

**ACTUALIZACIÓN E INCORPORACIÓN DEL PLAN AMPLIADO DE INMUNIZACIONES
AL NUEVO MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD**

**SÍNTESIS AVANCES PRIMER DIÁLOGO DELIBERATIVO, SESIONES DE TRABAJO
PARA PROPUESTA DE ACTUALIZACIÓN DEL PAI EN COLOMBIA EN EL MARCO
DEL NUEVO MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD**

Investigador Principal:

Luis Jorge Hernández Flórez MD PhD

Equipo de Trabajo:

Lorenza Becerra Camargo
Oscar Bociga Silva
Mauricio Cortés Cely
John González Escobar
Heydi Hidalgo Méndez
Pablo Rodríguez Feria
Rodrigo Rodríguez Fernández
Dayane Rodríguez Hernández
Lina Rodríguez Moreno
Daniela Rodríguez Sánchez

**UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD PÚBLICA, EDUCACIÓN Y
PROFESIONALISMO MÉDICO
BOGOTÁ D.C.
FEBRERO DE 2023**

TABLA DE CONTENIDO

1. Introducción	3
2. Objetivos.....	4
3. Metodología diálogo deliberativo	4
4. Síntesis detallada del primer diálogo deliberativo del día 19 de enero 2023.	4
5. Síntesis detallada del segundo diálogo deliberativo del día 23 de febrero de 2023.....	8
6. Conclusiones y comentarios	18
7. Recomendaciones	20
Anexos.....	22
Preguntas orientadoras.....	22
Referencias.....	23

1. INTRODUCCIÓN

En el presente documento se encuentra compilada los avances de la información expuesta en el primer y segundo diálogo deliberativo que se llevaron a cabo el día 19 de enero y 23 de febrero del año 2023 con la participación de diferentes funcionarios y asesores del Ministerio de Salud, Industria Farmacéutica, y Protección Social (MSPS) expertos de Minsalud e Investigadores de la Universidad de los Andes. En estos eventos el objetivo principal fue dar a conocer los avances hacia una propuesta de actualización del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) en Colombia, sus coberturas, en el marco del nuevo modelo de atención en salud. Sin embargo, pese a que el objetivo fue el mencionado y se cumplió a cabalidad, fue necesario realizar una contextualización referente al tema orientando a los participantes a que sobre la información brindada se realizaran los aportes pertinentes en pro de la construcción, ajuste y actualización de los tres Policy Brief propuestos.

Para lo anterior, a lo largo de los diálogos se expusieron tres temas principales que abordan los tres Policy Brief: Esquemas de Vacunación: Colombia, LAC y la OCDE, Coberturas de Vacunación y la Modernización del PAI en Colombia. En estos se analizaron las mejores prácticas, normas y leyes que se han adoptado e implementado en algunos países, enfocándose principalmente los pertenecientes a la OCDE, de igual manera se analizaron los biológicos que se encuentran y se manejan en el esquema de vacunación en Colombia desde el año 2015 (su evolución), sus actualizaciones, implementaciones, entre otros.

Así mismo, en el presente documento se encuentran evidencias del primer y segundo diálogo deliberativo, sesiones de trabajo, Coloquio con su enlace del video tales como agendas, presentaciones, listados de asistencia, material fotográfico, enlace video, con sus respectivos comentarios y recomendaciones de los temas abordados a lo largo de este periodo hasta el día 14 de febrero y se consideraron temas emergentes para profundizar en el próximo diálogo deliberativo proyectado para el día 23 de febrero de 2023 en reunión con expertos del orden nacional gubernamental y de reconocimiento público en temas de vacunación.

2. OBJETIVOS

Avanzar en una propuesta de actualización del PAI en Colombia en el marco del nuevo modelo de atención en salud.

3. METODOLOGÍA DIÁLOGO DELIBERATIVO

Diálogo Deliberativo - Paso a Paso

La aplicación/implementación del diálogo deliberativo es un proceso que toma tiempo, es complicado, de precaución y de gran análisis al momento de su implementación efectiva, Marques Acosta, A, et al. (2017) establece que es necesario realizar acciones de “control” a lo largo del proceso, es decir antes, durante y después de su aplicación; así mismo y por lo anterior propone tres principales pasos, con sus respectivos componentes, para su desarrollo e implementación que se adaptaron por la Universidad de los Andes para este proyecto incluidos los conceptos de OPS como se muestra en la gráfica 1:



Gráfica 1. Paso a paso diálogo deliberativo - Elaboración Propia adaptado Universidad de los Andes

4. SÍNTESIS DETALLADA DEL PRIMER DIÁLOGO DELIBERATIVO DEL DÍA 19 DE ENERO 2023.

Se realizó un diálogo deliberativo con el objetivo de avanzar en una propuesta de actualización y/o modernización del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) en

Colombia en el marco del nuevo modelo de atención en salud; para poder realizarlo se tienen en cuenta y se analizan las mejores prácticas y leyes que han adoptado e implementado algunos países, que se destacan, pertenecientes a la OCDE; así mismo se analizan qué biológicos pertenecen y se manejan en el esquema de vacunación en Colombia desde el año 2015, sus respectivas actualizaciones, implementaciones, la cobertura y la propuesta de inserción en el nuevo modelo, basados en los conceptos y en los enfoques y en el que participaron delegados del Ministerio de Salud y protección Social y los Investigadores de la Universidad de las Andes.

Esquemas de Vacunación

En el año 2015 se realizó una actualización del PAI en Colombia y a partir de ese mismo periodo a nivel global se han incorporado nuevas vacunas y lineamientos de su población objetivo.

En el año 2016 en E.E.U.U se autorizó por parte de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) el uso de la vacuna Gardasil 9 para hombres que estuvieran en el rango de edad de 16 a 26 años; así mismo para el año 2019 la misma organización, FDA, aprobó la vacuna Fluzone cuadrivalente para adultos con edad de 65 años, la misma que estuvo en el pico respiratorio en el año 2020 - 2021. Otro evento importante de gran magnitud que se dió en el año 2021 como consecuencia de la pandemia que está y aún continúa, fué la autorización de la FDA de la vacuna contra la COVID-19 por la emergencia sanitaria.

Se compararon los esquemas de vacunación y sus programas de inmunización en diversos países para el 2022. En los principales resultados encontrados se expone que en cuanto en la vacunación de la pentavalente, del polio, influenza y VPH, es donde existe una gran variación entre los países de Latinoamérica y la OCDE, se encontró de cada país su respectivo esquema de vacunación, sin embargo, con dichos hallazgos surge la duda de cuándo fue la última actualización de los lineamientos para la vacuna o vacunación, y en qué fecha se realizó en Colombia.

Desde el Ministerio de Salud y Protección Social (Minsalud) se informa, que Colombia es considerado como uno de los países perteneciente a las Américas que posee de los esquemas más completos, conformado por 23 vacunas actualmente, para 30 enfermedades; los integrantes/delegados de Minsalud manifiestan que se encuentran a la vanguardia, dispuestos a incluir, modificar y actualizar, tienen un comité de prácticas que realiza recomendaciones y que se encarga, en caso de ser preciso, de avalar según sus criterios y parámetros, para poder ejecutar una modificación y así estar actualizados. En ese sentido se espera que la vacuna contra Covid 19, quede incluida en el PAI.

Coberturas de Vacunación en Colombia

En la ciudad de Bogotá tiene un sistema de estadísticas vitales, que permite identificar diferentes datos, como por ejemplo cuántos niños y niñas nacen, de los cuales cuantos nacen en casa o en un hospital, su peso al nacer. Una postura de descenso por parte de los participantes se manifiesta al expresar que debido a eso se tienen peores estadísticas respecto a su peso al nacer en comparación con otros territorios, y que es esto lo que genera un interrogante importante para Minsalud que debe ser evaluado y analizado a futuro, dicho interrogante corresponde al término plus, esto debido a que eso afecta la cobertura administrativa, cuando se realizan las encuestas de cobertura en Bogotá con una muestra representativa y significativa de cada localidad de la ciudad, se logra obtener una cobertura de más del 90%, sin embargo cuando se realiza la encuesta con población que ha sido asignada por el Ministerio, no se logra ni siquiera el 85%, los participantes indica que esto debe ser un punto importante a analizar.

De la exposición se derivan diferentes comentarios, posturas y conclusiones importantes, una de ellas es que la población total se encuentra en riesgo, sin embargo, existen grupos que están priorizados en relación a una estrategia que está focalizada, es por esto que se considera que de esa forma se complementaría. Se enfatiza principalmente y como se mencionó previamente en la cobertura administrativa y la poblacional, sin embargo, también existe otra relacionada con un enfoque estratégico para el manejo de un evento, que no incluye en su totalidad a la población riesgo, pero que si se maneja la población más sensible para el país.

El disenso se establece al mencionar que las metas en vacunación se deben considerar hoy en día que todos los municipios y territorios se encuentran conformadas por su población, la población del vecino, por la población en movilidad, por la que se acercó en el momento de la actividad; y considerar un seguimiento nominal puede ser que ninguno de los indicadores esté alineado.

Por otro lado, en este tema se considera relevante tener en cuenta la migración; en la modernización del PAI, es necesario modificar también la gestión de este, entre ellos su planeación. Se ha observado en los territorios que el PAI planean por un lado y la planeación territorial va por otro, no dialogan entre los dos, tienen un comportamiento aislado, como si no tuviera que ver el uno con el otro, es por esto que desde la Universidad se considera clave la instancia de planeación de la vacunación, hay que contar con una meta programática, pero con la poblacional también.

La postura de consenso comenta que en Colombia y específicamente en Bogotá se han bajado todas las coberturas de vacunación, pero que a consideración del grupo parecieran tener sensaciones falsas de seguridad en los territorios con coberturas altas, de la cuales muchas no son coberturas, sino que son cumplimientos y no es tan alto.

Documento Propuesta Marco de Integración Programa Ampliado de Inmunización (PAI) al Modelo de Salud Preventivo y Predictivo Colombia 2023 (Borrador No.1)

Por parte de la Universidad se informa que se está avanzando en un documento que consolida el marco normativo de salud, el cual incorpora tanto lo nacional e internacional. En el plan nacional se ordenan unos enfoques, unos alrededor de los sujetos y otros a través de la acción y gestión de la salud pública. De acuerdo con eso, se procederá a realizar una propuesta de armonización con los enfoques seleccionados por parte de la Universidad centrados en los derechos humanos. Este fue posicionado en el plan decenal y el gobierno nacional como garante de ello.

Así mismo se incorpora la diversidad y el enfoque interseccional y diferencial de derechos. La propuesta planteada incluye este y otros enfoques como son curso de vida, género, etnia y algunos otros que son considerados muy importantes en el modelo diferencial y en el

modelo de articulación. Se utiliza el término diversidad porque confluye la acción y permite operar de mejor manera el enfoque interseccional; cuando se propone más de una desigualdad, entonces la propuesta es que se deje como enfoque diversidad, pero con dos subcategorías, las cuales corresponden a la subcategoría que llevaría un ordenador territorial que es necesario hacer, y no dejarlo como un enfoque único, sino que sería enfoque diversidad en lo territorial y desde la población que llevaría todos estos ordenadores al final de la acción.

5. SÍNTESIS DETALLADA DEL SEGUNDO DIÁLOGO DELIBERATIVO DEL DÍA 23 DE FEBRERO DE 2023

Esquemas de Vacunación

En la segunda reunión del diálogo deliberativo, en cuanto al esquema de vacunación se centró en temas relacionados con la vacuna hexavalente, el Herpes Zóster, VPH e Influenza estacional y se analizaron algunos países casos de estudio.

En Australia llevan más de 10 años con la vacuna hexavalente, Herpes Zóster en Reino Unido, VPH en Australia y Reino Unido y la vacuna contra la Influenza en Chile, lo anterior es la representación de casos, programas de vacunación, estrategias de vacunación de las cuatro vacunas previamente mencionadas y así mismo son casos estudios de equidad.

Se presento que la vacuna hexavalente se utilizó en Australia desde el 2009 con esquema de 2, 4 y 6 meses, así mismo desde el 2009 individuos que nacieron antes de la semana 37 de esta gestación e individuos con peso al nacer menor de 2500 gramos; la vacuna en Australia es financiada por el gobierno, y en la última década se han administrado alrededor de 9,6 millones de vacunas. Dentro de las vacunas que se aplican y que manejan en Australia está la hepatitis B, para la cual se utiliza en combinación la hexaxim e infanrix hexa; en cuanto a la aplicación de la hexavalente en recién nacidos se puede administrar en el programa en los siguientes lugares: centro de salud, clínicas, locales de inmunización, centros comunitarios de salud y en cuanto a la población aborígen servicios médicos específicos para ellos.

Respecto a la población aborigen en Australia, cuentan con un programa de inmunización que inicio en el año 2012, en él se trabaja con las comunidades y los individuos promoviendo los servicios de vacunación, sin embargo, no se promueve que la población se vacune como tal. Adicionalmente en ese país cuentan con un programa de incentivos que fue implementado desde el año 2015, el cual consiste en otorgar beneficios de financiación y en impuestos, esto se aplica y/o se otorga si el esquema de vacunación se encuentra completo y en orden desde el nacimiento de los hijos hasta cumplir sus 20 años de edad.

En cuanto a el Herpes Zóster, se hizo un estudio de la financiación de la inmunización en 28 países de Europa, incluyendo al Reino Unido, este último está aplicando el herpes zóster desde el año 2019; en cuanto a los países que son parte de la OCDE: Grecia, Italia desde el 2017, de herpes zóster, Francia y Alemania 2016 / 2018.

El efecto del herpes zóster en el programa de vacunación de Inglaterra, incluyó la vacuna en el 2013, el programa tenía como objetivo vacunar 5.5 millones de personas en Inglaterra en los tres primeros años, la selección de edades para la aplicación se realizó teniendo en cuenta cinco parámetros: el primero análisis de costo efectividad, segundo incidencia específica por edades de herpes zoster, tercero incidencia específica por edades de neuralgia post herpética, cuarta declive de la eficacia de la vacuna según la edad, quinta la estimación de la duración de la protección inducida por la vacuna. El programa de vacunación contra el herpes zóster y la vacuna contra la influenza se hacen estacionales y se hacen por parte del *general practice services*, es la puerta de entrada de cada paciente en el Reino Unido.

Respecto al virus del papiloma humano, en marzo del 2022 el 60% de los países miembros de la OPS introdujeron la vacuna del VPH en su programa de inmunización. La estrategia de vacunación del VPH se ha realizado de tres formas: primero programas basados en las escuelas, programas basados en centros de salud y programas de campañas.

Australia fue el primer país en implementar el programa nacional de vacunación de VPH, en el 2007 fue financiado por el gobierno y se realiza en colegios, en las escuelas, en séptimo y octavo grado. Inicialmente en el país se ofrecía la vacuna cuadrivalente a mujeres

de 12 a 13 años, sin embargo, en el año 2013 se incluyó a hombres y en el año 2018 se cambió a dos dosis de nonavalente.

Estas también son registradas en Medicare, es decir que se hace un registro desde que nace el niño y la niña y se vacuna, y así sucesivamente se actualiza, en el caso de la aplicación en el colegio, el vacunador lo registra en el sistema y esta confirmación es enviada al número de celular suministrado y así mismo entra al programa como incentivo para población de aborígenes desde 2015.

En el caso de Reino Unido Reino, es financiado por el gobierno y comenzó desde el 2008 para mujeres de 12 a 13 años; en el año 2019 se empieza a vacunar a los hombres de 12 a 13 años; el programa está basado en escuelas, cada una tienen equipos de inmunización escolar, existen equipos que trabajan en los colegios o lo que ellos llaman el GP surgery, es la puerta de entrada, es decir el médico tiene cada persona registrada y si falta a la cita el individuo pueden comunicarse directamente con él. Antes de la pandemia la cobertura fue mayor del 80% pero su decremento fue por el cierre de la emergencia sanitaria, lo que afectó también a las escuelas. Desde el 2021/2022 se hizo el cambio a gardasil 9. Los factores que han influenciado en la estimación de la cobertura es que el equipo médico hace actividades para aumentar la población vacunada, ahora incluyen escuelas privadas y educación en el hogar, lo que antes no se realizaba, es decir incluyen nuevas escuelas.

En cuanto a la vacuna contra la influenza estacional, se encontraron resultados de los países miembros de la Organización Mundial publicados en el año 2021. La influenza estacional en el caso de Chile se encuentra en el Programa de Inmunización, pasado, presente y futuro publicado en el 2020; este país muestra el dato del gasto por tipo de vacuna en el año 2019, en dicho año la campaña de vacunación contra la influenza alcanzó el 88% de cobertura de la población objeto definida, lo que corresponde alrededor de 5 millones de personas vacunadas, la campaña de vacunación comienza el 14 de marzo de la semana epidemiológica número 11 y dura dos meses. La notificación de enfermedades tipo influenza en atención primaria por semana epidemiológica ha permitido obtener el promedio de la curva epidémica, otro aspecto es el porcentaje de la consulta por enfermedades tipo de influenza en urgencias hospitalarias en Chile 2020, según semanas

epidemiológicas. Este número de atenciones por influenza se observan en la semana 19, 20 cuando comienza a existir el aumento en la curva.

Así mismo en la campaña de influenza del 2020, en Chile, en el contexto de la pandemia se continuó con la vacunación de las mujeres embarazadas y se amplió a cualquier momento de la gestación, sin restricción de semana. En el mismo año, se incluyeron nuevos grupos dentro de la categoría de “otras prioridades”, incluyendo la población privada de la libertad e igualmente la población que trabaja en jardines infantiles, trabajadoras sexuales y habitantes de calle. La campaña de influenza en el 2020 logró un total de 8,4 billones de vacunas, al 31 de diciembre del mismo año, la cobertura de vacunación contra influenza fue de 98,7; la campaña para ese año comenzó el 16 de marzo en la semana 12 y los últimos vacunados se registraron el 10 de octubre del 2020.

Actualmente, Chile vacuna con la trivalente de influenza esta comenzó un estudio que se llama Tetra FluVal CL, el cual es un estudio clínico multicéntrico muy importante realizado por centros hospitalarios y clínicos de la región metropolitana y otras regiones, dicho estudio está patrocinado por la Pontificia Universidad Católica de Chile y por personal voluntario, es decir diferentes actores estudian el tetravalente en Chile. La planificación se realizó con la combinación de diferentes modalidades de vacunación en Chile en el 2020, las mismas que se hicieron en grupos cautivos intramural, domiciliaria, población en tránsito y sitios de alta concentración y se contó con la presencia de una consejería ante el rechazo de la vacunación.

Dentro de los participantes del diálogo surge una postura respecto a si otras vacunas se han revisado por la Universidad de los Andes, con el objetivo de que dicha evaluación oriente a introducir vacunas nuevas, por ejemplo la vacuna de meningococo que también podría ser objeto de evaluación, se usan en algunos países entre ellos el Reino Unido, y que en el caso de Argentina son vacunas que están dentro del programa ampliado de inmunización, así mismo surge este mismo comentario en ese sentido en relación a la vacuna de herpes zóster.

En el segundo diálogo deliberativo llevado a cabo, existe una postura de consenso en la mirada que implica que las tecnologías de inmunización frente a las responsabilidades en

la salud de la población general, se debe considerar relevante para un país. Este es un llamado a revisar cómo se puede visualizar que una nueva tecnología pueda contribuir en la calidad de la atención de la salud de la población, en este caso la población colombiana, dado que implica una responsabilidad más allá de un actor y permite reflexionar sobre la salud global y las comunidades en condición de vulnerabilidad y reflexionar como esta decisión podría haberse tomado hace mucho tiempo, es decir cómo haber prevenido una cantidad de eventos en los adultos mayores, que pudieron haber tenido un desenlace fatal por una neumonía herpética y que se hubiese podido controlar según los protocolos de atención de esta población.

Por otro lado y retomando un aspecto que llama la atención y que ya se citó una postura en este dialogo son los incentivos como en el caso de Australia, que invita a la memoria de “familias en acción” con economías limitadas, de ahí es importante el impacto de los determinantes como una política de un país para tener resuelta las condiciones sociales. En ese sentido, también hubo consenso en el llamado de atención a reflexionar por qué las metas se deberían convertir en un marco de responsabilidad social frente a el uso de las tecnologías para el buen vivir y el beneficio que puede generar en toda la población y no solo en la infantil.

En conclusión, en una postura de consenso los participantes coinciden que actualmente en Colombia el esquema es cada vez más amplio y hoy día la responsabilidad de la vacunación no solo está en la población infantil sino de toda la población del territorio nacional. En conclusión, dichos puntos expuestos pueden ser significativos frente al diálogo referente a qué implican las tecnologías de inmunización, su incidencia en un programa Estatal y la responsabilidad de todos los actores para el buen uso, adicionalmente cómo se transforman estos en aspectos en calidad de vida y cambios sustanciales para la carga de la enfermedad de la población en Colombia.

Coberturas de Vacunación en Colombia

En Colombia aún existe la premisa que son insuficientes las coberturas de vacunación, siendo necesario plantear recomendaciones basadas en la literatura y en el planteamiento

del problema que se refiere a que el Plan Ampliado de Inmunizaciones está construido desde 1978 y aunque tiene logros importantes, la cobertura útil se encuentra muy por debajo de lo esperado a lo largo de los años. Se realizó un muestreo de la cobertura de la vacunación para esta presentación considerando que esta es una herramienta de gestión supervisión y también de evaluación que nos permite hacer este seguimiento y tiene por objetivo determinar la proporción de la población que se ha captado y que se ha atendido efectivamente sobre un denominador que es uno de los retos que se tiene por discutir y por eso es necesario describir: cuáles son las estrategias y metodologías de evaluación de esta cobertura en vacunación y sugiere alternativas que mejoren este proceso de medición y análisis. Es importante tener presente que la cobertura administrativa es la que nos presenta el Ministerio de salud en Colombia y en general la que se calcula con el número de dosis aplicada por ejemplo en población menores de un año sobre la población total de menores de un año por 100 y esto se expresa en términos de proporción.

Las coberturas con biológicos trazadores desde el año 2020 ha mostrado un descenso frente a lo que se plantea como meta que es el 95%. Sin embargo, por diversos factores, algunos atribuidos a la pandemia y además a los determinantes, observamos que ninguna cobertura, casi ningún biológico, supera el 90% en estos casos y es un problema por resolver. Igual cuando hacemos el análisis por departamentos y por municipios observamos ese mismo fenómeno frente a la cobertura. De ahí, surge la necesidad de metodologías para la estimación de cobertura, que se sugiere revisarlas a pesar de sus limitaciones.

La primera recomendación se orientó analizar las coberturas administrativas lo cual depende de la variación y la tendencia de los datos de los numeradores, como de los denominadores, podemos sobreestimar o subestimar la población que estamos analizando. El monitoreo rápido casa a casa sabemos que no es representativo de la zona evaluada y no se pueden hacer inferencias para extrapolar los resultados. Lo que se ha observado es que, aunque existe voluntad política y que se tiene diferentes herramientas de divulgación para mejorar la cobertura Colombia aún sigue por debajo de estas coberturas útiles y al parecer no es única causa.

Se han identificado diferentes factores que pueden estar afectando esos cálculos de cobertura. Sin embargo, las recomendaciones se centran en el denominador. Como lo mencionamos la cobertura de vacunación se calcula según las dosis.

En una de las posturas de descenso se planteó que en neonatología y pediatría es relevante que se continúe dialogando sobre el esquema de vacunación a nivel de prematuros sobre todo con la vacuna de la hexavalente. La mortalidad infantil en Colombia por el tema del bajo peso nos rememora que Colombia y en América Latina son aproximadamente un 10% son los niños prematuros. Entonces, es una población muy vulnerable y requiere apoyo urgente de este problema. En Colombia se estima que uno de cada 10 niños es prematuro, es una cifra alta que requiere atención urgente. Además, se advierte que el prematuro tiene un sistema inmunológico muy inmaduro, eso está demostrado, simplemente es para que recordemos que es una población muy importante que requiere apoyo como lo plantean también países como Chile, Brasil, Argentina, Panamá, México, Paraguay que cuentan con esquema de vacunación moderno y simplificado con la vacuna hexavalente, la vacuna combinada y han demostrado con estudios cómo es de eficiente y eficaz la vacuna y como es costo efectivo, vacunar personas vulnerables con prematurez en esos países y en Colombia el CNPI el año pasado aprobó la inclusión de la vacuna hexavalente en prematurez. Se requiere que el Ministerio nos apoye para que estos grupos de niños vulnerables logren vacunarse. Se sugiere desde la sociedad científica que el país alcance la fase de implementación para todos los prematuros de Colombia, no solo para el plan piloto que terminó en abril 2022 dado que es una población de mucho riesgo y vulnerable.

En una postura de descenso se sugiere que Colombia esté con este esquema como otros países latinoamericanos y no olvidar que los prematuros son una población de mucho riesgo, muy vulnerable y tenemos mucha mortalidad. En marzo, abril del 2023 inicia el pico respiratorio, en Bogotá se espera que al vacunar se incide en la morbimortalidad de esa población.

En una postura de descenso de los participantes explica que en la ciudad de Bogotá se han realizado actividades y dinámicas en coberturas en los últimos años para definir si efectivamente fue la pandemia la que hizo bajar las coberturas tan ampliamente o si esa situación persistía en el tiempo en el país antes de la misma y se presentaba un descenso

en las coberturas de vacunación. Al plantear los cumplimientos, las metas programáticas que son asignadas a cada una de las entidades territoriales, se convierten en interrogantes para responder al por qué no logramos, a pesar de las acciones, actividades en modalidades intramurales, en modalidades extramurales, en esa búsqueda de unificar absolutamente todos los procesos. Sin embargo, Bogotá inicia su plan de intensificación en compañía con actores, con sectores, con entes de control, con el Ministerio, con la Superintendencia Nacional de Salud, y se realiza una mesa de trabajo, en la que se plantean los lineamientos del Ministerio, para mejorar las coberturas de vacunación en la ciudad de Bogotá.

Este ejercicio en Bogotá es de resaltar que se realizó sobre el sistema de información y el aplicativo PAI en donde se visibilizó los nacidos vivos de las diferentes cohortes, incorporando dinámicas poblacionales relacionadas con ingresos, con salidas, con población migrante, con todo lo que nos refleja el sistema y arrojó un dato más coherente con los resultados de la ciudad.

También se realizaron campañas multinivel unificadas, que permitieron llegar a la población a una sola voz, una campaña multinivel teniendo en cuenta las noticias en el contexto del fútbol y que la población general pudiese asociar los biológicos por edad.

Documento Propuesta Marco de Integración Programa Ampliado de Inmunización (PAI) al Modelo de Salud Preventivo y Predictivo Colombia 2023 (Borrador No.1)

La propuesta del marco para la integración del Programa Ampliado de Inmunización al modelo de salud preventivo y predictivo. En primera instancia se presentó la situación, que de alguna manera es necesaria tenerla en cuenta y que parte de los resultados del análisis del Plan Mundial de Vacunación 2012-2020 realizado por la Organización Mundial de la Salud, con que se formuló la Agenda de inmunización 2030 la cual Colombia firmó en Canadá en el año 2021 y ratifica con las Naciones Unidas su compromiso para poder hacer viable estos propósitos. Igualmente, en este análisis también se muestran algunos resultados que están planteados en esta discusión para Ministerio de Salud y Protección Social sobre las coberturas de vacunación con corte a diciembre del 2022, en donde se puede observar, que Colombia presenta unas bajas coberturas, como se ha venido

dialogando en estos diálogos deliberativos, especialmente en la población de mayor protección, como los menores de un año, los mayores de 60 años y demás, estas bajas coberturas ya son considerados de riesgo para nuestro país. En segundo lugar, el Programa Ampliado de Inmunización a hoy, en Colombia, muestra distribución inequitativa en las diferentes regiones, también en poblaciones vulnerables que requieren rápidamente ser intervenidas por la mayor carga de morbimortalidad. En tercer lugar, los riesgos de brotes se han aumentado por enfermedades prevenibles por vacunas, en especial sarampión, rubéola, polio, tosferina, entre otros. Por ejemplo un indicador de solidez de un Programa Ampliado de Inmunización es el marcador de sarampión, que debe estar por encima del 95%, y hoy el mundo y Colombia inclusive está por debajo, este indicador. Este está en un promedio del 85% en la primera dosis y del 65% en la segunda dosis. En cuarto lugar, para Colombia ha representado muchas dificultades la articulación entre los recursos y las acciones del Plan de Intervenciones Colectivas a través del PIC y del POS, esto como resultado ante la necesidad de un ordenador territorial y de alguna manera se coordine los fines de las acciones de los dos planes, pues ellos compiten por las poblaciones y de alguna manera hacen un poco ineficiente y costoso la operación de los mismos. En quinto lugar, la inestabilidad laboral de las personas, la mayoría son por contrato, con una alta rotación, hay una baja formación de acuerdo a los requisitos que se piden de habilitación y esta rotación impide, la continuidad de los programas en el país. En sexto lugar, la calidad de los datos, que en algunos no son comparables por diferencias en los denominadores de la ciudad, haciendo, pues, complicado la evaluación de los mismos programas. Y en séptimo lugar, la no inclusión en el esquema regular de vacunas de importancia y el aumento en el gasto de bolsillo de las personas de medianos y bajos ingresos.

La Organización Mundial de la Salud, a través de la agenda de inmunización 2030, considera o insta a los países a posicionar la vacunación como un componente muy importante, fundamental dentro de los programas de atención en salud de los países.

En tercer lugar, la vacunación es una intervención muy eficaz cuando los países tienen que trabajar en términos de equidad, porque si se intervienen estas poblaciones diferenciales en estas zonas de difícil acceso, lógicamente que se va a empezar a disminuir la desigualdad y los países pueden mostrar resultados en este tema. Y en cuarto lugar, la vacunación propicia un mundo más sano y próspero, por eso aporta directamente al ODS

número 3, pero no solamente a este si no también la vacunación le aporta a 13 de los ODS a hoy, que se tiene de responsabilidad de los países, es decir, aporta 14 de los 17 ODS la vacunación como intervención.

Finalmente se plantea el marco de construcción para la integración del Programa Ampliado de Inmunización, como parte de los servicios esenciales de atención primaria en el modelo de salud preventivo y predictivo entregados a los individuos y comunidades en los territorios, con el fin de garantizar el derecho fundamental de la salud y a un bienestar sano y saludable de las personas. En este se utiliza una metodología descriptiva comparada partiendo, del documento que se tiene de la versión de octubre 2022. También los lineamientos de Gestión y administración 2023, de los lineamientos internacionales vinculantes y de las normas nacionales, y se tomó una estructura para poder formular este plan, teniendo en cuenta los fines, la población objetivo del PAI, el marco normativo, el marco conceptual y los enfoques aplicados, el marco estratégico, el marco operativo y teniendo en cuenta que de los 12 programas que el gobierno nacional están promoviendo su nuevo modelo, se tomaron algunos componentes esenciales asociados, como fue gobernanza y gobernabilidad, talento humano en salud, sistema de información, innovación e investigación y vigilancia epidemiológica.

La propuesta marco que se presenta es que el programa ampliado de inmunización debe tener como fin fundamental disminuir la morbimortalidad evitable, causada por enfermedades prevenibles con vacunas en todo el territorio nacional de manera diferencial y a lo largo del curso de vida, con el fin de fortalecer el acceso universal, gratuito, equitativo y oportuno, garantizando el derecho fundamental a la salud. En segundo lugar, los atributos que desde el modelo se han venido posicionando como claves y estructurales, como son el que debe ser universal, sistemático, permanente y territorial.

En Colombia, el Programa Ampliado de Inmunización cuenta con un marco normativo internacional y nacional robusto, suficiente, en donde la vacunación se considera un componente esencial, para la salud y la vida. Entonces, el programa va a tener todo el respaldo para poder posicionar a la vacunación con estructura orientadora e inspiradora de la acción y de la operación en los territorios. Es importante comparar los enfoques que existen en el modelo de salud preventivo y predictivo versus los que estaban en el Plan

Decenal y se recomienda estos cuatro enfoques, el de diversidad con sus categorías, los cuales actúan de manera interrelacionadas unos con otros, para poder garantizar el derecho fundamental a la salud que es lo que requieren.

El enfoque de derechos, posiciona al sujeto como el centro de la actuación y en este se promueve a que la vacunación tiene que ser universal, promover la igualdad, promover la no discriminación y este, de alguna manera, también promueve la interrelación con otros derechos, como el del agua y el ambiente, que de alguna manera facilitan la interacción de los determinantes sociales que se tienen que trabajar desde el Programa Ampliado de Inmunización en esos territorios.

Se recomiendan la Agenda de Inmunización 2030, pues se considera que el PAI debe estar centrado en las necesidades de las personas, familias y comunidades, debe estar adaptado al contexto poblacional y territorial, debe seguir el proceso que promueve el modelo de atención de adscripción poblacional y territorial; estas situaciones necesariamente obligan al Programa Ampliado de Inmunización a empezar a planear de abajo para arriba con coberturas poblacionales. El PAI debe ser sensible a las cuestiones de género, lo que significa que a hoy los países no muestren resultados en términos de avance en este enfoque, que todavía seguimos teniendo inclusive lenguajes no inclusivos, que hablamos de vacunación en niños y en niñas, entonces ellos dicen que hay que capacitar y empezar a tener lenguajes más inclusivos, que hablar de infantes.

6. CONCLUSIONES Y COMENTARIOS

La vacunación sin barreras debe conservarse a través del tiempo y aún más ante una propuesta de reforma y mantener la noción de territorio entendiéndose la diferencia en la construcción de la noción de diversidad que enmarca toda la población, organizaciones, dinámicas que son propias de cada territorio, aspectos de cohesión social que permiten dar respuesta desde la comunidad y desde las estrategias del Estado y de la autoridad sanitaria, a las necesidades de la población.

Es ambicioso articular o alinear algunos elementos que son propios del programa con relación a los elementos del territorio y trascender en categorías porque la diversidad

únicamente expresa la pluralidad como seres humanos, mientras que el territorio dialoga con las relaciones que crean las organizaciones, los actores, dentro de un contexto diverso o diferencial. Esta anotación se hace en el sentido de la diversidad pues este concepto es más usado en la antropología, ante el reconocimiento de la diversidad humana y de los desarrollos plurales que podemos tener como seres humanos.

Y los conceptos de diversidad como diferencial están enmarcados tanto en la vulnerabilidad, como en la identidad, de esa condición de algunos grupos poblacionales que al no ser mayoría y no tener voz más activa o más participante en la sociedad. Entonces lo diferencial es una parte de la exclusión que bien dentro de los grupos de vacunación se puede evidenciar y para ello se puede incorporar la interseccionalidad, en esta sumatoria de conceptos nos orientan en la evaluación de coberturas. La interseccionalidad es un elemento estratégico del programa, que pretende abordar esas poblaciones diferenciales, que están en la interseccionalidad a las cuales el programa por algún motivo no ha logrado acercarse, independiente de la arquitectura o la estructura que pueda tener el sistema.

El PAI se orienta a los sitios de confluencia, la población migrante, la población víctima de la violencia y es necesario evaluar y explorar estos tipos de población e incorporar parámetros en los lineamientos en ese sentido. es decir, independiente que sea un ordenador o un enfoque, lo importante dentro del ejercicio está en articular los elementos propios del programa dentro de esas categorías que le dan sustento y lógica en otras palabras es ir más allá de la dosis aplicada y de una visión reduccionista, para avanzar en una política de resarcimiento, y no únicamente frente al sujeto que tiene un evento adverso, sino también incluir el análisis de “tercera víctima”, de los mismos servicios de salud, dado que el equipo de vacunación es sometido a un juicio público frente a su actuación que está realizando en pro de la gestión y protección del riesgo de la población. Entonces, en ese sentido nuestras políticas deberían tener una estructura de resarcimiento y de reconocimiento a esos mismos equipos de salud, como respaldo a sus acciones. Estos escenarios están aún por explorar a profundidad, para desarrollar todo lo que la OMS nos indica.

Al finalizar los comentarios se evidencia por los participantes, esta postura de disenso descrita anteriormente y que resalta que el problema es el seguimiento, el monitoreo, es

decir, si se soluciona el problema de seguimiento, dónde están los niños, sabemos dónde están y que les está sucediendo y cuáles es la interseccionalidad sobre la que transcurre su vida, se actuar en pro de la protección de estas comunidades.

De ahí la necesidad de entrenar más allá de eventos adversos, técnicas de aplicación para incidir en la decisión en el esquema de vacunación para afrontar lo emergente y las pandemias que seguro ningún administrador, o personal de vacunación había tenido históricamente experiencia, además se requiere una estrategia de seguimiento y monitoreo de vacunación para poder tener una referenciación exacta de la población y en ese sentido lograr oportuna respuesta orientada a la evaluación como lo recalca Naciones Unidas en el acceso y oportunidad sobre todo de poblaciones diferenciales.

Los retos son los costos, el censo para las proyecciones, el sistema de estadística vitales para tener actualizadas, la migración incluida en los denominadores y la información que tienen la EAPB. El territorio es el primer enfoque ordenador y es relevante tener presente la movilidad de la población, articular el PAI con el modelo, con la nueva propuesta del ministerio, con énfasis en la atención extramural.

7. RECOMENDACIONES

1. La actualización del PAI de Colombia implica analizar sus componentes y los procesos a nivel central y de los territorios.
2. Precisar los criterios para la introducción de nuevas vacunas al programa regular en los países de la OCDE.
3. Tener en cuenta los criterios para la introducción de nuevas vacunas según la resolución de la OPS/OMS aprobada por Colombia.
4. Actualizar el listado de precios de las vacunas que ofrece el Fondo Rotatorio de la OPS/OMS, actual mecanismo de provisión de vacunas y jeringas.
5. Documentar los estudios de costo efectividad de las nuevas vacunas de los países de la OCDE que no tiene el PAI de Colombia.
6. Conseguir la cronología de la introducción de las vacunas del PAI de Colombia.
7. Documentar el aumento anual del presupuesto total del PAI, el monto para adquisición de vacunas y otros insumos del PAI en Colombia en los últimos quince años en pesos constantes y dólares.

8. Elaborar el mapa de actores en el proceso de toma de decisión para la introducción de nuevas vacunas en Colombia.
9. Identificar los laboratorios farmacéuticos productores de las potenciales nuevas vacunas para el PAI de Colombia.
10. Registrar y analizar el tiempo promedio y rango de años entre la preclasificación de una vacuna por la OMS y su introducción al PAI.
11. Registrar y analizar los factores condicionantes del tiempo observado para que una nueva vacuna introducida al PAI alcance la cobertura óptima.
12. Identificar y analizar la gestión de las vacunas subutilizadas en Colombia en comparación con otros países de Latinoamérica.
13. Analizar la experiencia de la introducción de las vacunas contra el VPH, la respuesta ante la crisis de credibilidad y confianza y las alternativas de corrección.
14. Analizar la experiencia del uso de la vacuna contra la influenza estacional en Colombia y las alternativas para ampliar su uso y lograr efectiva gestión.
15. Recomendar el uso de la vacuna hexavalente en los neonatos prematuros y en niños con bajo peso al nacer en Colombia.
16. Analizar la experiencia del uso de las vacunas contra el Coronavirus SARS CoV 2 en Colombia con énfasis en los resultados y lecciones aprendidas.
17. Considerar las perspectivas de la continuación del uso de las vacunas contra el SARS CoV 2 en Colombia y Latinoamérica en el PAI regular.
18. Establecer el rol de la Universidad de los Andes en el proceso de actualización del PAI de Colombia.
19. Recopilar los informes recientes y la versión actualizada de las normas técnico-administrativas del PAI del país.
20. Considerar que el país acoja, adecúe y aplique periódicamente la metodología de evaluación integral de la vacunación y la vigilancia epidemiológica diseñada por la OPS/OMS.
21. Mejorar la vigilancia de las enfermedades prevenibles por vacuna para sustentar el uso de nuevas vacunas o cambio de tecnología de prevención que convenga al país.
22. Documentar el estado inmunitario contra polio 1,2 y 3 de las cohortes de población infantil a partir del retiro de la VOP frente al riesgo de importación del poliovirus.
23. Mejorar la información demográfica de las poblaciones objeto del PAI según sexo, grupos de edad, condición étnica, migratoria y la distribución territorial para contar

con denominadores válidos para estimar coberturas con el concurso del DANE, el MSPS, Planeación Nacional, la SDS de Bogotá, universidades y asesorías de agencias de cooperación internacional.

ANEXOS

PREGUNTAS ORIENTADORAS

1. Si bien para enero del 2023 se planteó y desarrollo la “Primera Jornada Nacional de Vacunación” para el retorno al colegio, que busca elevar las coberturas departamentales prioritariamente en los municipios con mayor número poblacional, ¿cómo se podría trasladar dicha jornada a los territorios rurales menos favorecidos y garantizar su desarrollo e implementación adecuada y efectiva?
2. Se plantean unas metas respecto al plan de vacunación que se tiene, haciendo una segregación por categorías, en caso de no cumplir con las metas planteadas, ¿cuál es el plan de contingencia que se tiene? ¿Cuáles son las medidas a tomar para, en dado caso, aumentar las cifras de vacunados?
3. Las EAPB deben garantizar que un sin fin de actividades y elementos se desarrollen y estén presentes de manera previa y durante el proceso del desarrollo del plan de vacunación planteado para el año 2023, ¿cómo se puede garantizar que esto sea así, y que no cuente con falencias? y en dado caso de presentar inconvenientes, ¿cuál es el proceso por seguir, como se mitigará la situación?
4. ¿Cómo se propone la incorporación en Colombia el modelo de APS el PAI?
5. Siendo una función del estado el garantizar que el derecho a la salud se cumpla y respete, la desigualdad en torno a este en Colombia es muy notoria, ¿por qué considera usted que se da dicho comportamiento y como se puede empezar a mitigar rompiendo las barreras de la desigualdad en el PAI y otros programas y acciones de salud pública?
6. Desde su experiencia y conocimientos, ¿considera que la estructuración de la participación coordinada de actores sectoriales y transectoriales en el territorio nacional es adecuada y cumple con los estándares mínimos esperados para el PAI?
7. Según lo planteado en cuanto a la implementación de los EMIT, ¿consideran que

estos pueden resolver las diferentes necesidades del PAI en los territorios nacionales. Explique ¿cómo se comportan como un mitigador y como un ente de solución?

8. ¿Considera que es necesario ampliar la conformación de los EMIT para suplir necesidades en los territorios en el PAI?
9. Teniendo en cuenta los objetivos que se establece deben cumplirlas CAPS, ¿considera que estos se cumplirán a cabalidad en el territorio nacional, teniendo en cuenta los indicadores en el PAI?
10. ¿Puede considerarse influyente la prestación del servicio de salud, la calidad y el cumplimiento como elementos que componen el trabajo digno de los empleados pertenecientes al sector salud?
11. Si bien se está desarrollando un sistema de apoyo, ¿cómo cree que este se podría implementar en el PAI en aquellos territorios menos favorecidos en Colombia, en los que se carece de acceso a servicios mínimos como plataformas digitales o conexión a internet?

REFERENCIAS

1. Scielo.br. [citado el 14 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/tce/a/FNvvNDS3xG8F3sLcxTgZ4jr/?lang=pt&format=html>
2. Lavis JN, Boyko JA, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 14: Organising and using policy dialogues to support evidence-informed policymaking. Health Res Policy Syst [Internet]. 2009;7 Suppl 1(S1):S14. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/1478-4505-7-S1-S14>