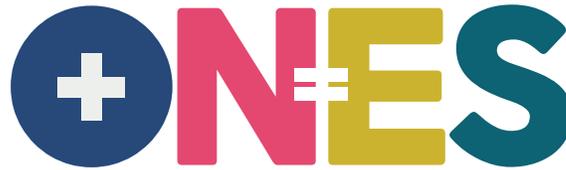




La salud
es de todos

Minsalud

Boletín No. 1
Marzo - Abril
2022



OBSERVATORIO NACIONAL DE
EQUIDAD EN SALUD

Equidad en la vacunación
contra el COVID-19 en personas
mayores de 60 años en Colombia

Dirección de Epidemiología y Demografía
Grupo Gestión del Conocimiento y Fuentes de Información



OBSERVATORIO NACIONAL DE
EQUIDAD EN SALUD



Organización
Panamericana
de la Salud

Organización
Mundial de la Salud



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA

Facultad Nacional de Salud Pública
Héctor Abad Gómez



La salud
es de todos

Minsalud



PRESENTACIÓN

Como las demás causas de morbimortalidad, se ha observado que las repercusiones de la pandemia por COVID-19 no se distribuyen aleatoriamente en la población. En Colombia (y en múltiples países) el número de casos graves y las muertes prematuras se concentraron en los grupos sociales desaventajados; por ello, en el proceso de diseño del Plan Nacional de Vacunación contra el COVID-19 (PNV) fueron definidos como principios orientadores el Enfoque Diferencial, la Igualdad Material, la Equidad, y la Justicia Social y Distributiva.

El nuevo Observatorio Nacional de Equidad en Salud -ONES- del Ministerio presenta este análisis como muestra de su compromiso con medir, evaluar, analizar y reflexionar críticamente sobre las inequidades, para aportar a la toma de decisiones basadas en evidencia que permitan seguir reduciendo estas bre-

chas a futuro. Reconociendo, a su vez, los esfuerzos realizados por este y otros Ministerios por prevenir y reducir las desigualdades injustas e intolerables en el marco de la pandemia.

Este informe presenta la primera exploración de Equidad en el PNV contra el COVID-19 en el país. Se parte de la comprensión de que los determinantes estructurales de las desigualdades en Colombia preceden tanto la ocurrencia de la pandemia como el diseño del PNV; y que las desigualdades en los distintos resultados sanitarios se han visto exacerbadas por dichos determinantes.

Estas realidades fueron consideradas en el diseño del Plan, materializado en los principios orientadores, y en la ejecución del mismo, con el ejercicio de priorización, la inclusión de todos los habitantes en el territorio nacio-

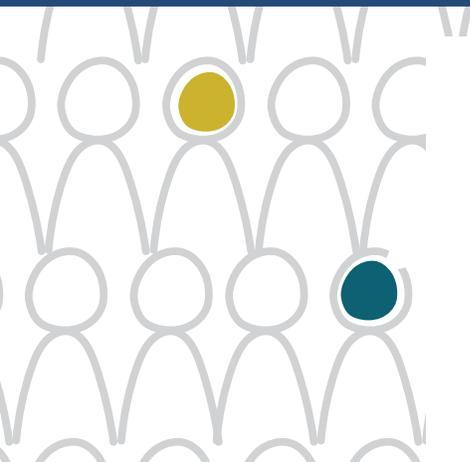
nal -no solo los ciudadanos colombianos-, la inclusión de migrantes en condición irregular y pendulares, la regla de distribución de biológicos entre subterritorios, y las estrategias diferenciales para llegar a las áreas rurales y dispersas, entre otros.

El trabajo por reducir las inequidades es, por definición, siempre inacabada. Tenemos al tiempo que mantener el "optimismo basado en evidencia" -como plantea Michael Marmot- frente a los progresos que hemos tenido, la capacidad también de reconocer los desafíos pendientes, pero sobre todo la convicción que, al reducir las inequidades, generamos no solo una mejor salud para los más vulnerables, sino también una mejor sociedad para todos. Una sociedad equitativa genera una sociedad más saludable, y viceversa. Esta seguirá siendo la tarea para el futuro y con ello estamos comprometidos.



Fernando Ruiz Gómez
FERNANDO RUIZ GÓMEZ

Ministro de Salud y Protección Social



Pandemia por COVID-19 y desigualdades sociales

ACCESIBILIDAD A VACUNAS

Después de casi dos años de la identificación del virus SARS-CoV-2, el desarrollo de las diferentes vacunas contra el COVID-19 ha generado un ambiente esperanzador de superación de la crisis global.

No obstante, y si bien la inmunización avanza en todo el mundo, existen países y territorios rezagados donde las personas continúan en alto riesgo, al tiempo que se constituye en un escenario propicio para el surgimiento de nuevas variantes del virus.

En parte, esto se debe a que la compra y disponibilidad de biológicos en los países ha sido desigual, a pesar de iniciativas como el mecanismo COVAX (COVID-19 Vaccines Global Access), con el que se pretendía generar acceso equitativo a los países de medianos y bajos ingresos a través del financiamiento de países de altos ingresos y del control del precio de la oferta (1).

Así, en 2021, países donde se ubica el 16% de la población mundial aseguraron el 70% de las dosis disponibles para las cinco vacunas principales (2).

Ante este panorama, la comunidad internacional ha hecho un llamado a la “solidaridad” entre países, recordando que “la vacunación funcionará efectivamente si la mayoría de las población alrededor del mundo esta inmunizada, cortando así la cadena de transmisión del SARS-CoV-2” (1,3).

EXACERBACIÓN DE INEQUIDADES DURANTE LA PANDEMIA EN LATINOAMÉRICA Y SU EFECTO EN LA SALUD

Las desigualdades sociales se han descrito como un catalizador central de la reducción de la calidad y la expectativa de vida a nivel mundial (4–6).

Latinoamérica ha sido identificada como una de las regiones más desiguales del planeta. Durante la pandemia, además, se observó un retroceso en los niveles de salud y bienestar para la población en general, así como un recrudecimiento de las inequidades sanitarias en la región, con mayor afectación entre las mujeres, niñas y adolescentes, las comunidades indígenas, los afrodescendientes y la población rural (7).

En este sentido, el estudio, monitoreo y análisis crítico de las inequidades en salud permite generar espacios de trabajo intersectorial que favorezca la implementación de intervenciones a nivel de los determinantes estructurales de la salud. Esto permitirá incentivar respuestas integrales de política social necesarias para responder de manera conforme, efectiva y justa frente a las consecuencias derivadas de la pandemia por COVID-19.

Esa es nuestra Esperanza.





LA EDAD COMO UN EJE DE DESIGUALDAD EN SALUD

La edad es un eje que determina la distribución del bienestar y el poder dentro de la estructura social, así como una de las bases de la organización social en torno a la cual se asignan responsabilidades y roles (8). Esta, además, puede interactuar con otros elementos como la condición socioeconómica, el género, el origen étnico-racial, el territorio, y otras estructuras que producen desigualdades.

En nuestra sociedad, varias leyes y políticas definen derechos con base en la edad, tanto explícitamente –a través de reglas estructuradas– como implícitamente –juicios sobre la naturaleza de los distintos periodos de la vida–. Esto puede llevar a discriminación, estereotipos y prejuicios que se manifiestan en ámbitos como la salud y el trabajo, entre otros (8). Así, la edad se constituye en uno de los determinantes para el pleno goce de los derechos económicos, sociales y culturales.

Adicionalmente, en estudios de las desigualdades sociales en salud se recomienda considerar la perspectiva del curso de vida, al reconocer que las exposiciones diferenciales en los periodos críticos de la vida pueden llevar a resultados también diferenciales, sin que esto implique una relación determinística.

Así, la cadena de desigualdades desde la niñez hasta la vejez exige que los gobiernos adopten un enfoque de ciclo de vida en el diseño e implementación de políticas públicas, reconociendo que las necesidades de los individuos cambian a lo largo de la vida.

EFFECTOS DE LA PANDEMIA EN LOS ADULTOS MAYORES

El riesgo de pobreza incrementa con la edad. Así, el porcentaje de personas mayores que viven en la pobreza alcanza hasta el 80% en algunos países de ingresos medios y bajos (9).

Las personas mayores pueden depender de múltiples fuentes de ingresos, incluido el trabajo remunerado, los ahorros, el apoyo financiero de las familias, y las pensiones (10), los cuales pudieron verse afectados como resultado de la pandemia. Además, es altamente probable que las condiciones económicas generadas en este periodo tengan un impacto negativo mayor entre mujeres mayores y adultos mayores con discapacidad (11).

Por su parte, existe amplia evidencia de que los adultos mayores constituyen el grupo poblacional con mayor riesgo de enfermedad grave y muerte por COVID-19, lo cual se relaciona con la mayor carga de la enfermedad crónica y a la fragilidad relacionada con el proceso de envejecimiento.

Así, la pandemia ha afectado negativamente a los adultos mayores debido al mayor riesgo de desenlaces negativos en salud, por la pérdida de seguridad financiera y empobrecimiento (12), y por las restricciones de movilidad durante las etapas de confinamiento, que llevaron a la pérdida de lazos y redes de apoyo. Estas consideraciones llevaron a que en Colombia los adultos mayores fueran el primer grupo poblacional priorizado para acceder a las vacunas y a sus refuerzos.

Equidad en las coberturas de vacunación contra el COVID-19 en adultos mayores de Colombia

Como se ha descrito, el reconocimiento de los adultos mayores como principal grupo de riesgo ante el COVID-19 fue determinante en el diseño del PNV. Para identificar el grado en el que esta priorización y los principios orientadores incidieron efectivamente en la ejecución del Plan, MinSalud –a través del ONES– analizó las desigualdades en las coberturas de vacunación contra el COVID-19 en adultos de 60 años y más en Colombia.

Para ello, se llevó a cabo un estudio observacional, de corte transversal, analítico y con fuentes secundarias, incluyendo:

- i. PAIWEB: dosis aplicadas de la vacuna contra el COVID-19. Esta fuente presenta un rezago global aproximado del 41,5%, el cual es menor en la población de adultos mayores de 60 años debido a la priorización de esta población en el plan de vacunación.
- ii. Afiliados al SGSSS: Bodega de Datos de SISPRO (SGD). RUAF Registro Único de Afiliados.
- iii. Proyecciones de Población calculadas con base en los resultados del Censo Nacional de Población y Vivienda – CNPV 2021.

- iv. Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) departamental y municipal del DANE.

Inicialmente, se revisó el número de dosis aplicadas diariamente entre febrero de 2021 y marzo de 2022, así como la distribución de los esquemas completos de vacunación según sexo, grupo de edad (decenios), régimen de afiliación al sistema de salud, departamento y municipio de residencia. Estos análisis se realizaron con datos a nivel individual.

Luego, con datos del nivel departamental y municipal, se compararon las coberturas de vacunación según el índice de pobreza multidimensional (IPM). El porcentaje de población rural fue analizado también para el nivel departamental.

Se calcularon diferencias absolutas y relativas.

Asimismo, se construyeron gráficos de tendencias con promedio móvil (7 días), gráficos de barras, mapas coroplemas y curvas de Lorenz de desigualdad.

Vale la pena resaltar que todos los datos son preliminares y sujetos a cambios. Fecha de consulta: 15 de marzo de 2022.





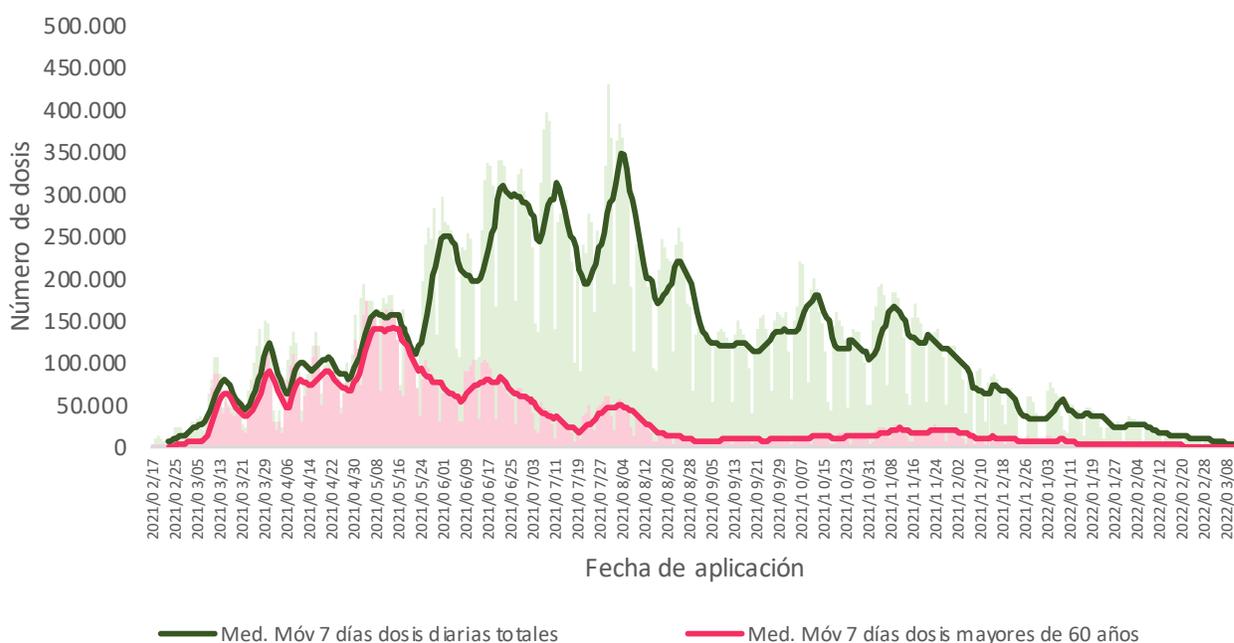
Resultados

El 17 de febrero de 2021 se dio inicio a la ejecución del Plan Nacional de Vacunación contra el COVID-19 en Colombia. Al 13 de marzo de 2022 se habían aplicado 47,5 millones de dosis, de las cuales, más de 12,6 millones correspondían a adultos mayores (60 años y más).

Es de anotar que la población adulta mayor representa el 13,9% de la

población colombiana, y que en esta se concentra el 26,6% de todas las dosis aplicadas en el país. Asimismo, como puede observarse en la siguiente figura, hasta finales de mayo de 2021 casi todas las dosis reportadas eran aplicadas en adultos mayores, lo cual se relaciona directamente con la priorización de esta población en el PNV.

Número de dosis aplicadas diariamente. Vacunación contra el COVID-19 total y en mayores 60 años. Colombia, entre febrero 2021-2022

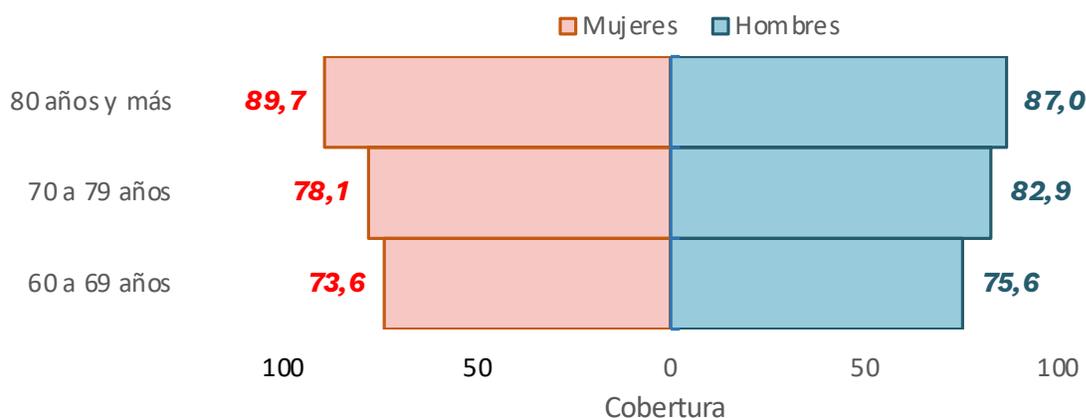


Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD). PAIWEB. Datos preliminares, sujetos a cambio. Fecha de consulta 15-03-2022

De esta manera, al 13 de marzo de 2022, entre los adultos mayores de 60 años se registraba en Colombia una cobertura efectiva de vacunación (esquemas completos) del 78,3%, con algunas diferencias según el grupo etario, de manera que entre los adultos de 60 a 69 años la cobertura efectiva era del 74,5%,

del 80,2% entre los de 70 a 79 años (diferencia absoluta (da): 5,7 pp respecto al grupo de 60 a 69), y del 88,5% en los adultos de 80 y más (da=14,0 pp). En la figura se presenta la distribución de las coberturas de vacunación contra el COVID-19 según grupo de edad y sexo.

Distribución de las coberturas con esquemas completos de vacunación, según sexo y grupo de edad. Colombia, 2021-2022



Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD). PAIWEB. DANE. Proyección poblacional 2021 – Datos preliminares, sujetos a cambio. Fecha de consulta 15-03-2022

COBERTURAS DE VACUNACIÓN CONTRA EL COVID-19 SEGÚN RÉGIMEN DE AFILIACIÓN AL SGSSS

En diciembre de 2021, 48,7 millones de personas estaban afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) colombiano, 46,4% en el régimen contributivo, 49,2% en el subsidiado y 4,4% en el régimen de excepción. En este análisis, el régimen de excepción fue agregado al régimen contributivo.

Se encontró una menor cobertura efectiva de vacunación contra el COVID-19 entre los adultos mayores afiliados al régimen subsidiado.



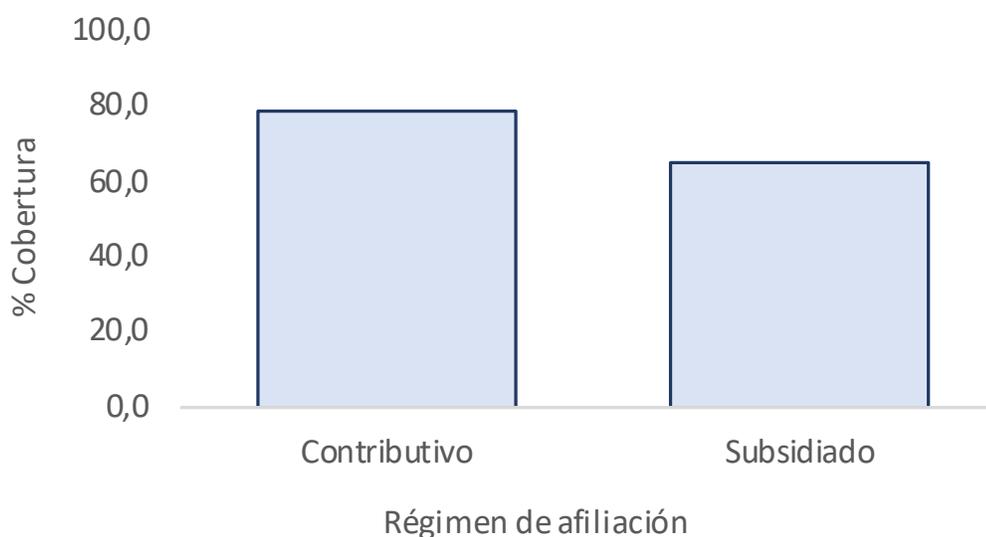


Como se ve en la figura, el régimen contributivo tiene una cobertura superior en 13,3 pp respecto al régimen subsidiado -es decir, un 20,3% superior-.

Estas diferencias son heterogéneas de acuerdo con el departamento y municipio de residencia.

Por ejemplo, en Bogotá, la diferencia es del 517,9% (50,3% contributivo vs 8,1% subsidiado), mientras que en Boyacá la desigualdad es mínima, siendo mayor la cobertura en el régimen subsidiado (30,3% contributivo vs 30,8% subsidiado).

Distribución de las coberturas con esquemas completos de vacunación, según régimen de afiliación al SGSSS. Colombia, 2021-2022



Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD). PAIWEB. RUAF – Datos preliminares, sujetos a cambio. Fecha de consulta 15-03-2022

Estas diferencias se mantienen cuando se evalúa en un mismo grupo etario la distribución de la co-

bertura según régimen de afiliación al sistema de salud.

Distribución de las coberturas con esquemas completos de vacunación, según régimen de afiliación al SGSSS y grupos de edad. Colombia, 2021-2022



Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD). PAIWEB. RUAF. DANE Proyección poblacional 2021 – Datos preliminares, sujetos a cambio. Fecha de consulta 15-03-2022

COBERTURAS DE VACUNACIÓN CONTRA EL COVID-19 SEGÚN DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA

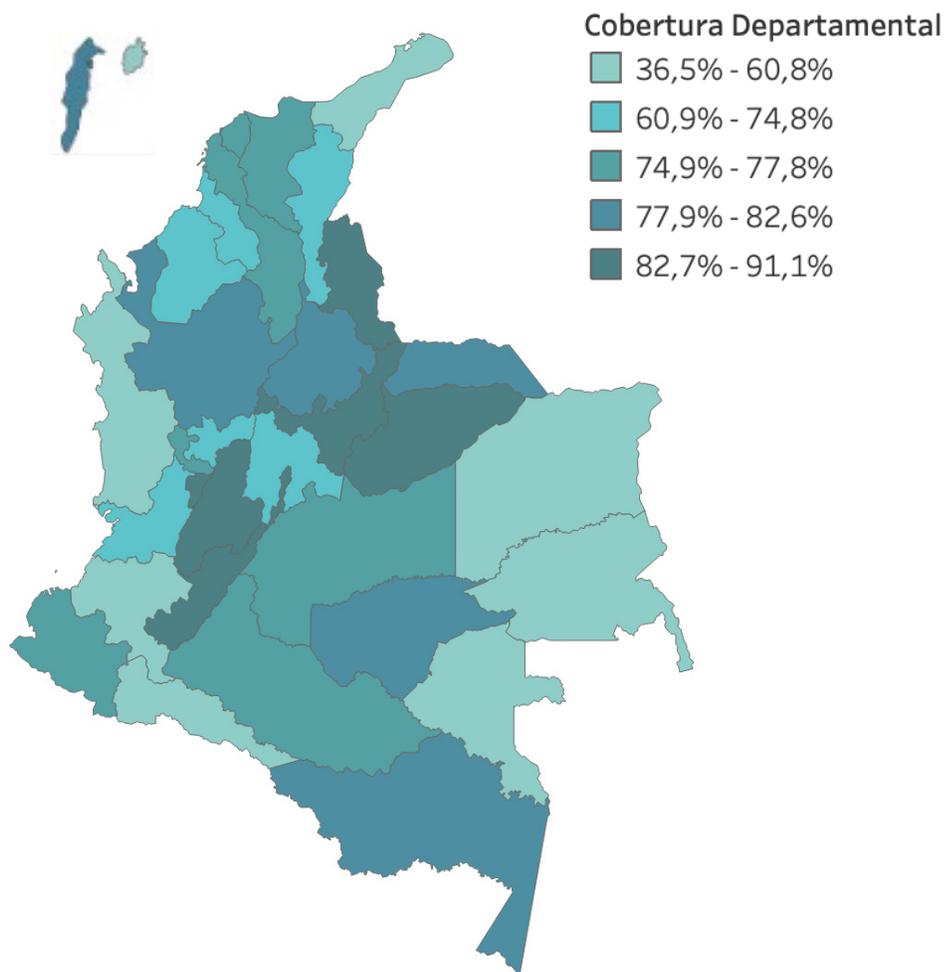
Se observaron diferencias importantes en la cobertura efectiva de vacunación entre los departamentos colombianos (Mín= 36,5% - Máx= 91,1%. Tolima, Huila, Casanare, Norte de Santander, Quindío, Bogotá y Boyacá presentaron las mayores coberturas en todo el país-superiores al 80%-). También se encontraron altas coberturas en San Andrés y Providencia, y en el Amazonas (Mapa 1), esto debido a las intervenciones focalizadas por la presencia de la variante Gamma y a la emergencia causada por el huracán Iota.

Siete de los 33 departamentos presentaban coberturas en adultos mayores más bajas a la del país en general (78,3%), a pesar de que a la fecha el PNV ha avanzado hasta la quinta etapa en todo el territorio nacional. Valga advertir que este análisis se realizó con la información reportada al sistema de información nominal PAIWEB, el cual -como se indicó- presenta un rezago aproximado del 41,5%; si el cargue de datos es diferencial según el ente territorial, estas desigualdades podrían ser imprecisas.





Cobertura de vacunación contra el COVID-19 con esquema completo en población de 60 años y mas, según departamento de residencia. Colombia, 2021-2022



Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD). PAIWEB. DANE. Proyección poblacional 2021 – Datos preliminares, sujetos a cambio. Fecha de consulta 15-03-2022

COBERTURAS DE VACUNACIÓN CONTRA EL COVID-19 SEGÚN IPM DEPARTAMENTAL

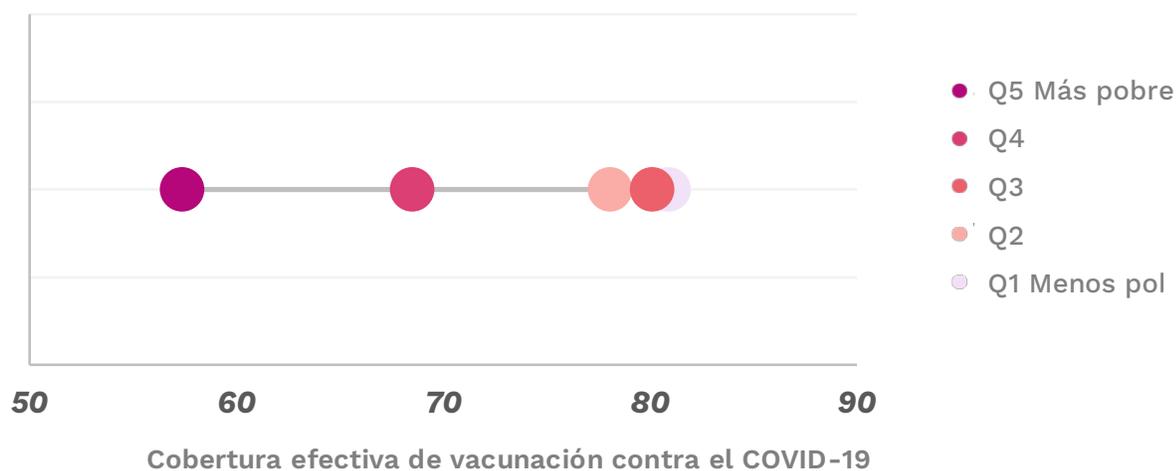
Para el año 2020, en Colombia el porcentaje de personas en condición de pobreza multidimensional fue del 18,1% (DANE). De acuerdo con el departamento de residencia, esta proporción varió entre el 7,5% (Bogotá) y el 75,6% (Vichada).

También se encontraron diferencias

en la cobertura de vacunación de acuerdo con el índice de pobreza multidimensional (IPM). Tomando como referencia los departamentos en el quintil menos pobre (quintil 1), entre quienes se observó una cobertura promedio del 80,9%, se observaron desigualdades importantes, especialmente con los de-

partamentos en los quintiles 4 y 5 de pobreza multidimensional, diferencias del orden del 18,1% y 40,9%, respectivamente. Las coberturas fueron similares en los tres primeros quintiles, como se muestra a continuación.

Cobertura de vacunación contra el COVID-19 con esquema completo en adultos mayores a nivel departamental, según IPM. Colombia, 2021-2022



Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD). PAIWEB. DANE. Proyección poblacional 2021. IPM: DANE – Datos preliminares, sujetos a cambio. Fecha de consulta 15-03-2022

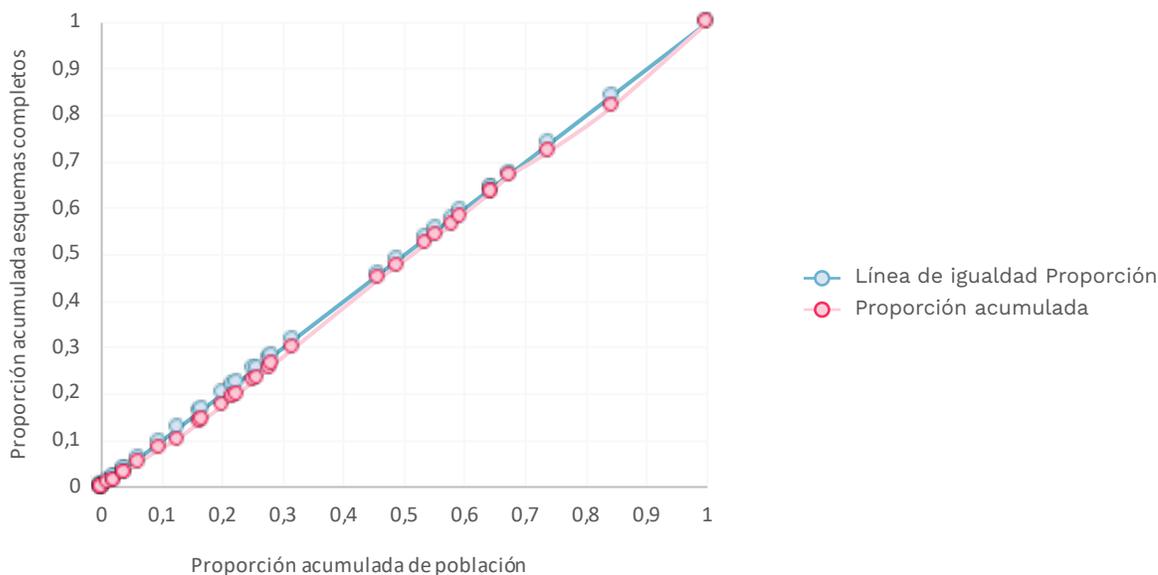
Para continuar explorando estas desigualdades socio-espaciales, se construyó la curva de Lorenz y se calculó el índice de concentración. En este caso, se observó un índice de 0,029, lo cual indica una menor concentración de la cobertura efectiva de vacunación en adultos mayores en los departamentos con

mayor pobreza multidimensional en comparación con la igualdad hipotética. No obstante, la magnitud tiende a cero, es decir, existe baja desigualdad. Recordemos que el índice puede variar entre -1 y 1, y que cero significa igualdad relativa en la distribución.





Curva de Lorenz según índice de pobreza multidimensional departamental para la proporción de esquemas completos en mayores de 60 años. Colombia, 2021-2022



Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD). PAIWEB. DANE. Proyección poblacional 2021. IPM: DANE – Datos preliminares, sujetos a cambio. Fecha de consulta 15-03-2022

Estos resultados podrían indicar diferencias importantes entre los extremos de pobreza (desigualdades de brecha) pero no tanto así diferencias en la distribución de todos

los departamentos de acuerdo con el IPM (desigualdades de gradiente), al considerar la cantidad de adultos mayores en cada departamento (ver Curva de Lorenz).

COBERTURAS DE VACUNACIÓN CONTRA EL COVID-19 SEGÚN PORCENTAJE DE POBLACIÓN RURAL EN EL DEPARTAMENTO

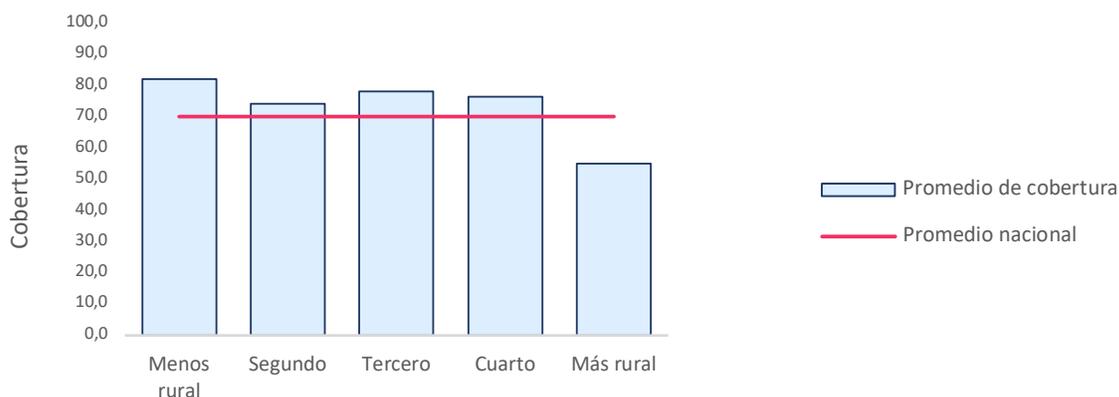
Durante el 2021, se proyectaba que el 23,8% de la población colombiana residía en áreas rurales (centros poblados y rurales dispersos). En el caso de los adultos mayores, la proporción era del 22,7%, correspondientes a 1.6 millones de personas de 60 y más años.

Cuando se comparó la cobertura de vacunación efectiva contra el COVID-19 en adultos mayores según quintiles de población rural en el

departamento, no se encontraron importantes diferencias, especialmente entre los primeros cuatro quintiles con menor ruralidad.

No obstante, se vuelven a encontrar Desigualdades de brechas: al comparar las coberturas de vacunación de los departamentos menos rurales (Q1) con los más rurales (Q5), se encontró una diferencia de 27,0 pp, o del 49,0%.

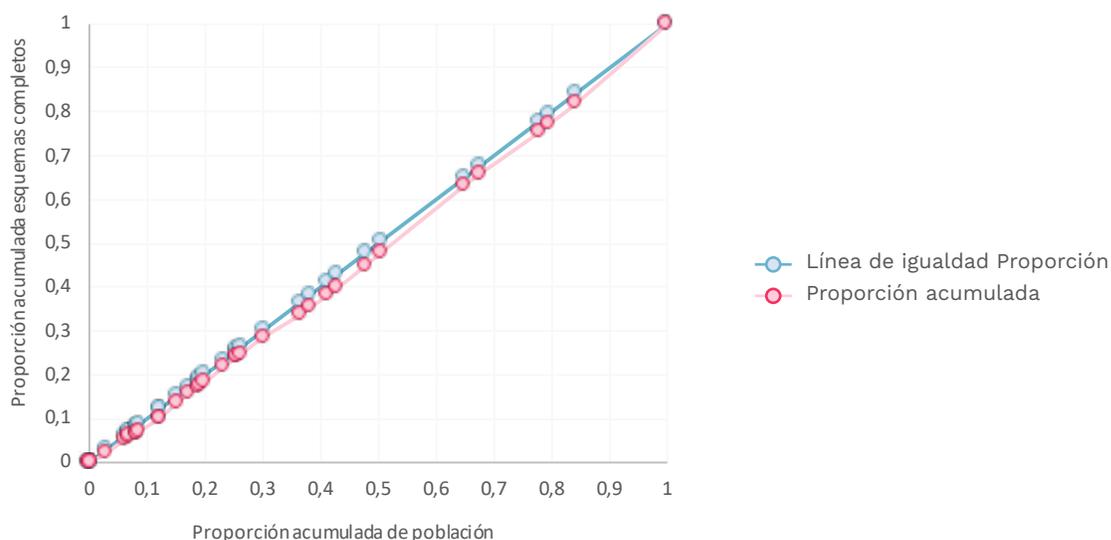
Distribución de coberturas con esquemas completos de Vacunación según quintiles de población adulta mayor rural



Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD). PAIWEB. DANE. Proyección poblacional 2021. IPM: DANE – Datos preliminares, sujetos a cambio. Fecha de consulta 15-03-2022

La proporción de ruralidad en las entidades territoriales mostró una concentración de los esquemas completos de vacunación en los departamentos con mayor población urbana. Sin embargo, el coeficiente de concentración también es bajo, del 0,036, es decir, no se encontraron desigualdades de gradiente.

Curva de Lorenz según porcentaje de población adulta mayor rural en el departamento para la cobertura efectiva de vacunación en adultos mayores.



Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD). PAIWEB. DANE. Proyección poblacional 2021 – Datos preliminares, sujetos a cambio. Fecha de consulta 15-03-2022.



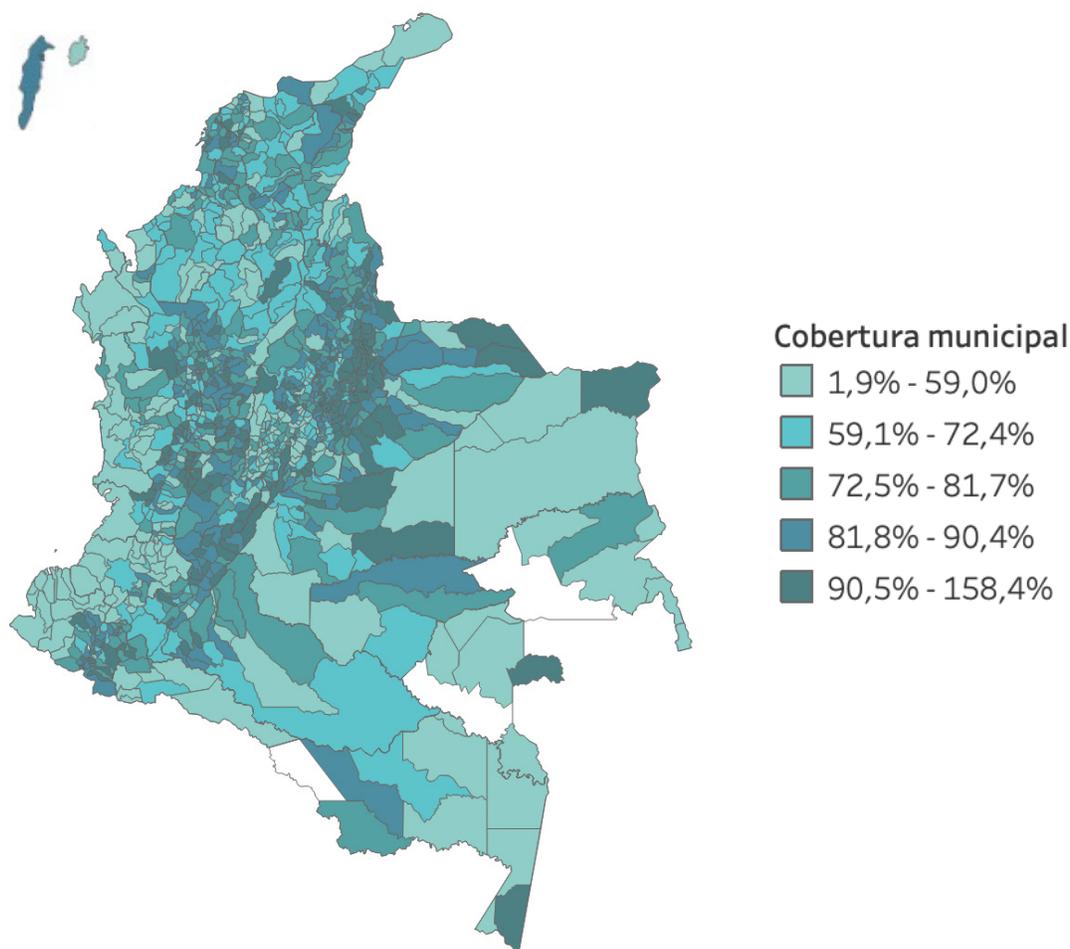


COBERTURAS DE VACUNACIÓN CONTRA EL COVID-19 SEGÚN MUNICIPIO DE RESIDENCIA

La distribución de la cobertura efectiva de vacunación en adultos mayores entre municipios colombianos presenta mayor heterogeneidad en comparación con la observada entre los departamentos (Mín= 1,9% Máx= 158,4%), sin embargo, la desigualdad continúa

siendo baja (Gini= 0,147). Las menores coberturas se observaron en los territorios no municipalizados de los que se tiene información, mientras que en 61 municipios se presentaban coberturas superiores al 100% (Mapa 2).

Cobertura de vacunación contra el COVID-19 con esquema completo en población de 60 años y mas, según municipio de residencia. Colombia, 2021-2022.



Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD). PAIWEB. DANE. Proyección poblacional 2021 – Datos preliminares, sujetos a cambio. Fecha de consulta 15-03-2022

De los 1.117 municipios evaluados, 587 (52,6%) presentaban coberturas inferiores a la del país en general. Nótese en el mapa que los municipios del pacífico colombiano ten-

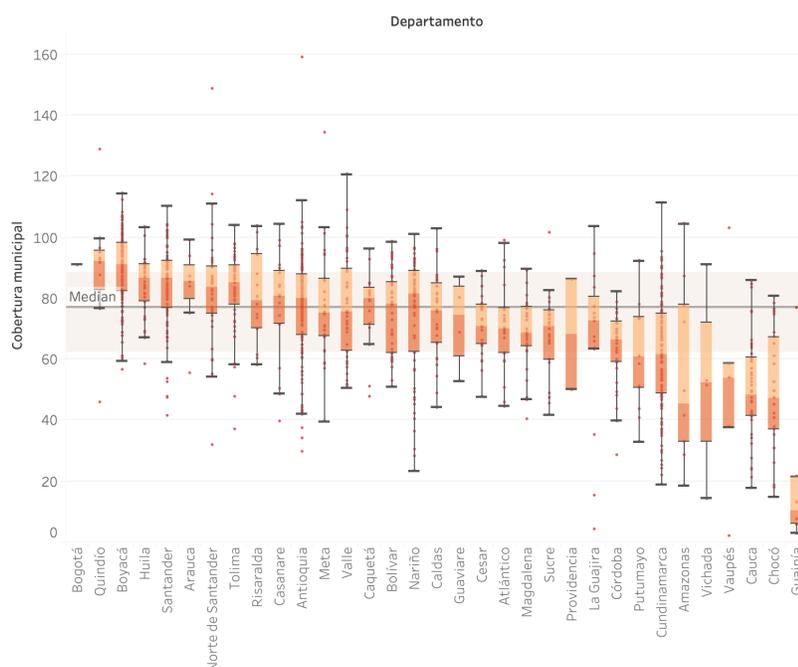
dían a presentar coberturas ubicadas en el quintil más bajo, al igual que los municipios en La Guajira, Amazonas y Vichada.

Si bien las desigualdades en la cobertura de vacunación en adultos mayores son bajas, estas están presentes tanto entre los departamentos como en su interior. Como puede observarse en la siguiente figura, las diferencias en-

tre los municipios que pertenecen a un mismo departamento son variables. Así, en el Huila se presentó la menor variación (mín 58,3% - máx 103,3%; DE= 9,1), mientras que en el Vaupés se observó la mayor heterogeneidad (mín 1,9%

máx 103,0%, DE= 36,6). Esta es una de las razones por las cuales es importante observar la heterogeneidad de las medidas y no solamente los resultados promedio.

Diagramas de cajas y bigotes para la cobertura de vacunación contra el COVID-19 con esquema completo en adultos mayores a nivel departamental, Colombia, 2021-2022



Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD). PAIWEB. DANE. Proyección poblacional 2021. IPM: DANE – Datos preliminares, sujetos a cambio. Fecha de consulta 15-03-2022

COBERTURAS DE VACUNACIÓN CONTRA EL COVID-19 SEGÚN IPM MUNICIPAL

A nivel municipal se cuenta con la medida de pobreza multidimensional con fuente censal para el año 2018. En este caso, la pobreza varió entre 4,5 (Sabaneta) y 97,9 (Papunaua).

mayor cobertura se encontró entre los municipios ubicados en el quintil 2 del IPM (80,0%), es decir, una diferencia absoluta de 19,2%, y una relativa del 31,6%.

Cuando se consideró la cobertura de vacunación según el IPM se encontraron resultados similares a los del nivel departamental, esto es, existen desigualdades pero estas no son altas.

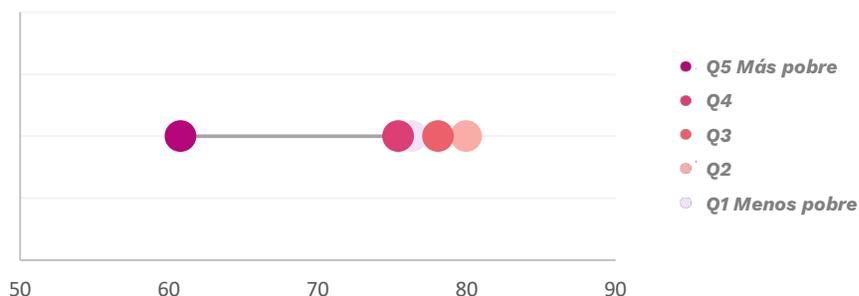
Nótese que los municipios menos pobres (quintil 1) presentó una cobertura promedio de 76,3%, ubicándose en la tercera posición de vacunación.

La menor cobertura de vacunación promedio se presentó entre los municipios con mayor pobreza multidimensional (60,8%), mientras que la





Cobertura de vacunación contra el COVID-19 con esquema completo en adultos mayores a nivel municipal, según IPM. Colombia, 2021-2022

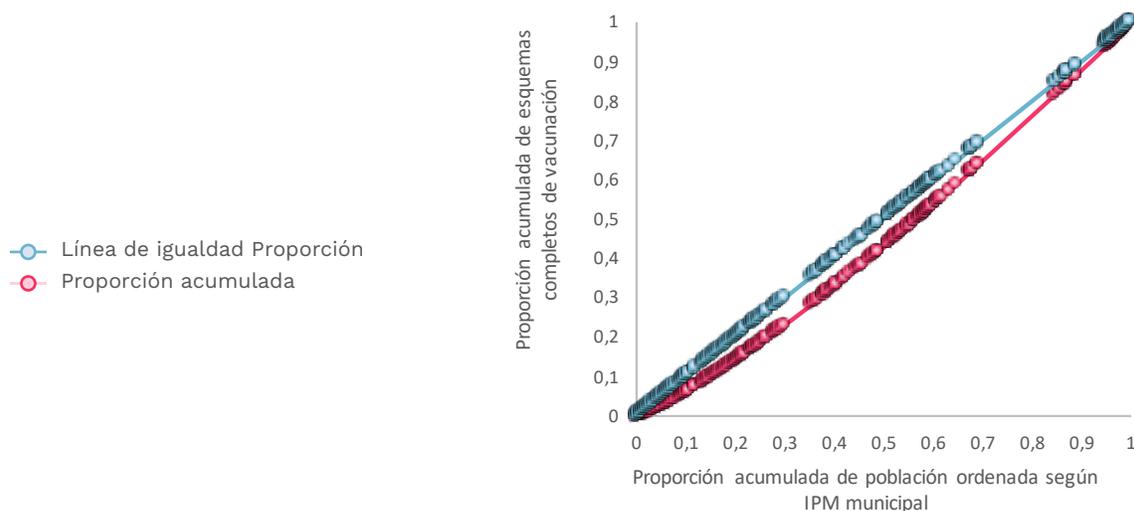


Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD). PAIWEB. DANE. Proyección poblacional 2021. IPM: DANE – Datos preliminares, sujetos a cambio. Fecha de consulta 15-03-2022

También se construyó la curva de Lorenz para explorar las desigualdades socio-espaciales. En este caso, el índice de concentración fue del 0,049, lo cual indica una menor concentración de la cobertura efectiva de vacunación en adultos mayores en los municipios con mayor pobreza multidimensional en comparación con la igualdad hipotética.

Si bien la magnitud del índice es un poco mayor que el estimado para los departamentos (IC=0,029), este todavía es muy bajo, con tendencia a cero. En este sentido, vale la pena recordar que valores superiores a 0,3 pueden considerarse como alta desigualdad, valor de referencia lejano en este caso.

Curva de Lorenz según índice de pobreza multidimensional municipal para la proporción de esquemas completos en mayores de 60 años. Colombia, 2021-2022



Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD). PAIWEB. DANE. Proyección poblacional 2021. IPM: DANE – Datos preliminares, sujetos a cambio. Fecha de consulta 15-03-2022

Conclusiones

- Después de casi dos años de la identificación del virus SARS- CoV-2, el desarrollo de las diferentes vacunas contra el COVID-19 ha generado un ambiente esperanzador de superación de la crisis global. A pesar de que la inmunización avanza en todo el mundo, existe un rezago sustancial en las coberturas, especialmente en países de bajos ingresos.
- Las desigualdades sanitarias observadas durante la pandemia por COVID-19 a nivel global, entre países y en su interior, son expresión de las desigualdades sociales y económicas estructurales que anteceden a la crisis sanitaria actual.
- Dado que estas desigualdades no se pueden corregir rápidamente, durante la emergencia los Estados debían generar acciones para prevenir y reducir la aparición de mayores desigualdades, especialmente para los grupos más vulnerados y vulnerables, para maximizar los beneficios esperados en salud pública para la sociedad en su conjunto.
- En Colombia, la población adulta mayor representa el 13,9% del total de la población, en la que se concentra el 26,6% de todas las dosis aplicadas en el país. Los mayores de 80 años alcanzan las mayores coberturas en la población.
- Los resultados de este trabajo sugieren que el Plan Nacional de Vacunación diseñado para Colombia fue efectivo para prevenir inequidades en las coberturas de vacunación contra el COVID-19, al menos, entre los adultos mayores, quienes antes de la vacunación, aportaron la mayor carga de la mortalidad evitable por COVID-19. No obstante, son necesarios análisis más profundos para explicar estos resultados.
- La población de adultos mayores afiliados al régimen subsidiado presenta una cobertura inferior respecto al régimen contributivo. Esto es consistente con otros estudios donde se ha encontrado inequidades sanitarias en COVID-19 según régimen de afiliación al SGSSS.
- Si bien algunas desigualdades persisten, es altamente probable que de no haberse considerado la equidad, la justicia social distributiva, y el enfoque diferencial en el proceso de priorización de la vacunación, estas diferencias hubiesen sido mayores.
- Existen diferencias en la cobertura efectiva de vacunación entre los departamentos colombianos. Tolima, Huila, Casanare, Norte de Santander, Quindío, Bogotá y Boyacá presentaron las mayores coberturas en todo el país, superiores al 80%. Entre tanto, departamentos ubicados en el pacífico colombiano y zonas que históricamente han vivido en mayor desigualdad socioeconómica presentaron las menores coberturas efectivas de vacunación. Esto con excepción del Amazonas, donde el proceso de vacunación se aceleró debido a la aparición de la variante Gamma en Brasil.
- Los departamentos y los municipios con un mayor pobreza multidimensional (IPM) presentaron, en promedio, menores coberturas de vacunación. En este sentido, se encontraron desigualdades de brecha, pero no de gradiente, entre los territorios colombianos.
- En relación con el análisis por proporción de ruralidad en las entidades territoriales, se observó una mayor concentración de los esquemas completos de vacunación en los departamentos con mayor población urbana.
- Finalmente, las desigualdades en las coberturas de vacunación contra el COVID-19 en adultos mayores son bajas, aspecto que se relaciona con la consideración de la equidad como orientador de la política de vacunación contra el COVID-19 en el país.
- Es necesario continuar evaluando los resultados sanitarios, así como las decisiones de política pública durante la pandemia desde un enfoque de equidad en salud.



Referencias

1. Negahdaripour M. COVID-19 Vaccine Global Access is an Urgency [Internet]. Vol. 46, Iranian Journal of Medical Sciences. 2021. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7966931/pdf/IJMS-46-79.pdf>
2. Wouters OJ, Shadlen KC, Salcher-Konrad M, Pollard AJ, Larson HJ, Teerawatatananon Y, et al. Challenges in ensuring global access to COVID-19 vaccines: production, affordability, allocation, and deployment. Lancet [Internet]. 2021;397(10278):1023–34. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00306-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00306-8)
3. The Lancet. Access to COVID-19 vaccines: looking beyond COVAX. Lancet. 2021;397(March):941.
4. Commission of the Pan American Health Organization on Equity and Health. Inequalities in the Americas. Just Societies: health equity and dignified lives. Report of the Commission of the Pan American Health Organization on Equity and Health Inequalities in the Americas. Washington, D.C.: PAHO; 2019. 1–32 p.
5. Busso M MJ. Income inequality: a snapshot. In: Busso M, Messina J, editors. The inequality crisis: Latin America and the Caribbean at the Crossroads. IDB Monogr. Washington, D.C.: Inter-American Development Bank; 2020. p. 14–36.
6. Berlinski S, Gagete-Miranda J, Vera-Hernández M. A Tale of Expansion and Fragmentation. In: Busso M, Messina J, editors. The Inequality Crisis: Latin America and the Caribbean at the Crossroads. IDB Monogr. Washington, D.C.: Inter-American Development Bank; 2020. p. 125–54.
7. CEPAL. Panorama Social de América Latina 2021. [Internet]. CEPAL, editor. Cepal. Santiago de Chile; 2022. 1-247 p. Available: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/ps>
8. CEPAL. Panorama Social de América Latina [Internet]. CEPAL, editor. Cepal. Santiago de Chile; 2016. 1–290 p. Available from: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/41598/4/S1700567_es.pdf
9. UNDESA. Income Poverty in Old Age: An Emerging Development Priority [Internet]. 2017. Available from: <http://www.un.org/esa/socdev/ageing/documents/PovertyIssuePaperAgeing.pdf>
10. International Labour Office. Social protection for older persons: Policy trends and statistics 2017-19 [Internet]. ILO, editor. Geneva, Switzerland; 2018. 1–143 p. Available from: www.ilo.org/publns
11. UN-Women. Progress of the World's Women 2019-2020 [Internet]. New York; 2020. Available from: <https://www.unwomen.org/es/digital-library/progress-of-the-worlds-women>
12. McLaughlin JM, McGinnis JJ, Tan L, Mercatante A, Fortuna J. Estimated Human and Economic Burden of Four Major Adult Vaccine-Preventable Diseases in the United States, 2013. J Prim Prev. 2015;36(4):259–73.



<https://www.sispro.gov.co/observatorios/onequidadysalud/Paginas/Observatorio-Nacional-de-Equidad-en-Salud.aspx>



También puedes comunicarte al correo electrónico del Observatorio: ones@minsalud.gov.co



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Fernando Ruiz Gómez

Ministro de Salud y Protección Social

Germán Escobar Morales

Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

Claudia Milena Cuéllar Segura

Directora de Epidemiología y Demografía

Andrea Yanira Rodríguez Rodríguez

Coordinadora Grupo Gestión del Conocimiento y Fuentes de Información

OBSERVATORIO NACIONAL DE EQUIDAD EN SALUD

Equipo Técnico

Maylen Liseth Rojas Botero

Líder técnica del ONES

Ana Beatriz Vásquez Rodríguez
Fredy Armindo Camelo Tovar
Ginna Paola Saavedra Martínez
Melissa Aguirre Lemus
Salomé Valencia Aguirre
Sergio Serna Urán
Sonia Liliana Guzmán Rodríguez

Julián Alfredo Fernández Niño

Bloomberg School of Public Health
Johns Hopkins University
Asesor

Yadira Eugenia Borrero Ramírez

Facultad Nacional de Salud Pública
Asesora



Bogotá, 2022

