población susceptible se constituye en un desafío constante para la salud pública del país⁸, teniendo en cuenta las características y dinámicas de las poblaciones que ejercen un impacto significativo en el acceso y la atención del sistema de salud⁹. Un ejemplo claro de ello son las poblaciones que viven en contextos de inequidad social, en las que se ha documentado diversas barreras que limitan el acceso a los servicios de atención en salud¹⁰. Estas barreras incluyen la falta de familiaridad con el sistema sanitario¹¹, la atención culturalmente inapropiada, consideraciones religiosas¹⁰, desconocimiento de los derechos¹², barreras del sistema de salud¹³, bajos niveles educativos, procedencia, edad, estado civil, ocupación, accesibilidad geográfica, horarios de atención y una actitud poco favorable del personal de salud¹⁴.

Además de las barreras mencionadas anteriormente, es importante destacar que las disparidades en el acceso a la vacunación se acentúan en mayor medida en poblaciones en situación de migración¹⁵, donde la cobertura vacunal suele ser más baja¹⁶. De igual modo, al analizar el nivel de salud, también se han observado diferencias que afectan a la población migrante en comparación con la población no migrante¹².

Las afectaciones en el acceso a la vacunación varían según los lugares, los contextos y la dinámica sociocultural de las poblaciones¹⁷. Por lo tanto, es esencial comprender los determinantes contextuales que influyen en el proceso de vacunación, especialmente cuando se trata de comunidades locales en situación de vulnerabilidad, como la población migrante¹⁸. Es importante señalar que este tema, de interés en salud pública ha sido abordado de manera limitada desde miradas cualitativas en Latinoamérica⁸. Por lo tanto, es fundamental para la investigación en salud reconocer tanto las influencias individuales como las colectivas que puedan fortalecer las acciones en el ámbito de la salud pública y comunitaria. Esto permitirá desarrollar estrategias efectivas para superar las barreras en el proceso de vacunación¹⁹.

La determinación social de la salud hace alusión a una manera de pensar el proceso de salud-enfermedad-atención (PSEA) desde una lógica crítica. Este enfoque interpela el paradigma positivista y busca eliminar las fronteras entre los aspectos biológicos y sociales, así como comprender la relación entre la naturaleza y la sociedad²⁰.

El elemento central en esta perspectiva se relaciona con la subsunción de lo biológico en lo social, y que la salud y la enfermedad son procesos que están moldeados por el proceso sociohistórico en el que ocurren²¹.

En los análisis que concibe la determinación social de la salud, se consideran aspectos económicos, políticos, ambientales, sociales y culturales que influyen en la distribución del proceso de enfermedad y mortalidad. Estos aspectos están relacionados con las condiciones de vida y las circunstancias materiales en las que las personas desarrollan su cotidianidad. Estas condiciones están mediadas por la reproducción social²², lo que lleva a comprender la salud como un proceso dialéctico en

el que intervienen relaciones de poder, acumulación de capital, así como patrones de consumo y de trabajo.

La determinación social de la salud, además de comprender la salud como un proceso, se enfoca en entender cómo las comunidades asumen las representaciones y las respuestas sociales para hacer frente a los desafíos que emanan como hechos sociohistóricos. En este sentido, el enfoque aborda tres dominios de la realidad²¹, donde se llevan a cabo múltiples interrelaciones: general, particular y singular. En el dominio general, se analizan las relaciones del PSEA de acuerdo con el momento histórico, político, los procesos económicos y el ámbito social en el que se desarrollan. En el dominio particular, se exploran las variaciones del perfil salud-enfermedad en función de la estratificación social de los grupos poblacionales. Aquí, se identifican factores y procesos que pueden tanto proteger como perjudicar la salud que operan en el modo de vida y los estilos de vida individuales, susceptibles de ser modificados. En el dominio singular, se alude a las formas de organización, conductas individuales y exposiciones a factores de riesgo. Se reconoce que los procesos sociales y biológicos se subsumen en la producción de la salud o la enfermedad.

Entender las dinámicas del acceso a la vacunación en población migrante alude a un insumo fundamental para los tomadores de decisión, formuladores de políticas sanitarias y los proveedores de atención en salud²³, de esta manera, el objetivo de esta investigación fue comprender desde la determinación social de la salud las dinámicas del acceso a la vacunación en niños migrantes menores de cinco años en Popayán Colombia.

MÉTODO

Tipo de Investigación

Estudio cualitativo con enfoque etnográfico²⁴ el cual permite describir interpretaciones de las personas, a fin de develar estructuras de significación con las que actúan en los diferentes escenarios cotidianos²⁵ mediante una descripción de los fenómenos, los cuales son un retrato de los hechos para realizar interpretaciones de las dinámicas culturales.

Participantes

La población a estudio fueron padres, madres o cuidadores de niños menores de cinco años de Popayán en condición de migración interna (desplazados colombianos por diferentes motivos), susceptibles de vacunación según el programa ampliado de inmunizaciones. Se utilizó un muestreo propositivo o intencional²⁶. Los criterios de inclusión fueron: ser migrante interno colombiano, residir en el municipio de Popayán (por más de un año) y ser cuidador de niño menor de cinco años. Los criterios de exclusión: ser migrante internacional. Se tomó la decisión de no incorporar más participantes al estudio, en la medida que se fueron encontrando datos redundantes²⁷.

Técnicas de recolección de información

Se realizó una entrevista semiestructurada que incorporó datos sociodemográficos, condiciones y estilos de vida, organización social, estructura socioeconómica familiar, disponibilidad de servicios públicos, espacio de producción y lugar de trabajo. Se realizó una segunda entrevista con el grupo focal, a través del cual se indagaron dinámicas de la organización comunitaria, empleo, conocimientos y actitudes hacia la inmunización, migración, prácticas preventivas, etnia y género. Se complementa la información con el diario de campo en el cual se vincularon elementos relevantes en la medida que se tenía contacto con los territorios y las personas.

Procedimientos y recolección de la información

La inmersión en los escenarios donde habita la población migrante se llevó a cabo entre mayo y noviembre de 2021. Se realizaron 19 entrevistas semiestructuradas, y tres grupos focales. Los participantes se contactaron de manera directa en los hospitales de baja complejidad (centros de vacunación) y en los hogares. Las personas aceptaron libremente participar en el estudio y expresaron su aval a través de un consentimiento informado el cual leyeron y firmaron. Las entrevistas, así como los grupos focales se grabaron, posteriormente se transcribieron en Microsoft Word para luego recuperar conceptualmente los saberes y prácticas²⁸ relacionados con el acceso a la vacunación. La información recolectada se procesó en Atlas Ti versión 8.1. Se codificaron categorías de acuerdo con

un manual de códigos y se procedió a realizar análisis temáticos y matrices que facilitaron la comparación transversal de los datos.

Análisis

La investigación incorporó las categorías analíticas de la determinación social de la salud propuestas por Breilh²⁰. Estas categorías permiten la comprensión de la salud y la enfermedad como un proceso dialéctico, donde la salud individual y la salud colectiva están vinculadas de manera complementaria. Se abordó diferentes dominios y dimensiones de análisis que incluyen elementos singulares, particulares y generales. Estos elementos se refieren a cómo las personas interactúan en su vida cotidiana en un contexto social que influye en los estilos de vida de los diferentes grupos poblacionales. Estos estilos de vida, a su vez, tienen un impacto en la salud individual de las personas.

Breilh²⁰ centra su análisis en los procesos de organización social y las estructuras socio económicas donde se estructuran las identidades de los grupos. En el análisis de estas dimensiones, se incorporan espacios de reproducción social que contribuyen a la construcción de la identidad de una comunidad y la generación de vínculos entre sus miembros. Estos vínculos sociales generan interacciones que involucran relaciones de poder, las cuales, a su vez, tienen un impacto significativo en la producción de resultados saludables o la aparición de condiciones de salud negativas en la comunidad.

Para la comprensión del fenómeno estudiado, se definieron categorías analíticas predefinidas de los dominios general, particular y singular²¹. Estas categorías incluyeron aspectos como las condiciones de vida, las fuerzas sociales productivas, los modos de vida, la identidad comunitaria y los estilos de vida. En la medida en que se fueron analizando los relatos y datos recopilados, surgieron subcategorías que complementaron la comprensión del fenómeno. Las subcategorías se incorporaron en los tres dominios de la determinación social de la salud. Se llevaron procesos de comparación de las categorías, de acuerdo con técnicas de rigor metodológico para estudios cualitativos²⁷.

Se asumió el concepto de salud-enfermedad como un proceso determinado social e históricamente, desde la perspectiva de la epidemiología crítica

latinoamericana. Este enfoque se fundamenta en tres dimensiones: la reproducción social, el metabolismo sociedad-naturaleza y la determinación social²².

Estas dimensiones se encuentran interrelacionadas y abarcan diferentes componentes en los dominios general, particular y singular²¹. Se partió de la premisa de que el programa de vacunación no obedece a una acción restringida a los individuos, sino que implica interacciones complejas entre diferentes aspectos sociales y procesos sobre los cuales la salud pública debe ser pensada.

Al abordar la determinación social de la salud desde la investigación cualitativa, se logra enriquecer la comprensión de la complejidad de los fenómenos de salud y enfermedad. Al hacerlo, se develan categorías más allá de los límites del paradigma positivista, lo que deviene en un fortalecimiento de la acción política desde diversos escenarios, incluyendo la academia y los movimientos sociales, a fin de fortalecer la lucha contra la fragmentación, la desigualdad y la inequidad.

Declaración sobre aspectos éticos

La investigación tomó en cuenta los lineamientos de la declaración de Helsinki²⁹. Fue aprobada por el comité de ética de la Universidad del Cauca según Acta Número 6.1-1.25/53 del 30 de junio de 2020; quien la consideró de riesgo mínimo según la Resolución 8430 de 1993³⁰. De acuerdo con el principio de confidencialidad, en aras de proteger la privacidad de los participantes y resguardar la información en la ejecución del estudio, se les asignó un código alfanumérico para su identificación y diferenciación desde la realización de las entrevistas y grupos focales, hasta la etapa de procesamiento y análisis de información de acuerdo con la siguiente estructura: SSA: sujeto social activo; 1003: número de entrevista; 25A: edad en años; Fem o Mas: género).

RESULTADOS

Se vinculó en el estudio a un total de 19 cuidadores de niños menores de cinco años que se encontraban en situación de migración interna y residían en Popayán, Colombia (Tabla 1).

Tabla 1. Caracterización de los participantes.

No.	Edad (años)	Género	Estrato	Estado civil	Nivel educativo	Ocupación
1	32	Femenino	1	Soltero	Secundaria	Vendedora
2	24	Femenino	1	Unión libre	Secundaria	Cocinera
3	27	Femenino	2	Casado	Técnico	Mototaxista
4	19	Femenino	1	Separado	Secundaria	Oficios domésticos
5	28	Masculino	1	Casado	Primaria	Mototaxista
6	41	Femenino	1	Viudo	Primaria	Obrera de construcción
7	34	Femenino	2	Soltero	Secundaria	Comerciante
8	25	Femenino	1	Soltero	Primaria	Oficios domésticos
9	22	Masculino	1	Unión libre	Secundaria	Conductor
10	36	Femenino	1	Viudo	Primaria	Mecánica automotriz
11	25	Femenino	2	Soltero	Técnico	Oficios domésticos
12	29	Femenino	1	Casado	Secundaria	Servicios generales
13	37	Masculino	1	Unión libre	Secundaria	Obrero de construcción
14	27	Femenino	1	Casado	Primaria	Oficios domésticos
15	20	Masculino	1	Unión libre	Secundaria	Obrero de construcción
16	26	Femenino	2	Soltero	Secundaria	Oficios varios
17	30	Masculino	1	Soltero	Secundaria	Mecánica automotriz
18	26	Femenino	1	Casado	Técnico	Servicios generales
19	29	Masculino	3	Unión libre	Secundaria	Mecánica automotriz

A continuación, se describen los resultados de la investigación, siguiendo la estructura propuesta por Breilh²⁰, que abarcan los dominios generales, particular y singular de la determinación social de la salud.

Acceso a la vacunación desde el dominio general

Respecto de la categoría de condiciones de vida, las personas que participaron en el estudio expresaron que, a pesar de pertenecer a poblaciones en situaciones de vulnerabilidad y estar protegidas por

el Estado desde las políticas públicas dirigidas a migrantes, aún experimentan restricciones en la garantía de sus derechos en el acceso a vivienda, salud, educación y el mercado de trabajo. En este dominio emerge una subcategoría relacionada con los bajos ingresos, lo que limita las posibilidades de satisfacer las necesidades básicas tanto de las personas como de sus familias. En muchas de estas familias tienen acceso limitado a empleos formales y dependen en gran medida de trabajos en el sector doméstico, la construcción, el “mototaxismo” y la asistencia en la mecánica de automotores para obtener recursos.

“[...] en lo que uno trabaja es difícil, eso no le alcanza para nada, y todo está caro... el Gobierno debería a uno como desplazado darle lo que necesite porque uno con niños chiquitos es muy difícil ...” (SSA 1003-25A-Fem).

Este tipo de ocupaciones se encuentran relacionadas con las fuerzas sociales que definen trabajos precarios, originalmente destinados a personas con perfiles técnicos, pero que ahora son asumidas principalmente migrantes. Esto tiene un impacto negativo en las condiciones de vida de los migrantes debido a los bajos ingresos que perciben, ampliando la brecha en el acceso a servicios de salud, educación y recursos económicos. En la misma línea, emerge como subcategoría la baja escolaridad, una condición común en los participantes del estudio. Esta baja escolaridad limita sus oportunidades para acceder a empleos que les permita satisfacer sus necesidades básicas.

“[...] mis papas no les alcanzó para ponerme a estudiar... solo hice hasta quinto de primaria y con eso no le dan un buen trabajo, toca rebuscarse en lo que sea ...” (SSA 1007-23A-Fem).

Los participantes del estudio consideraron la vacunación como una práctica tradicional para

prevenir enfermedades infecciosas, arraigada en la cultura como un aspecto que contribuye al cuidado de los niños. Esta subcategoría de orden cultural favorece el acceso a la vacunación.

“[...] a mí me hicieron vacunar cuando era niña y yo hago vacunar a mis hijos porque eso ayuda a mantenerlos saludables ... siempre hemos creído que las vacunas son buenas...” (SSA 1009-24A-Fem).

Apoyados en los diarios de campo, se logró observar diversas características de los lugares donde residen las personas, así como las dinámicas que rodean la atención en los servicios de vacunación. Los lugares donde las personas viven presentan limitaciones en términos de saneamiento básico, acceso a agua potable y gestión de residuos. Los participantes del estudio perciben estas condiciones como un riesgo para la salud de los niños, ya que pueden propiciar la aparición de enfermedades. La mayoría de las personas migrantes reside en asentamientos con suelos inestables, viviendas construidas con materiales de baja calidad y calles sin pavimentar. A través de los relatos de los participantes, se destaca una subcategoría que hace referencia a un entorno adverso en el cual residen los niños. Esta situación, en cierta medida, dificulta el acceso a los servicios de vacunación, especialmente debido a la escasa presencia de instituciones gubernamentales en la zona. Estos aspectos se consideran determinantes en el acceso a la vacunación desde una perspectiva social.

“[...] vivir aquí es duro, vea esta casa uno debe lidiar para conseguir el agua para tomar o cocinar, esas mangueras son de agua que viene de la quebrada ...” (SSA 1017-29A-Fem).

El principal motivo de la población desplazada para migrar a Popayán es el conflicto armado que prevalece en sus territorios de origen debido a las confrontaciones políticas, militares y económicas, situación que obliga a abandonar su lugar de origen. Esta subcategoría emerge de los relatos como uno de los aspectos que generan interrupción en la continuidad y el cumplimiento de los esquemas de vacunación en los niños.

“[...] nosotros salimos del pueblo porque había tomas guerrilleras a cada rato y nos amenazaban, lo mejor fue venirnos para acá, pero acá es berraco sobrevivir, en la ciudad las cosas son más difíciles

... y la vacunación se jode pues...” (SSA 1019-36A-Fem).

Acceso a la vacunación desde el dominio particular

En este dominio, en la categoría de modos de vida, surge una subcategoría relacionada con la atención a los niños en los servicios de salud. Aunque en la mayoría de los casos el acceso a estos servicios es fluido, surgen desafíos relacionados con la burocracia y la verificación de la afiliación al sistema sanitario, lo que puede limitar la vacunación debido a esperas prolongadas, facturación de actividades y congestión del servicio. Además, en algunos puestos de vacunación, los participantes describieron situaciones en las que no pueden acceder a la vacunación debido a la escasez de insumos y vacunas, así como una atención deficiente.

“[...] allá se demoran mucho en atenderlo, no tienen bases de datos de desplazados y eso no lo encuentran rápido y le ponen problema, lo ponen a voltear si no tiene carné ...” (SSA 1005-30A-Mas).

La afiliación al sistema de salud (o aseguramiento) plantea restricciones en el acceso a la vacunación para los participantes del estudio cuando no están afiliados. Esto se debe a la percepción de que, al ser de otro municipio o territorio, el servicio de vacunación no se le puede garantizar en la ciudad de Popayán.

“[...] a mis hijos no los vacunaron porque no tenían carné, dijeron que eran de otro municipio y eso no se podía atender aquí ...” (SSA 1001-27A-Fem).

El cuidado de los niños recae principalmente en las mujeres que son jefas de hogar, quienes deben equilibrar su trabajo y la responsabilidad de velar por el bienestar familiar. Esta situación se presenta debido a varias circunstancias, entre las cuales se encuentra la pérdida de sus esposos a causa del conflicto armado. Esta situación ha llevado a estas mujeres a emprender un proceso migratorio en búsqueda de reconstruir sus vidas en otros lugares. Sin embargo, los horarios laborales no les permiten acudir oportunamente al servicio de vacunación, lo que ha generado la postergación de las citas.

“[...] yo salgo de trabajar a las seis de la tarde y a esa hora ningún puesto de vacunación está abierto,

me queda difícil ir en el día ...” (SSA 1014-24A-Fem).

En relación con la identidad comunitaria, las personas migrantes expresaron que las organizaciones sociales y comunitarias ejercen una débil acción en apoyar el acceso a la vacunación. Hay una falta de comunicación entre las personas y debido a la dinámica misma de la migración, las relaciones entre vecinos y líderes comunitarios se han visto debilitadas. Además, parece que la vacunación de los niños no se considera una prioridad en las reuniones comunitarias, donde se abordan otros temas relacionados con diferentes enfermedades.

“[...] acá en este barrio no hay un líder de la comunidad que nos ayude con la vacunación, eso no se comenta en las reuniones y hablan de otras cosas, pero de la vacunación de los niños poco ...” (SSA 1009-27A-Fem).

Un aspecto relevante que emerge de los relatos de los participantes alude a la inclusión de los niños en el sistema educativo que funge como un entorno favorecedor de la vacunación. El sistema sanitario y el sistema educativo trabajan de manera conjunta para asegurar que los esquemas de vacunación sean adecuados. Sin embargo, los niños migrantes a menudo se ven obligados a interrumpir sus estudios debido a la movilidad constante entre territorios, lo que resulta en la pérdida de continuidad de la vacunación.

“[...] en la escuela ayudan mucho a vacunar a los niños, allá van los doctores a vacunarlos, pero imagínese uno con estos niñitos de un lado para otro ... así es complicado... no pueden estudiar bien ...” (SSA 1011-36A-Fem).

De acuerdo con los entrevistados, las percepciones sobre la dinámica comunitaria, el marco institucional y la tipología familiar, actúan como fuerzas sociales locales negativas que limitan el acceso a la vacunación.

Acceso a la vacunación desde el dominio singular

Dentro del ámbito de la categoría de los estilos de vida, los participantes resaltaron la importancia de las vacunas como una herramienta fundamental para

prevenir enfermedades en los niños. Por lo tanto, sienten la necesidad de acudir a los hospitales para asegurar que sus hijos reciban las vacunas necesarias.

“[...] le previenen muchas enfermedades, esos virus que están dando ahora, las vacunas les ayuda a que tengan como más fuerza para que los niños vayan en sus etapas bien...” (SSA 1004-37A-Mas).

En la dinámica familiar, los miembros acuerdan actividades para llevar a los niños a vacunar. Establecen el día, la hora y organizan el transporte necesario para acceder al servicio de vacunación. Buena parte de los entrevistados cuentan con la cartilla de vacunación en la que se registran los inmunobiológicos aplicados, sin embargo, la interpretación de esta cartilla puede ser complicada, y a menudo requieren la asistencia de un técnico o profesional de la salud para comprender plenamente la situación vacunal de sus niños.

“[...] nosotros llevamos a los niños en el día que le dieron la cita y cumplimos para la vacuna, la mamá siempre lo lleva o a veces el tío ...” (SSA 1008-29A-Mas).

Tomar la decisión de vacunar a los niños se ve influida por varios factores. Estos incluyen la creencia en la eficacia de la vacunación para prevenir enfermedades, la gratuidad del servicio, disponer de un centro de vacunación cercano, no someterse a largas esperas, disponibilidad de información clara y precisa, así como la experiencia de recibir una atención amable por parte del personal sanitario.

“[...] claro que creo en las vacunas hacen que mis niños no se enfermen... en los hospitales deberían atenderlo bien, el otro día fui y me trataron malgeniados, casi no me vacunan al niño ... hice una fila largota para facturar y eso que era solo una vacuna ...” (SSA 1013-27A-Fem).

La edad de los niños al momento de acceder a la vacunación surgió como una subcategoría relevante en los relatos de los participantes. Se observó que varios niños no recibieron las vacunas en las edades recomendadas, lo que resultó en la imposibilidad de proporcionarles una protección adecuada contra agentes mórbidos. Esta demora en la vacunación se debió a la demora en acudir a la consulta por parte de los padres, cuidadores o el centro de vacunación.

“[...] *llevamos tarde a la niña y ya no le aplicaron unas vacunas, nos dijeron que no se le podían aplicar porque ya estaba grandecita y eso me preocupó mucho ...*” (SSA 1015-26A-Fem).

Según los participantes del estudio, se identificó una falta de información sobre las vacunas, las dosis necesarias y los trámites administrativos para acceder al servicio de vacunación. Aquellos que tenían más hijos y experiencias previas con procesos de inmunización encontraron más fácil el proceso de vacunación.

En cuanto al género, las mujeres mostraron un mayor involucramiento y conocimiento sobre las vacunas, y generalmente eran quienes llevaban a los niños al servicio de vacunación. Al indagar a algunos participantes hombres, estos reconocieron que las mujeres tenían un mayor conocimiento sobre el tema de la vacunación y que ellos tenían menos familiaridad con estos asuntos.

“[...] *eso de las vacunas la mamá es la que se encarga, yo de eso no sé nada, ella siempre lo ha llevado al puesto de salud ...*” (SSA 1007-28A-Mas).

DISCUSIÓN

La investigación describe elementos relacionados con el acceso a la vacunación en la población migrante y reconoce que, lograr este acceso y alcanzar coberturas efectivas depende de una serie de factores de naturaleza social, cultural, política y económica. Estos aspectos se enmarcan en un contexto histórico complejo donde interactúan diversas fuerzas sociales que influyen en la determinación de la salud. Los hallazgos de este estudio son consistentes con investigaciones previas realizadas por Arsenault *et al*⁹ y Doornekamp *et al*¹⁰ quienes también exploraron los determinantes de la vacunación.

Los hallazgos del estudio revelan que las condiciones estructurales de la vida, como los aspectos económicos y políticos, están vinculados con los comportamientos individuales de las personas. Estos individuos se ven influenciados por fuerzas sociales que determinan los proyectos de vida y tienen influencia en el acceso a la vacunación. Estudios previos realizados por Narváez *et al*⁷ y Byrne *et al*³¹, respaldan estos hallazgos al destacar que la

privación, incluyendo la pobreza, la falta de vivienda adecuada y la baja alfabetización³², impacta negativamente en el acceso a la vacunación. Asimismo, Obrist *et al*¹⁸ y Letley *et al*³³ subrayan los obstáculos psicológicos, sociales, contextuales y administrativos en el sistema sanitario que también dificultan el acceso a las vacunas.

Las condiciones de vida en el contexto de migración están socialmente estigmatizadas debido al conflicto armado y la historia de violencia en el lugar de origen de los migrantes. Estos hallazgos son consistentes con lo descrito por Escobar-Díaz *et al*⁸ en su estudio sobre motivos de no vacunación en menores de cinco años en Colombia.

Según las opiniones de los participantes, existe una percepción negativa sobre el cumplimiento limitado de los gobiernos nacional y local en lo que respecta a su responsabilidad de proteger los derechos de las personas, particularmente en el ámbito de la salud pública. Esta percepción se asemeja a lo que Knights *et al*³⁴, encontraron en su investigación, donde se describía una falta de confianza en el sistema de salud y en las políticas sanitarias.

La aceptación y el acceso a la vacunación por parte de los participantes aluden a condiciones de vida donde la influencia cultural favorece el propósito del sistema sanitario para lograr coberturas útiles. Estos hallazgos coinciden con Solís-Lino *et al*¹⁶ y la OMS¹⁷ en investigaciones relacionadas con aspectos socioculturales de la vacunación.

Desde los modos de vida, en la atención de los niños se evidencian limitaciones de tipo administrativo, ya que el programa de vacunación tiende a asignar una parte significativa de la gestión (trámites administrativos) a los padres o cuidadores para lograr el acceso. Del mismo modo, si el gobierno local no garantiza la afiliación de los niños al sistema sanitario a través del aseguramiento, pueden surgir limitaciones para acceder a los servicios de salud. Estos hallazgos están en línea con los resultados reportados por Ruiz-Rodríguez *et al*³⁵ en su análisis de la cobertura en población desplazada, así como con los hallazgos de Carrasco-Sanz *et al*¹³ en su investigación sobre los problemas de salud, las necesidades de atención y las desigualdades de los niños migrantes.

Por otra parte, el comportamiento individual, la gratuidad y la disponibilidad de centros de

vacunación, son factores que facilitan el acceso como han planteado Kusuma *et al*¹¹ y Habersaa y Jackson³⁶ en sus estudios sobre el análisis del acceso a la vacunación.

Según los participantes del estudio, se observa una limitada expresión de la identidad comunitaria en el proceso de vacunación. Uno de los principales factores que contribuyen a esta situación es la constante movilidad de las personas en los barrios y asentamientos donde residen. Esta movilidad dificulta el seguimiento de los niños y la labor de los líderes comunitarios. Por el contrario, investigaciones realizadas por Buttle *et al*¹⁹ y Letley *et al*³³ han encontrado que el apoyo comunitario de los líderes fortalece el acceso a la vacunación.

En relación con los estilos de vida, los participantes consideran que las vacunas favorecen la salud de los niños. Por este motivo, gestionan procesos para acceder al servicio de vacunación. No obstante, si encuentran restricciones por parte del sistema sanitario, la vacunación pueda verse comprometida. Estas restricciones pueden deberse a una atención inadecuada por parte del personal de salud, como señalan Solís-Lino *et al*¹⁶; o a una inadecuada información para la vacunación, similar a lo descrito por Doornekamp *et al*¹⁰. Además, se pueden presentar demoras en la prestación de los servicios y escasez de insumos, categorías coincidentes a lo descrito por la OMS¹⁷ en el estudio sobre la prevención y respuesta a la escasez de suministros de vacunas.

Es importante destacar el papel fundamental que desempeñan las mujeres en el cuidado de la salud infantil, en particular, en lo que se refiere a la vacunación. Son las mujeres quienes, en su mayoría, asumen la responsabilidad principal de gestionar las actividades para la inmunización, lo que no solo contribuye a feminizar el proceso, sino también acentúa las diferencias sociales de género en este contexto. Esta observación coincide con los hallazgos de los estudios realizados por Arsenault *et al*⁹ y Oztas *et al*³⁷ sobre la implementación de estrategias efectivas de vacunación.

Comprender el acceso a la vacunación desde la perspectiva de la determinación social de la salud resulta fundamental para gestionar y definir estrategias integrales que involucren a diversos actores sociales. Esto implica adoptar un enfoque colectivo de la salud pública con el objetivo de

superar las limitaciones del sistema sanitario mediante una respuesta sociopolítica organizada. En el estudio de este fenómeno, es importante comprender las percepciones de los participantes y su contexto. Para lograr este entendimiento, es esencial fortalecer las acciones de la salud pública, especialmente en lo que concierne a la atención primaria y la promoción de la salud. Estos son elementos de gran relevancia que han sido resaltados en los procesos de reforma al sistema de salud en Colombia como pilares fundamentales para garantizar el acceso, la continuidad y el derecho a la salud, además de promover la equidad, sobre todo en un sistema donde a menudo prevalecen consideraciones económico - financieras, sobre un proceso de salud centrado en las necesidades de las personas, familias y comunidades.

La implementación de estas acciones puede permitir la creación de respuestas a nivel local que tengan en cuenta las particularidades del grupo social en cuestión. Esto puede lograrse a través de la acción intersectorial, la reorientación de los servicios de salud y la participación de la comunidad.

CONCLUSIONES

El acceso a la vacunación en niños en condición de migración se encuentra influenciado por aspectos socioculturales, políticos y económicos. El enfoque de determinación social de la salud amplía la comprensión de los fenómenos en salud pública desde su realidad social.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad del Cauca por asignar el tiempo para realizar la investigación.

DECLARACIÓN SOBRE CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Primer autor: conceptualización y diseño del estudio, recolección de datos, análisis cualitativos, revisión bibliográfica, redacción y aprobación final del manuscrito.

Segundo autor: revisión bibliográfica, recolección de datos, análisis cualitativos, redacción y aprobación final del manuscrito.

REFERENCIAS

1. Andrus JK, Bandyopadhyay AS, Danovaro-Holliday MC, Dietz V, Domingues C, Figueroa JP, et al. Pasado, presente y futuro de la inmunización en las Américas. *Rev Pan Sal Pub.* 2017;41:e121.
<https://doi.org/10.26633/RPSP.2017.121>
2. Bertram MY, Lauer JA, De Joncheere K, Edejer T, Hutubessy R, Kieny MP, et al. Cost-effectiveness thresholds: Pros and cons. *Bull World Health Organ.* 2016;94(12):925-930.
<https://doi.org/10.2471/BLT.15.164418>
3. Etienne CF. Expanded Program on Immunization in the Americas: 40 years. *Rev Pan Sal Pub.* 2017; 1-2. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2017.139>
4. World Health Organization. Global Vaccine Action Plan. Secretarita Annual Report 2015. Geneva: WHO; 2015.
5. Organización Mundial de la Salud. 10 amenazas a la salud mundial en 2018. Geneva: WHO; 2018.
6. Kauffmann F, Heffernan C, Meurice F, Ota M, Vetter V, Casabona G. Measles, mumps, rubella prevention: how can we do better? *Expert Rev Vaccines.* 2021;20(7):811-826.
<https://doi.org/10.1080/14760584.2021.1927722>
7. Narváez J, Osorio M, Castañeda-Orjuela C, Alvis N, Cediel N, Chocontá-Piraquive L, et al. Is Colombia reaching the goals on infant immunization coverage? A quantitative survey from 80 municipalities. *Vaccine.* 2017;35(11):1501-1508.
<https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2017.01.073>
8. Escobar-Díaz F, Osorio-Merchán MB, De la Hoz-Restrepo F. Motivos de no vacunación en menores de cinco años en cuatro ciudades colombianas. *Rev Panam Salud Publica.* 2017;41:e123.
<https://doi.org/10.26633/RPSP.2017.123>
9. Arsenault C, Johri M, Nandi A, Mendoza JM, Hansen PM, Harper S. Country-level predictors of vaccination coverage and inequalities in Gavi-supported countries. *Vaccine.* 2017;35(18): 2479-2488.
<https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2017.03.029>
10. Doornekamp L, Van Leeuwen L, Van Gorp E, Voeten H, Goeijenbier M. Determinants of Vaccination Uptake in Risk Populations: A Comprehensive Literature Review. *Vaccines.* 2020; 8: 480.
<https://doi.org/10.3390/vaccines8030480>
11. Kusuma Y, Kaushal S, Sundari BV, Babu, B. Access to childhood immunisation services and its determinants among recent and settled migrants in Delhi, India. *Public Health.* 2018;158:135-143.
<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2018.03.006>
12. Villa S, Raviglione MC. Migrants' health: Building migrant-sensitive health systems. *J Public Health Res.* 2019;8:1592.
<https://doi.org/10.4081/jphr.2019.1592>
13. Carrasco-Sanz A, Leiva-Gea I, Martin-Alvarez L, Del Torso S, Van Esso D, Hadjipanayis A, et al. Migrant children's health problems, care needs, and inequalities: European primary care paediatricians' perspective. *Child Care Health Dev.* 2018;44:183-187.
<https://doi.org/10.1111/cch.12538>
14. Mipatrini D, Stefanelli P, Severoni S, Rezza G. Vaccinations in migrants and refugees: A challenge for European health systems. A systematic review of current scientific evidence. *Pathog Glob Health.* 2017;111:59-68.
<https://doi.org/10.1080/20477724.2017.1281374>
15. Awoh AB, Plugge E. Immunisation coverage in rural-urban migrant children in low and middle-income countries (LMICs): a systematic review and meta-analysis. *J Epidemiol Community Health.* 2016;70:305e11.
<https://doi.org/10.1136/jech-2015-205652>
16. Solís-Lino H, Lino-Pionce A, Plua-Albán L, Vincés-Sornoza T, Valencia-Cañola E, Ponce-Velásquez J. Factores socios - culturales que inciden en el cumplimiento del esquema de inmunización en niños menores de un año que

- acuden al Centro de Salud Puerto López. Dom Cienc. 2018;4(3):227-239. <https://doi.org/10.23857/dc.v4i3.805>
17. World Health Organization. Strategic Advisory Group of Experts on Immunization. Pre-empting and responding to vaccine supply shortages. Executive summary. Geneva: WHO; 2016.
 18. Obrist B, Iteba N, Lengeler C, Makemba A, Mshana C, Nathan R, et al. Access to health care in contexts of livelihood insecurity: a framework for analysis and action. *PLoS Med.* 2007;4:1584e8. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0040308>
 19. Buttle R, MacDonald NE. The Sage Working Group on Vaccine Hesitancy. Diagnosing the determinants of vaccine hesitancy in specific subgroups: the guide to tailoring immunization programs (TIP). *Vaccine.* 2015;33:4176-4179. <http://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.04.038>
 20. Breilh J. El debate determinantes, determinación: aportes del análisis teórico, epistemológico y político. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (colectiva). *Rev Fac Nac Salud Publica.* 2013;31(1):S13-S27.
 21. Breilh J. Tras las huellas de la determinación. 1a ed. Bogotá: Coediciones; 2015.
 22. Breilh J. Epidemiología crítica: Ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Editorial Lugar; 2003.
 23. Mills E, Jadad AR, Ross C, Wilson K. Systematic review of qualitative studies exploring parental beliefs and attitudes toward childhood vaccination identifies common barriers to vaccination. *J Clin Epidemiol.* 2005;58:1081-1088. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2005.09.002>
 24. Restrepo E. Etnografía: alcances, técnicas y éticas. 1a ed. Lima: Fondo Editorial de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2018.
 25. Geertz C. Descripción densa: hacia una teoría interpretativa de la cultura. La interpretación de las culturas. Barcelona: Gedisa; 1987.
 26. Albine M, Korstjens I. Series: practical guidance to qualitative research. Part 3: sampling, data collection and analysis. *Eur J Gen Pract.* 2018;24(1):9-18. <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375091>
 27. Mays N, Pope C. Qualitative research in health care. Assessing quality. *BMJ.* 2000;320:50-52. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7226.50>
 28. Portela S, Portela H. El arco, el cuerpo y la seña. Cosmovisiones de la salud en la cultura Nasa. 1a ed. Popayán: Editorial Universidad del Cauca; 2018.
 29. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA.* 2013;310(20):2191-2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>
 30. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución número 8430 de 1993, Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Colombia; 1993.
 31. Byrne L, Ward C, White JM, Amirthalingam G, Edelstein M. Predictors of coverage of the national maternal pertussis and infant rotavirus vaccination programmes in England. *Epidemiol Infect.* 2018;146:197-206. <https://doi.org/10.1017/S0950268817002497>
 32. Elran B, Yaari S, Glazer Y, Honovich M, Grotto I, Anis E. Parents' perceptions of childhood immunization in Israel: Information and concerns. *Vaccine.* 2018;36:8062-8068. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2018.10.078>
 33. Letley L, Rew V, Ahmed R, Habersaat K, Paterson P, Chantler T, et al. Tailoring immunisation programmes: Using behavioural insights to identify barriers and enablers to childhood immunisations in a Jewish community in London, UK. *Vaccine.* 2018;36:4687-4692. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2018.06.028>
 34. Knights F, Carter J, Deal A. Impact of COVID-19 on migrants' access to primary care and implications for vaccine roll-out: a national

- qualitative study. *Br J Gen Pract.* 2021;71:e583-e595. <https://doi.org/10.3399/BJGP.2021.0028>
35. Ruiz-Rodríguez M, Vera-Cala L, López-Barbosa N. Seguro de salud y cobertura de vacunación en población infantil con y sin experiencia de desplazamiento forzado en Colombia. *Rev Salud Publica.* 2008;10:49-61. <https://doi.org/10.1590/S0124-00642008000100005>.
36. Habersaat K, Jackson C. Understanding vaccine acceptance and demand-and ways to increase them. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz.* 2020;63:32-39. <https://doi.org/10.1007/s00103-019-03063-0>
37. Oztas D, Kurt B, Akbaba M, Akyol M, Mollahaliloğlu S, Topaç O. Vaccination rates for Syrian population under temporary protection in Turkey. *Cent Eur J Public Health.* 2020;28:130-134. <https://doi.org/10.21101/cejph.a5543>