

**COBERTURAS DE VACUNACION EN NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE UN AÑO
Y DE UN AÑO DE EDAD COMO UNICA FUENTE PARA EVALUAR EL
AVANCE DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION EN COLOMBIA
2005-2011**

MARTHA IMELDA LINERO DE LUQUE

**UNIVERSIDAD EL BOSQUE
FACULTAD DE MEDICINA
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA**

BOGOTA, JUNIO 2017

**UNIVERSIDAD EL BOSQUE
FACULTAD DE MEDICINA
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA**

**COBERTURAS DE VACUNACION EN NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE UN AÑO
Y DE UN AÑO DE EDAD COMO UNICA FUENTE PARA EVALUAR EL
AVANCE DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION EN COLOMBIA
2005-2011**

TIPO DE INVESTIGACION ENSAYO

MARTHA IMELDA LINERO DE LUQUE

**DOCTOR JORGE SANDOVAL
ASESOR**

NOTA DE SALVEDAD DE RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL

“La Universidad El Bosque, no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia”.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a las directivas, personal administrativo y personal docente de la Universidad el Bosque el apoyo incondicional que me brindaron para hacer posible mi tránsito por esta nueva ruta del conocimiento.

CONTENIDO

GLOSARIO DE TERMINOS.....	7
INTRODUCCION.....	8
PROBLEMA.....	10
VACUNAS, ESTADO ACTUAL Y TENDENCIAS.....	13
HISTORIA DEL PAI	14
FUNCIONAMIENTO DEL PAI EN EL MARCO DEL SGSSS.....	20
COMO SE COMPRENDE EL CONCEPTO DE COBERTURAS DE VACUNACION ..	22
MODELO PLANTEADO PARA EVALUACION INTERNACIONAL POR OPS.....	24
RECURSOS DISPONIBLES PARA LA SALUD PUBLICA APLICABLE AL PAI	26
CONCLUSIONES.....	27
RECOMENDACIONES.....	28
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	30
ANEXO 1	31

LISTA DE TABLAS

Cuadro 1. Normativa relacionada con el Programa Ampliado de Inmunización.....	16
Cuadro 2. Distribución porcentual del SGP a Departamentos-Distritos y Municipios.....	26

GLOSARIO DE TERMINOS

BAI Búsqueda Activa Institucional

BAC Búsqueda Activa Comunitaria

BID Banco Interamericano de Desarrollo

DPT vacuna contra la difteria, la tos ferina y el tétanos (antitosferínica de células enteras, wP)

EAPB Empresas administradoras de planes de beneficios

IPS Instituciones prestadoras de servicios de salud

OPS Organización Panamericana de la Salud

PAI Programa ampliado de Inmunización

SGP Sistema General de Participación

SGSSS Sistema General de Seguridad Social en Salud

SRP vacuna contra el sarampión, la rubéola y la parotiditis

VOP vacuna oral contra la polio

COBERTURAS DE VACUNACION EN NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE UN AÑO Y DE UN AÑO DE EDAD COMO UNICA FUENTE PARA EVALUAR EL AVANCE DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION EN COLOMBIA 2005-2011

INTRODUCCION

El año 1977 se constituye en la fecha clave para la iniciación del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) en Latinoamérica y en las Américas en General. Se reconoce como principal impulsor del PAI al ya fallecido médico brasilero Ciro de Quadros, quien formando equipo con el Dr. Henderson del John Hopkins Hospital y otros colaboradores concibieron un plan similar al de la eliminación de la viruela para eliminar otras enfermedades inmunoprevenibles. En 1978, el informe del director de la OPS identificó los problemas que entorpecían la expansión de las actividades de inmunización, los cuales se centraban en la planificación, administración y evaluación del programa¹. Una vez identificados los problemas y los medios para solucionarlos el PAI inicia actividades oficiales en Colombia, en 1979, con un equipo al interior del Ministerio de Salud quienes se encargaban de la administración general, normalización, compra y envío de vacunas y equipos, manejo de la cadena de frío, capacitación-supervisión y asesoría a los entonces servicios seccionales de salud.

La entrada en la escena nacional del PAI se produce, en consecuencia, como una necesidad sentida en Latinoamérica y en el mundo en desarrollo, cuyas instituciones de salud y equipos médicos no alcanzaban a contrarrestar la altísima morbilidad de la infancia cuyos 80 millones de neonatos

¹ OPS/OMS "Programa Ampliado de Inmunización. Informe del Director sobre la marcha del programa", Washington, septiembre -octubre 1977. CD25/14

² OPS, Informe Anual del Director 1978. ops, Washington, 1979 pp. 15

anuales pagaban una cuota de sacrificio de 5 millones a causa de enfermedades de la niñez. La tecnología de la inmunización, traída a Colombia desde 1979, lucharía por imponer su inherente perspectiva sistémica y gerencial en un proceso de más de treinta años, con respuestas diferenciadas regionales, inesperados obstáculos y no menores desafíos, sin embargo, los problemas que se encontraron durante los dos primeros años de funcionamiento del PAI en el país, muestran que la adaptación del programa no fue nada fácil tanto en el nivel central como en las regiones. A nivel central los problemas identificados se relacionaron con: la interpretación y las exigencias que del mismo hicieron los médicos pediatras; las deficiencias en el almacenamiento del biológico; el desabastecimiento de los biológicos en las regiones por el trámite burocrático y la falta de datos demográficos confiables por parte del DANE, cuyas cifras se encontraban sobre estimada. A nivel regional, el problema identificado fue el manejo que el programa tenía en cabeza de auxiliares de enfermería, ya que la participación de profesionales de la salud era muy escasa y las barreras ocasionadas por la optimización de las vacunas, lo cual suponía la no apertura de un frasco de vacunas hasta tanto no tener concentrados el número de niños a quienes se les iba a aplicar (2).

Tal como se refiere en el libro *Cruzada Interminable por la Niñez Colombiana*, el cual recoge la historia de 30 años del PAI, en la página 46 enuncia que el avance para erradicar una enfermedad era lento ya que se hacía necesario:

- ✓ Establecer organizaciones bien administradas y financiadas para llevar campañas de inmunización
- ✓ Contratar y adiestrar personal
- ✓ Producir y distribuir debidamente las vacunas
- ✓ Obtener la aceptación del público

- ✓ Implantar una vigilancia epidemiológica apropiada que garantizara que la enfermedad objeto de ataque se encuentre de hecho en retirada.

A pesar de que muchos de los escollos anteriormente expuestos han ido cambiando a través de los tiempos, la manera de evaluar los resultados en salud obtenidos con la inmunización de las niñas y niños en el país, sigue siendo muy estática y centralizada lo que conlleva a que el nivel departamental y muchos menos el municipal encuentren otras maneras efectivas de evaluar que les permita desde lo propio hacer las intervenciones que se requiere para mejorar los resultados en salud.

PROBLEMA

El Programa Ampliado de Inmunizaciones, (PAI), es una acción conjunta de las naciones del mundo y de organismos internacionales, interesados en apoyar acciones tendientes a lograr coberturas universales de vacunación, para disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad causadas por las enfermedades inmunoprevenibles y con el fuerte compromiso de erradicar, eliminar y controlar las mismas.

Las enfermedades objeto del programa en el País son: poliomielitis, sarampión, difteria, tosferina, tétanos, tuberculosis, rubeola, rubeola congénita, fiebre amarilla, parotiditis, neumococo, hepatitis B, influenza estacional, enfermedad diarreica aguda por rotavirus, neumonías por hemophilus influenza tipo B y las ultimas vacunas incluidas al programa durante el 2012 y el 2013 se encaminan a controlar el cáncer y verrugas que produce el virus del papiloma humano y la hepatitis A.

Desde 1982 el PAI contempla los siguientes componentes los cuales deben incluirse dentro de un plan de acción o plan operativo anual:

1. Biológicos y suministros
2. Cadena de frio
3. Capacitación
4. Comunicación Social
5. Gastos operativos
6. Supervisión
7. Vigilancia epidemiológica
8. Investigación
9. Evaluación

Estos criterios establecidos en el Sistema Nacional de Salud, debieron ser actualizados a la luz del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), por lo tanto, la evaluación que debe hacerse para el PAI si bien debe estar centrada en todos los componentes establecidos para su funcionamiento tanto en el nivel nacional como en el orden territorial, donde viven y se desarrollan las poblaciones objetos de la inmunización, dicha evaluación para poder obtener de ella la información que permita mejorar las condiciones de salud de la población, debe ser diferencial, en otras palabras, la información que se produce en el nivel nacional es diferente a la que se produce en el orden territorial por lo tanto se debe tener un enfoque y una utilización de la misma también diferente. Dicha evaluación debe contener los indicadores de procesos, resultados e impacto, que les permitan a las autoridades sanitarias encauzar, corregir e implementar nuevas maneras de

brindar el servicio. Sin embargo, al interior del programa en el país, esta evaluación es fragmentada y sólo se tiene en cuenta si se consiguieron, o no, los resultados administrativos en la meta del 95% de la cobertura para cada uno de los biológicos utilizados y por cada una de las edades planteadas. Esto nos lleva a plantear que bajo un sistema de aseguramiento cada uno de los actores del sistema de salud tiene unas competencias misionales diferentes, por lo cual no se debe utilizar un mismo indicador que dé cuenta del buen o mal funcionamiento del programa, un solo indicador que solo acarrea sanciones presupuestales para la entidad territorial municipal cuando no se logra una cobertura útil, pero que no representa nada para el asegurador que es el que en últimas debe gestionar el riesgo individual y quien recibe la unidad de pago por capitación UPC por cada asegurado indistintamente si este pertenece al régimen subsidiado, contributivo o especial

Al evaluarse el PAI de esta manera, basándose solo en el indicador de proceso (Coberturas), tanto en el nivel nacional, departamental y municipal, aproximadamente el 60% de los municipios del País son clasificados como municipios críticos por sus bajas coberturas. Por lo tanto, lo que se plantea es que se deben tener en cuenta otras dimensiones como contratación existente entre las entidades administradoras de planes de beneficios-EAPB y las instituciones prestadoras de servicios de salud-IPS, suficiencia de las IPS para prestar el servicio, movilización social, recursos apropiados para la ejecución, dinámicas intersectoriales que permitan apoyar el desarrollo del fin último del programa como es disminuir a cero la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitable a través de la inmunización.

Vacunas, estado actual y tendencias

El siglo XX pasará a la historia, entre otras cosas, por el impulso desarrollado en el campo de la vacunología. En 1901, existían pocas vacunas capaces de prevenir las enfermedades infecciosas. A finales de siglo, ya había vacunas para al menos 21 enfermedades. El siglo XXI es promisorio, se espera que la secuenciación genética conduzca a una nueva generación de vacunas, de manera similar a lo que aportaron las técnicas de cultivo de tejidos para las vacunas de los años 1950, y se espera también logros significativos con la utilización de la tecnología del ADN recombinante la cual permitió acceder a vacunas obtenidas por ingeniería genética a finales de la década de 1980. Se perfilan, además, avances tanto en la combinación de vacunas como en los métodos de distribución. (4)

Vacuna es el preparado biológico que se inyecta en un organismo con el fin de lograr un estado de inmunidad contra un determinado agente infeccioso o una enfermedad dada. (5) Esta definición engloba tanto las vacunas preventivas actuales, como las terapéuticas que se desarrollan contra enfermedades autoinmunes, neoplasias y alergias entre otras entidades crónicas. (4). Sin embargo, las diseñadas para prevenir las enfermedades infecciosas siguen siendo de gran interés, teniendo en cuenta la disminución de la morbilidad y de la mortalidad que se previenen con su empleo.

La vacunación constituye uno de los mayores logros alcanzados por la salud pública a escala mundial. (4). Con excepción del suministro estable de agua potable, ninguna otra intervención de salud ha tenido el impacto de la vacunación para reducir la prevalencia de las enfermedades infecciosas. Cada año las vacunas previenen alrededor de 3 millones de muertes y se evitan incapacidades en cerca de 1 millón de niños. (4). Tiene un impacto directo sobre la economía, es la

acción de salud con un mejor balance costo–beneficio al disminuir los costos en tratamientos y hospitalizaciones, reducir las incapacidades y por supuesto la improductividad. Los beneficios que se obtienen son a largo plazo y contribuyen activamente no sólo con el desarrollo económico, sino el social. De este procedimiento se obtiene un resultado colectivo, la inmunidad poblacional, antes llamada de “rebaño”, es esencial en la profilaxis de las enfermedades transmisibles, incluso en aquellos individuos que hayan quedado sin proteger; por no haber sido inmunizados o por ser no respondedores o hipo respondedores ante el estímulo inmunogénico, en ellos la prevención se alcanza al interrumpir la cadena de transmisión. (4)

Historia del PAI:

En el país las acciones de vacunación tienen sus inicios a partir de los años 60, ofertando pasivamente las vacunas, con demanda espontánea de la población y algunas veces utilizando la infraestructura que tenía el Servicio de Erradicación de la Malaria (SEM). (3)

A partir de la reorganización de los servicios de Salud, en 1973, con la puesta en marcha del Sistema Nacional de Salud el programa fortaleció su estructura de una manera centralizada, garantizando los insumos (inmunobiológicos y jeringas) para toda la población, independiente de si esta estaba dentro del sistema de aseguramiento, del antiguo Instituto de los Seguros Sociales (ISS) o Caja Nacional de Previsión (Cajanal). De esta manera el país pudo garantizar la erradicación de la viruela. (3) .

Hacia los años 80, el país se destacó por implementar estrategias novedosas al interior del PAI como las Jornadas Nacionales de Vacunación, la primera de las cuales se realizó en 1984, con

énfasis en la movilización social lo que le permitió asegurar localmente la vacunación de la mayor cantidad posibles de niños. (3). Otra de las estrategias que también tuvo gran impacto en el programa fue la canalización, en la cual se hacía levantamiento de la información vacunal casa a casa y un plan de seguimiento para cada uno de los niños allí encontrados. (3)

Dentro de los avances logrados, en la década del 90, podemos mencionar: la elaboración de las normas técnicas-administrativas del programa, inclusión de la vacuna contra la hepatitis B, la vacuna triple viral contra Sarampión-Rubeola y Paperas y la vacuna contra el hemophilus influenzae tipo b, además de que se obtuvo la certificación de la erradicación (1994) de los virus salvajes causantes de la poliomiелitis. (4)

Durante la primera década del 2000, se incluyeron otras vacunas como la del Neumococo y la Influenza, se cambiaron algunos esquemas como la aplicación del refuerzo de las vacunas contra la fiebre amarilla y la triple viral y se incluye dentro del FOSYGA (Fondo de Solidaridad y Garantía) la financiación de algunas vacunas.

Además de todas estas actividades al programa le ha tocado responder ante pandemias como la de la influenza AH1N1 en el 2010 y a otras contingencias relacionadas con la obtención de la certificación de eliminación del Sarampión, la rubeola y el síndrome de Rubeola congénita.

El PAI se estructuró dentro del marco de la Constitución Nacional y el Sistema General de Seguridad Social en Salud, como toda acción programática que requiere regirse por leyes, decretos, resoluciones y demás actos administrativos que en los diferentes niveles jurídicos, civiles y administrativos se generen, por lo tanto, en el siguiente cuadro observaremos la normatividad existente en el País y que soporta la ejecución del programa desde 1979.

Cuadro 1. Normativa relacionada con el Programa Ampliado de Inmunización

Acto Jurídico	Año de Expedición	Objeto	Relación con la tesis planteada
Ley 9ª o Código Sanitario Nacional	1979	Reglamenta la vigilancia (recolección, procesamiento y difusión de la información epidemiológica) y el control epidemiológico para el diagnóstico, pronóstico, prevención y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles y demás fenómenos que puedan afectar la salud.	Información necesaria para la toma de decisiones
Constitución Política de Colombia	1991	Art. 44: Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia....	Se define el derecho fundamental a la salud independiente de quien preste los servicios
Ley 100	1993	Implementa el SGSSS que reorganiza el sistema de prestación de servicios en salud, desarrolla el servicio público de la salud y promueve la red privada como complementaria de la red pública de prestadores para ampliar la cobertura.	Establece que la vacunación con el esquema único nacional del PAI estará incorporada a los planes de salud tanto del régimen contributivo como del subsidiado y estarán a cargo de los recursos del subsidio a la oferta para la población vinculada. Considera al PAI prioritario en el marco del SGSSS y las políticas de gobierno en favor de la niñez y la mujer
Acuerdo N° 117	1998	Por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública.	Artículo 5°. Actividades, procedimientos e intervenciones para Protección Específica Vacunación según esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)
Resolución 0412	2000	Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de	Se considera la vacunación como un procedimiento de protección específica. PROTECCIÓN ESPECÍFICA. Es

		atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública	el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a garantizar la protección de los afiliados frente a un riesgo específico, con el fin de evitar la presencia de la enfermedad.
Ley 715	2001	Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.	Art. 42.11. Establecer mecanismos y estrategias de participación social y promover el ejercicio pleno de los deberes y derechos de los ciudadanos en materia de salud.
Acuerdo 229	2002	Por el cual se define la proporción de UPC - S que se destinará para la financiación de las acciones de promoción y prevención para el Régimen Subsidiado a cargo de las entidades territoriales y las Administradoras del Régimen Subsidiado y se dictan otras disposiciones.	Artículo 4°. <i>Actividades, procedimientos e intervenciones de promoción y prevención en el Régimen Subsidiado que se trasladan a cargo de los distritos y municipios.</i> Incrementar el conocimiento de los afiliados en los derechos y deberes, en el uso adecuado de los servicios de salud, y en la conformación de organizaciones y alianzas de usuarios.
Resolución 001535	2002	Por la cual se adopta el carné de salud infantil	Estipula que es necesario contar con un documento fácil de manejar y durable que permita a padres y cuidadores orientarse sobre la evolución de la salud de niños y niñas menores de cinco años, así como realizar el seguimiento al crecimiento y desarrollo de los mismos;
Decreto 2287	2003	Por el cual se reglamenta el uso del Carné de Salud Infantil como requisito de	Art 1°. Las autoridades de las instituciones educativas y los

		ingreso a los establecimientos educativos y de bienestar	responsables y cuidadores de los establecimientos de bienestar, de carácter público o privado, deberán velar porque todos los menores de cinco (5) años que asistan a sus establecimientos, hayan completado las vacunas que corresponden a su edad, de conformidad con el esquema de vacunación establecido por el Ministerio de la Protección Social en el Programa Ampliado de Inmunizaciones. (Intersectorialidad)
Plan decenal de salud pública	2012-2021	Apuesta política por la equidad en salud, esto se logra cuando todas las personas alcanzan su potencial de salud independientemente de sus condiciones sociales, culturales y económicas.	Plantea su accionar a través de nueve dimensiones prioritarias para la vida de toda persona, entre estas la dimensión de Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles , dentro de la cual se especifican estrategias para abordar las enfermedades inmunoprevenibles.
Ley 1098	2006	Por la cual se expide el código de infancia y adolescencia	Art. 7 Protección Integral Art. 8 Interés superior de los niños, niñas y adolescentes Define como derechos impostergables la atención en salud y nutrición, <i>el esquema completo de vacunación</i> , la protección contra los peligros físicos y la educación inicial.

Ley 1438	2011	Se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud teniendo como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país.	La vacunación es una de las herramientas con mayor costo-beneficio con que cuenta la atención primaria en salud
Resolución 4505	2012	Por la cual se establece el reporte relacionado con el registro de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento.	Si bien a través de su anexo técnico se puede establecer la vacuna y la dosis que recibe el niño, este reporte es establecido de manera trimestral de las EPS al Minsalud, sin que verdaderamente se utilice para gestión del riesgo individual.
Resolución 518	2015	Por la cual se dictan disposiciones en relación con la gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas- PIC	Define la Participación Social: con el objetivo de lograr que la ciudadanía y comunidades incidan en las decisiones públicas que afectan la salud, aportando a la consecución de los objetivos estratégicos del PDSP y aumentando la capacidad de gobernanza en salud, mediante el ejercicio de la participación, la interacción social y la concertación de voluntades para el logro del bienestar colectivo. Este proceso parte del enfoque de derechos, del diagnóstico de las necesidades y aspiraciones de las comunidades para procurar soluciones públicas y organizarse para aportar a la gestión de su materialización. Su efectividad está dada por las posibilidades para la organización de la ciudadanía.

<p>Ley Estatutaria 1751</p>	<p>2015</p>	<p>Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.</p>	<p>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.</p>
------------------------------------	-------------	--	---

Fuente: organizada por el autor

Funcionamiento del programa ampliado de inmunización en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)

La vacunación está presente en los planes de beneficios en salud que se prestan a los colombianos: en el Plan Obligatorio de Salud (POS) como una prestación de servicio individual y en el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP 2012-2021) para acciones colectivas de vacunación y vigilancia; de tal manera que se garantizan recursos de dos fuentes y se aseguren responsabilidades en su ejecución a todos los actores del sistema.

Como se señaló, la vacunación hace parte tanto del POS del contributivo y subsidiado. En los dos se incluyen las vacunas del esquema oficial del PAI. ***La vacunación con el esquema vigente del PAI es igual para ambos regímenes y todas las edades.***

En el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Ley 518 de 2015, se plantean: los resultados esperados; las actividades del PAI (con su cronograma que indica los responsables de la ejecución y los recursos asignados a la promoción de la vacunación sin barreras); la realización de censos de canalización, el apoyo a jornadas e intensificaciones de la vacunación, la vacunación extramural, el monitoreo rápido de coberturas, la búsqueda activa de casos de Enfermedades Prevenibles por

Vacunas (EPV), la capacitación en normas del PAI, inversión y funcionamiento del sistema de información, la cadena de frío y la investigación de casos y brotes.

Desde 1995 hasta el 2009 todos los requerimientos del programa eran financiados mediante un empréstito del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), por lo tanto, si se observan los documentos bajo los cuales se hacían las respectivas evaluaciones del programa 2007 ⁽⁷⁾ encontraremos que estas se basan exclusivamente en el aspecto financiero y ya en el 2009 ⁽⁸⁾ aparecen además de las consideraciones financieras, la evaluación de las coberturas a nivel país. Desde el 2010 Las vacunas, jeringas y otros insumos se adquieren con fondos del presupuesto general de la Nación, a través del Ministerio y de un convenio renovable con el Fondo Rotatorio para Vacunas y Jeringas de la OPS/OMS.

Tanto las vacunas, jeringas y otros insumos se distribuyen en todo el país mensualmente partiendo de la planeación que se realiza desde el nivel nacional o en su defecto acorde a los pedidos realizados desde los departamentos al nivel nacional. Estos insumos una vez llegan a las 32 Direcciones territoriales departamentales de salud, estas se encargan de la distribución a nivel municipal. De acuerdo a las planillas presentadas, donde se estipula: cantidad de biológicos aplicados, insumos gastados, en el mes inmediatamente anterior y el stock con que cuenta al momento de realizar el pedido. De esta manera se garantiza que no haya desabastecimiento de biológicos e insumos en ninguna parte del territorio nacional. Sin embargo, lo que en realidad se les exige a los municipios para la entrega de nuevos biológicos es la presentación de las dosis aplicadas de los diferentes biológicos y la edad de las personas. No existe como tal una evaluación del programa como tal.

La forma en que los habitantes de cualquier municipio acceden a la vacunación es a través de la red prestadora de servicios de primer nivel que las aseguradoras, tanto del contributivo como el subsidiado les garantizan a sus afiliados. Si bien desde el nivel nacional se propone una vacunación sin barreras, es decir no es necesario la afiliación para acceder al servicio, no sucede así en la realidad y en su gran mayoría esta es brindada a través de las Empresas Sociales del Estado, las cuales a su vez deben facturarle el servicio a las EPS, facturación que puede llegar a glosarse y no pagarse si no media una contratación.

Entendiendo que la gestión integral del riesgo debe realizarse por las empresas administradoras de planes de beneficios -EAPB, se encuentra que el indicador de proceso denominado cobertura se le exige es al territorio, entiéndase como tal al municipio y al departamento, lo que genera un conflicto ya las entidades territoriales deben responder por los riesgos colectivos tal como lo indican tanto el Plan Decenal de Salud Pública como el Plan de Intervenciones Colectivas.

Como se comprende el concepto de Coberturas de Vacunación

De acuerdo a convenciones establecidas por el PAI desde 2010 las coberturas administrativas de vacunación en menores de un año se miden a través de un biológico trazador, terceras dosis de DPT (difteria, tosferina y tétanos). Mientras que en los niños y niñas de un año de edad estas se miden a través de la aplicación de Triple Viral (Sarampión, Rubeola y Parotiditis) dosis única. Antes de esta fecha las coberturas de vacunación en menores de 1 año se establecían a través de terceras dosis de VOP (vacuna oral antipolio).

Otras de las convenciones utilizadas es la semaforización que se realiza acorde a los porcentajes obtenidos, de la siguiente manera:

- Porcentajes menores a 50% se consideran coberturas críticas y se demarcan en color rojo
- Porcentajes entre 50% y 79.9% se consideran coberturas de riesgo y se demarcan de color naranja.
- Porcentajes entre 80% y 94% se consideran coberturas de bajo riesgo y se demarcan en color Amarillo.
- Porcentajes iguales o mayores a 95% se consideran coberturas útiles y se demarcan en color verde.
- Porcentajes iguales o mayores a 100% que anteriormente se consideraban mala planeación hoy en día se consideran coberturas útiles y se demarcan en color azul.

Con respecto a este último ítem coberturas mayor a 100% no ha sido posible establecer modelos de evaluación que permitan determinar si se debe a los desplazamientos continuos de las personas al interior del territorio, un censo del 2005 con proyección poblacional no acorde a la realidad, prestación de servicios con calidad en unos sitios por lo cual las personas los prefieren o continuar atado el sistema a presentar un resultado de proceso como si fuera un resultado en salud.

En el anexo 1, se presentan los cuadros correspondientes a las coberturas obtenidas a nivel departamental desde 2005 a 2011

Modelo Planteado para Evaluación internacional por OPS

Desde la década del 80 se realizan en las Américas, Evaluaciones Nacionales del PAI, coordinadas y orientadas técnicamente por el PAI/OPS. Entre 1996 y 1999, se efectuaron evaluaciones nacionales en once países del continente. En su inicio, las mismas estuvieron dirigidas a evaluar el Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Sarampión. Esta actividad se realizó en Brasil, Nicaragua, El Salvador, Panamá y Venezuela. Luego, observando la necesidad de ampliar el espectro de las mismas, se procedió de nuevo a efectuar Evaluaciones Nacionales Multidisciplinarias del Programa de Inmunizaciones; las cuales hasta diciembre de 1999 se efectuaron en México, Brasil, Bolivia, Ecuador, República Dominicana, Perú y Paraguay. Hasta septiembre del año 2000, se efectuaron evaluaciones en Haití, Guyana, Argentina, Costa Rica y México. Se ha propuesto evaluar entre 4 a 5 países por año. En Colombia la última evaluación se realizó en el 2001, quedando pendiente realizar para el 2012 otra evaluación para poder contrastar con la realizada anteriormente. (9)

En forma general las actividades de implementación del modelo de evaluación son:

- ✓ Recolección y análisis de datos disponibles.
- ✓ Visita y observación en terreno.
- ✓ Entrevistas personales.

Estas actividades se realizan en los 3 niveles de la estructura del sistema de salud: Nacional (central); subnacional (Provincial/regional/municipal/distrital) y operacional (local/establecimiento de salud).

Los resultados finales surgen de comparar los datos obtenidos en relación a los indicadores establecidos por el PAI/OPS para cada uno de los componentes del programa.

Para el modelo del PAI, se define como evaluación a:

Un conjunto de procedimientos que se utilizan para valorar el programa y proveer información acerca de los objetivos, actividades y recursos en los diferentes niveles de acción y de atención para la salud. (9)

Los objetivos establecidos para el PAI son:

- ✓ Reducir la morbilidad y mortalidad ocasionadas por difteria, tosferina, tétanos, formas graves de tuberculosis infantil, hepatitis B, haemophilus influenzae b, fiebre amarilla, alcanzar la erradicación global de la poliomielitis y del sarampión, la eliminación del tétanos neonatal; proporcionando inmunización contra esas enfermedades a todos los niños del mundo. El país a evaluar podrá incluir otras enfermedades seleccionadas a controlar.
- ✓ Promover la autosuficiencia de los países en la prestación de los servicios de inmunización en el contexto de los servicios generales de salud
- ✓ Promover la autosuficiencia regional en lo que se refiere al control de calidad y producción de vacunas

La diferencia, con otros modelos de evaluación de programas, es que los evaluadores están orientados en enfocar los aspectos específicos relacionados con la situación actual del programa de inmunización, y la evaluación se completa con la elaboración de un plan de acción quinquenal donde se materializan las recomendaciones de la evaluación en actividades concretas a realizarse.

Recursos disponibles para la salud pública-aplicable al PAI

Distribución de recursos de acuerdo al Sistema General de Participación (SGP-Ley 715/2001)

Los recursos del componente de Salud Pública del Sistema General de Participaciones -SGP, se distribuyen tal como se muestra en el siguiente cuadro:

Cuadro 2. Distribución porcentual del SGP a Departamentos-Distritos y Municipios

	Porcentaje de recursos del Sistema General de Participaciones Componente de Salud Pública-Subcuenta de Salud Publica Colectiva	
	Plan de intervenciones Colectivas PIC	Procesos de gestión de la salud publica relacionadas con las competencias de salud publica
Departamentos y Distritos	30% -50%	50%-70%
Municipios Categorías 1-2-3	40%-60%	40%-60%
Municipios Categorías 4-5-6	60% - 70%	30% - 40%

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

Esto significa que el procedimiento denominado vacunación tiene múltiples fuentes de financiación, el nivel nacional tiene un presupuesto asignado para: compra de vacunas, jeringas, papelería, contratación de talento humano, traslados de los insumos desde el nivel nacional al departamental, mejoramiento y fortalecimiento de la red de frio, entre otros. En el nivel departamental y municipal se reciben transferencias de ley, recursos propios y el sistema de regalías. Las EAPB reciben los dineros correspondientes a la Unidad de pago por Capitación de la cual un porcentaje debe asignarse para la gestión integral del riesgo y otro a la atención del usuario en los diferentes niveles que requiera, dentro de esta atención se contempla que la aplicación de la vacuna es responsabilidad de las aseguradoras y por ende deben contratarla con las IPS que ofertan este servicio.

CONCLUSIONES

Las conclusiones a las cuales se llegan después de recopilar y analizar la información acá plasmada son las siguientes:

- ✓ A pesar de ser un programa multinivel, donde cada actor del sistema responde de acuerdo a sus competencias, solo se evalúa la cobertura administrativa que se obtiene con dos biológicos trazadores y para dos cohortes poblacionales como son los menores de un año y los de 1 año.
- ✓ Si bien el programa ha venido ampliando sus vacunas y la población objeto (embarazadas, adulto mayor y niñas de 9 años) no hay una evaluación consistente de lo que pasa en estas poblaciones en relación a enfermedades inmunoprevenibles tales como: rubeola, tétanos neonatal, tosferina, influenza y cáncer por papiloma virus.
- ✓ Para el nivel nacional no ha sido posible establecer el costo real de vacunar a la población por lo tanto esta evaluación no se realiza.
- ✓ El programa se ha instrumentalizado al punto que no conversa con la población a la cual va dirigido, en otras palabras, la población no hace parte de las instancias donde se planea el programa ni en el nivel nacional ni en el territorial.
- ✓ El programa no es vinculante con otras instancias sectoriales y mucho menos intersectoriales
- ✓ Desde el nivel municipal se oferta la vacunación, pero no se vincula a la población objeto del programa
- ✓ La inversión que se hace en capacitación e información sobre vacunación a la población es casi nulo, circunscribiéndose esta inversión a momentos muy puntuales correspondientes las jornadas de vacunación.
- ✓ Las EAPB no consideran que la vacunación y el seguimiento a la misma es una de las herramientas de mayor costo beneficio que se tiene en la gestión integral del riesgo.
- ✓ El nivel de evaluación internacional realizado por la Organización Panamericana de la Salud, debe adaptarse a las condiciones del País, con el modelo de aseguramiento que funciona para el sector.
- ✓ Desde el nivel nacional no se tiene un proceso de capacitación continua del personal que labora en el programa

RECOMENDACIONES:

Después de la recopilación y análisis que se le ha hecho a toda la información disponible desde el nivel nacional al Programa de Ampliado de Vacunación, se recomienda de manera general hacer una reingeniería del programa para evaluar desde los niveles del SGSSS lo siguiente:

NIVEL NACIONAL:

El Ministerio de Salud y Protección Social debe:

- ✓ Enfocar su evaluación en la forma en que ejecuta los recursos que le permiten la compra de los insumos necesarios para el buen funcionamiento del programa.
- ✓ Establecer un sistema de monitoreo sobre las EAPB que conlleve a establecer el tipo de redes integrales que se tienen en el territorio y que pueden cubrir la población objeto del programa.
- ✓ Avanzar en los registros que se requieren para evaluar los esquemas completos de vacunación acorde a la edad. Planear y ejecutar encuestas poblacionales que permitan la toma de decisiones para la eliminación y control de patologías inmunoprevenibles
- ✓ Gestionar para que el castigo presupuestal que se realiza desde el Departamento de Planeación Nacional (DNP), a los presupuestos municipales cambie a las EAPB

El Instituto Nacional de Salud debe:

- ✓ Evaluar de manera sistemática el sistema de vigilancia de las enfermedades inmunoprevenibles y establecer la retroalimentación necesaria con el Ministerio de Salud, las EAPB, las direcciones territoriales departamentales y municipales.
- ✓ Diseñar y ejecutar las encuestas serológicas que requiera el programa, para evaluar de forma precisa el nivel de protección inmunitaria en la población.
- ✓ Plantear estudios de tipo longitudinal que permiten establecer cómo se disminuye la incidencia de algunas enfermedades tales como el cáncer cérvico uterino por el VPH.

La Super Intendencia Nacional de Salud debe:

- ✓ Hacer seguimiento en la inversión que hacen las EAPB en la vacunación de sus usuarios.
- ✓ Vigilancia y control a las IPS donde se ejecutan los procedimientos de vacunación.

NIVEL DEPARTAMENTAL

Las Direcciones Territoriales Departamentales deben:

- ✓ Evaluar la recepción oportuna de los insumos que les llegan del nivel nacional y su respectiva entrega al nivel municipal.
- ✓ Hacer seguimiento a la inversión que para el programa a través del SGP.
- ✓ Realizar los Comités de Vigilancia epidemiológica frente a la presencia de enfermedades inmunoprevenibles.
- ✓ Realizar el control de la calidad del dato que reciben de los municipios.

NIVEL MUNICIPAL

Las Direcciones Territoriales Municipales deben:

- ✓ Fortalecer el sistema de información que permita en lo municipal hacer seguimiento niño a niño y de esta forma obtener la información que requiere para la acción.
- ✓ Involucrar en el sistema de evaluación del programa el concepto de esquema de vacunación completo para la edad
- ✓ Hacer el seguimiento a las IPS que presenten puntos de vacunación para vigilar y controlar la seguridad del usuario del programa.
- ✓ Involucrar a la población en la planeación del programa
- ✓ Establecer aliados estratégicos como el educativo, el ICBF y otros que le permitan acercarse a las poblaciones objeto del programa.
- ✓ Realizar las Búsquedas activas institucionales (BAI) y las Búsquedas activas comunitarias (BAC) que le lleven a la identificación de los no vacunados.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. OPS/OMS "Programa Ampliado de Inmunización. Informe del Director sobre la marcha del programa", Washington, septiembre -octubre 1977. CD25/14
2. OPS, Informe Anual del Director 1978. ops, Washington, 1979 pp. 15
3. Ministerio de Salud y Protección Social, Cruzada Interminable por la Niñez Colombiana- Historia del Programa Ampliado de Inmunizaciones- PAI-En Colombia 1979-2009/Alberto Mayor Mora (et al). Bogotá
4. OMS, UNICEF, Banco Mundial. *Vacunas e inmunización: situación mundial*. tercera edición: Ginebra; Organización Mundial de la Salud. 2010
5. George Peter et al. Red Book Enfermedades Infecciosas en Pediatría. 24ª. Edición: Editorial Medica Panamericana; junio 1999.
6. OPS, Curso de gerencia para el manejo efectivo del programa ampliado de inmunización (PAI), Washington D.C. 2006
7. Ministerio de la Protección Social, Programa de fortalecimiento del PAI, Informe de Auditoria Externa, diciembre de 2007
8. Ministerio de la Protección Social, Programa de fortalecimiento del PAI, Informe de Auditoria Externa, diciembre de 2009
9. Organización Panamericana de la Salud. "Metodología para la evaluación internacional del Programa Ampliado de Inmunización". Washington, D.C.: OPS, © 2012
10. Código Sanitario Nacional. ley 9ª./ 1979 del 24 de enero. Diario oficial (25/01/1979)
11. <http://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/ConstitucionpoliticadeColombia2015.pdf>. Corte constitucional. 04/07/1991
12. Ley 100 de 1993, Diario Oficial No. 41.148 de 23 de diciembre de 1993
13. Acuerdo No. 117 de 1998. Ministerio de Salud, CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.
14. Resolución 412 de 2000. Ministerio de Salud. Repositorio Digital
15. LEY 715 DE 2001. (diciembre 21). Diario Oficial No 44.654 de 21 de diciembre de 2001.
16. Acuerdo 229 de 2002. Ministerio de Salud. Repositorio Digital
17. Resolución 001535 de 2002 y Decreto 2287 de 2003. Ministerio de Salud. Repositorio Digital
18. Resolución 1841 de 2013. Plan Decenal de Salud Pública, 2012-2021. Ministerio de Salud y Protección Social 28 de mayo 2013. Repositorio Digital
19. LEY 1098 DE 2006. Diario Oficial No. 46.446 de 8 de noviembre de 2006.
20. LEY 1438 DE 2011. Diario Oficial No. 47.957 de 19 de enero de 2011.
21. Resolución 4505 de 2012. Ministerio de Salud. Repositorio Digital
22. Ministerio de la protección Social *Evaluación del plan nacional de eliminación del tétanos neonatal de Colombia*, septiembre 2009

ANEXO 1