La influencia de los determinantes sociales y la accesibilidad a los servicios de salud en menores de 5 años en condición de vulnerabilidad, Santiago de Cali 2020

La influencia de los determinantes sociales y la accesibilidad a los servicios de salud en menores de 5 años en condición de vulnerabilidad de la comuna 21, Santiago de Cali 2020

Gloria Elizabeth Oviedo Mejía

Natalia Rodallega Sarria

Trabajo de grado para optar el título de Administrador en Servicios de Salud

Director

Mauren Rengifo Giraldo

Administrador en Servicios de Salud

Institución Universitaria Antonio José Camacho

Facultad de educación a distancia y virtual

Administración de los servicios de salud

Año 2022

La influencia de los determinantes sociales y la accesibilidad a los servicios de salud en menores de 5 años en condición de vulnerabilidad, Santiago de Cali 2020

Contenido

Pág.

Introducción 7

1. Descripción del Problema 8

1.1 Planteamiento del Problema 8

1.2 Justificación 11

1.3 Objetivos 14

1.3.1 Objetivo General 14

1.3.2 Objetivos Específicos 14

2. Marco Referencial 15

2.1 Antecedentes 15

2.2 Marco Teórico 25

2.2.1 Determinantes en Salud 26

2.2.2. Barreras de acceso a la salud 35

2.2.3. Vulnerabilidad social 41

2.2.3.1. Vulnerabilidad social de poblaciones de condiciones especiales 42

2.3 Marco Legal 44

3. Método 46

3.1. Enfoque de investigación 46

3.2. Tipo de estudio 47

3.3. Diseño de la investigación 47

3.4. Criterios de elegibilidad para la selección de los documentos académicos 47

La influencia de los determinantes sociales y la accesibilidad a los servicios de salud en menores de 5 años en condición de vulnerabilidad, Santiago de Cali 2020

3.5. Estrategias de Búsqueda 47

3.6. Organización de la información 48

3.7. Instrumentos de recolección 49

3.8. Procesamiento y análisis de la información 49

4. Resultados 50

4.1. Caracterización social de la Comuna 21 50

4.2. Red de prestación de servicios de salud en la comuna 21 61

4.3 Programas preventivos del sector primario en menores de 5 años 67

5. Conclusiones 72

6. Referencias Bibliográficas 74

La influencia de los determinantes sociales y la accesibilidad a los servicios de salud en menores de 5 años en condición de vulnerabilidad, Santiago de Cali 2020

Dedicatoria

Tomar la decisión de formarse profesionalmente es aceptar iniciar un camino de subidas y bajadas, de conocer habilidades y destrezas, pero también reconocer que no somos buenos en todo y que necesitamos de un equipo, de un compañero al que tomar de la mano para sobresalir exitosamente en este hermoso proceso.

Es por esto que dicamos este trabajo de grado primeramente a Dios, quien nunca nos soltó de nuestras manos y nos ha dado la sabiduría, el entendimiento y las fuerzas para continuar en este proceso de formación profesional, a nuestras familias porque de forma incondicional nos han brindado su apoyo y amor, a nuestras parejas porque con paciencia y entrega aceptaron de forma indirecta este estilo de vida por 5 años, a nuestros compañeros de curso por compartir sus conocimientos en cada encuentro y a nuestros tutores por emprender esta vocación tan bonita de enseñar.

"Nunca se es demasiado viejo para fijar otra meta o para soñar un nuevo sueño"

C.S Lewis.

La influencia de los determinantes sociales y la accesibilidad a los servicios de salud en menores de 5 años en condición de vulnerabilidad, Santiago de Cali 2020

Resumen

Esta monografía busca presentar la relación entre: la accesibilidad a la salud y los determinantes sociales, en la comuna 21 de Santiago de Cali, para la población de niños menores de 5 años en condición de vulnerabilidad. Esto se hará a través de una caracterización social y en materia de oferta de servicios de salud para primera infancia, lo que permite evidenciar la incidencia de los determinantes sociales como de la accesibilidad en la salud de la niñez.

Se identifica la relación entre accesibilidad y determinantes sociales en salud, concluyendo que en la comuna 21, tanto el enfoque de accesibilidad como determinantes sociales se ajustan a los resultados en los indicadores de salud de la primera infancia de la comuna.

Palabras Clave: Accesibilidad a la Salud, Determinantes Sociales en Salud, Primera Infancia, Vulnerabilidad, Administración en Salud.

La influencia de los determinantes sociales y la accesibilidad a los servicios de salud en menores de 5 años en condición de vulnerabilidad, Santiago de Cali 2020

Abstract

This monograph seeks to present the relationship between: accessibility to health and social determinants, in commune 21 of Santiago de Cali, for the population of children under 5 years of age in vulnerable conditions. This will be done through a social characterization and in terms of the supply of health services for early childhood, which makes it possible to demonstrate the incidence of social determinants such as accessibility in childhood health.

The relationship between accessibility and social determinants in health is identified, concluding that in commune 21, both the accessibility approach and social determinants are adjusted to the results in the early childhood health indicators of the commune.

Keywords: Accessibility to Health, Social Determinants in Health, Early Childhood, Vulnerability, Health Administration.

La influencia de los determinantes sociales y la accesibilidad a los servicios de salud en menores de 5 años en condición de vulnerabilidad, Santiago de Cali 2020

Introducción

Este trabajo hace un análisis de los determinantes sociales y de la accesibilidad a los servicios de salud para la ciudad de Cali, específicamente para la población infantil menor de 5 años en condición de vulnerabilidad. Para este fin se ha tomado como objeto de estudio la comuna 21 de la ciudad de Cali, ubicada en la zona oriental del casco urbano de la ciudad, lugar donde de acuerdo con (Castillo & Caicedo, 2018; Herrera et al., 2020) se concentran varios índices negativos con respecto a las condiciones sociales, de habitabilidad, salubridad y seguridad, como se mostrará en el desarrollo de la presente investigación.

Para el tratamiento del tema, se utilizan fuentes secundarias de datos oficiales, tanto de la Alcaldía de Cali, como de otras entidades que han producido datos estadísticos sobre el objeto de estudio. Para esto se ha tomado una ventana temporal desde el año 2016 hasta el año 2020, haciendo uso de datos comparativos de distintos periodos, que permitirán finalmente desarrollar los objetivos propuestos.

El objetivo general de este trabajo es identificar la accesibilidad a los servicios de salud y los determinantes sociales en la población antes mencionada. A partir de esto se propone describir desde un enfoque socioeconómico, a la comuna 21, con el fin de identificar así algunos determinantes sociales en salud para esta comuna, y observar si se relacionan con los resultados de indicadores básicos de salud en la primera infancia de la comuna.

Adicionalmente, busca identificar la red de prestación de servicios de la comuna antes señalada, y así mismo, los programas de prevención dirigidos a la población menor de 5 años. Como antecedente se encuentra que la mayoría de trabajos sobre este mismo objeto de estudio,

tratan temas como: malnutrición, afiliación a SISBEN, discapacidad, población adulta, vulnerabilidad y exclusión, factores de riesgo y barreras de acceso a salud.

Para iniciar a contextualizar la discusión, se debe decir primero que la comuna 21 nace con el programa Desarrollo, Seguridad y Paz, DESEPAZ, como programa de vivienda de interés social y tiene límites por el sur con el corregimiento de Navarro, por el oriente y nororiente con el límite del perímetro urbano de la ciudad, al noroccidente limita con la comuna 13, al norte con la comuna 7, y al occidente con la comuna 14. La Comuna 21 cubre el 4,0% del área urbana del municipio de Santiago Cali con 482,9 hectáreas, cifra por debajo del promedio de hectáreas por comuna para Cali que es de 550 (Herrera et al., 2020).

El primer barrio del proyecto ciudadela Desepaz fue Invicali-Desepaz que empieza a ser habitado en el año 1994, desde ese entonces se gesta el desarrollo del resto de los barrios que conforman la comuna, y 11 de los 14 barrios que la conforman tienen estrato 1, solo en dos casos: Ciudadela del Rio y Valle Grande se observa que el estrato es 2. Esto permite intuir que una fracción significativa de los habitantes y las viviendas de la comuna 21 hacen parte de población en condiciones de vulnerabilidad económica. Esta información hace parte de los datos de la Alcaldía de Cali, publicados en su sitio web sobre la comuna 21.

1. Descripción del Problema

1.1 Planteamiento del Problema

Los determinantes sociales (DS), ocupa un lugar muy importante dentro del contexto de la salud debido a la continua investigación que se realiza en aras de evidenciar que un óptimo o deteriorado estado de salud de una población específica tiene gran relación con las condiciones de

vida a la que esta se pueda enfrentar, puesto que a los DS se le atribuyen muchas de las variaciones y transformaciones epidemiológicas y de salud pública de los usuarios, quienes están expuestos a padecer diversas enfermedades vinculadas con su condición económica, social y ambiental (Álvarez. 2009).

En este contexto, es preciso citar a La Organización Mundial de la Salud (OMS) quien a través de su teoría de los determinantes sociales de la salud los define como *'las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana'* (OPS, 2020). Dicho lo anterior el análisis de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) centra su interés en las diferencias de las condiciones de salud entre los estratos sociales, puesto que tiene como fundamento analizar inequidades, entendidas como aquellas diferencias en el estado de salud de las personas que son evitables y por lo tanto injustas. (Álvarez, 2009).

Los Determinantes Sociales en Salud buscan evidenciar cómo las desigualdades injustas en la distribución de los bienes sociales: ingreso, riqueza, empleo estable, alimentación saludable, hábitos de vida saludables, acceso a servicios de salud, educación, recreación entre otros, se manifiestan generando diferencias injustas en el estado de salud de los grupos sociales. (Álvarez, 2009).

Según Álvarez, 2009 en Colombia, una de las poblaciones más afectadas por las inequidades del sistema de salud son los menores de 5 años, a quienes se supone que se les debe garantizar la salud para que disfruten de su etapa de niñez y que posteriormente sean adultos sanos y productivos que generen crecimiento y desarrollo en su país, pero si su entorno socioeconómico y ambiental no es propicio y viven en condiciones de vulnerabilidad, su salud se verá directamente

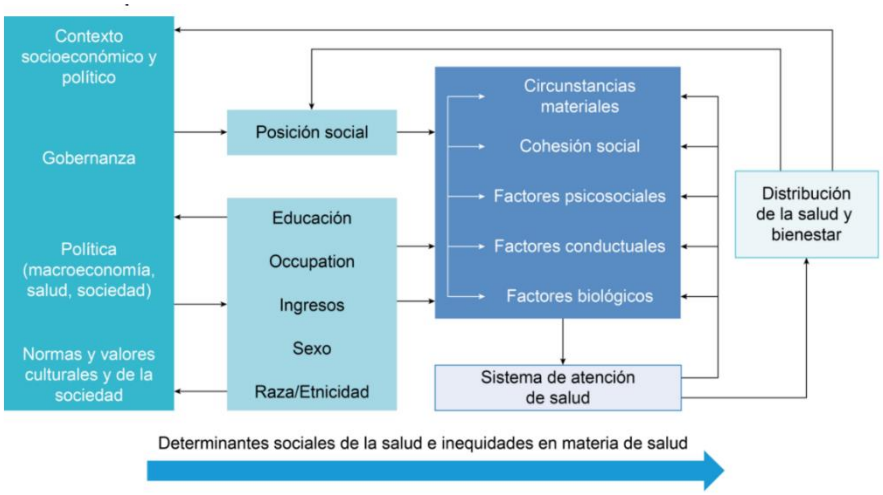
afectada, pues si bien es cierto, la pobreza condiciona categóricamente el bienestar físico, mental y social de la población.

El sistema de salud colombiano presenta tres grupos de afiliados, los contribuyentes, los subsidiados y la Población Pobre No Asegurada (PPNA), donde estos, por sus condiciones económicas pueden vivenciar un escenario amplio o limitado en cuestión del acceso a los servicios que por ley les deben ser otorgados, situación que desconoce edades y condiciona el uso a los servicios y programas en las diferentes etapas de vida, afectando de esta manera a los menores de 5 años, quienes ocupan un lugar significativo dentro de la pirámide poblacional.

Así mismo, de acuerdo con (Herrera et al., 2020), en la ciudad de Cali, en la comuna 21, 12 de los catorce barrios que la conforman son de estrato I y los dos barrios restantes son de estrato II. Sumado a esto, de acuerdo con los resultados del censo poblacional 2018 realizado por el departamento administrativo nacional de estadística (DANE), la pirámide poblacional es de base ancha y cúspide aguda, lo que traduce que la mayoría de los habitantes son niños, jóvenes y adultos jóvenes, se evidencia gran presencia de determinantes sociales poco favorables debido al nivel de pobreza, condiciones de salubridad precarias y empleabilidad reducida.

La influencia de los determinantes sociales y la accesibilidad a los servicios de salud en menores de 5 años en condición de vulnerabilidad, Santiago de Cali 2020

Figuara 1. **Marco conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud**



Nota. Tomado de https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud

1.2 Justificación

La comuna 21 de la ciudad de Santiago de Cali, de acuerdo a la frecuencia relativa de su estrato socioeconómico nivel 1, se caracteriza por tener una población en condiciones de vulnerabilidad y pobreza (Castillo & Caicedo, 2018), problemáticas que conllevan a presentar escasez de beneficios básicos como salud, higiene, educación, oportunidades de crecimiento, entre otras, razones por las cuales no han logrado escapar de las condiciones socioeconómicas, políticas e higiénicas precarias que los acechan.

Una evidencia clara de lo anterior, se presenta en el documento (DANE, sf.) donde destacan es el mínimo avance y/o crecimiento de esta comunidad, la cual desde el año 2000 al año 2015 presenta un porcentaje similar de nivel educativo, ingresos económicos básicos en relación con los egresos y análogas condiciones epidemiológicas, de igual manera en el documento (Herrera et al.,

2020) se menciona que la comuna posee un número mínimo de establecimientos para la satisfacción de sus necesidades en salud, toda vez que esta población (con aproximadamente 112400 habitantes), solo cuenta con dos (2) puesto de salud y un (1) centro de salud para acceder a dichos servicios, si se habla de quiénes se encuentran afiliados en el Régimen Subsidiado de Salud; si son contribuyentes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, éstos cuentan con 14 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), adscritas a diferentes Entidades Promotoras de Salud (EPS), las cuales solo prestan servicios de nivel de complejidad I, situación que encamina directamente a la insuficiente accesibilidad que presentan estos usuarios para recibir sus atenciones oportuna y eficientemente. En este punto es importante clarificar que, dentro de los habitantes de esta comuna, el 7,7% son menores de cinco años de edad (8700 niños aproximadamente).(Castillo & Caicedo, 2018)

Por otro lado, se conoce que las poblaciones pobres presentan mayores falencias en su estado de salud, debido a las condiciones sanitarias, nutricionales, económicas, educativas y sociales a las que se enfrentan, frecuentando a mayor escala las instituciones prestadoras, en aras de mejorar su condición de salud, lo que, si bien es cierto, incrementa los costos y gastos que el sistema debe asumir (Wagstaff, 2002).

Es preciso resaltar, en palabras de Wagstaff que :

> *"La pobreza y los bajos ingresos también son causa de mala salud. Los países con mayores índices de pobreza sufren múltiples privaciones que se expresan en altos niveles de mala salud. De este modo, las personas pobres se ven atrapadas en un círculo vicioso: la pobreza engendra mala salud y la mala salud mantiene la pobreza"* (Wagstaff, 2002, p. 316).

La influencia de los determinantes sociales y la accesibilidad a los servicios de salud en menores de 5 años en condición de vulnerabilidad, Santiago de Cali 2020

De acuerdo a lo anterior y según la revisión bibliográfica, si no se concibe que las poblaciones vulnerables o de escasos recursos mejoren sus condiciones de salud y minimicen el impacto de los determinantes sociales que los marcan, la situación será la misma para futuras generaciones.

Es por esta razón que se ha decidido realizar esta monografía en la cual se pretende determinar la accesibilidad a los servicios de salud y la incidencia de los determinantes sociales de la salud en menores de cinco años en condiciones de vulnerabilidad en la comuna 21 de Santiago Cali, población que vive condiciones de pobreza, lo que conlleva a que estén en constante riesgo de padecer enfermedades graves con altos índices de mortalidad como lo son la desnutrición crónica, enfermedad diarreica aguda (EDA) e infección respiratoria aguda (IRA), entre otras, a las cuales su aparición se le atribuye la presencia de los determinantes sociales de la salud (MinSalud, 2020)

Hoy en día se reconoce que la salud de la población tiene un gran impacto en el crecimiento y desarrollo del país (OMS, 2018), lo que podría considerar que desde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en menores de cinco años, se proyecta que un menor sano será un adulto productivo que generará crecimiento y desarrollo económico a un país.

Por tanto, el desarrollar una revisión bibliográfica que evidencie la influencia de los determinantes sociales en la accesibilidad, presenta gran valor para los administradores en salud de la región, ya que analizar y evidenciar el comportamiento de éstos elementos enriquece su conocimiento significativamente, puesto que les permite aplicar muchas de las teorías y conceptos presentados y revisados en sus espacios académicos, al contexto real en la ciudad, así como presentar propuestas para la implementación de políticas públicas intersectoriales, en donde se

pretenda mejorar las condiciones de vida de los habitantes de la comuna 21, con procedimientos de mejora en salud, higiene, educación, ambientes sociales y culturales, entre otros, apropiándose de la responsabilidad social, con el fin de responder a las necesidades del tema central de esta monografía, se definen los siguientes capítulos: Caracterización de la comuna 21, identificación de la red de prestación y descripción de los programas de prevención, teniendo en cuenta la revisión bibliográfica y finalizando con conclusiones.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

- Identificar la accesibilidad a los servicios de salud y los determinantes sociales en niños menores de 5 años, en condición de vulnerabilidad socioeconómica en la comuna 21 de Santiago Cali, año 2020.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Describir socioeconómicamente el entorno de la comuna 21 de Santiago Cali para el periodo de tiempo entre los años 2016 y 2020, junto a las dimensiones de salud y protección social.
- Identificar la red de prestación de servicios en el área objeto de estudio.
- Describir los programas preventivos del sector primario en menores de 5 años.

2. Marco Referencial

2.1 Antecedentes

En este apartado se exponen las investigaciones y trabajos académicos sobre el objeto de estudio escogido, los cuales están relacionados con temas como los determinantes sociales en salud, las barreras de acceso a salud, la accesibilidad a salud, las condiciones de salud de la población de primera infancia, y sobre las condiciones de vulnerabilidad social y su relación con la salud pública. Se exponen de manera organizada en tres categorías, las investigaciones internacionales, las nacionales y las locales.

Internacionales

Florabel y Larreategui (2016) en Lima, realizan una investigación llamada *Percepción de los padres de niños/a menores de 5 años sobre la atención humanizada de la enfermera en el servicio de CRED en el Centro de Salud Mirones -2016*, enfocada en la percepción que tiene los padres de los menores de 5 años, sobre el programa de Crecimiento y Desarrollo (CRED), en la atención humanizada de este fundamental servicio, en el Centro de Salud Mirones. El estudio se realizó de nivel aplicativo, con enfoque cuantitativo y su metodología fue descriptiva de corte trasversal; por tanto, se encuestó a 30 padres y se utilizó el instrumento de escala Likert modificada. El trabajo concluye como resultado final, que la mayoría de los padres tiene una percepción medianamente favorable con la atención humanizada del programa Crecimiento y Desarrollo, y el menor porcentaje son de padres que idealizan el servicio como desfavorable. En esta investigación se destaca la forma como se puede evaluar el servicio del programa de Crecimiento y Desarrollo, en cuanto la atención que reciben los menores de esta comuna, programa

que es fundamental que cada niño asista, ya que permite contrarrestar y prevenir enfermedades a tiempo.

En Ecuador, Quilumbaquin (2019) en sus tesis titulada *Influencia de los determinantes sociales sobre el estado nutricional de los niños de 1 a 4 años de edad que acuden al Centro De Salud N°1 De Esmeraldas*, tuvo como finalidad comprender los determinantes sociales que impactan en la nutrición de los niños menores de 4 años que acuden al Centro de Salud. Su investigación se realizó de manera cuantitativa y cualitativa, tomando una muestra probabilística de 110 madres y padres de los niños de 1 a 4 años que asisten al Centro de Salud y como instrumento utilizó una encuesta de 22 preguntas cerradas y abiertas, y unas pautas de observación, y entrevistas al personal operativo de salud, así como también una valoración de peso y talla, para establecer el Índice de Masa Corporal. La conclusión del trabajo es que los padres no tienen conocimiento previo sobre qué es una alimentación nutritiva y la importancia para los menores. Pese al poco tiempo que poseen y los recursos económicos, ya que no cuentan con un trabajo estable que les permita mejorar las condiciones de vida, y lo que ganan no abastece para alimentar, vestir, y mantener a su familia, motivo por el que se ven obligados a adquirir una variedad de alimentos inadecuados.

En Perú, Céspedes y Del Milagro (2017) en su investigación titulada *Determinantes de la salud en niños menores de cinco años con anemia que acuden al Puesto de Salud La Unión, 2017*, tuvieron como finalidad, exponer la influencia de los determinantes de la salud de la población infantil menor de cinco años y que son atendidos en el puesto de salud la Unión, padecientes de Anemia. Para lo cual se toman 100 de ellos y se realiza una entrevista observacional. Dando como resultado que la mayoría de estos niños eran de sexo masculino, las madres la mayoría tienen

inconclusa la primaria, la mayoría no cuenta con un empleo estable, la cual sus ingresos económicos son muy bajos para subsistir, la mayoría tiene estilos de vida no adecuados y más de la mitad no reciben ningún apoyo social.

En Chile, el trabajo de Bernales et. al. (2018) titulado, *Determinantes sociales de la salud de niños migrantes internacionales en Chile: evidencia cualitativa,* tuvo como objetivo investigar los determinantes sociales de la salud en niños, específicamente que estuvieran en condición de vulnerabilidad y que fueran migrantes. Para esto se utiliza una metodología cualitativa y cuantitativa que se apoya tanto en datos secundarios de otros estudios, como en datos primarios recogidos de entrevistas semiestructuradas y grupos focales, especialmente a cuidadores y trabajadores/autoridades de salud en las zonas más densas de población migrante en Chile, para conocer sus percepciones. En el trabajo se agrupan los determinantes sociales de la salud de acuerdo al Modelo de DSS, el cual permite la reflexión sobre la relación entre condiciones sociales y situación de salud, por lo cual se incluyen temas como la utilización de servicios en salud, que tiene que ver específicamente con las condiciones sociales. Los resultados son generales en cuanto se demuestra la influencia y el impacto de los Determinantes sociales en salud en este grupo poblacional.

Nacional

El trabajo de Barrera et. al. (2018) titulado *Prevalencia y determinantes sociales de malnutrición en menores de 5 años afiliados al Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales (SISBEN) del área urbana del municipio de Palermo en Colombia 2017*, tuvo como objetivo enseñar la malnutrición que afecta a los menores de 5 años, caracterizada en casos de desnutrición, sobrepeso y obesidad, originada por el desbalance alimenticio y los determinantes

sociales, que viven estos menores pertenecientes al Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales (SISBEN). Para llevar a cabo dicha investigación, se seleccionó 254 menores de 5 años, pertenecientes al SISBEN, oriundos del municipio de Palermo, área urbana ubicada en el Nororiente del Huila, estudio que se realizó de corte transversal y con enfoque analítico. La cual se realizó una encuesta en 2 partes, la primera se realizó una visita para observar y presentar la encuesta, sobre las condiciones sociales en las que vive el menor y la segunda se realizó una antropometría, que consiste en revisar medidas de talla y peso.

Con esta investigación se concluye, que la mayoría de los menores de 5 años de este municipio, viene de padres de bajos ingresos económicos, por lo tanto, no tiene una alimentación adecuada y sus condiciones en las que viven no son las más apropiadas, por otra parte, los niños que son obeso o tiene sobrepeso, se puede identificar que su causa principal es porque sus padres no tienen una educación sobre la importancia de un balance alimenticio apropiado. Como consecuencia de la malnutrición, su futuro se verá afectado en el desarrollo cognitivo y físico, por consiguiente, la aparición de enfermedades.

Por su parte, Hurtado y Arrivillaga (2018) realizaron una investigación llamada *Determinación Social del Acceso a Servicios de Salud de población infantil en situación de discapacidad*, que tuvo como finalidad observar los efectos de los determinantes sociales en el acceso a los servicios de salud a la población infantil de escasos recursos, con discapacidad física de Buenaventura; la cual se realizó un estudio cualitativo retrospectivo de enero del año 2015 y mayo 2016. Esta investigación analizó la normativa existente que ampara a la población en situación de discapacidad, realizó una entrevista a los Ente Gubernamentales que participan (Secretaria de Salud Municipal, Secretaria de Inclusión Social y el ICBF), con el objetivo de

identificar cual es la disponibilidad de los servicios de salud y programas especializados para los niños en condiciones de discapacidad física de Buenaventura, y finalmente se describen las condiciones de acceso a los servicios (la población infantil con discapacidad y a sus cuidadoras). Como conclusión final se encontraron una serie de fallas como: escasez de capacidad instalada, disponibilidad de los servicios de atención y promoción para la población con discapacidad, las cuidadoras en condiciones en detrimento, se evidenciaron obstáculos administrativos, geográficas, de movilidad, relacionadas con la calidad de la atención, de acceso a recursos, a medicamentos y otros dispositivos médicos.

En el trabajo de Castelblanco et. al. (2014), titulado *Caracterización de los determinantes sociales de la salud y los componentes de la discapacidad en la ciudad de Manizales,* se hizo una análisis de la relación entre los determinantes sociales de la salud y los componentes de la discapacidad. Para el desarrollo de la investigación se analizaron 6.150 registros de personas identificadas en el Registro de Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad en la ciudad de Manizales, de un porcentaje distribuido casi equitativamente entre hombres y mujeres de edades promedio entre 45 años. Este trabajo es de tipo descriptivo con fase correlacional, donde la principal conclusión es que las barreras se concentran en torno al diseño arquitectónico, así mismo se observa que hay una restricción de la participación en relación a la edad y al grupo étnico de la persona. Como conclusión se observa que los bajos niveles educativos producto de la restricción en la participación obstaculizan la capacidad de adquirir conocimientos y habilidades que permitan acceso a un mercado laboral más amplio y a mejores condiciones de vida.

En el mismo sentido, García y Vélez (2017) en su trabajo titulado *Determinantes sociales de la salud y la calidad de vida en población adulta de Manizales*, tienen como objetivo principal analizar la relación entre los determinantes sociales de la salud y la calidad de vida en una población adulta de la ciudad de Manizales. Para lo cual se hace un análisis de 440 viviendas entre 18109 que es el universo, escogidas por medio de un muestreo estratificado por afijación óptima. Este estudio es de tipo descriptivo con fase correlacional también, donde como variable dependiente se midió la calidad de vida a través de un formulario, y como variables independientes se midieron los determinantes sociales de la salud estructurales e intermedios. La asociación entre las variables se midió a través de análisis bivariado mediante las pruebas U de Mann Whitney, ANOVA y Kruskal Wallis. El análisis bivariado mostró asociación entre la escolaridad y la posición socioeconómica autopercibida con todas los dominios de calidad de vida así como entre los ingresos mensuales del hogar con la salud psicológica, relaciones sociales y el ambiente y la vinculación laboral con todos los dominios excepto las relaciones sociales. Como conclusión principal, se afirma que los determinantes sociales de la salud que se asociaron con la calidad de vida en todos sus dominios fueron la escolaridad y la posición socioeconómica autopercibida.

En la investigación de Hernández y Gutiérrez (2008) titulada *Vulnerability and Exclusion: Life Conditions, Health Situation, and Access to Health Services of the Population Displaced by Violence settled in Bogotá – Colombia*, los autores se encargan de explorar cómo las condiciones de vida, salud están relacionadas con los factores que condicionan el acceso a servicios de salud, específicamente de la población migrante que ha llegado en condición de desplazamiento forzado a la ciudad. El estudio es de tipo transversal, donde se toman para el análisis seis localidades de la ciudad, realizando una encuesta a una muestra de la población desplazada y a otra de la no

desplazada. El estudio se apoya también en datos cualitativos conseguidos a través de entrevistas, para conocer la perspectiva de instituciones oficiales como hospitales o administradoras del régimen subsidiado en salud. Como conclusión resulta que a raíz de la condición de desplazamiento forzado que incluye privaciones materiales y afectivas, las condiciones sociales de estas personas son deficientes y precarias, lo que conlleva a que estas poblaciones tengan más barreras de acceso que incluso la población en condición de pobreza o vulnerabilidad.

También, en el trabajo de Vallejo et. al. (2016), titulado *Estado nutricional y determinantes sociales en niños entre 0 y 5 años de la comunidad de Yunguillo y de Red Unidos, Mocoa*, se intenta analizar a través de un muestreo probabilístico para la población de Red Unidos y la población de Yunguillo con el que se aplican encuestas a padres, adaptados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Colombia - ENSIN 2010 y de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud -ENDS 2010, con el fin de tomar un registro de las medidas antropométricas de los niños. Esta investigación es de corte descriptivo correlacional y tiene como objetivo establecer el estado nutricional de los niños de 0 a 5 años de la comunidad del Resguardo Yunguillo y de Red Unidos del municipio de Mocoa 2014 y su relación con los determinantes sociales. Como principal conclusión se encontró relación entre el indicador talla/edad y nivel educativo del padre y la pertenencia a programa de alimentación complementaria y el indicador peso/ edad y el sexo. El acceso a servicios públicos, condiciones habitacionales, de educación y ocupación en ambos grupos son deficientes. Los niños de ambas comunidades presentan problemas de malnutrición reflejados en los porcentajes elevados de desnutrición crónica, sobrepeso y desnutrición global. Se observaron diferencias estadísticas en el indicador talla para la edad al comparar los niños del grupo de Yunguillo y los de Red Unidos.

La influencia de los determinantes sociales y la accesibilidad a los servicios de salud en menores de 5 años en condición de vulnerabilidad, Santiago de Cali 2020

En cuanto a la investigación de Restrepo et. al. (2014) titulada *Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín,* los autores intentan analizar el acceso a servicios de salud, para lo cual se propone construir un concepto de acceso e identificar barreras y estrategias, desde la perspectiva de actores en Medellín. A través de investigación de tipo cualitativo, que se concentra en tres zonas de Medellín, se identifican similitudes y diferencias en la visión del acceso, las cuales permitieron construir el concepto, además de ayudar a percibir que las barreras y los facilitadores se atribuyen a factores de oferta y de demanda. La mayoría de las barreras se dan en el acceso real, durante la búsqueda y continuidad del tratamiento y algunas características sociales de la población también son factores determinantes. Es así entonces como los actores recurren a estrategias para solventar las barreras de acceso. Como conclusión se encuentra que el análisis cualitativo del concepto de acceso, de las barreras y las facilidades permite identificar alternativas que pueden servir de insumo para políticas en salud.

Por otro lado, en el trabajo de Agudelo et. al. (2013) titulado *Barreras de acceso a los servicios de salud en el régimen subsidiado del municipio de San Gil – Santander*, a través de un enfoque analítico de corte transversal, en el cual se analizó a la población de personas afiliadas al régimen subsidiado, a través de entrevistas de las cuales se excluyeron algunos grupos. El objetivo de la investigación es caracterizar las principales barreras de acceso a los servicios de salud de la población afiliada al régimen subsidiado de San Gil, y analizarlas desde la estratificación por edad, procedencia, escolaridad y las Entidades Promotoras en Salud- Régimen Subsidiado (EPS-S), para poder así describir características sociodemográficas, establecer prevalencia de barreras según su origen y evaluar la accesibilidad, oportunidad y atención humanizada. Los resultados tuvieron

mayor prevalencia en los siguientes aspectos: Oportunidad en atención de medicina general y odontología mayor a tres días, mientras que para medicina especializada fue superior a quince días.

En otro sentido, la investigación de Bedoya, García, y Pérez, (2016) titulada *Barreras en el acceso a servicios de salud en pacientes con diagnósticos de enfermedades oncológicas en Colombia: revisión sistemática de la literatura*, intenta a través de una revisión sistemática de fuentes bibliográficas contenidas en diferentes bases de datos, describir las barreras de acceso para el diagnóstico y tratamiento que se les presentan a los pacientes con diagnósticos oncológicos en Colombia. Las barreras se lograron clasificar en: a) barreras estructurales: relacionadas con la organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud; b) barreras administrativas: relacionadas con la prestación del servicio por parte de las aseguradoras y por la red pública hospitalaria; c) barreras económicas: relacionadas con el gasto de bolsillo; d) barreras relacionadas con el personal médico; e) barreras culturales; f) barreras relacionadas con los determinantes sociales; g) barreras originadas en determinantes estructurales: relacionadas con la posición socioeconómica, discriminación social y desconocimiento; y h) barreras intermedias: relacionadas con la ubicación geográfica, entorno laboral y el sistema de salud. Además, se describieron algunos mecanismos para enfrentar las barreras.

Local

En el trabajo de Holguín et. al. (2015) Titulado *Implementación de la APS en una zona urbana marginal de Cali: una experiencia de alianzas locales para enfrentar determinantes sociales*, se tuvo como objetivo principal, analizar las condiciones de salud de la comunidad y la repercusión de los determinantes sociales, la cual tuvo participación académica (Pontificia Universidad Javeriana de Cali), actores institucionales y comunitarios, con el enfoque de la APS

(Atención Primaria en Salud). Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal, donde para la recolección de la información fue utilizada la tarjeta familiar del Sistema de Información de Base Comunitaria para Atención Primaria en Salud, la cual el instrumento se enfoca en evaluar el estado de salud y las condiciones de la comunidad. Estos investigadores evaluaron a 412 familias, que equivalen a 1593 personas de la comuna 21 de Cali. En los resultados se observa que los habitantes de la mencionada comuna viven en una infraestructura no apta, para muchas personas en una misma, bajos ingresos y baja cobertura de vacunación.

Esta investigación es muy útil para el estudio que estamos realizando, ya que nos permite observar con más claridad, las condiciones sociales y de salud que afrontan los habitantes de la comuna 21 de Cali, el comportamiento de los determinantes sociales y la importancia de la aplicabilidad de las APS bajo los lineamientos.

En el trabajo de Garcia y Bergonzoli, (2017) titulado, *Determinantes sociales relacionados con el acceso a servicios de salud por parte de niños menores de 6 años de una red de salud pública de Santiago de Cali: análisis multinivel*, se intenta identificar, a partir de la estrategia de salud familiar (ESF) para 1000 familias de bajos ingresos, implementada por una red de servicios de salud pública de Cali, los efectos de las variables individuales y contextuales como determinantes en las consultas realizadas por niños menores de seis años de edad, en relación con enfermedad diarreica aguda (EDA), infección respiratoria aguda (IRA) y caries dental. El ambiente familiar fue la unidad de análisis y la madre fue la principal fuente de información. Se realizó un análisis multivariado de regresión lineal múltiple para evaluar de qué manera las variables contextuales e individuales determinan la atención en salud. La variable de respuesta fue el número de consultas ofrecidas a los niños por la red de salud pública. Se estimaron los efectos de las

variables fijas y aleatorias para evaluar la variación en el número de consultas en diversas regiones censuales. Como conclusión se establece que los determinantes sociales y ambientales de cada hogar representaron más del 50% de la variabilidad en las consultas médicas ofrecidas a niños menores de seis años.

También, la investigación de Escobar y García (2021) titulada *Accesibilidad a los servicios de salud y determinantes sociales en menores de 5 años en condiciones de vulnerabilidad en la Comuna 20 de Cali*, hace un análisis documental o revisión sistemática, la cual busca dar respuesta a un planteamiento enfocado hacia el comportamiento de la accesibilidad a los servicios de salud y determinantes sociales en menores de 5 años en condiciones de vulnerabilidad en la comuna 20 de Cali. Para llegar a este enfoque se realiza un análisis descriptivo; en lo que respecta al bosquejo se revisan publicaciones en bases de datos, tanto regionales como nacionales , teniendo en cuenta todos los criterios de elegibilidad; luego de ello se realiza la selección y escogencia de los estudios que permitan dar cumplimiento a los objetivos planteados, evaluando la calidad de la investigación y que se consideren como investigaciones que permitan determinar el comportamiento de estos principios en el sistema de salud.

2.2 Marco Teórico

Para este apartado se ha organizado la exposición en grandes conceptos fundamentales, necesarios para el análisis y la discusión de los resultados de esta monografía, en cuanto se identificaron tres categorías de análisis principales, siendo la primera, los determinantes sociales de la salud, la segunda las barreras de acceso, y la tercera, la vulnerabilidad social.

La influencia de los determinantes sociales y la accesibilidad a los servicios de salud en menores de 5 años en condición de vulnerabilidad, Santiago de Cali 2020

2.2.1 Determinantes en Salud

A medida que se difundió la discusión del concepto de Determinantes en Salud, un gran número de países comenzó a aplicar los modelos de investigación sobre el impacto de los Determinantes Sociales en Salud en distintos grupos de la población y a lo largo del ciclo de vida. Uno de los modelos pioneros y más utilizados como sustento teórico en estudios de caso, es el elaborado por Dahlgren y Whitehead, llamado el Arcoíris de los Determinantes Sociales de Salud (Jasso y Lopez, 2014).

En este modelo se pone al individuo y sus características sociodemográficas en el centro, y alrededor van sobreponiéndose los grupos de determinantes: el estilo de vida, las redes sociales, las condiciones de vida y trabajo y, finalmente, las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales de cada localidad. Este enfoque distingue claramente los múltiples factores sociales a los cuales los individuos están expuestos. Al centro de esta representación se encuentran los atributos biológicos y hereditarios (Jasso y Lopez, 2014)

Los Determinantes Sociales en Salud se dividen fundamentalmente en "estructurales" e "intermediarios". Con respecto a los primeros, se reconoce como punto de partida a nivel macro un amplio contexto socioeconómico y político, mientras que a nivel micro o individual se incluyen los factores educativo, empleo u ocupación e ingreso, entre otros. Por su parte, los determinantes "intermediarios" incluyen los factores biológicos, estilo de vida, condiciones de vivienda y al sistema de salud encargado de brindar esos servicios. (Jasso y Lopez, 2014)

Por otro lado, el análisis de determinantes sociales y de equidad en salud pretende comprender la génesis bio-psicosocial del proceso salud enfermedad, entendiendo los determinantes como las condiciones sociales en las cuales una persona nace, crece, vive, trabaja y

envejece, esto incluye aspectos económicos, políticos, culturales, así como aspectos relacionados con los sistemas de salud. Estrechamente vinculado al análisis de determinantes se encuentra en el análisis inequidades en salud, que se entienden como la ausencia de las desigualdades injustas y evitables que son explicadas, precisamente, por los determinantes sociales de la salud. (Observatorio Nacional de Salud e Institución Nacional de Salud, s.f.)

La Organización Mundial de la Salud por su parte, define los determinantes sociales de la salud (DSS) como "las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana". Estas fuerzas y sistemas incluyen políticas y sistemas económicos, programas de desarrollo, normas y políticas sociales y sistemas políticos. Las condiciones anteriores pueden ser altamente diferentes para varios subgrupos de una población y pueden dar lugar a diferencias en los resultados en materia de salud. Es posible que sea inevitable que algunas de estas condiciones sean diferentes, en cual caso se consideran desigualdades, tal como es posible que estas diferencias puedan ser innecesarias y evitables, en cual caso se consideran inequidades y, por consiguiente, metas apropiadas para políticas diseñadas para aumentar la equidad (OPS y OMS, s.f.)

2.2.1.1. Variables comunes en el estudio de los Determinantes Sociales de la Salud.

A partir de esto, se decidió por parte de la comunidad internacional enfocarse en el estudio de las condiciones en la niñez, puesto que los objetivos generales a nivel internacional estaban dirigidos a esta población. La metodología para evaluar el bienestar de los niños elaborada por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) contempla seis

dimensiones que comprenden bienestar material, vivienda y medio ambiente, educación, salud, comportamientos de riesgo y calidad de vida escolar. A su vez, están conformadas en total por 21 indicadores, que pueden desagregarse por grupos de edad, sexo y condición de migrantes. Ningún país desarrollado o subdesarrollado se desempeña de manera adecuada en todos los indicadores o dimensiones del bienestar infantil. Hay países en los que existe inequidad por género o por la condición de migrante (Jasso y Lopez, 2014).

Cuando al interior de los países se dispone de información detallada de las zonas urbanas, se encuentran amplias disparidades en las tasas de supervivencia, en el estado nutricional, en el acceso a los servicios de salud o de educación para los niños que viven en asentamientos urbanos informales y barrios empobrecidos. Según la Organización de las Naciones Unidas (ONU) con la información obtenida del programa de los asentamientos humanos (ONU-Hábitat), se ha calculado que uno de cada tres habitantes de las ciudades vive en condiciones de tugurio, de falta de seguridad, en viviendas hacinadas, antihigiénicas, con mayor contaminación, tráfico y delincuencia, con un alto costo de vida, deficiente cobertura de los servicios y competencia por los recursos. El tugurio es definido por el programa ONU-Hábitat como el hogar que carece de uno o más de los siguientes aspectos: acceso a fuentes de agua en adecuada cantidad y calidad, asequible y disponible sin excesivo esfuerzo físico y tiempo; acceso a saneamiento, con un sistema de eliminación de excretas, ya sea en forma de WC o baño público, compartido con un número razonable de personas; seguridad en la posesión de la tierra, con documentos que la garanticen para la protección contra los desalojos forzosos; durabilidad y seguridad de vivienda, que proteja a sus habitantes de las extremas condiciones climáticas, como lluvia, calor, frío o humedad, y dormitorios con no más de tres personas por habitación (Jasso y Lopez, 2014).

La influencia de los determinantes sociales y la accesibilidad a los servicios de salud en menores de 5 años en condición de vulnerabilidad, Santiago de Cali 2020

La proximidad física a un tipo de servicio en las grandes zonas urbanas no garantiza necesariamente el acceso al mismo. De hecho, muchos habitantes de zonas urbanas viven cerca de escuelas y hospitales, pero tienen pocas posibilidades de uso de estos servicios. Las personas pobres pueden carecer del derecho y el empoderamiento necesario para solicitar servicios de instituciones en las que se percibe como del dominio de los de mayor rango social o económico. El insuficiente acceso a servicios de saneamiento y agua potable pone a los niños en mayor riesgo de enfermedades, desnutrición y muerte. Existen estudios que han demostrado que, en muchos países, los niños que viven en la pobreza urbana tienen condiciones tan malas o peores que las de los niños que viven en la pobreza rural, en términos del peso para la talla o de la mortalidad en los menores de 5 años.

Los desafíos de análisis son mayores en los países de bajo o mediano desarrollo, donde el crecimiento rápido de la población urbana es rara vez acompañado de crecimiento adecuado en infraestructura y servicios. Los niños que viven en la pobreza urbana tienen geográficamente cerca de ellos a las instituciones encargadas de procurar toda la gama de derechos civiles, políticos, sociales, culturales y económicos reconocidos por los instrumentos internacionales de derechos humanos. Sin embargo, frecuentemente, no tienen acceso a ellos. Más de un tercio de los niños en las zonas urbanas en todo el mundo no son registrados al nacer y, en las zonas urbanas de África subsahariana y Asia meridional, solamente la mitad están registrados. La invisibilidad que se deriva de la falta de un certificado de nacimiento o una identidad oficial aumenta la vulnerabilidad de los niños a la explotación de todo tipo, desde el reclutamiento por grupos armados hasta a ser forzados al matrimonio infantil o a trabajos peligrosos. Obviamente, el registro por sí solo no es una garantía de acceso a servicios o protección contra el abuso. Sin embargo, sin un certificado de

nacimiento, un niño, por ejemplo en conflicto con la ley, puede ser tratado y castigado como adulto por el sistema judicial, o puede ser incapaz de acceder a servicios vitales y oportunidades, incluyendo la educación (Jasso y Lopez, 2014).

Algunas otras variables que son comúnmente agregadas a los estudios sobre este tema son: Población infantil con discapacidad, Familias monoparentales, Derecho a la identidad, Condiciones de salud, Salud del adolescente, Vivienda, Educación, Población infantil trabajadora, Leyes de protección en los estados, Contexto socioeconómico y político, Gobernanza, Políticas Macroeconómicas y de salud, Normas y Valores sociales, Posición Social, Circunstancias materiales, Cohesión Social, Factores Psicosociales, Factores Conductuales, Factores Biológicos (OPS y OMS, s.f.)

2.2.1.2. Origen de las inequidades sociales en salud

La explicación del origen de las inequidades en salud entre los grupos sociales usualmente se fundamenta en tres perspectivas teóricas. Se trata de acercamientos divergentes, que no por ello son mutuamente excluyentes, y se diferencian en las esferas de la calidad de vida a las que le dan mayor peso para explicar el origen del fenómeno: La teoría pico-social. Propone que la autopercepción de las personas del lugar que ocupan en la jerarquía, en sociedades profundamente desiguales, causa serios daños a la salud. La discriminación sentida por aquellos ubicados en los lugares menos privilegiados de la estructura causa estrés y éste lleva a respuestas fisiológicas de larga duración que hacen a las personas susceptibles a las enfermedades. De acuerdo con esta teoría, la experiencia de vivir en sociedades altamente desiguales fuerza a las personas a comparar su estatus, posesiones y otros bienes, generando en algunos grupos sociales sentimientos de

minusvalía y auto desprecio que tienen consecuencias comprobadas en su sistema neuroendocrino (Alvarez, 2009).

Al mismo tiempo, estas sociedades desiguales rompen los vínculos y redes sociales, lo que conlleva un factor más de deterioro para la salud. Aportes a la evidencia empírica de esta teoría lo constituyen la menor esperanza de vida y las mayores tasas de mortalidad en grupos que tienen satisfechas sus necesidades básicas y que incluso cuentan con ingresos superiores al promedio nacional en sus países, pero que viven en sociedades altamente desiguales como, por ejemplo, la población afrodescendiente de los Estados Unidos y de Inglaterra. -La teoría de la producción social de la enfermedad, fundamentada en el materialismo-estructuralista, sostiene que el escaso ingreso de algunas personas y grupos sociales las lleva a la falta de recursos para superar los factores que afectan su salud y producen enfermedades. Afirma que las prioridades del capitalismo: la acumulación de prestigio, riqueza y poder se logra sacrificando el bienestar y estado de salud de los menos aventajados de la sociedad. Esta perspectiva no niega que los factores psicosociales operen en sociedades desiguales, pero demanda un análisis más estructural de las condiciones materiales (Alvarez, 2009).

La perspectiva ecosocial reúne elementos de las anteriores para construir una plataforma teórica multinivel donde se entienda que cada nivel de la organización social y biológica, desde las células hasta las organizaciones sociales complejas, constituye un ecosistema que actúa como un todo y condiciona la situación de salud. Esta perspectiva analiza cómo el contexto, no sólo el social, sino también el medio ambiente físico, interactúa con la biología y cómo los individuos "encarnan", es decir, expresan en su cuerpo aspectos del contexto en que viven y trabajan. Este proceso configura los "estilos de vida colectivos", entendiendo que los estilos de vida no son

decisiones individuales, sino conductas influenciadas por las oportunidades definidas por el medio social en que las personas viven (Alvarez, 2009).

Estas perspectivas tampoco son excluyentes, por el contrario, se parte de considerar que en buena medida son complementarias. En general hay acuerdo entre los investigadores en que el contexto social y económico cumple un rol central en el estado de salud de las personas, aunque lo hace a través de factores intermediarios. Los estudios longitudinales muestran que cuando se mide el estatus socioeconómico de un grupo de personas y se hace seguimiento para evaluar la aparición de problemas de salud, las enfermedades se presentan en mayor número en aquellas personas ubicadas en los estratos más bajos; Pero esas causas sociales actúan de manera indirecta, a través de determinantes específicos intermediarios que son distribuidos de manera desigual en la sociedad. Se han identificado como factores intermediarios los bienes materiales, el comportamiento en salud, o sea los hábitos de vida, los factores psicosociales y los biológicos. Cuál es el peso de cada uno de esos factores en la generación de inequidades en salud es algo desconocido. Los defensores de la perspectiva teórica psico-social, anteriormente mencionada, plantean que el problema se origina en la distribución desigual de los factores psicosociales, en particular de la falta de redes de apoyo y los eventos traumáticos en la vida, en ambos casos en detrimento de los grupos más pobres (Alvarez, 2009).

Apoyan su tesis en el hecho que las sociedades más cohesionadas socialmente, con mayores niveles de participación social y política, con estructuras estatales y redes sociales de apoyo presentan unos mejores niveles de salud, independiente de su ingreso per cápita. Los que parten de la perspectiva material estructuralista, igualmente expuesta, sostienen que las condiciones

materiales precarias: alimentación insuficiente, vivienda precaria, ambiente laboral inseguro, generan riesgos diferenciales para los diferentes estratos sociales y estos riesgos se expresan en forma de inequidades en salud. Igualmente, sostienen que las personas con mejores condiciones materiales de vida tienden a tener mayores recursos económicos y cognitivos para prevenir daños en su salud y a utilizar de manera más eficiente la información disponible sobre prevención de las enfermedades (Alvarez, 2009).

Otros sostienen que lo que realmente se distribuye de manera desigual en la sociedad son los hábitos de vida que atentan contra la salud, y que éstos son más prevalentes a medida que decrece en el estatus socioeconómico. Esta teoría está respaldada con un volumen considerable de evidencia que muestra cómo en la mayor parte de las sociedades occidentales las personas más pobres asumen conductas de riesgo para su salud en mayor proporción que las de estratos superiores. Esta última perspectiva, aunque con la carga de evidencia mencionada, tiene múltiples contradictores. Los hábitos de vida no saludables como la mala calidad de la dieta, fumar y el sedentarismo explican menos del 50% de las diferencias entre estratos y por lo tanto, como algunos sostienen, debe haber factores que inducen a una susceptibilidad más general a las enfermedades. Por último, la teoría del curso de la vida destaca la importancia de considerar el factor tiempo para entender los vínculos causales entre la exposición a un riesgo como la pobreza o la desnutrición y los resultados en materia de salud, ya sea en la vida de una persona, a través de varias generaciones o en tendencias de las enfermedades en las poblaciones. Esta teoría enfatiza que los determinantes sociales operan de manera diferenciada en las diferentes etapas de la vida de las personas: infancia, adolescencia y adultez, y pueden llegar a afectar la salud inmediatamente o en momentos

posteriores. Un ejemplo de aplicación de esta teoría es la conocida hipótesis de Barker sobre la asociación entre carencia de nutrientes en la etapa fetal y el padecimiento de enfermedades cardiovasculares en la edad adulta (Alvarez, 2009).

2.2.1.3. Dificultades Metodológicas del estudio de los Determinantes Sociales de Salud

Diversos estudios en Colombia han demostrado el papel de algunos determinantes sociales y económicos como la región, la zona donde se habita (urbana o rural), el nivel educativo y los ingresos sobre el estado de salud, el acceso a los servicios y la autopercepción del estado de salud. Estas investigaciones en el caso colombiano, además de las dificultades teóricas que son comunes al estudio de los determinantes de las inequidades en general, presentan ciertos retos metodológicos, algunos de los cuales serán simplemente esbozados a continuación:

El estatus socioeconómico. La mayoría de estudios sobre determinantes de la salud utilizan como indicadores de estatus socioeconómico el ingreso, el nivel educativo o la ocupación, y en los últimos años aumentó el interés por la unidad de análisis vecindario (neighborhood) que en nuestro caso podría ser el barrio, la comuna o la localidad. Generalmente se reconoce que el ingreso está mediado por la ocupación que desempeñan las personas y que ésta a su vez está condicionada por el nivel educativo. Esta ecuación, válida todavía para muchos países, no se cumple cabalmente en Colombia y tiende cada vez a cumplirse menos. En nuestro país, debido a la implantación de un modelo de desarrollo excluyente, es cada vez más frecuente que algunos grupos sociales pierdan su estatus como consecuencia de la pérdida de sus empleos, o que personas con un alto nivel educativo no tengan una ocupación relacionada con sus antecedentes académicos y por lo tanto su ingreso no se corresponda con su formación, o que haya personas que tienen un empleo acorde a su nivel educativo, pero que no se ve reflejado en sus ingresos; problemas todos que golpean con

especial fuerza a los sectores medios de la población. Esta movilidad social dificulta entender las dinámicas de los efectos de los determinantes sociales sobre el estado de salud, tanto cuando se investigan en una perspectiva de curso de la vida como si se intentan hacer mediciones de periodos de tiempo más cortos (Alvarez, 2009).

El peso de los factores psicosociales. La cohesión social, la presencia de redes de apoyo, la participación social y política son bienes sociales cuya relación con el estado de salud de las personas hoy se plantea como incuestionable. Aquí, la realidad colombiana presenta unos retos grandes para el análisis, por la ruptura de redes sociales y la movilidad entre regiones, inter e intraurbana, provocada por el destierro y el desplazamiento forzado (Alvarez, 2009)

2.2.2. Barreras de acceso a la salud

Algunos investigadores enfatizan que el concepto de acceso es mejor considerado en el contexto de si las personas que actualmente tienen necesidad de atención médica la reciben o no. Rodriguez (2010) argumenta que la prueba de acceso es uso de servicios, no simplemente la presencia de una instalación, y que el acceso puede en consecuencia ser medido por el nivel de uso en relación con la necesidad. Otros autores también sugieren que la accesibilidad implica que personas en poblaciones bajo riesgo usen servicios a tasas proporcionales y apropiadas para la necesidad existente por atención. Por su parte el Bureau of Health Services Research and Evaluation, ha desarrollado un indicador empírico del concepto de acceso basado en necesidad – la razón uso-discapacidad (el número de visitas médicas por 100 días de discapacidad experimentado); esto operacionaliza explícitamente esta consideración de acceso como el uso de servicios por la población bajo riesgo relativo a su necesidad expresada por atención. De forma más precisa al hablar de acceso a los servicios de salud se hace referencia al proceso mediante el

cual las personas buscan atención y ésta se logra. En esa perspectiva se propone que se reserve el término de acceso para denotar la capacidad de un cliente o grupo de clientes para buscar y obtener atención, acceso se refiere a una característica de la población de usuarios potenciales o reales de los servicios. (Rodriguez, 2010)

Los factores que predisponen a la utilización de la atención, según el marco de Aday y Andersen, están relacionados con las características sociodemográficas, creencias y actitudes frente al uso y el conocimiento sobre el funcionamiento de los servicios. Los factores predisponentes que se incorporan con mayor frecuencia en los estudios de determinantes analizados son los sociodemográficos. La mayoría muestra que la probabilidad de utilizar los servicios curativos aumenta con la escolaridad, la edad –niños y adultos-y el sexo femenino. Son escasos los estudios que analizan la influencia de factores como las creencias y actitudes, el conocimiento del funcionamiento de los servicios de salud y las necesidades en salud. Sólo uno de los estudios analizados consideró el conocimiento de los usuarios sobre los horarios de los proveedores y los requisitos para acceder a los servicios, relacionándose positivamente con el uso de servicios preventivos. No obstante, el limitado conocimiento de la población desplazada sobre los servicios de salud, emerge como una importante barrera en el acceso en dos de los estudios cualitativos analizados, asociada no sólo a las características específicas de una población vulnerable (desconocimiento del medio receptor, pobreza), sino también a deficiencias en la información proporcionada por las instituciones. La necesidad de atención a la salud, medida como estado de salud percibido, se incluyó en algunos de los estudios determinantes de la utilización de servicios analizados apareciendo en la mayoría como no significativa estadísticamente. Factores que capacitan. Otro tipo de factores poblacionales que influyen en la utilización de los servicios

son los capacitantes, de carácter personal/familiar como el ingreso económico, la situación laboral o la cobertura sanitaria; o de tipo social, como la existencia de redes sociales. En los estudios analizados, los factores capacitantes que se consideran con más frecuencia son la afiliación y la renta (Vargas, Vasquez y Mogollon, 2010).

Diversos tipos de estudios muestran el impacto del aseguramiento en la utilización de servicios de salud, así como en el tipo de servicios que utilizan. Los estudios sobre determinantes señalan diferencias significativas estadísticamente en la probabilidad de utilizar los servicios, principalmente entre población asegurada y no asegurada. En cambio, las diferencias entre regímenes de afiliación son menores o no significativas, según la mayoría de estos modelos. Los estudios de desigualdades en la utilización también muestran diferencias en la probabilidad de que una persona enferma reciba atención médica, principalmente entre los asegurados y los que no lo están. La utilización por tipo de servicio también varía según el tipo de aseguramiento: la probabilidad de hospitalización es más baja para los no asegurados que para los afiliados subsidiado y para éstos, menor que para los del contributivo; el porcentaje de pacientes que no recibe medicamentos es mayor entre los no asegurados que entre los asegurados subsidiados y los contributivos; y la utilización de servicios preventivos es menor para la población no asegurada (Vargas, Vasquez y Mogollon, 2010).

Los distintos tipos de estudios analizados identifican la renta del individuo como un factor que capacita la utilización de servicios. En algunos de los estudios de determinantes analizados, el nivel socioeconómico se relaciona de forma significativa con la probabilidad de utilización. Por otro lado, dos estudios que comparan la probabilidad de uso por nivel de renta muestran desigualdades importantes a favor de los deciles de renta más elevados. Esta relación también se

observa en sentido contrario, es decir, la falta de dinero como factor incapacitante para acudir a los servicios en aquellos hogares situados en los quintiles de renta más bajos. En los estudios cualitativos analizados, los informantes (usuarios y personal de salud) relacionan la falta de dinero con la incapacidad para hacer frente a los copagos, comprar medicamentos y gastos de desplazamiento a otros niveles de atención. Otras variables como el lugar de residencia, las condiciones laborales y el tamaño del hogar también se consideran en alguno de los estudios analizados como variables que capacitan el uso de los servicios. El carácter rural o urbano del área de residencia resulta no significativo en dos de los estudios de determinantes, lo cual contrasta con uno de los estudios de desigualdades analizados que muestra probabilidades de uso significativamente distintas entre áreas rurales y urbanas (Vargas, Vasquez y Mogollon, 2010).

El tamaño del hogar resultó significativo para el uso de los servicios sólo en uno de los estudios, junto con las condiciones de trabajo –con signo positivo en el primero y negativo en el segundo. En los estudios desde la perspectiva de los actores emergen otros factores importantes que incapacitan el uso de servicios como la falta de redes de apoyo, especialmente en poblaciones con una carga familiar y laboral, como las mujeres, o vulnerables económicamente, y la falta de integración en su entorno social en el caso de la población desplazada. Por lo tanto, los estudios analizados muestran que el uso de servicios de salud se relaciona positivamente con factores predisponentes como la edad, el nivel educativo, el sexo femenino; y capacitantes, como la afiliación y la renta.

No se consideran factores que la literatura considera explicativos del acceso realizado, y que emergen como barreras en algunos estudios cualitativos como las actitudes, el conocimiento sobre el uso, la situación laboral o la presencia de redes de apoyo. Características de los servicios

de salud Los factores relativos a los proveedores que condicionan la utilización de los servicios, se relacionan tanto con la disponibilidad de recursos como con su organización. Pocos son los estudios analizados que incorporan o evalúan este tipo de factores. La mayoría se basan en el análisis de las causas del no uso de servicios de las encuestas poblacionales nacionales que incorporan entre las respuestas algunas relacionadas con la oferta, como la distancia geográfica y la mala calidad de los servicios. Ambas aparecen como causa de no utilización en ambos esquemas de aseguramiento. Entre los estudios multivariantes sobre los determinantes de la utilización son también pocos los que incluyen variables relacionadas con la oferta, referidos en su mayoría a la utilización de servicios preventivos –vacunación infantil y citología de cuello uterino. La variable que aparece como determinante del uso es la disponibilidad de un servicio o profesional de la salud al que acudir regularmente, mientras que variables como la distancia o el tiempo de espera no son estadísticamente significativas (Vargas, Vasquez y Mogollon, 2010).

A pesar de que los estudios cuantitativos apenas tienen en cuenta los factores relacionados con la prestación, en las investigaciones desde la perspectiva de los actores analizadas emergen diversas barreras al acceso relacionadas con elementos estructurales -disminución de la oferta por cierre de servicios y las barreras geográficas- con la organización de los servicios -trámites administrativos y espera para solicitar citas o ser atendidos; y con la mala calidad de la atención. Características de las aseguradoras Sólo tres de los artículos analizados, desde la perspectiva de los actores, profundizaron en los factores relacionados con las aseguradoras que influyen en el acceso. En dos de estos estudios, emergen las autorizaciones de los servicios como una barrera para el acceso, o bien porque directamente se niega una prestación o porque retrasa la atención. Resultado que contrasta con la encuesta nacional de satisfacción con los servicios que prestan las

aseguradoras de la Defensoría del Pueblo que muestra una elevada satisfacción con este ítem entre los encuestados (Vargas, Vasquez y Mogollon, 2010).

El acceso a los servicios de salud en Colombia es un aspecto fundamental en la agenda del sector salud y para la población general. En el día a día de cada ciudadano está presente el tema de su salud y su bienestar y, en particular, el acceso a los servicios de salud como una de las formas de mantener la salud o, por lo menos, de evitar la enfermedad y sus consecuencias. Sin embargo, no existe una única noción del concepto de acceso ni de cómo analizarlo o medirlo. Esto implica un gran desafío en términos de su análisis. A los esfuerzos ya existentes para comprender el estado del acceso a los servicios de salud en Colombia se sumó el Observatorio Nacional de Salud del Instituto Nacional de Salud en su undécimo informe técnico especial. Con una noción de acceso basada en el uso real y efectivo de los servicios de salud, explicado por los elementos del acceso potencial en relación con el sistema de salud y las características del individuo, y con la idea de territorio como un determinante fundamental de la salud y sus desigualdades, se construyó un índice municipal de acceso a los servicios de salud en Colombia que se estudió en relación con la ocurrencia de eventos de mortalidad evitable y morbilidad asociada a los servicios de salud (ONS e INS, 2019)

Esto permitió una aproximación a un panorama general del acceso efectivo a los servicios de salud en el país y sus consecuencias en salud. Análisis desde distintas perspectivas enfocados en los tipos de servicios de relevancia para el país se incluyeron en este informe. El acceso a los servicios de salud mental para algunos trastornos mentales y el suicidio en comunidades étnicas, la salud bucal, y la salud sexual y reproductiva, aportan a la comprensión del panorama del acceso a servicios de salud en Colombia, no solo con la revisión de indicadores de resultado, sino con el

análisis de las políticas públicas relacionadas con la intervención de dichos eventos. Un estudio exploratorio del proceso de implementación de la Política Integral de Salud (PAIS) con énfasis en la conformación de las Redes Integrales de Prestación de los Servicios de Salud (RIPSS) y de las políticas de salud bucal, salud mental y salud sexual y reproductiva, en relación con el acceso a este tipo de servicios, también forma parte del informe. Adicionalmente se realizó un análisis de las tutelas, desde una mirada de las dimensiones de acceso contempladas en este informe, como una forma de aproximarse a los resultados de la implementación de las políticas (ONS e INS, 2019)

2.2.3. Vulnerabilidad social

Los términos vulnerabilidad y grupos vulnerables se vienen utilizando con mucha frecuencia en círculos intelectuales y gubernamentales de América Latina. Los fuertes impactos sociales provocados por los programas de ajuste tienen responsabilidad en la incorporación de esta nueva terminología. Sin embargo, no se observa gran precisión conceptual cuando se hace referencia a la vulnerabilidad social y la mayoría de las veces se la confunde con pobreza. El concepto de vulnerabilidad social tiene dos componentes explicativos. Por una parte, la inseguridad e indefensión que experimentan las comunidades, familias e individuos en sus condiciones de vida a consecuencia del impacto provocado por algún tipo de evento económico social de carácter traumático. Por otra parte, el manejo de recursos y las estrategias que utilizan las comunidades, familias y personas para enfrentar los efectos de ese evento. Esta conceptualización tiene su origen en dos vertientes. Por una parte, en los estudios sobre desastres naturales, los que suelen evaluar los riesgos de comunidades y familias ante fenómenos catastróficos y diseñan estrategias para hacerles frente. (Pizarro, 2001)

2.2.3.1. Vulnerabilidad social de poblaciones de condiciones especiales

En la actualidad, la noción de vulnerabilidad está siendo usada profusamente por cientistas sociales de diferentes disciplinas. Este auge parece haber sido gatillado por los estudios de Caroline Moser y su grupo en el Banco Mundial, que se sintetizaron en el denominado "asset/vulnerability framework" y que subrayaron que la debilidad objetiva de los pobres (vulnerabilidad) para enfrentar la sobrevivencia cotidiana o, con mayor razón, las crisis económicas, podía ser contrarrestada con una adecuada gestión de los activos que tienen con independencia de sus ingresos escasos. Aunque este enfoque siguió vinculando estrechamente vulnerabilidad con pobreza, llamó la atención sobre los activos de los pobres, lo que supone un interesante giro para efectos de políticas, las que debe tener en cuenta tales activos. Ahora bien, la noción de vulnerabilidad ha superado ampliamente esta delimitación inicial "asset/vulnerability framework". Se le ha empleado como un componente de creciente importancia dentro del complejo de desventajas sociales y demográficas que se delinean en la "modernidad tardía". Se le ha considerado como el rasgo negativo más relevante del modelo de desarrollo basado en la liberalización económica y la apertura comercial (CEPAL, 2000; Pizarro, 1999).

Se ha planteado que es la manifestación más clara de la carencia de poder que experimentan grupos específicos, pero cuantiosos, de la humanidad. Se ha sostenido que es el reflejo de la gran cantidad de movimientos de entrada y salida a la condición de pobreza y con ella se elaboró un complejo discurso conceptual y analítico que pretende vincular la situación microsocial (los activos de diversa naturaleza de los hogares que pueden servir para procesos de movilidad social o mejoramiento, al menos, de las condiciones de vida) con la macrosocial (la estructura de oportunidades disponible para los hogares y sus miembros); la vulnerabilidad social consistiría,

precisamente en el desajuste entre los activos y la estructura de oportunidades, es decir, los activos serían insuficientes, poco pertinentes o difíciles de manejar para aprovechar la estructura de oportunidades existente (Vignoli, 2001)

Las poblaciones en condiciones especiales corresponden a aquellas personas para las cuales la vulnerabilidad es más cercana a la idea de "debilidad" o la "incapacidad para defenderse". Estos grupos de individuos, si bien se enfrentan a la vulnerabilidad relacionada con el riesgo (como se ha expresado en el modelo utilizado), también tienen características intrínsecas que van más allá de su relación con el riesgo. Por ejemplo, dos menores de edad: uno bajo medidas de protección legal y otro que no se encuentre en esta situación; ambos pueden tener la misma probabilidad de estar desnutridos, sin embargo, el primero enfrenta también una situación en la cual tiene una debilidad per se de aprovechar las oportunidades para mejorar sus condiciones. Luego ambos pueden ser sujetos o no (dependiendo de la probabilidad) de política pública en el ámbito de la nutrición, pero el primero independientemente de este hecho debe ser sujeto de la acción pública como población vulnerable o "indefensa" (Departamento Nacional de Planeación Colombia, s.f.).

En otras palabras, su inhabilidad para aprovechar en algunos casos oportunidades para mejorar sus condiciones de vida y la necesidad de apoyos sustanciales para no terminar en niveles de pobreza severos y persistentes, los hacen sujetos de política pública en el ámbito de la vulnerabilidad. Las poblaciones en condiciones especiales, comúnmente estudiadas son: La población en situación de desplazamiento forzado por la violencia. Los niños en abandono o protección, de acuerdo con la definición del Código del Menor. Los adultos mayores en condiciones de pobreza. Las personas con limitaciones psicomotoras, auditivas y visuales en condiciones de pobreza (Departamento Nacional de Planeación Colombia, s.f.)

2.3 Marco Legal

En Colombia en la Constitución política del 1991, la cual establece y regula los deberes y derechos de cada individuo. Por tanto, es un pilar fundamental para la investigación, ya que impone que "son derechos fundamentales que tiene los niños que son: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión". (Constitución Política de Colombia de 1991, 2021, art.44).

En la Ley 100 de 1993, por el cual define que: "Serán subsidiadas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud la población más pobre y vulnerable del país en las áreas rural y urbana. Tendrán particular importancia, dentro de este grupo, personas tales como las madres durante el embarazo, parto y posparto y período de lactancia, las madres comunitarias, las mujeres cabeza de familia, los niños menores de un año, los menores en situación irregular, los enfermos de Hansen" (Ley 100 de 1993, 1993, art.157).

En la presente Ley, donde especifica la atención preferente, menciona que en "el plan de beneficios debe incluirá una parte especial y diferenciada que garantice la efectiva prevención, detección temprana y tratamiento adecuado de enfermedades de los niños, niñas y adolescentes. Se deberá estructurar de acuerdo con los ciclos vitales de nacimiento: prenatal a menores de seis (6) años, de seis (6) a menores de catorce (14) años y de catorce (14) a menores de dieciocho (18) años". (Ley 1438 del 2011, 2021, art. 17)

Reforma importante para la población colombiana, la cual establece la salud como un derecho fundamental, de tal modo se "Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud.

El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas" (Ley 1751 del 2015, 2015, Art.2).

De acuerdo con el art 11, la investigación que está llevando a cabo, es de riesgo mínimo, la cual su conceptualización es: Son estudios prospectivos que emplean el registro de datos a través de procedimientos comunes consistentes en: exámenes físicos o sicológicos de diagnóstico o tratamientos rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, electrocardiogramas, pruebas de agudeza auditiva, termografías, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, recolección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimientos profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 ml en dos meses excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas sicológicas a grupos o individuos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico y registrados en este Ministerio o su autoridad delegada, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos que se definen en el artículo 55 de (Resolución 8430 DE 1993, 1993, art.11).

De acuerdo con el (Plan Decenal de Salud de Pública, 2014) Gestión Diferencial de Poblaciones Vulnerables: como se menciona en la Ley 1751 del 2015, "La Salud es un Derecho Fundamental", sin importar las condiciones socioeconómicas y financieras, en las que vive cada

individuo; por tanto, este derecho ampara en especial a los grupos más vulnerables y con mayor riesgo de presentar algún tipo de obstáculo para acceder a los servicios de Salud. La cual el PDSP, que, en el marco de las estrategias, debe implementar políticas, con el objetivo de intervenir en la desigualdad, garantizar y mejorar el acceso a los servicios de salud de la población más vulnerable y excluida, que por lo general los más afectados son (niños, niñas, adolescentes, víctimas del conflicto armado, grupos étnicos, personas en situación de discapacidad y personas mayores), que acceden a la oferta sanitaria del sistema de salud. (Plan Decenal de Salud Pública, 2014, pág 248).

Debe contener en un texto articulado todos aquellos elementos que dan soporte teórico y analítico a la investigación, relacionado con antecedentes (Evolución histórica, normatividad [si es necesaria], Estado del arte (estado del conocimiento [teorías, investigaciones, tesis, etc.]). Igualmente debe hacer las respectivas citaciones de las fuentes que consultó para redactarlo.

3. Método

Para responder a las necesidades planteadas en los objetivos, este trabajo investigativo hace un análisis de datos cuantitativos mayoritariamente, encaminados a obtener una perspectiva cualitativa de la investigación, a través del uso de documentos de fuentes oficiales y de un rastreo bibliográfico.

3.1. Enfoque de investigación

Esta monografía tiene un enfoque investigativo cualitativo, que hace uso tanto de documentos teóricos e informes de la comuna 21 como de las estadísticas y datos publicados por fuentes oficiales como la alcaldía de Santiago de Cali y el portal de datos abiertos de Cali.

3.2. Tipo de estudio

El tipo de estudio es descriptivo ya que consistió en la recolección y exposición de documentos que fundamentan los componentes teóricos escogidos que en este caso son: Los determinantes sociales de la Salud y la Accesibilidad a la Salud; sumado a esto se realizó una consolidación de cifras asociadas a estos componentes teóricos que muestran la pertinencia de estas teorías en la explicación de las condiciones de salud en la primera infancia de la comuna 21.

3.3. Diseño de la investigación

El diseño de esta investigación es no experimental transversal (Hernandéz et al., 2004). Es no experimental ya que no se realizó ningún tipo de intervención sobre la población objeto de estudio, además tampoco tuvo en enfoque de corroboración estadística de experimentos naturales. Por otra parte, es transversal ya que el foco de análisis se concentra sobre una serie de variables, pero sin realizar un seguimiento de estas variables en tiempo.

3.4. Criterios de elegibilidad para la selección de los documentos académicos

Se incluyen las investigaciones que exponen tanto la teoría de los determinantes sociales de la salud, como el enfoque de la accesibilidad a la salud a nivel internacional y nacional, aunado a esto se incluyeron a aquellos informes de páginas u organizaciones institucionales que contenían variables relacionadas con los determinantes sociales y accesibilidad a los servicios de salud en menores de 5 años en condiciones de vulnerabilidad en la comuna 21 de Cali.

3.5. Estrategias de Búsqueda

Partiendo de que el presente documento es una monografía y por lo tanto se fundamenta en referentes bibliográficos se planteó una estrategia de búsqueda siguiendo las recomendaciones del enfoque PRISMA (Prefered Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses)

expuestos en la página web que lleva el mismo nombre PRISMA donde se explica como realizar una búsqueda documental http://www.prisma-statement.org/PRISMAStatement/FlowDiagram .

Este enfoque tiene varios momentos y parte de un criterio de búsqueda que permite identificar los documentos en cada base de datos analizada. Un segundo momento es el filtrado de aquellos posibles duplicados. El tercer momento consta de la inclusión de aquellos documentos que cumplen con los requerimientos estrictos del criterio de selección establecido.

3.6. Organización de la información

La organización de la información tiene dos subcategorías, la primera de ellas asociada a los documentos del ámbito nacional e internacional que se ocupan de exponer, corroborar o refutar la teoría de los determinantes sociales de la salud y el enfoque de accesibilidad a los servicios de salud en la primera infancia. La segunda categoría de clasificación de la información fueron aquellos documentos, informes o datos de la comuna 21 que correspondían a variables asociadas a las teorías mencionadas.

En la primera categoría se realizaron búsquedas en:

- Exploración de documentos publicados en el buscador de Google Académico
- Base de datos: Dialnet, Scielo y Redalyc
- Organización Mundial de la Salud

En la segunda categoría documental se encuentran:

- Página oficial de la Alcaldía de Santiago de Cali (https://www.cali.gov.co/)
- Portal de datos abiertos de Santiago de Cali (https://datos.cali.gov.co/)
- Portal de mapas Interactivos de Santiago de Cali (https://www.cali.gov.co/planeacion/publicaciones/117017/mapas_interactivos/)

- Pagina web del Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE (https://www.dane.gov.co/).
- Informes de la fundación Centro Internacional de Educación y desarrollo Humano (CINDE).
- Informes Red de salud de Oriente.
- Secretaria de salud municipal de Santiago de Cali.

3.7. Instrumentos de recolección

Dado que el documento es una monografía los instrumentos seleccionados para la recolección de información fueron documentos, informes y estadísticas oficiales. Los instrumentos pertenecen a fuentes tanto primarias como secundarias y obedecen al criterio de elegibilidad planteado para la investigación.

3.8. Procesamiento y análisis de la información

Luego de la formulación de la pregunta de investigación, se procede a realizar la selección y escogencia de los estudios que permitan dar cumplimiento a los objetivos planteados, evaluando la calidad de la investigación y que se consideren como investigaciones que permitan determinar la accesibilidad a los servicios de salud y determinantes sociales en menores de 5 años en condiciones de vulnerabilidad en la comuna 21 de Cali.

La influencia de los determinantes sociales y la accesibilidad a los servicios de salud en menores de 5 años en condición de vulnerabilidad, Santiago de Cali 2020

4. Resultados

4.1. Caracterización social de la Comuna 21

Esta caracterización social parte del reconocimiento de los orígenes de la comuna 21 que de acuerdo con (Cubillos, 2015; O. N. Osorio, 2016; Urrea & Murillo, 1999) se remonta a principios de los años 90, más exactamente al año 1992 con el Programa Desarrollo, Seguridad y Paz, DESEPAZ, que incluía una arista de vivienda de interés social con el fin de cubrir el déficit de vivienda de estratos I y II, de educación y de servicios públicos para el distrito de Aguablanca. Por otra parte, en (Herrera et al., 2020) citan al Departamento Administrativo de Planeación Municipal para comentar que la Comuna 21, tiene límites por el sur con el corregimiento de Navarro, por el oriente y nororiente con el límite del perímetro urbano de la ciudad. Al noroccidente limita con la comuna 13, al norte con la comuna 7, y al occidente con la comuna 14. La Comuna 21 cubre el 4,0% del área urbana del municipio de Santiago Cali con 482,9 hectáreas, cifra por debajo del promedio de hectáreas por comuna para Cali que es de 550.

Dicho esto, cabe mencionar que el primer barrio del proyecto ciudadela Desepaz fue Invicali-Desepaz que empieza a ser habitado en el año 1994, desde ese entonces se gesta el desarrollo del resto de los barrios que conforman la comuna y son presentados en la tabla 1. Como se observa en la tabla, 11 de los 14 barrios que la conforman tienen estrato moda 1, solo en dos casos: Ciudadela del Rio y Valle Grande se observa que el estrato moda es 2. Esto permite intuir que una fracción significativa de los habitantes y las viviendas de la comuna 21 hacen parte de población en condiciones de vulnerabilidad económica. Aunado a esto, en los reportes de estadísticas por comuna publicados en la página de la alcaldía de Santiago de Cali

(https://www.cali.gov.co/documentos/1606/comuna-21/) se presenta una caracterización de cada uno de los barrios que conforman la comuna 21 con fecha de 05/10/2017. Estás caracterización por barrio hace uso de la información reportada en el SISBEN III además de incluir un inventario de infraestructura institucional que se lista en la tabla 2.

Tabla 1. Listado de Barrios de la comuna 21

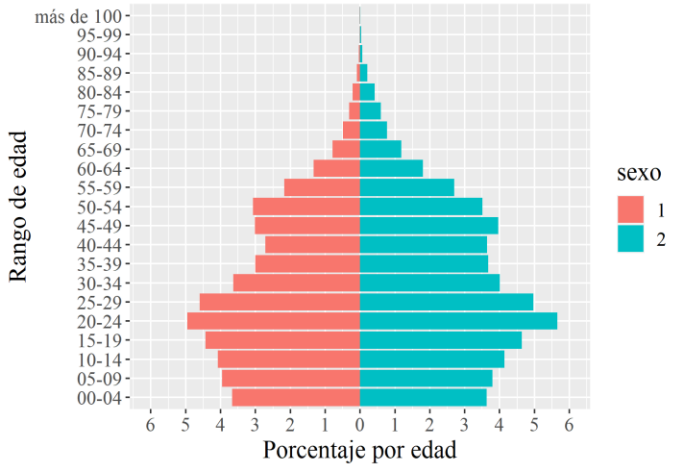
Código único	Estrato moda	Barrio	Acuerdo No	Acuerdo dd-mm-año
2101	1	Pizamos I	040	12-08-1999
2102	1	Pizamos II	040	12-08-1999
2103	1	Calimio Desepaz	040	12-08-1999
2104	1	El Remanso	040	12-08-1999
2105	1	Los Líderes	040	12-08-1999
2106	1	Desepaz Invicali	040	12-08-1999
2107	1	Compartir	040	12-08-1999
2108	1	Ciudad Talanga	040	12-08-1999
2194	1	Villa mercedes I – Villa Luz - Las Garzas		
2195	1	Pizamos III - Las Dalias		
2196	1	Potrero Grande		
2197	2	Ciudadela del Río		
2198	2	Valle Grande		
2199	NR	Planta de Tratamiento		

Nota. Elaboración propia a partir del listado de barrios reportado por el Departamento Administrativo de Planeación para el año 2016 en:

https://www.cali.gov.co/planeacion/loader.php?lServicio=Tools2&lTipo=descargas&lFuncion=descargar&idFile=31040

Por otra parte, en la figura 2 se presenta una pirámide poblacional construida a partir de las cifras del censo nacional de población para el año 2018. Las cifras fueron tomadas del portal web: http://microdatos.dane.gov.co/index.php/catalog/643/get_microdata. Como se puede observar, la base de la pirámide es relativamente ancha, lo que indica una cifra significativa de niños, adolescentes y jóvenes, mientras que la pirámide se muestra aguda en la punta, lo que significa que la población de avanzada edad es baja. Esta pirámide se ajusta a las características demográficas de poblaciones que suelen tener un alto grado de vulnerabilidad socioeconómica y que como se mencionará más adelante, hace parte de las peculiaridades de la comuna.

Figuara 2. **Pirámide poblacional comuna 21 para el año 2020**



Nota. Fuente elaboración propia a partir de los datos del CENSO poblacional 2018 y las proyecciones poblacionales para Cali suministradas por el DANE.

Sumado a esto, en la tabla 2 se presenta un inventario de la infraestructura en materia de oferta institucional en la comuna 21, donde se observa que la mayor parte de la infraestructura se

ha concentrado sobre todo en hogares infantiles y locaciones deportivas. Las instituciones de educación pública son escasas, solo hay una en Desepaz-Invicali y en caso de Potrero Grande hay una entidad administrativa de servicio educativo de Primera Infancia. Cabe mencionar, que de acuerdo con (Herrera et al., 2020) para el año 2017 la comuna contaba con 39 instituciones educativas de naturaleza privada que hacían parte de los planes de ampliación de cobertura con los cuales se suple la demanda de ecuación de la comuna. En el mismo informe comentan que para el año 2018 se presentó un descenso del 35% en la matrícula en todos sus niveles y un 13.3% de la población en edad escolar no asistía a ningún nivel de formación.

Por otra parte, sólo dos de los barrios cuentan con bibliotecas: Desepaz-Invicali, Villa Mercedes I - Villa Luz Las Garzas y un solo barrio cuenta con puntos vive digital: Ciudadela del Rio. Aunado a esto, solo dos barrios cuentan con infraestructura para las juntas de acción comunal que en este caso son: El Remanso y Ciudadela del Rio.

Tabla 2. Equipamiento institucional de los barrios en la comuna 21

BARRIO	PÚBLICA	PUESTOS O CENTROS DE SALUD	HOGARES INFANTILES	ESCENARIOS DEPORTIVOS	BIBLIOTECAS
Pizamos I	0	1	2	0	0
Pizamos II	0	0	0	0	0
Calimio Desepaz	0	0	29	8	0
El Remanso	0	0	3	5	0
Los Líderes	0	0	0	1	0
Desepaz Invicali	1	1	10	1	1
Compartir	0	0	8	6	0

Ciudad Talanga	0	0	22	3	0
Villa mercedes I - Villa Luz Las Garzas	0	0	1	2	1
Pizamos III - Las Dalias	0	0	2	2	0
Potrero Grande	1	1	0	0	0
Ciudadela del Río	0	0	11	2	0
Valle Grande	0	0	5	1	0
Planta de Tratamiento	0	0	0	0	0

BARRIO	**PUNTO DE RECARGA MIO**	**ORGANIZACIÓN COMUNITARIA**	**PUNTO VIVE DIGITAL**	**PARQUES CON LUZ BLANCA**
Pizamos I	0	0	0	1
Pizamos II	1	0	0	1
Calimio Desepaz	1	0	0	0
El Remanso	0	2	0	1
Los Líderes	0	0	0	0
Desepaz Invicali	0	0	0	0
Compartir	0	0	0	0
Ciudad Talanga	0	0	0	3
Villa mercedes I - Villa Luz - Las Garzas	0	0	0	0
Pizamos III - Las Dalias	0	0	0	3

Potrero Grande	2	0	1	9
Ciudadela del Río	1	2	0	2
Valle Grande	2	0	0	0
Planta de Tratamiento	0	0	0	0

Nota. Elaboración propia a partir de los reportes de estadísticas por comuna publicados en la página de la alcaldía de Santiago de Cali https://www.cali.gov.co/documentos/1606/comuna-21/

Este panorama en materia de oferta institucional contrasta con lo que fue el propósito inicial de la fundación de la comuna 21, que como ya se mencionó estaba orientado a cubrir el déficit de vivienda y de servicios para la población de estratos I y II del distrito de Aguablanca, ya que al observar los equipamientos de los barrios es notable la escasa inversión en infraestructura de educación y salud, siendo estos servicios fundamentales y complementarios para el mejoramiento de calidad de vida dentro de la sociedad (Gutiérrez & Castiblanco, 2016), donde es particularmente importante el impacto de la educación sobre la salud, debido a que la educación impacta sobre aspectos como la prevención, y el cuidado y propende por la generación de una cultura con hábitos saludables.

En materia de servicios públicos (Herrera et al., 2020) comentan que para el año 2018 97.2% de las viviendas en la comuna contaba con el servicio de energía, una cifra levemente por debajo de la reportada para la ciudad que alcanzaba un 97.9% de viviendas con este servicio. En materia de alcantarillado el 97% de la comuna posee este servicio, mientras que en el caso de recolección de basuras se observa que el 98.7% cuenta con la recolección, cifra similar a la

población de la comuna con servicio de acueducto que alcanzó un porcentaje del 98.8% para el año 2018.

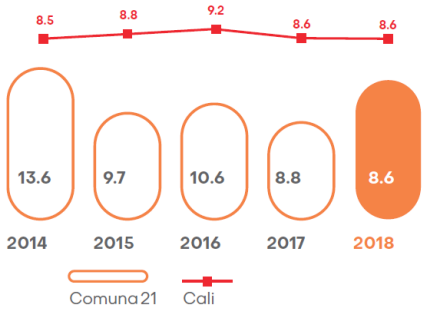
Además, de acuerdo con (Herrera et al., 2020) para el año 2018 la comuna 21 contaba con 117976 personas y tenía una densidad de 244,3 personas por hectárea, una densidad mayor al promedio de la ciudad que se encontraba en 200,6. Esta mayor densidad se traduce en problemas como el de hacinamiento crítico que en el caso de la comuna 21 alcanza al 9,5% de los encuestados del SISBEN III, es decir, 10851 personas viven en grupos de 3 por alcoba. Ahora bien, instituciones como la organización mundial de la salud (OMS) mencionan en el documento (OMS, 2018) que factores como el hacinamiento facilitan la propagación de enfermedades de tipo infecciosas, por lo cual, el hacinamiento los hogares deber ser un problema priorizado tanto en la lucha contra la pobreza como en la búsqueda de mejoramiento en materia de indicadores de salud.

De igual forma, en el documento de (Herrera et al., 2020) reportan que aproximadamente el 97,1% aparece registrada en la encuesta del SISBEN III, lo que indica que gran parte de la población de la comuna 21 probablemente pertenezca a las personas en condición de pobreza de la ciudad, y así se evidencia en los puntajes del SISBEN III reportados en el documento, donde el 71% de los encuestados tiene un puntaje igual o inferior al 57,2 lo que equivale a ser clasificado como pobre, y un 12,7% de la población tiene un puntaje inferior al 23,4 lo que significa que son personas que se encuentran en situación de pobreza extrema.

Por otra parte, en el mismo documento es posible observar que la condición de salud en el caso de los niños de la comuna 21 es notablemente peor que en el resto de la ciudad. Esto se evidencia en la figura 3 donde se puede apreciar que la tasa de mortalidad de niños menores de un año en la comuna 21 desde año 2014 hasta el año 2017 estuvo por arriba de la tasa del resto de la

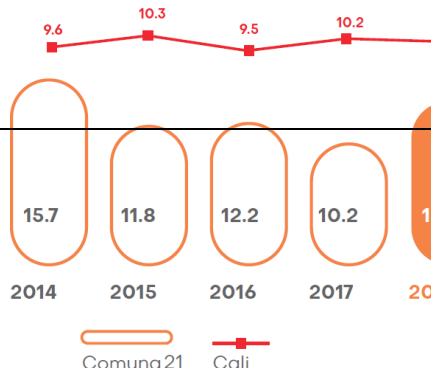
ciudad, y solo hasta el año 2018 la tasa de la ciudad y de la comuna se igualaron. Sumado a esto en la figura 4 se muestra la tasa de mortalidad de niños menores de 5 años. En la figura se observa que la tasa de comuna es superior a la de la ciudad a lo largo de todo el periodo, lo que permite intuir que la comuna muestra un problema en el caso de la salud de la primera infancia, el cual no necesariamente obedece a la falta de puestos de atención en salud, sino que está atravesado por la ausencia de condiciones de vida adecuados dentro de la comuna lo que a su vez se relaciona con factores como la pobreza y la falta de oportunidades (OMS, 2018).

Figuara 3. Tasa mortalidad infantil por cada 1000 nacidos vivos en Cali y en la comuna 21 (2014-2018)



Nota. Adaptada de *Tasa mortalidad infantil por cada 1000 nacidos vivos en Cali y en la comuna 21 (2014-2018)* (p.771) de (Herrera et al., 2020)

Figuara 4. **Tasa mortalidad niñez por cada 1000 nacidos vivos en Cali y en la comuna 21 (2014-2018)**



Nota. Adaptada de *Tasa mortalidad infantil por cada 1000 nacidos vivos en Cali y en la comuna 21 (2014-2018)* (p.771) de (Herrera et al., 2020)

Otra cifra que refuerza la hipótesis de que las condiciones de vida de la comuna pueden estar afectando la salud de los niños es el porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer, pues tal como se menciona en (Herrera et al., 2020) : "A la hora de evaluar la calidad de vida de los habitantes de una ciudad en términos de salud alimentaria, el porcentaje de niños con bajo peso al nacer es un indicador que da cuenta de la nutrición del menor y de la madre, y que por tanto refleja condiciones de pobreza." (p.772). De acuerdo con los autores, para el año 2018 el 9,5% de los nacidos presentaban condiciones de desnutrición, una cifra ligeramente por arriba del 9% que exhibía la ciudad.

Sumado a lo anterior, en (Osorio et al., 2019) es posible observar algunas cifras en materia de desnutrición para niños menores de cinco años. De acuerdo con el informe, la desnutrición infantil en la ciudad para el 2018 estaba concentrada en 4 comunas del oriente de la ciudad 13, 14, 15 y la comuna 21. Los autores (Osorio et al., 2019) destacan que:

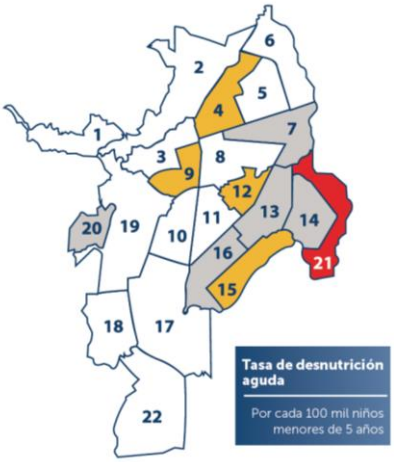
"Es importante tener en cuenta que la desnutrición en cualquiera de sus formas es determinada por factores sociales, económicos y políticos como la pobreza, la desigualdad, la

escasa educación de las comunidades y las condiciones de los servicios de salud. En esa medida, los indicadores de desnutrición condesan las condiciones socio económicas de los niños" (Osorio et al., 2019 p.45).

En adición, en el documento presentado por (Alcaldía de santiago de Cali & Fundación Éxito, 2020) se expone un gráfico en el cual la comuna 21 para el año 2019 es la que tiene mayor tasa de desnutrición aguda por cada 100000, mil habitantes. Dicho gráfico es presentado en la figura 5. De acuerdo con la figura, el 16% de los 663 casos de desnutrición aguda se registraron en la comuna 21. En el mismo informe comentan que las comunas que presentan mayor porcentaje de niños menores de 5 años que habitan hogares con puntajes del SISBEN III inferiores al 23,4 son las comunas 7, 14, 15, 20 y 21 (entre 13,6% y 27,2%), por lo cual, la comuna 21, no solo se caracteriza por sus pésimas cifras en materia de desnutrición infantil, sino que además hay una fracción significativa de niños viviendo en condición de pobreza extrema.

Figuara 5. **Tasa de desnutrición aguda por cada 100000 habitantes para las comunas de Cali en el año 2019**

Comuna	Tasa
1	89,3
2	130,4
3	85,7
4	446,4
5	142,1
6	214,8
7	366,9
8	231,9
9	579,9
10	189,5
11	272,0
12	558,3
13	335,7
14	389,4
15	403,3
16	366,8
17	154,9
18	154,4
19	161,2
20	278,5
21	731,2
22	148,4
Total Cali	310,5



Nota. Adaptada de *Tasa de desnutrición aguda por cada 100 mil niños menores de 5 años en Cali, según comunas en 2019 (p.8)* en (Alcaldía de santiago de Cali & Fundación Éxito, 2020)

Para finalizar esta caracterización, se presenta la figura 6 extraída del documento de (Osorio et al., 2019) donde se resumen algunas de las principales estadísticas en diferentes aspectos relacionados con la población de primera infancia.

Figuara 6. **Indicadores de primera infancia para la comuna 21 de Cali año 2018**

Dimensión	Indicador	2018	promedio Cali
Contexto demográfico	Porcentaje de niños (0-5 años) con relación a la población total	12,1%	8,7%
	Porcentaje de niños (0-5 años) registrados en el Sísben-III con relación a la población total de niños (0-5 años)	50,0%	29,4%
Bien-estar material	Porcentaje de niños (0-5 años) en pobreza extrema (puntaje Sisbén-III ≤23,40)	11,7%	7,4%
	Porcentaje de niños (0-5 años) en Sisbén-III, en viviendas sin conexión a servicios públicos	17,5%	7,4%
	Porcentaje de niños (0-5 años) en Sisbén-III, en viviendas donde viven más de cinco personas por cuarto	6,2%	9,3%
Salud	Tasa de mortalidad infantil (<1 año) x 1.000 NV	12,7	8,6
	Tasa de mortalidad en la niñez (< 5 años) x 1.000 NV	13,8	10,0
	Porcentaje de niños (0-5 años) con esquema completo de vacunación	100,0%	100,0%
	Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer (<2.500g)	9,5%	9,0%

Bien-estar materno	Porcentaje de nacidos vivos de madres que asistieron a 4 o más consultas de control prenatal	89,1%	92,6%
	Razón de mortalidad materna (embarazo, parto o puerperio) x 100.000 NV	55,1	12,1
Cuidado, educación y juego	Tasa de cobertura bruta en transición	99,0	65,5
	Número de CDI y UDS por comuna	83	1.478
Seguridad y riesgos	Tasa de violencia sexual (0-5 años) x 100.000	119,5	97,2
	Tasa de violencia intrafamiliar (0- 5 años) x 100.000	14,1	17,4
	Tasa de embarazo por violencia sexual (10-14 años) x 1.000	3,2	1,6

Nota. Adaptada de *Perfil comuna 21 (p.94)* en (Osorio et al., 2019)

4.2. Red de prestación de servicios de salud en la comuna 21

La identificación de la red prestadora de servicios de salud parte de un inventario de la infraestructura de las Instituciones prestadoras del servicio de Salud (IPS) de la comuna. Esta información fue obtenida del portal de Mapas Interactivas de la alcaldía de Santiago de Cali (https://www.cali.gov.co/planeacion/publicaciones/117017/mapas_interactivos/) que ha publicado la información georreferenciada de las IPS en Cali para el año 2019.

Tabla 3. **Red de İPS de la comuna 21**

Nombre İPS	**Privada**	**Pública**	**Dirección**
	№ de servicios prestados	**№ de servicios prestados**	

La influencia de los determinantes sociales y la accesibilidad a los servicios de salud en menores de 5 años en condición de vulnerabilidad, Santiago de Cali 2020

Carlos Fernando Jaramillo Quiroz	1		CL 84 # 24F - 22
Centro De Salud Decepaz		10	KR 26 # 123 - 10
Centro De Salud Potrero Grande		7	CL 123 # 28D - 00
Colegio Colombo Irlandes Casa De Belén	1		KR 25A # 122 - 42
Fundación Ayúdame	4		CL 84C # 23 – 88
Fundación Nacional Para El Desarrollo Sostenible De Las Comunidades Vulnerables	2		KR 26L1 # 121 - 17
Ips Río Cauca	17		CL 75A # 20 -81
Jefferson Angulo García	1		KR 26 # 123 - 10
Karen Elizabeth Aros Reyes	1		KR 26M2 # 122 - 94
Kateryn Rodríguez Coral	1		KR 26M1 # 122 - 94
Luz Adriana Sabogal Garcia	1		CL 100 # 11 - 60
Luz Angela Martínez Ruiz	1		CL 84 # 24F - 22
Ong Crecer En Familia-Hogar De Paso Ciudadela Del Rio	2		KR 25 # 104 - 05
Orthoplan Todavía Con Los Dientes Torcidos Cali Río Cauca Sas	7		CL 75 # 20 - 170
Puesto De Salud Pizamos		4	CL 122D # 28G - 105
Salud Integral Ips Sas Río Cauca	1		CL 75A # 20 - 81
Salud Y Vida Con Calidad S.A.S No. 2	23		CL 75A # 20 - 81

Sandra Patricia Urbano Noguera	2	CL 120K # 22 - 62
Soy Salud Y Vida Cali Ltda	1	CL 75B # 20 - 170
Tatiana Carolina Muñoz Ramírez	1	CL 100 # 11 – 60
Virrey Solís Ips S.A. Oriente	22	CL 75B # 20 - 170
Vivian Alejandra Muñoz Mena	2	CL 100 # 11 - 60

Nota. Elaboración propia a partir de los datos obtenidos de: https://geoportal.cali.gov.co/arcgis/apps/webappviewer/index.html?id=6537fbd2ff62433fbe6dd9879fcd8533

Como se observa en la tabla, la comuna 21 cuenta con 23 entidades prestadoras del servicio de salud, de las cuales 20 son privadas y 3 son públicas. En el caso de las públicas se puede apreciar que el centro de salud de Decepaz ofrece 10 servicios de salud, seguido del centro de salud de Potrero Grande que ofrece un total de 7 de servicios de Salud y por último está el puesto de salud de Pizamos que ofrece un total de 4 servicios. La IPS que presta el mayor número de servicios es la IPS Río Cauca, que ofrece un total de 17 servicios. Los servicios ofrecidos por la totalidad de las IPS son 38 y son listados en la tabla 4.

Tabla 4. **Servicios Prestados por las IPS de la comuna 21**

Dermatología	Cirugía Maxilofacial

La influencia de los determinantes sociales y la accesibilidad a los servicios de salud en menores de 5 años en condición de vulnerabilidad, Santiago de Cali 2020

Endodoncia	Diagnóstico Cardiovascular
Enfermería	Toma De Muestras De Laboratorio Clínico
Ginecobstetricia	Toma E Interpretación De Radiografías Odontológicas
Medicina Familiar	Terapia Ocupacional
Medicina General	Fisioterapia
Medicina Interna	Fonoaudiología Y/O Terapia Del Lenguaje
Nutrición Y Dietética	Tamización De Cáncer De Cuello Uterino
Odontología General	Protección Específica - Atención Al Recién Nacido
Ortodoncia	Detección Temprana - Alteraciones Del Crecimiento Y Desarrollo (Menor A 10 Años)
Ortopedia Y/O Traumatología	Detección Temprana - Alteraciones Del Desarrollo Del Joven (De 10 A 29 Años)
Otorrinolaringología	Detección Temprana - Alteraciones Del Embarazo
Pediatría	Detección Temprana - Alteraciones En El Adulto (Mayor A 45 Años)
Periodoncia	Detección Temprana - Cáncer De Cuello Uterino
Psicología	Detección Temprana - Cáncer Seno
Rehabilitación Oral	Detección Temprana - Alteraciones De La Agudeza Visual
Consulta Prioritaria	Protección Específica - Vacunación

La influencia de los determinantes sociales y la accesibilidad a los servicios de salud en menores de 5 años en condición de vulnerabilidad, Santiago de Cali 2020

Odontopediatría	Protección Específica - Atención Preventiva En Salud Bucal
Cirugía Oral	Protección Específica - Atención En Planificación Familiar Hombres Y Mujeres

Nota. Elaboración propia a partir de los datos obtenidos de: https://geoportal.cali.gov.co/arcgis/apps/webappviewer/index.html?id=6537fbd2ff62433fbe6dd9879fcd8533

Aunado a esto, en la tabla 5 se presenta un listado de las IPS de la comuna que ofrecen servicios de salud a la población de niños de la comuna. Como se puede apreciar, 10 de las 23 IPS prestan servicios de salud para niños, de las cuales 2 son públicas. Sólo hay 4 IPS que prestan el servicio de pediatría y 8 que prestan el servicio de nutrición. Es menester mencionar que la IPS Salud Y Vida Con Calidad S.A.S No. 2 presta también los servicios de Protección Específica - Atención Al Recién Nacido, Detección Temprana - Alteraciones Del Crecimiento Y Desarrollo (Menor A 10 Años) y Detección Temprana - Alteraciones Del Embarazo, mientras que la IPS Virrey Solís Ips S.A. Oriente presta los servicios adicionales de Detección Temprana - Alteraciones Del Crecimiento Y Desarrollo (Menor A 10 Años), Detección Temprana - Alteraciones Del Embarazo, Protección Específica – Vacunación.

Tabla 5. **Servicios de salud ofrecidos a la niñez de la comuna 21**

IPS	Ginecobstetricia	Nutrición Y Dietética	Pediatría	Odontopediatría
Centro De Salud Decepaz	1	1	1	
Centro De Salud Potrero Grande	1	1		
Colegio Colombo Irlandes Casa De Belén				
Fundación Ayúdame		2		
Fundación Nacional Para El Desarrollo Sostenible De Las Comunidades Vulnerables		1		
Ips Río Cauca	1	1	1	1
Ong Crecer En Familia-Hogar De Paso Ciudadela Del Rio		1		
Orthoplan Todavía Con Los Dientes Torcidos Cali Río Cauca Sas				1
Salud Y Vida Con Calidad S.A.S No. 2	1	1	1	
Virrey Solís Ips S.A. Oriente		1	1	

Nota. Elaboración propia a partir de los datos obtenidos de:

https://geoportal.cali.gov.co/arcgis/apps/webappviewer/index.html?id=6537fbd2ff62433fbe6dd9879fcd8533

Por último, vale la pena resaltar que, de acuerdo con la documentación estadística del SISBEN III para el año 2019 presentada en el portal web de la alcaldía de Santiago de Cali (https://www.cali.gov.co/planeacion/publicaciones/144501/informacion-estadistica-del-sisben/) en la comuna 21 un 31,77% de los encuestados reportó no estar suscrito a ninguna EPS, un 3,42% hace parte de la nueva EPS, un 0,54% hace parte de las EPS de F. Militares, Policía, U. Nal, Ecopetrol, Magisterio, un 26, 68% hace parte del régimen contributivo y un 37,57% hace parte del régimen subsidiado. Cabe resaltar, que muy probablemente la mayor parte de niños en condición de pobreza y vulnerabilidad quizá hagan parte del régimen subsidiado, dado que estos hogares suelen hacer parte de las economías informales, donde no se suele hacer pagos de prestaciones de sociales dado los ingresos precarios del sector informal vulnerable.

4.3 Programas preventivos del sector primario en menores de 5 años

En primera instancia se debe mencionar que el trabajo alrededor de la prevención en salud de la primera infancia en condiciones de vulnerabilidad es una arista que hace parte de lo que se reconoce como atención integral a la primera infancia y que tiene directrices en diferentes niveles que van desde el ambiento nacional, departamental y municipal, estas directrices hacen parte y están articuladas con las políticas públicas en todos las administraciones gubernamentales de los entes territoriales comentados. En este sentido, el gobierno nacional en la pagina http://www.deceroasiempre.gov.co/QuienesSomos/Paginas/QuienesSomos.aspx brinda algunos lineamientos que han surgido de la política de Estado de Cero a Siempre, política que busca mancomunar esfuerzos entre los sectores públicos y privados, de las organizaciones de la sociedad civil y de la cooperación internacional en favor de la primera infancia en Colombia.

Ahora bien, como ya se comentó, las políticas públicas de la ciudad en materia de primera infancia están articuladas a las propuestas del gobierno nacional y departamental, sin embargo, han sido diseñadas y focalizadas a la medida de las necesidades del territorio sobre el que se ejecutan, es decir que, si bien el gobierno nacional y departamental brinda directrices, cada municipio también tiene responsabilidad sobre el diseño y ejecución de objetivos que estén dentro del marco propuesto del gobierno nacional pero que obedezcan a las necesidades específicas de la población dentro de la ciudad.

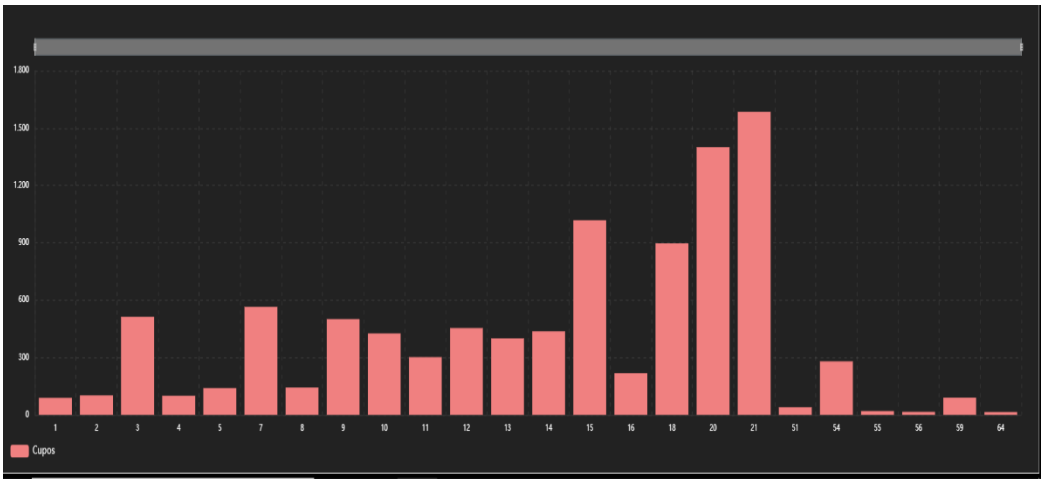
Como fruto del proceso de articulación entre las apuestas del gobierno nacional y el gobierno municipal y de los diferentes actores tanto públicos como privados se observa el modelo "CARIÑO" (Secretaria de Bienestar social & Subsecretaria de primera infancia, 2020), un modelo de atención integral a la primera infancia focalizado aquellos niños menores de 6 años, mujeres gestantes, madres lactantes y en general a la población de la primera infancia en condición de vulnerabilidad. Este modelo de intervención es ejecutado mediante lo que se ha denominado las unidades de transformación social UTS.

Las UTS junto con los centros de desarrollo infantil CDI son espacios donde es atendida la niñez en condición de pobreza y pobreza extrema de la ciudad. La atención en estos espacios propende por la restauración de los derechos fundamentales de los niños, derechos que son vulnerados dada la condición de pobreza que enfrentan los beneficiarios de este tipo de programas, como por ejemplo el derecho a la salud que es notablemente vulnerado en cuanto a condiciones como la nutrición, el crecimiento, y el desarrollo biológico y psicológico de los niños. En el caso concreto de la salud se observa que a estos espacios llegan campañas de salud entre las que se encuentran vacunación, odontología, nutrición e higiene.

La influencia de los determinantes sociales y la accesibilidad a los servicios de salud en menores de 5 años en condición de vulnerabilidad, Santiago de Cali 2020

En el portal de mapas interactivo de Cali se puede apreciar la distribución espacial de las UTS administradas tanto por públicos como por privados de la ciudad para el año 2019, (https://geoportal.cali.gov.co/arcgis/apps/webappviewer/index.html?id=b766d1743d154ca49270b260d074bb33) por lo que es posible notar que en la comuna 21 hay 15 UTS los cuales son administrados por entidades como: Fudacoba, Alcaldía SPI, Asohiva, Caleñitos, Coomacovalle y Arango y Cuero. Por otra parte, como se aprecia en la figura 7, estas UTS brindaban un total de 1585 cupos en el caso de la comuna 21, siendo esta la comuna con mayor número de beneficiarios.

Figura 7. Cupos totales por comuna en las UTS de Cali para el año 2019.

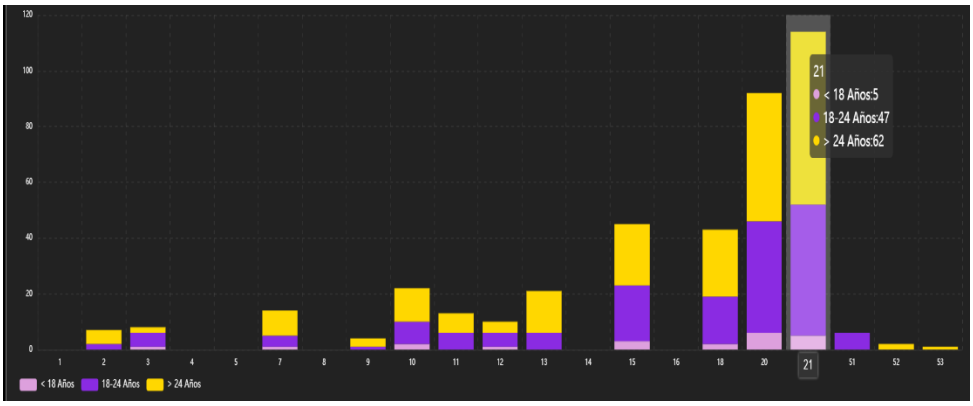


Nota. Adaptada de *oferta de atención a la primera infancia* recuperado de: https://geoportal.cali.gov.co/arcgis/apps/webappviewer/index.html?id=b766d1743d154ca49270b260d074bb33

Por otra parte, en la figura 8 es posible apreciar que estas UTS atendieron durante el año 2019 a 5 madres menores de 18 años, a 47 madres entre los 18 y los 23 años y a 62 madres mayores de 24 años. Estas cifras de atención a las madres son importantes porque tal como se evidenció en el documento (Alcaldía de santiago de Cali & Fundación Éxito, 2020) la tasas de desnutrición de

niños al nacer de la comuna 21 para el año 2019 fue 9.8% mientras que la ciudad presentaba una tasa de 8.8%. Por otra parte, tal como se mencionó en la caracterización social, la comuna 21 fue la que presentó mayor tasa de desnutrición aguda, por lo cual, la atención y orientación a las cabezas de hogar es fundamental para palear indicadores como los de nutrición, desarrollo y crecimiento.

Figura 8. Madres beneficiarias de las UTS de Cali para el año 2019.



Nota. Adaptada de *oferta de atención a la primera infancia* recuperado de: https://geoportal.cali.gov.co/arcgis/apps/webappviewer/index.html?id=b766d1743d154ca49270b260d074bb33

Para finalizar, en el portal web de la ciudad aparece una breve descripción del modelo Cariño (https://www.cali.gov.co/bienestar/publicaciones/156888/programa-de-atencion-integral-a-la-primera-infancia/) de sus modalidades de atención y de los posibles beneficiarios, esta descripción es recogida en la tabla 6 donde se aprecian 3 modalidades de atención: Institucional, Modalidad familiar, Propia e intercultural. A su vez estas modalidades brindan 7 servicios en

diferentes horarios. Como ya se mencionó, el modelo cariño interactúa con las ESE y las EPS para que dichas entidades brinden el servicio de acompañamiento en salud para los niños beneficiarios de los programas.

Tabla 6. Modalidades de atención del programa de atención en la primera infancia

Modalidad	Servicio	Horario
Institucional (Pilotaje)	Cariños Diurno	5 días hábiles a la semana, en jornadas de 8 horas diarias diurnas.
	Cariños Nocturno	Horario focalizado de acuerdo con las condiciones laborales de las familias.
Modalidad Familiar (Pilotaje)	Cariños Itinerante	Atención individualizada en el hogar y encuentros grupales.
	Cariños Rural	
Propia e intercultural	Casas Semillas de Vida	Lunes a viernes, en jornadas de 8 horas diurnas.
	Casas Palenques	
	Cariñitos	Lunes a viernes, en jornadas de 8 horas diarias, en grupos de atención limitado de acuerdo con los lugares adaptados para tal fin.

Nota. Tomado de la página web de la alcaldía de Santiago de Cali: https://www.cali.gov.co/bienestar/publicaciones/156888/programa-de-atencion-integral-a-la-primera-infancia/

La influencia de los determinantes sociales y la accesibilidad a los servicios de salud en menores de 5 años en condición de vulnerabilidad, Santiago de Cali 2020

5. Conclusiones

El desarrollo de esta monografía permitió alcanzar los objetivos trazados a lo largo de la investigación por lo cual es posible concluir que:

Tanto la teoría de los determinantes sociales de la salud como el enfoque de la accesibilidad a la salud se ajustan a la explicación de las cifras en salud de la primera infancia en condición de vulnerabilidad de la comuna 21, ya que tal como se evidenció en la caracterización social, la comuna 21 se caracteriza por ser una de las comunas con mayor número de niños en condición de pobreza y pobreza extrema además de estar entre las comunas con mayores tasas de desnutrición y de mortalidad, lo que permite intuir que hay una relación entre las condiciones de vida de los niños de la comuna y los resultados en materia de salud.

La caracterización socioeconómica de la comuna también permitió identificar que el 17.5% de la población de la primera infancia que hacían parte de la encuesta SISBEN III de la comuna 21 no contaba con conexión a servicios públicos para el año 2018, mientras que para el resto de la ciudad esta cifra era de un 7.4%. El acceso a servicios públicos como el agua y el alcantarillado son factores que inciden sobre las condiciones de salubridad en los integrantes del hogar, siendo esta carencia de servicios uno de los caballos de batalla para el diseño políticas públicas que propendan por la mejora de las condiciones de vida y por supuesto de las condiciones de salud de los niños en la comuna.

Sumado a esto, la caracterización de la comuna también permitió evidenciar que hay un problema asociado a la deserción escolar ya que para el 2018 se presentó un descenso del 35% en la matrícula en todos sus niveles y un 13.3% de la población en edad escolar no asistía a ningún nivel de formación. El ausentismo escolar representa un problema debido a que una de las formas

de atacar los problemas en salud es por medio de las instituciones educativas, por ejemplo, en materia de proyectos de vida que permitan planificar mejor el futuro y tomar mejores decisiones en materia de sexualidad, ya que la comuna fue una de las que presentó mayor número de embarazos adolescentes un asunto que generalmente es asociado a las mujeres pero que también hace parte de la responsabilidad de los hombres.

Por otra parte, la identificación de la red prestadora de servicios permitió destacar que hay 20 IPS Privadas y 3 IPS Pública para atender a la población de la comuna 21. Estas IPS prestan un total de 38 servicios de salud de los cuales solo 8 son específicamente servicios que aplican para la población de la primera infancia: Ginecobstetricia, Nutrición y dieta, Pediatría Odonto-pediatría, Protección Específica - Atención Al Recién Nacido, Detección Temprana - Alteraciones Del Crecimiento Y Desarrollo (Menor A 10 Años), Detección Temprana - Alteraciones Del Embarazo y Protección Específica – Vacunación.

Aunado a esto, la identificación de la red prestadora de servicios también permitió destacar que hay comunas con menor población y mejores condiciones en salud que cuentan con mayor infraestructura y mayor número de servicios en materia de salud. Esto se traduce en que en la ciudad hay una distribución inequitativa en materia de salud ya que las comunas con mejores indicadores de salud y menor población tienen mayor densidad de infraestructura y servicios de salud.

La descripción de los programas de prevención en materia de salud para la población de la primera infancia permitió identificar que estos programas hacen parte de directrices en diferentes niveles: Nacional, departamental y municipal, además de ser ejecutados tanto por entidades públicas como por privadas y fundaciones sin ánimo de lucro. así mismo la línea de atención a la

primera infancia se cristaliza en el modelo “Cariño”, un modelo de opera a partir de lo que se reconoce como unidades de transformación social y que en materia de salud es acompañado por campañas como las de nutrición y vacunación diseñadas por la red de salud de la comuna.

En adición, la identificación de la los programas de atención a la primera infancia permitió destacar que hay un desfase entre la oferta de cupos en las UTS que para el año 2019 llegaba a 1585 y la cantidad de niños que posiblemente necesitan un cupo para palear las condiciones de vida hostiles que suelen estar asociados a la pobreza, ya que los niños menores de 5 años encuestados en el SISBEN III de la comuna 21 fueron 14661 de los cuales entre un 13% y un 27.2% estaban en condiciones de pobreza extrema, esto se traduce en una cantidad de niños que oscila entre los 1905 niños y los 3958 niños, por lo cual la cantidad de cupos ofertados por las UTS es menor a la cantidad de niños que requieren ser atendidos para mejorar sus condiciones de vida y por supuesto de Salud.

6. Referencias Bibliográficas

Alcaldia de santiago de Cali, & Fundación Exito. (2020). Situación Nutricional en la Primera Infancia en Cali. Cali Como Vamos, 47. https://www.fundacionexito.org/sites/default/files/publicaciones/Situaci¢n Nutricional en la primera infancia de Cali - 2020.pdf

Alvarez Castaño, L. (2009) Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. En: *Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia), 8 (17): 69-79.*

La influencia de los determinantes sociales y la accesibilidad a los servicios de salud en menores de 5 años en condición de vulnerabilidad, Santiago de Cali 2020

Agudelo, A., Gómez, P., Montes, J. Pelayo, G. (2013) Barreras de acceso a los servicios de salud en el régimen subsidiado del municipio de San Gil – Santander. Universidad Autónoma de Bucaramanga, Universidad Ces Facultad de Medicina. Bucaramanga.

Barrera, N. Fierro, E. Puentes, L y Ramos, J. (2018). Prevalencia y determinantes sociales de malnutrición en menores de 5 años afiliados al Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales (SISBEN), del área urbana del municipio de Palermo en Colombia, 2017. Universidad Y Salud, 20(3), 236-246.

Bedoya, C., García, D., Pérez, Y. (2016) *Barreras en el acceso a servicios de salud en pacientes con diagnósticos de enfermedades oncológicas en Colombia: revisión sistemática de la literatura*. Universidad Ces Facultad de Medicina, Medellín.

Bernales, M., Cabieses, B., McIntyre, A., Chepo, M., Flaño, J., Obach, A. (2018) Determinantes sociales de la salud de niños migrantes internacionales en Chile: evidencia cualitativa. En: *Salud pública Méx 60 (5).*

Castelblanco, M., Cerquera, L., Vélez, C., Vidarte, J. (2014). Caracterización de los determinantes sociales de la salud y los componentes de la discapacidad en la ciudad de Manizales, Colombia. En: *Divers.: Perspect. Psicol. vol.10 no.1 Bogotá.*

Castillo, P., & Caicedo, M. I. (2018). CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN SISBEN 2018 Informe Final. *Cidse*, 1–97.

Cubillos, B. C. X. (2015). Caracterización de los procesos organizativos socio-culturales en los barrios TIO, oferta social, dinámicas y proyecciones. Caracterización de la comuna 21. Cedecur.

La influencia de los determinantes sociales y la accesibilidad a los servicios de salud en menores de 5 años en condición de vulnerabilidad, Santiago de Cali 2020

Céspedes, P y Del Milagro, J. (2017). Determinantes de la salud en niños menores de 5 años con anemia. Puesto de salud La Unión, Chimbote, 2017. Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, Facultad Ciencias de la Salud, Chimbote, Perú.

Constitución Política de Colombia del 1991. (2021). Diario Oficial. 19. (E. e. Constitucional, Ed.) Bogotá, Bogotá: Secretaria General del Senado.

Departamento Nacional de Planeación Colombia (s.f.) Evaluación de la vulnerabilidad. Parte de: Una aproximación a la vulnerabilidad. Recuperado de: https://colaboracion.dnp.gov.co/cdt/boletin34_3.

Escobar Maya, C y García Pérez, M. (2021). *Accesibilidad a los servicios de salud y determinantes sociales en menores de 5 años en condiciones de vulnerabilidad en la Comuna 20 de Cali*. Institución Universitaria Antonio José Camacho.

Fundación Éxito (2020). Situación Nutricional en la Primera Infancia en Cali. Cali Como Vamos. https://www.fundacionexito.org/sites/default/files/publicaciones/Situaci¢n Nutricional en la primera infancia de Cali - 2020.pdf

Florabel, M y Larreategui, G. (2016). Percepción de los padres de niños (as) menores de 5años sobre la atención humanizada de la enfermera en el servicio de CRED en el Centro de Salud Mirones -2016. Lima - Perú: Repositorio de Tesis - UNMSM.

García, J. y Vélez, C. (2017) Determinantes sociales de la salud y la calidad de vida en población adulta de Manizales, Colombia. En: *Rev Cubana Salud Pública vol.43 no.2 Ciudad de La Habana.*

García Zapata, L. y Bergonzoli, G. (2017) Determinantes sociales relacionados con el acceso a servicios de salud por parte de niños menores de 6 años de una red de salud pública de

Santiago de Cali: análisis multinivel. En: *Rev Fac Odontol Univ Antioq vol.29 no.1 Medellín July/Dec.*

Gutiérrez, T. D. V., y Castiblanco, M. C. A. (2016). Orientaciones para el desarrollo de la educación y comunicación para la salud en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas. Ministerio de Salud y Protección Social. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/orientaciones-educacion-comunicacion.pdf

Herrera, D., Mendoza, M., Parra, O., y Rua, J. (2020). Informe Especial por Comunas Cali- 2019. Alcaldía de Santiago de Cali. Cali Como Vamos. Recuperado de: https://e6a9d32d-3a33-462e-9c91-cd6a04132224.filesusr.com/ugd/ba6905_53e99625482c46be8446fc2c76373bc4.pdf

Hernández, A. y Gutiérrez, M. (2008). Vulnerability and Exclusion: Life Conditions, Health Situation, and Access to Health Services of the Population Displaced by Violence settled in Bogotá - Colombia. En: *Rev. Gerenc. Polit. Salud vol.7, n.14, pp.145-176.*

Hernandéz, R., Fernandés, C., & Baptista, P. (2004). *Metodología de la investigación* (4ta ed.).

Holguin, J; Aristizabal, J; Hurtado, E y Acosta, N. (2015). Implementación de la aps en una zona urbana marginal de Cali: una experiencia de alianzas locales para enfrentar determinantes sociales. Revista Gerencia y Políticas de Salud, 14(28), 109-122.

Hurtado, L y Arrivillaga, M. (2018). Determinación social del acceso a servicios de salud de población infantil en situación de discapacidad. Rev. cub. Salud pública, 100-109.

Jasso-Gutiérrez, L., y López Ortega, M. (2014). El impacto de los Determinantes Sociales de la Salud en los niños. En: *Boletín médico del Hospital Infantil de México, 71*(2), 117-125.

La influencia de los determinantes sociales y la accesibilidad a los servicios de salud en menores de 5 años en condición de vulnerabilidad, Santiago de Cali 2020

Ley 100 de 1993 (1993). Diario Oficial. 68. Bogotá, Bogotá: Resumen de Notas de Vigencia.

Ley 1438 del 2011 (2021). Diario Oficial. 8. Bogotá, Bogotá: Congreso de la República.

Ley 1751 del 2015 (2015). Diario Oficial. Bogotá, Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia.

OMS (2018). Reducción de los Riesgos de Deterioro Cognitivo y Demencia. Directrices de la OMS sobre vivienda y salud. Reduccion De Los Riesgos De Deterioro Cognitivo Y Demencia, 8. https://www.sup.org.uy/wp-content/uploads/2016/11/GUIA-OMS-Dolor-pediatrico.pdf%0Ahttps://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52426/9789275322574_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y%0Ahttps://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/279743/WHO-CED-PHE-18.10

Osorio, M. A. M., Aguado, Q. L. F., Arbona, E. A., Balanta, C. S.; Cárdenas, P. E. (2019). Indicadores para la acción midiendo y visibilizando el bienestar de la primera infancia en Cali. Pontificia Universidad Javeriana.

Osorio, O. N. (2016). Análisis del proceso de expansión del oriente de Cali: el caso de Ciudadela Desepaz. Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario.

Osorio Mejía, A. y Aguado Quintero, L. (2018) *El estado de la niñez en Cali. Una mirada por comuna*. Santiago de Cali: Pontificia Universidad Javeriana, Sello Editorial Javeriano.

Observatorio Nacional de Salud e Instituto Nacional de Salud (2019) *Acceso a servicios de salud en Colombia.* Ministerio de Salud, Colombia.

Observatorio Nacional de Salud e Instituto Nacional de Salud (s.f.) *Determinantes sociales de la salud: Análisis.* Recuperado de: https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/grupos

La influencia de los determinantes sociales y la accesibilidad a los servicios de salud en menores de 5 años en condición de vulnerabilidad, Santiago de Cali 2020

Organización Panamericana de la Salud (OPS), y Organización Mundial de la Salud (OMS) (s.f.) *Determinantes sociales de la salud*. Recuperado de: https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud

Plan Decenal de Salud de Pública. (2014). Min salud. 248. Bogotá, Bogotá: La salud en Colombia la construyes tú.

Pizarro, R. (2001) *La vulnerabilidad social y sus desafíos: una mirada desde América Latina.* Cepal, División de Estadística y Proyecciones Económicas Santiago de Chile.

Quilumbaquin, G. (2019). Influencia de los determinantes sociales sobre el estado nutricional de los niños de 1 a 4 años de edad que acuden al Centro De Salud N°1 De Esmeraldas. Pontificie Universidad Católica del ecuador, Escuela de Enfermería. Ecuador: PUCESE.

Resolución 8430 de 1993. (1993). Ministerio de Salud. 3. Bogotá, Bogotá: normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

Red de salud del oriente (2018) *Análisis de situación de salud Red de Salud del Oriente 2017.* Santiago de Cali, Colombia.

Rodriguez Vignoli, J. (2001) *Vulnerabilidad y grupos vulnerables: un marco de referencia conceptual mirando a los jóvenes.* Proyecto Regional de Población CELADE-FNUAP Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población. Santiago de Chile.

Rodriguez Acosta, S. (2010) *Barreras y Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en Colombia*. Departament d'Economia Aplicada Universitat Autònoma de Barcelona. España.

La influencia de los determinantes sociales y la accesibilidad a los servicios de salud en menores de 5 años en condición de vulnerabilidad, Santiago de Cali 2020

Restrepo-Zea JH, Silva-Maya C, Andrade-Rivas F, VH-Dover, R. (2014) Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. En: *Rev. Gerenc. Polít. Salud. 2014; 13(27): 242-265.*

Secretaria de Bienestar social, & Subsecretaria de primera infacia. (2020). *Cartilla modelo "Cariño", Unidades de transformación social*.

Secretaria Departamental de Salud del Valle del Cauca (2013) *Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud*. Grupo de Salud Pública Grupo ASIS. Colombia.

Secretaría de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali (2013) *Análisis de situación de salud con el modelo de los determinantes sociales de salud (ASIS).* Grupo de epidemiologia y Salud Pública.

Secretaría de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali (2018) *Conversemos de Salud: Comuna 21*. Alcaldía de Santiago de Cali, Colombia.

Urrea, G. F., y Murillo, C. F. (1999). Dinámica del Poblamiento y Algunas Características de los Asentamientos Populares con Población Afrocolombiana en el Oriente de Cali. Desplazados, Migraciones Internas y Reestructuraciones Territoriales, 1–39.

Vallejo, Castro y Cerezo, M. (2016). Estado nutricional y determinantes sociales en niños entre 0 y 5 años de la comunidad de Yunguillo y de Red Unidos, Mocoa - Colombia. Universidad y Salud, 18(1), 113-125.

Vargas, I., Vázquez, M., y Mogollon, A. (2010) Acceso a la atención en salud en Colombia. En: *Rev. Salud pública.* 12 (5): 701-712.

La influencia de los determinantes sociales y la accesibilidad a los servicios de salud en menores de 5 años en condición de vulnerabilidad, Santiago de Cali 2020

Vargas, I. (2009) Barreras de acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada: un estudio de caso en Colombia. Universidad Autónoma de Barcelona, España. Bellaterra.

Vallejo-Solarte, M., Castro-Castro, L., & Cerezo-Correa, M. (2016). Estado nutricional y determinantes sociales en niños entre 0 y 5 años de la comunidad de Yunguillo y de Red Unidos, Mocoa - Colombia. En: Universidad y Salud, 18(1), 113-125.

Wagstaff, A. (2002) Pobreza y desigualdades en el sector de la salud. En: *Revista Panamericana de Salud Pública.* Jun 2002, Volumen 11 Nº 5-6 Paginas 316 – 326.