

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

LA VACUNACIÓN, COMPONENTE CLAVE EN EL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO PARA LA GARANTÍA DEL DERECHO A LA SALUD

Policy Brief: Propuesta Marco para la Integración del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) al Modelo Preventivo y Predictivo Colombia 2023

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 Fera
Rodrigo Rodríguez Fernández
Dayanne 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**

LA VACUNACIÓN

COMPONENTE CLAVE EN EL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO PARA LA GARANTÍA DEL DERECHO A LA SALUD

Resumen ejecutivo:

El programa Ampliado de Inmunización (PAI) en Colombia, del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), como ente rector, y según la Organización Mundial de la Salud (OMS), hace parte de “una acción conjunta de las naciones del mundo y de organismos internacionales interesados en apoyar acciones tendientes a lograr coberturas universales de vacunación, con el fin de disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad causadas por enfermedades inmunoprevenibles y un fuerte compromiso de erradicar, eliminar y controlar las mismas” (1,10).

Colombia, a través de la Declaración interregional realizada en Canadá por la Asamblea Mundial de la Salud en el año 2021, reafirma su compromiso con la Agenda de Inmunización 2030 (AI2030) (1) y el Marco Acción, la cual sitúa a la inmunización “como un factor clave para respetar el derecho fundamental de las personas a disfrutar del mayor grado posible de salud física y mental y también como una inversión de futuro a través de la creación de un mundo más sano, seguro y próspero para todos”(1). Esta visión compartida por el modelo de salud preventivo y predictivo, propuesto en el proyecto de reforma a la salud del MSPS, insta a nuestro país a garantizar condiciones que permitan el acceso universal, diferencial, territorial, para que todas las personas se beneficien de las vacunas dado que:

1. La inmunización es componente clave en los servicios de salud para garantizar el derecho fundamental a la salud y piedra angular de la cobertura de salud universal.
2. Propicia un mundo más sano y próspero, aporta directa o indirectamente al cumplimiento de 14 de los 17 (82,4%) Objetivos de desarrollo Sostenible.
3. Es un componente estratégico que protege la vida y previene enfermedades, disminuye costos al sistema de salud, impacta la morbimortalidad y contribuye en la protección financiera de las familias.

4. Es una intervención eficaz que permite logros en equidad, toda vez que aporta en la disminución de desigualdades, si se mejora el acceso a las vacunas a las personas en condiciones diferenciales y en zonas de difícil acceso o rurales.
5. Son un componente fundamental en la lucha contra las infecciones emergentes y reemergentes, dado que protege a las personas y familias contra infecciones farmacorresistentes, contribuyendo a la lucha contra la resistencia antimicrobiana.

A 2021, los países, incluida Colombia, muestran que la pandemia por COVID 19 sigue afectando las coberturas de inmunización, en particular en la población priorizadas para especial protección, según informe de la AI2030(1) y del MSPS (11), la administración y distribución es inequitativa con diferencias entre regiones, afectando principalmente a poblaciones vulnerables y de zonas rurales y de difícil acceso, con riesgo de brotes de enfermedades prevenibles por vacunas (EPV), tales como sarampión, rubeola, polio, tos ferina. Existen dificultades en la articulación de las acciones y recursos PIC- POS e inestabilidad laboral y alta rotación de las personas que trabajan en los territorios afectando la continuidad, integralidad y eficacia del programa. Se evidencia que la calidad de datos en los denominadores no permite que los resultados en coberturas puedan ser analizados de manera comparativa entre ciudades y su tendencia. La no inclusión en el PAI regular de vacunas de importancia y costo efectividad demostrada para niños o adultos, puede contribuir a una inequidad en el acceso a vacunas a población de mediano y bajo ingreso e incremento del gasto de bolsillo. La cobertura de sarampión, considerado indicador de solidez de un programa de vacunación es de 76% a diciembre de 2022, lejos de un estándar de cobertura óptima de 95% (11).

Colombia, a través del MSPS (2022), el “Modelo de Salud Preventivo y Predictivo”, es considerado un “eje vertebrador del Programa de Gobierno y el Plan Nacional de Desarrollo Colombia Potencia Mundial de la vida” (2), con el fin de garantizar el derecho fundamental a la salud de manera **universal, sistemática, permanente y territorializada**, el cual requiere posicionar y visibilizar la vacunación como componente y servicio esencial costo - efectivo para la protección de la vida y la prevención de enfermedades prevenibles con vacunas (EPV), dentro de los componentes y elementos estratégicos y operativos definidos en el modelo, reconociendo la vacunación como derecho humano, que promueve la equidad en los territorios bajo la estrategia de “vacunación sin barreras”.

Por lo anterior, se define un marco para la integración del PAI, como parte de los servicios esenciales en la APS del “Modelo de Salud Preventivo y Predictivo”, a los individuos, familias y comunidades en los territorios, con el fin de disminuir la morbilidad y mortalidad evitables causada por enfermedades prevenibles con vacunas (EPV) 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 y en cumplimiento de los atributos del modelo y de la AI2030.

Este marco de articulación del PAI, describe los componentes estratégicos, operativos y de gestión contruidos a partir de los desarrollos normativos, técnicos, administrativos, financieros, humanos con los que cuenta el PAI a la fecha y articulados a los ejes definidos de planeación, organización, gestión y seguimiento del modelo preventivo y predictivo, lo cual va a permitir desarrollar y posicionar el PAI, en el marco estratégico, de gestión y operación del modelo, como un servicio esencial de la APS en la protección de la vida y prevención de enfermedades, ampliar la oferta de servicios de inmunización en especial a grupos vulnerables y sujetos de especial protección, con estrategias y acciones que responden a las características particulares de las personas o grupos poblacionales y a las condiciones de los micro territorios identificadas por los Equipos Básicos en Salud (EBS). Igualmente se realiza recomendaciones alrededor de componentes estratégicos como: gobernanza y gobernabilidad territorial, sistemas de información, ciencia y tecnología, talento humano y vigilancia en salud pública.

Es importante mencionar que el PAI cuenta con un marco normativo robusto, documentos técnicos administrativos y de gestión que lo posicionan como un servicio clave en la garantía del derecho a la salud y facilita su integración al modelo; sin embargo, debe considerar:

1. Posicionar la vacunación en todas las agendas nacional y territoriales como una prioridad en la planificación estratégica y operacional y en los instrumentos normativos, fiscales y legislativos, que asegure un mayor compromiso con el PAI.
2. Realizar la modernización, actualización y financiación del PAI, donde se evalúe la inclusión de nuevas vacunas según los criterios vigentes para la inclusión de nuevas vacunas en el país que acogen la mejor evidencia científica disponible y la sustitución de biológicos del esquema de vacunación, cuando las razones técnico-científicas demuestren su conveniencia técnica y capacidad de prestación continua del servicio a corto plazo.

3. Fortalecer la capacidad local para la investigación aplicada sobre intervenciones que mejoren la cobertura y la equidad en vacunación, adaptadas a la situación local y de los micro territorios.
4. Lograr la formalización del talento humano operativo del PAI que permita la continuidad de las acciones en los micro territorios, trazabilidad de los planes de cuidado integrales territoriales y la adherencia a ellos de los individuos, familias y comunidades.
5. Fortalecer los sistemas de vigilancia en salud pública (epidemiológica como sanitaria), que incluya los DSS que rodean a las personas y colectivos expuestos, el impacto de las vacunas, el control, eliminación y erradicación de enfermedades, en coordinación con el INS como fuente de información esencial para la vigilancia en el marco del modelo de salud.
6. Realizar la planeación y organización del PAI a partir de las necesidades de los micro territorios para lo cual se debe definir una metodología de transición con cuantificación de metas, monitoreo y evaluación respecto a denominadores poblacionales y establecer los criterios para que los EMIT realicen la vacunación en los micro territorios.
7. Ajustar al enfoque territorial y de diversidad, el diseño de las intervenciones incluyendo los indicadores que visibilicen los avances en equidad en poblaciones y territorios con características especiales.
8. Articular de manera clara desde el micro territorio hasta el Plan Territorial de Salud, el seguimiento a las metas del PAI, con un esquema de incentivos a los cumplimientos de indicadores de desempeño y resultados en salud.
9. Establecer espacios de escucha y seguimiento del PAI, con grupos marginados para conocer los obstáculos al acceso a la vacunación y resolver las inequidades y utilizar esa información junto con la que aportan las encuestas realizadas en las jornadas de vacunación para diseñar las estrategias, medios y mensajes de comunicación social de apoyo al PAI regular y a las jornadas de vacunación.
10. Fortalecer los procesos de rendición de cuentas en salud pública, siendo el PAI componente esencial en el seguimiento a la implementación de la APS, resultados en salud de los EMIT para ajustar los planes de acción con alternativas adaptadas y apropiadas según los diferenciales poblacionales y territoriales.

1. Tabla de contenido

Introducción	8
Objetivo General	9
Metodología	9
Fines	10
Población Objetivo.....	10
Revisión y Análisis del Marco Normativo en el PAI	11
Enfoques	11
Marco para la integración del PAI	14
Componente Estratégico.....	15
Componente Operativo	19
▪ Planificación y organización de los servicios de salud en el PAI.....	19
▪ Gestión del PAI en la planeación territorial en salud	20
▪ Gestión institucional del PAI en los micro territorios en salud.....	21
▪ Dinámica de funcionamiento de los EMIT en el PAI	25
El PAI y otros programas de Gobierno.....	28
Conclusiones	33
Recomendaciones	35
Referencias.....	38
Anexos.....	41

Tabla de Gráficas

Gráfica 1: Modelo Conceptual: Enfoques Orientadores– *Fuente Elaboración: Propia Uniandes 2023.* #

Gráfica 2: Componentes Estratégicos del marco de integración -APS – Fuente Elaboración: Propia Uniandes 2023. #.

Gráfica 3: Gráfico No. 3: Pilares modelo operativo de integración PAI – Fuente Elaboración: Propia Uniandes 2023. #

Gráfico 4. Gestión institucional del PAI en los micro – territorios. Fuente: Elaboración propia, a partir de información Lineamientos para operación EBS 2023 y modelo de salud preventivo y predictivo octubre 2022. Uniandes 2023.

Gráfico No.5: Funcionamiento de los EMIT en el PAI. Fuente: Elaboración propia, a partir de información modelo de salud preventivo y predictivo octubre 2022. Uniandes 2023

INTRODUCCIÓN

El programa Ampliado de Inmunización (PAI) en Colombia, para el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), como ente rector, y según la Organización Mundial de la Salud (OMS), hace parte de “una acción conjunta de las naciones del mundo y de organismos internacionales interesados en apoyar acciones tendientes a lograr coberturas universales de vacunación, con el fin de disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad causadas por las enfermedades inmunoprevenibles y con un fuerte compromiso de erradicar, eliminar y controlar las mismas” (1,10), toda vez que, las vacunas son consideradas como una tecnología de gran valor para prevenir y controlar enfermedades prevenibles por estas, contener o limitar la prevalencia de virus al igual que combaten la propagación de la resistencia a los antimicrobianos.

La evaluación del plan mundial de inmunización 2012-2020, según la OMS (2020), muestra que: “a pesar de los enormes progresos realizados, la cobertura de la vacunación se ha estancado en años recientes y, por primera vez en una década, se redujo en 2020” (1). A 2021, los datos de los países, incluida Colombia, muestra que la pandemia por COVID 19, sigue afectando las coberturas de inmunización, en particular en la población de especial protección, según informe de la AI2030 (1) y del MSPS (11), la administración y distribución es inequitativa con diferencias entre regiones, afectando principalmente a poblaciones vulnerables y de zonas rurales y de difícil acceso, con riesgo de brotes de enfermedades prevenibles por vacunas (EPV) (sarampión, rubeola, polio, tos ferina). Existen dificultades en la articulación de las acciones y recursos PIC- POS e inestabilidad laboral de las personas que trabaja en los territorios afectando la continuidad, integralidad y eficacia del programa. Se evidencia que la calidad de datos no permite ser analizados por diferencias en los denominadores entre ciudades. La No inclusión en el PAI regular, de vacunas de importancia para niños y adultos, que están siendo formuladas en consulta, ha incrementado el gasto de bolsillo o la no protección en población de bajos y medianos ingresos. La cobertura de sarampión, considerado indicador de solidez de un programa de vacunación es de 76% a dic de 2022 sobre un estándar de 95% (11).

En Colombia, a través del MSPS (2022), el “Modelo de Salud Preventivo y Predictivo”, es considerado un “eje vertebrador del Programa de Gobierno y el Plan Nacional de Desarrollo

Colombia Potencia Mundial de la vida” (2), con el fin de garantizar el derecho fundamental a la salud de manera **universal, sistemática, permanente y territorializada**. Así entonces, bajo los lineamientos y atributos de este modelo, a continuación, se describe una propuesta marco para la integración del PAI, con el fin de posicionarlo como componente y servicio esencial en la Atención Primaria en Salud (APS), un derecho humano y una de las mejores inversiones económicas por la salud, con el fin de respetar el derecho fundamental a la salud.

Para lo anterior, se realiza una revisión comparada de la propuesta del “Modelo Preventivo y Predictivo”, el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2022-2031, los lineamientos para la gestión y administración del PAI 2023, Manual Técnico Administrativos del PAI 2016 y las recomendaciones internacionales generadas a través de la AI2030, que permita en el marco de los componentes y elementos estratégicos y operativos definidos en el modelo, visibilizar el PAI como intervención costo/efectiva clave para la protección de la vida y la prevención de enfermedades, que aporta en el mejoramiento de indicadores trazadores de morbimortalidad y de equidad, mejorando las coberturas del PAI, en zonas de difícil acceso y poblaciones con condiciones especiales y diferenciales, bajo la estrategia de vacunación sin barreras.

OBJETIVO GENERAL

Brindar un marco para la integración del Programa Ampliado de Inmunización (PAI), como parte de los servicios esenciales en la Atención Primaria en Salud (APS) del modelo de salud “Preventivo y Predictivo”, entregados a los individuos, familias y comunidades en los territorios, con el fin de garantizar el derecho fundamental de las personas a la salud y como una inversión de futuro para la creación de un país más sano, seguro y próspero para todos.

METODOLOGÍA

La construcción de este marco de articulación, utiliza una metodología descriptiva comparada, la cual toma como base, la revisión de lo descrito en el documento del modelo de salud preventivo y predictivo (versión octubre 2022), los lineamientos para la operación de los equipos básicos de salud 2023, el PDSP 2022-2023 y recomendaciones de la AI2030, frente a lo

definido en el PAI a la fecha, en los manuales técnicos 2016 (10 tomos)*¹, lineamientos de gestión y administración 2023, lineamientos internacionales y normas nacionales e intersectoriales vinculantes con relación a: i) fines; ii) población objetivo del PAI; iii) marco normativo; iv) enfoques orientadores; v) marco estratégico; vi) marco operativo en sus componentes de prestación y gestión. Igualmente, se analizan programas asociados en el modelo de salud preventivo y predictivo de importancia en el PAI como son: I) gobernanza y gobernabilidad, II) talento humano en salud, iii) sistema de información, iv) innovación e investigación, v) vigilancia epidemiológica.

FINES

Disminuir la morbilidad y mortalidad evitables causada por enfermedades prevenibles con vacunas (EPV) 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, bajo la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS).

POBLACIÓN OBJETIVO

Toda la población del territorio nacional, en todos los cursos de vida (según el esquema de vacunación) y en cumplimiento de los atributos del modelo preventivo y predictivo de manera, universal, sistemática, permanente y territorial y en coherencia con la AI2030, que insta a garantizar la inmunización para todas las edades en respuesta a los cambios demográficos y en busca de garantizar el derecho universal a la salud.

Por lo anterior, para cumplir las necesidades del modelo, así como en lo dispuesto en el PDSP y la AI2030, el PAI en la estimación de la población objetivo, debe partir de bases poblacionales, lo que obliga, hacer cambios importantes en su micro planeación y a la articulación de metodologías y herramientas dispuestas en el programa, al sistema de información unificado que el modelo defina para la cuantificación de la población objeto y sus necesidades en los micro territorios.

¹ No se ha socializado la última actualización de los manuales técnicos por parte de MSPS.

REVISIÓN Y ANÁLISIS DEL MARCO NORMATIVO EN EL PAI

Colombia, ha acogido y adaptado a través del MSPS, las directrices, planes, agendas mundiales y regionales que desde la OMS y la OPS, se han emitido frente a los programas de inmunización y vigilancia de enfermedades de interés en salud pública, para desplegarlas en toda la población, teniendo en cuenta el perfil epidemiológico, respaldado, entre otros, por el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y convenios y tratados internacionales vinculantes relacionados con derechos humanos ratificados por nuestro país. Igualmente, el PAI cuenta con un marco constitucional, normativo y político amplio y robusto que permite su reconocimiento y obligatoriedad como intervención costo efectiva, que protege especialmente a los más vulnerables, amparado en Sentencias de la Corte Constitucional como parte del derecho fundamental a la salud e interrelacionado con otros derechos a través de políticas intersectoriales ubicando a los sujetos como el centro de la actuación y especial protección, lo cual le brinda la solidez para su posicionamiento como una intervención clave en el modelo de salud preventivo y predictivo. **Anexo No.1: Descripción y análisis del marco internacional y nacional relacionado con el PAI.**

ENFOQUES

El marco de integración del PAI realiza un análisis comparado de los enfoques propuestos por el PDSP 2022-2031 y el modelo de salud preventivo versión octubre de 2022 y sus necesidades, en cuanto a garantizar el derecho fundamental a la salud, a través de un sistema público, universal, preventivo, participativo descentralizado e intercultural. Así entonces, se propone los siguientes enfoques, como pilares conceptuales, que orientan esta propuesta de marco de integración:

Gráfico No. 1; Modelo conceptual: Enfoques Orientadores



Fuente: Elaboración propia. Uniandes 2023.

- **Derechos Humanos**

El derecho a la salud alude al “disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social” (3), e implica una interdependencia con otros derechos como el acceso básico a la alimentación y a la nutrición, a la vivienda, al agua limpia y potable, a condiciones sanitarias adecuadas, de trabajo seguras y sanas, a un medio ambiente sano, así como a los servicios sociales, en donde el Estado debe disponer de recursos posibles para hacerlo efectivo.

Por lo anterior, como lo plantea la AI2030 (1) y el PDSP 2022-2031 (3), todas las acciones y medidas estatales definidas en el marco de integración del PAI, debe ubicar a los sujetos como el centro de la actuación, titulares de derechos y partiendo de sus necesidades, a partir de la diversidad, los diferenciales poblacionales y territoriales que promuevan una vida sana y justa. Así entonces, bajo este enfoque, la universalidad, igualdad y no discriminación son esenciales en el marco de integración del PAI con el “Modelo Preventivo y Predictivo”, en donde “la materialización de los derechos debe diferenciar y no invisibilizar particularidades y contextos, por usos homogéneos de la acción en salud pública” (2). Igualmente, “todas las autoridades sin excepción, y de acuerdo con sus competencias, deben ser garantes estatales y están obligados a salvaguardar los derechos humanos en términos de protección, respeto, promoción”. (1)

- **Determinantes Sociales de la salud.**

Desde este modelo de DSS, la integración del PAI al modelo de salud “Preventivo y Predictivo”, y dado que, estos, explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables, observadas en lo que respecta a la situación sanitaria, la equidad y la justicia social, debe verse reflejada en los planes de cuidado e intervenciones del PAI como “principios rectores, y los derechos humanos como el marco de acción y enfoque analítico que justifica la definición de grupos vulnerables cuyos derechos requieren protección especial” (3).

Para lo anterior, la identificación y caracterización de las desigualdades, no solo derivadas de sus contextos territoriales sino de los grupos de especial protección, deben ser el orientador del plan programático del PAI en coherencia con lo dispuesto en el Modelo de Salud, lo cual va a

permitir mejorar el acceso diferencial y oportunidad a los servicios de inmunización, aportando en la disminución de desigualdades injustas y evitables. De igual forma, es necesario identificar condiciones protectoras que favorecen la salud, y generan bienestar y mejoramiento de la calidad de vida, con la acción articulada de otros sectores y actores, bajo el concepto de “salud en todas las políticas” (12).

- **Enfoque Territorial**

El enfoque territorial, se centra directamente en el desarrollo, que solo se puede lograr mediante participación y acciones articuladas que generen cambios socioeconómicos, ambientales, plasmados en políticas públicas. De igual manera, considera que “el potencial de una población no parte únicamente de la evaluación de características territoriales, como la localización o la riqueza, sino principalmente en la capacidad de la población para construir y movilizar los recursos que benefician el desarrollo y su calidad de vida” (4).

Así entonces, este enfoque en el marco de integración del PAI al modelo (2), permite tener una visión holística y sistemática del territorio, que en los ejercicios de planificación territorial, facilita el aumento de las coberturas de vacunación de manera integrada con otros sectores; aporta en el desarrollo sostenido y construcción de institucionalidad por la equidad territorial, con acciones de protección específicas sobre grupos prioritarios en todo el territorio, considerando las necesidades y diversidades sociodemográficas; acerca los servicios de inmunización a la comunidad sin ninguna discriminación, en sus diferentes niveles territoriales de organización y operación de los Equipos Básicos de Salud.

- **Enfoque de Diversidad e interseccional**

En el campo de la salud pública, implica dejar de visualizar la diferencia solo en algunos grupos que pueden ser extraídos del total y abordados de manera específica y focalizada, y ver “los matices de la diversidad y sus acumulados que, pueden durante el transcurso de vida, configurarse desigualdades, discriminación, segregación, exclusión y rezagos que generan vulneración de derechos y condiciones de vulnerabilidad” (3). Así entonces, las acciones del PAI sobre los sujetos o grupos debe permitir el reconocimiento de particulares de especial protección, haciendo visibles los sujetos, contextos y circunstancias que requieren respuestas

afirmativas, con la participación de organizaciones e instituciones en la construcción de respuestas diferenciales, toda vez que, “tanto la organización territorial como las respuestas, deben dar cuenta de las diversidades territoriales, regionales, socioculturales, de generación, etnia y condición existente en la sociedad en particular de aquellos sectores con mayor nivel de exclusión” (3).

En la aplicación de este enfoque, como lo plantea el PDPS 2022-2031 (3), se debe tener en cuenta los siguientes diferenciales como categorías de la diversidad que deben aplicarse en todo momento y que orientan el abordaje de los sujetos de derecho y la cualificación de sus acciones: Curso de vida, género, étnico, otros (discapacidad, víctimas del conflicto, LGBTI, personas mayores, enfermedades huérfanas, interseccional (3). **Anexo No.2. Categorías del enfoque de diversidad.**

MARCO PARA LA INTEGRACIÓN DEL PAI

El marco para su integración, como lo plantea la AI2030, está basado en la APS, que permite “una mayor integración de la inmunización en las estrategias y planes nacionales de salud, un mayor énfasis en las metas a largo plazo con objetivos intermedios” (1), un diálogo entre ministerios, asegurar una financiación adecuada con otros sectores y actores, la “coordinación y movilización de apoyo que tengan en cuenta el contexto local y nacional” (1).

Recoge los compromisos con la AI2030, el marco normativo vigente, los contenidos descritos en el “Modelo de Salud Preventivo y predictivo Colombia”, el lineamiento para la operación de los Equipos Básicos de Salud (EBS) 2023; proponiendo contenidos en el componente estratégico (que) y operativo (como) en los ejes de prestación y de gestión con recomendaciones en los componentes definidos en el PAI (10), como: la coordinación frente a la articulación de los equipos intra y extramurales; planificación y programación y sus inclusión en los PTS, talento humano, participación social y sistemas de información, a la luz de lo hasta hoy socializado por el modelo y el PDPSP 2022-2031.

Lo anterior, y en coherencia con el modelo, de ampliar la oferta de servicios de inmunización en todo el territorio nacional, de manera universal, sistemática, permanente y territorializada, orientando su acción a la prevención, protección de enfermedades prevenibles y gestión del riesgo en salud, en especial de grupos vulnerables y sujetos de especial protección, con

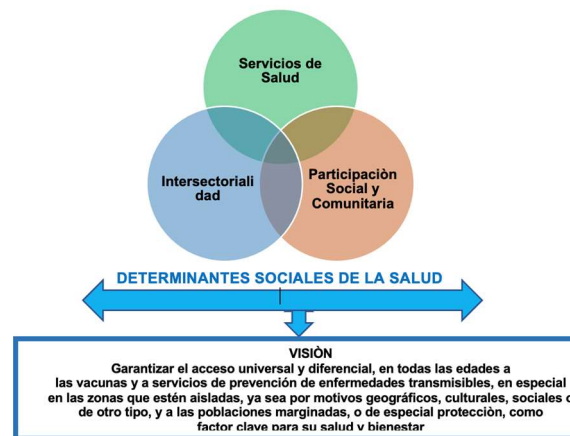
estrategias y acciones que respondan a las características particulares de las personas o grupos poblacionales y a las condiciones de los micro territorios identificadas por los EBS.

Componente Estratégico

El componente estratégico de integración del PAI debe garantizar que: “todas las personas tengan acceso a unos servicios de inmunización efectivos, eficientes y resilientes que son un componente esencial de la APS y, por lo tanto, contribuyen a la cobertura sanitaria universal” (1). Así entonces, en coherencia con lo dispuesto en las Leyes 1438 de 2011 y 1751 de 2015 (5,6), que adopta la APS como la estrategia de integración, la cual debe promover la inmunización como un derecho humano, “es decir universal, sin dependencia de la capacidad de pago y sin discriminación de ningún tipo, participativa, territorializada, diversa” (2), como parte de los contenidos y estrategias que se definan en los tres ejes interrelacionados de: i) los servicios de salud, ii) la acción intersectorial por la salud y iii) la participación social, los cuales deben desarrollarse y articularse para un abordaje armonizado y complementario en las acciones que se desplieguen en los territorios de salud para lograr la visión de país.

En siguiente gráfico describe lo anteriormente mencionado:

Gráfico No. 2: Componentes estratégicos marco de integración - APS



Fuente: Elaboración propia. Uniandes 2023.

Resulta fundamental en el PAI, definir de manera clara los contenidos, servicios, herramientas, mecanismos de seguimiento y evaluación de resultados de cada uno de los tres componentes,

que permita su acción articulada dentro de los planes integrales de cuidado de los territorios y micro territorios y la intervención efectiva sobre los DSS identificados, en donde todas las políticas públicas participan en la garantía de los derechos humanos para una vida sana como requisito para lograr la visión que se propone el PAI de: *“Garantizar el acceso universal y diferencial, en todas las edades a las vacunas y a servicios de prevención de enfermedades transmisibles, en especial en las zonas que estén aisladas, ya sea por motivos geográficos, culturales, sociales o de otro tipo, y a las poblaciones marginadas, o de especial protección, como factor clave para su salud y bienestar”* (1). A continuación, se describe características y condiciones requeridas para cada uno de ellos:

▪ **Servicios de Salud**

Según la OMS (2007), “son aquellos que, además de responder con dignidad y respeto a las necesidades de la población, tienen la capacidad de anticiparse a ellas, aseguran la mejor intervención para sus problemas de salud, evitando cualquier daño en su abordaje” (7). Los servicios de salud, incluidos los de inmunización para la protección específica, gestión del riesgo y promoción de la salud, en el marco de la APS como estrategia del modelo promueve la ampliación de la oferta, el acceso, oportunidad y cobertura, y deben caracterizarse por:

- **El fortalecimiento en la atención del primer nivel:** la adscripción de los individuos y familias a los EMIT y CAPIRS, como puerta de entrada al sistema, permite definir oportunamente las necesidades en las coberturas de vacunación; adherencia los esquemas y programas de protección específica y su seguimiento a través de los EMIT.
- **La atención integral, integrada y continua:** Las RIISS incluye en la oferta de servicios individuales, familiares y colectivos, programas de protección específica, con diferentes fuentes de financiamiento, articulando planes de beneficio y bajo diferentes modalidades de atención (Intramural, extramural, domiciliaria) y estrategias para su ampliación diferencial.
- **Orientación familiar y comunitaria:** articula en la respuesta sanitaria, la perspectiva individual o clínica con la de salud pública, haciendo uso de información familiar y comunitaria como base para la planificación y seguimiento de los esquemas de vacunación del PAI.

- **La promoción y prevención:** la vacunación es un servicio costo/efectivo, faculta a las comunidades e individuos para que ejerzan mayor control sobre su propia salud, e identifiquen DSS para abórdalos. En el desarrollo de las RIIS y los EMIT, deben posicionarse, como intervenciones clave en la protección de la población adscrita a los CAPIRS.
- **Recursos humanos adecuados:** promover el trabajo digno que incluye, formalización, protección social, derechos de los trabajadores y el dialogo social, hace parte del modelo de salud preventivo y predictivo, lo cual favorece al personal del PAI.

▪ **Intersectorialidad/ transectorial**

El modelo de Salud busca la incidencia positiva sobre los DSS, lo cual implica alinear los fines y resultados esperados en los territorios, fortalecer la coordinación, articulación e integración de ofertas, actores y sectores, incluida la sociedad civil organizada y las comunidades con el fin de mejorar condiciones de vida y avanzar hacia la equidad en salud. En esta línea el PAI, en el marco del programa de RIIS, requiere armonizar con otros sectores y actores los fines en los territorios, la red de ofertas, alianzas sobre las necesidades identificadas y de cooperación para el desarrollo de factores protectores y de acciones promocionales en especial sobre los más vulnerables. Es importante resaltar que, el principio de intersectorialidad, según OMS (7), se hace posible con la creación y el mantenimiento de vínculos entre el sector público y el privado, tanto dentro como fuera de los servicios de salud, incluyendo, entre otros: empleo y trabajo, educación, vivienda, agricultura, producción y distribución de alimentos, entre otros. Así entonces, para el fortalecimiento del PAI en esta línea se recomienda:

- Fortalecer alianzas y acuerdos para la acción intersectorial con sectores y actores, definiendo claramente las intervenciones que se requieren para la afectación directa o indirecta de los DSS identificados de interés para el PAI, articuladas en los procesos y rutas de gestión lideradas por las RIIS y con seguimiento en todos los espacios intersectoriales y concejos territoriales como parte del compromiso de todos por la inmunización.
- Participar activamente, en todos los espacios territoriales sectoriales e intersectoriales en donde se ha incluido el seguimiento y evaluación integral de la eficacia y efectividad de la acción intersectorial, sobre los DSS identificados de interés en PAI.

- Generar alianzas con sectores y agentes para la generación de evidencia de intervenciones costo efectivas en el marco del PAI, “que permita visibilizar y aumentar los conocimientos y sensibilización acerca de la utilidad de la inmunización, la confianza de la comunidad y superar los obstáculos a la equidad, entre ellos, los relacionados con el género y la diversidad” (3).

Finalmente, la AI2030, resalta que, “el futuro de la inmunización se basará cada vez más en la integración y la colaboración con interesados de la esfera de la salud y de otros ámbitos” (1).

▪ **Participación social y comunitaria**

La participación social, es considerada por Min Salud Perú (8), tanto un fin como un medio, sin ser excluyentes, sino complementarias tratados en forma conjunta. Como fin, es entendida como el proceso de empoderamiento de quienes se encuentran marginados de la toma de decisiones, en relación con los servicios de salud, y serían aquellas decisiones que afectan la salud de individuos, familias y comunidades, y como posibilidad de mayor y mejor control de la población sobre las DSS. Como medio, es el recurso para hacer llegar los programas de salud a la población y obtener de ella la colaboración para la aplicación y el éxito de dichos programas” (8). Así entonces, la participación, “convierte a los individuos en socios activos en la toma de decisiones sobre la asignación y el uso de los recursos, en la definición de las prioridades y en la garantía de la rendición de cuentas” (2), y se convierte en un componente fundamental en el PAI, ya que se requiere para el desarrollo de la autonomía y el ejercicio pleno de potencialidades, con participación efectiva en los procesos de planeación, implementación, vigilancia y control de la gestión del PAI, en condiciones deliberativas y representativas que garantice la seguridad, autonomía y legitimidad. Para ello se recomienda:

- Identificar y construir acciones e intervenciones protectoras y de salud de interés para el PAI en conjunto con las comunidades, adecuadas a sus necesidades, contextos y realidades.
- Posicionar escenarios formales e informales, mecanismos y recursos para la participación social bajo el respeto de la autonomía y diversidad de individuos y organizaciones sociales.
- Brindar transparencia en las actuaciones del PAI a través del acceso a información oficial y confiable sobre la situación de salud del territorio, en lenguaje claro y sencillo, que permita su comprensión, apropiación y participación, respetando la multiculturalidad.

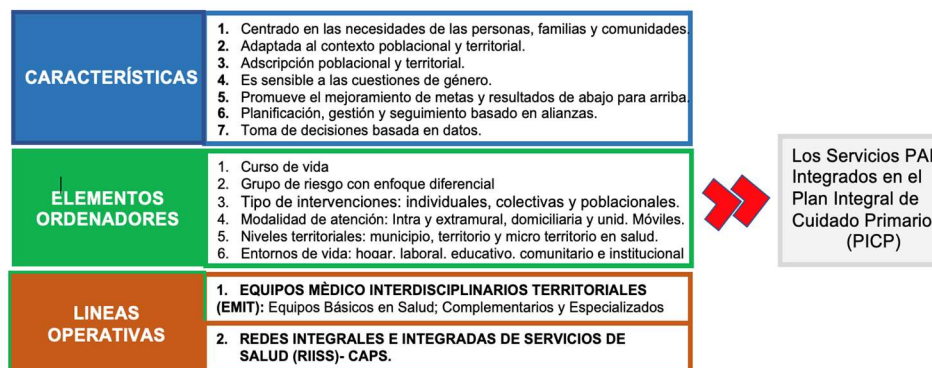
- Fortalecer el control ciudadano y rendición de cuentas sobre los recursos públicos, las políticas públicas, instituciones y actores, como parte de la construcción social por la salud.

Componente Operativo

- **Planificación y organización de los servicios de salud en el PAI**

El marco operativo de articulación del PAI incluye contenidos definidos hasta la fecha por el modelo en el marco general y que son líneas fundamentales en sus procesos de atención y gestión de los servicios, dado que, permite visibilizar la organización diferencial en el territorio de los servicios, modalidades de atención a ser programadas, instituciones de otros sectores y actores para la realización de alianzas y acuerdos de cooperación por la vacunación, capacidad instalada institucional (oferta de servicios disponibles) y recursos para lograr el aumento de coberturas, oportunidad y accesibilidad en el PAI. A continuación, se describe los pilares requeridos en la planificación, prestación y organización de los servicios del programa, enmarcados en la gestión del primer nivel de atención, alrededor de los CAPIRS, como puerta de entrada al sistema y punto de adscripción de la población identificada a los EMIT.

Gráfico No. 3: Pilares modelo operativo de integración PAI



Fuente: Elaboración propia. Uniandes 2023.

Cada uno de estos contenidos son descritos en: **Anexo No.3: Descripción de los componentes modelo marco de articulación PAI.**

Ahora bien, frente a los EMIT, a continuación, se describe los tipos, funciones, coberturas y financiamiento de cada tipología en el marco y necesidades de articulación del PAI (las cuales se incluyen en azul), para hacer visible y posicionar el PAI en el modelo (2,9):

TIPOLOGÍA DE LOS EQUIPOS MÉDICOS INTERDISCIPLINARIOS (EMIT)				
CATEGORIA	CONFORMACIÓN	FUNCIONES PRINCIPALES	COBERTURA	FINANCIAMIENTO
EQUIPOS BÁSICOS EN SALUD TERRITORIALES	1 médico general, 1 profesional de enfermería, de 4 a 5 auxiliares de enfermería, vinculados a puestos y centros de salud.	1. Promoción de la salud 2. Gestión integral de Riesgo. PAI: - revisión de esquema de vacunación individual y familiar. - Notificación de EISP. - IEC factores protectores y de riesgo. - Vacunación PAI - Valoración de riesgo y detección temprana con enfoque diferencial.	Territorios y microterritorios en salud	UPC -POS Y PIC- SGP
EQUIPO COMPLEMENTARIO	Profesionales de ciencias de la salud : Nutrición y dietética - Terapia ocupacional - física - respiratoria - Fonoaudiología - Optometría - Bacteriología - Gerontología- Auxiliar en enfermería. - Auxiliar en salud pública. Otros profesionales, tecnólogos o técnicos, de acuerdo con la caracterización de la población y el ASIS: - Trabajo social. - Sociología. - Antropología. - Saneamiento ambiental. -	1. Gestión integral de Riesgo individual y colectivo. 2. inmunización y protección específica. revisión de esquema de vacunación individual y familiar. - Notificación de EISP. - IEC factores protectores y de riesgo. - Vacunación PAI - Valoración de riesgo y detección temprana con enfoque diferencial.	Municipal	PIC - POS SEGÚN CASOS
EQUIPOS ESPECIALIZADOS	Medicina familiar, lidera el Equipo, acuerdo con su disponibilidad en el territorio (Minsalud, 2015). - Pediatría. - Ginecología y obstetricia. - Medicina interna. - Cirugía. - Anestesiología. - Geriatria (de acuerdo con la caracterización poblacional y el ASIS). - Cuidados paliativos - Psiquiatría. zonas afectadas por el conflicto armado: se incluye Ortopedia. - Medicina Física y Rehabilitación.	Tratamiento, rehabilitación y paliación Prevención secundaria y terciaria: inmunización y protección específica. revisión de esquema de vacunación individual y familiar. - Notificación de EISP. - IEC factores protectores y de riesgo. - Vacunación PAI - Valoración de riesgo y detección temprana con enfoque diferencial.	Territorial - en algunos casos por necesidad municipal.	Recursos UPC - POS
FUNCIONES GENERALES	Remisión a EPS- Abogacia - Referencias a instituciones sociales- contrareferencia al territorio- Seguimiento a indicadores- Seguimiento gestión intersectorial- coordinación entornos - conformación de redes sociales y comunitarias			

Fuente: Elaboración propia, a partir de información modelo de salud preventivo y predictivo octubre 2022. Uniandes 2023.

▪ **Gestión del PAI en la Planeación Territorial en salud**

El modelo de salud preventivo y predictivo promueve la interacción coordinada de las entidades territoriales (ET) a cargo de la gestión de la salud pública, con los aseguradores, prestadores de servicios y otros sectores encargados de abordar DSS identificados dentro del territorio. Esto implica, en el marco de la planeación territorial, la inclusión de los planes de inmunización como componente clave en la definición e implementación y seguimiento de planes de cuidado primario territoriales armonizados con los planes institucionales, en donde los resultados esperados en el PAI se incorporen en el POA de salud, y estos a los PTS, en concordancia con lo definido en el PDSP 2022-2031, y con instrumentos derivados del Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2022-2026 “Por una Colombia potencia mundial de la vida”.

Así entonces, las Alcaldías municipales deben incluir y armonizar el PAI dentro de los objetivos, estrategias y resultados claves de las áreas programáticas del Plan de Salud del municipio o Territorio, las actividades del POA de salud en el marco de APS y propiamente de los EBS, generando interacción directa con las Localidades, Comunas y demás formas de organización del territorio e incluyéndolo como indicador de desempeño de los ET en sus diferentes niveles. Igualmente, las secretarías de Salud deben incluir y armonizar el PAI dentro de los objetivos, estrategias y resultados de las áreas programáticas del PTS, las actividades del POA de salud (basados en la situación en salud incluido el PAI) en el marco de APS y propiamente de los EBS, generando interacción directa del Departamento con los Municipios. Así mismo, se recomienda crear un sistema de incentivos para los municipios y programas con mejores coberturas y resultados en términos de equidad.

- **Gestión Institucional del PAI en los micro territorios en salud**

La gestión del PAI, según el modelo, parte de las necesidades definidas en el PICT y de la adscripción poblacional a los CAPIR y EMIT, lo cual permite definir niveles, modalidades y tipos de prestación de servicios tanto intra como extramurales, así como la gestión de política a desarrollar con diferentes sectores y actores sobre DSS identificados, como de cooperación para fortalecer coberturas del programa en la población caracterizada en el territorio (2,9). Así entonces, el PAI debe articularse a las siguientes fases:

- a. **Análisis de la situación de salud del territorio:**

El análisis de la situación del PAI hace parte del análisis y caracterización territorial y de la situación en salud de la población que lo habita, como elementos trazadores en el abordaje en salud pública, en donde la planeación, organización, prestación y gestión viaja en articulación a todas ellas. El modelo define dos ejes en el marco de lo dispuesto en los lineamientos para el funcionamiento de los EMIT (9) así: i) **La organización y distribución de espacios territoriales específicos**. Los EMIT del PAI deben estar organizados de manera georreferenciada dentro de un territorio de salud. ii) **La población que habita en los espacios territoriales**. Se realiza la caracterización y estimación poblacional de las familias, en un marco de diversidad cultural y con prioridad en poblaciones de especial protección objeto a vacunar.

La definición de los territorios y población objeto del PAI, así como la conformación de los EMIT del PAI, es responsabilidad de las IPS públicas y privadas, con el direccionamiento, seguimiento y evaluación de las ET.

El siguiente cuadro describe los objetivos, responsables y herramientas que serán utilizados por la IPS, para la organización territorial y caracterización poblacional, descritos por el MSPS (9), y a los cuales el PAI debe integrar necesidades de caracterización, perfiles, sistemas de información y herramientas con las cuales se cuenten en la actualidad y que hacen parte de sus lineamientos, a fin de unificar metodología para la definición de las coberturas de vacunación en los territorios:

IDENTIFICACIÓN, CARACTERIZACIÓN DE NECESIDADES		
TIPO	Caracterización Territorial	Caracterización Poblacional
Objetivo	1. Condiciones geográficas, socio-históricas y económicas. 2. Rutas de movilidad y acceso 3. Procesos de referencia y contra-referencia. 4. Modalidades de prestación de servicios de salud.	1. El No. de personas y familias. 2. Caracterización poblacional: (demográficas, por curso de vida). 3. diversidad cultural (campesina, étnicos, Afros, Raizales y Palenquera y Pueblo Rrom o Gitano, entre otros). 4. Sujetos de especial protección:, infantes, adolescentes, adultos mayores mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, discapacidad, entre otras.
Responsable	ET, IPS, talento humano disponible y los referentes y líderes de las comunidades que conocen el territorio	
Herramienta	Análisis de Situación de Salud (ASIS), los mapas geofísicos y político-administrativos. Planes Territoriales en Salud.	CENSO y proyecciones del DANE. Cubos del SISPRO Índice de dispersión o concentración de la población en los diferentes ámbitos territoriales. Índice del promedio de personas por hogar (MSPS & Profamilia, 2015): para zona urbana (3,5 personas por hogar) y zona rural o dispersa (3,6 personas por hogar) .

SITUACIÓN DE SALUD EN EL TERRITORIO (Situación PAI)

La organización y distribución de espacios territoriales específicos

La población que habita en los espacios territoriales

Fuente: Elaboración propia, a partir de información modelo de salud preventivo y predictivo octubre 2022. Uniandes 2023

Bajo este análisis el MSPS (9), define la situación de salud de la población (familias) en el espacio territorial lo cual le debe permitir al PAI estimar las metas de cobertura por micro territorios con enfoque diferencial.

b. La caracterización, planificación y estimación de necesidades de talento humano en el territorio para la implementación del PAI: según MSPS (2,9), a partir de la caracterización del talento humano del PAI vinculado a las IPS privadas y públicas y ETS verificado con las oficinas de recursos humanos, o con las estimaciones publicadas en el Observatorio de THS del MSPS, se identifican y cuantifica los perfiles con lo que se cuenta versus la situación y necesidades del PAI en el territorio.

En el caso del PAI: se requiere profesionales y auxiliares de enfermería, técnicos en salud pública, promotores de salud, y debe evaluar la inclusión de uno u otro perfil en el Equipo Complementario para responder al ASIS de la población, la caracterización del riesgo en salud, el análisis de la oferta y demanda de servicios de vacunación, la vigilancia en salud pública, la disponibilidad del talento humano en salud en el territorio entre otros requerimientos. Estos equipos, tendrán entre otros, como principales obligaciones para el PAI, en el marco de los EBS (9):

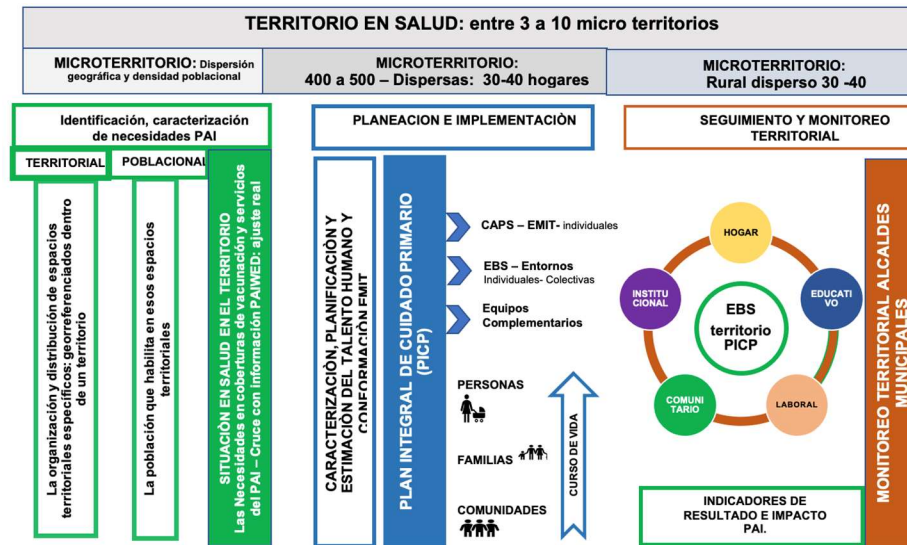
- Planear las acciones de inmunización, incluido la actualización de los esquemas de acuerdo con la caracterización personal, familiar y comunitaria de la población del micro territorio, y a la identificación, clasificación y actualización del riesgo en salud, adscrita a los CAPIRS.
- Organizar las modalidades y tipos de servicios de inmunización contenidos en el PAI en el PIC, según el análisis de salud y población adscrita del territorio.
- Programar y agendar las acciones sectoriales e intersectoriales del Equipo, para los servicios definidos en PAI, incluye la identificación y clasificación del riesgo en salud
- Gestionar, con los servicios sociales ubicados en el territorio, la asistencia social de las personas, familias o comunidades, que por su situación lo requieran.
- Activar los mecanismos de referencia y contra-referencia hacia servicios e intervenciones entre RIISST, que permita la continuidad e integralidad en la atención.
- Identificar y gestionar todo tipo de barreras, para garantizar el acceso oportuno a la vacunación como parte de la atención en salud, de su población adscrita.
- Diseñar y desplegar estrategias para el seguimiento, búsqueda activa y recuperación de persona y familias que no están vacunadas o con esquemas incompletos.
- Registrar la información de todas las intervenciones realizadas en el marco del PAI según los sistemas de información territorial definidos articulados a los del programa.
- Establecer mecanismos de comunicación accesible e incluyente con las personas, familias y comunidades, reconociendo sus necesidades, así como su contexto sociocultural.
- Realizar el seguimiento y ajuste a la implementación del PICP dirigido a la persona, familia y comunidad considerando sus objetivos, acciones, metas e indicadores y avances.
- Hacer seguimiento al cumplimiento de metas de cobertura de la población asignada, considerando las acciones individuales, familiares y comunitarias del PICP.

- c. **Formulación del PAI en el marco del Plan Integral de Cuidado Primario- PICP:** como herramienta operativa dispuesta en el modelo (9), permite al equipo del PAI, identificar, diseñar, planear, implementar y hacer seguimiento a las acciones individuales, colectivas en salud y de gestión con otros sectores, centradas en las personas, familias y comunidades, en los diferentes momentos del curso de la vida y entornos de vida cotidiana, los cuales incluyen metas y resultados que deben ser evaluados periódicamente para el PAI.
- d. **Monitoreo y seguimiento territorial:** es un componente estructural de estricto seguimiento por parte de los alcaldes, ET e IPS públicas y privadas en sus diferentes niveles e incluido como indicador de desempeño en los diferentes niveles, para lo cual se debe definir una cadena de resultados que incluya indicadores de estructura, proceso, resulta e impacto y su aporte a los indicadores trazadores de morbilidad y mortalidad.

Es responsabilidad de alcaldes municipales: i) monitoreo de los indicadores de gestión y resultados del PAI a las ESE de su jurisdicción con respecto a la operación de los EBS. ii) Evaluar la implementación las coberturas del PAI, mediante un sistema de indicadores de estructura, proceso y resultado, que involucre a las poblaciones en sus territorios y a todos los actores del SGSSS. Igualmente, a las secretarías de Salud, para realizar el monitoreo de los indicadores de resultados en salud, definidos por el MSPS, para los actores del SGSS, incluye los indicadores de gestión y resultados de las IPS encargadas de la operación de los EBS.

En el siguiente diagrama se describe las etapas anteriormente mencionadas:

Gráfico No.4. Gestión institucional del PAI en los micro – territorios



Fuente: Elaborado a partir de información Lineamientos para operación EBS 2023 y modelo de salud preventivo y predictivo octubre 2022. Uniandes 2023.

▪ **Dinámica de funcionamiento de los EMIT en el PAI**

Es importante que el PAI cuente con recurso humano exclusivo para que una vez definidos los territorios y micro territorios en salud e identificadas las necesidades de inmunización de la población objeto adscrita a un CAPIRS, la auxiliar de enfermería del PAI incluida en los EMIT como responsable del plan individual y familiar de inmunización de las familias, realice seguimiento integral del PICT directamente en los hogares. Se propone las siguientes actividades:

- Realizar identificación y caracterización diferencial de la población asignada en el micro territorio desde el enfoque de curso de vida. Igualmente, debe:
 - Realizar cruce de la información de los hogares adscritos del micro territorio a cargo con la información confiable con la que cuente el PAI actualmente, esto se realizará con apoyo del grupo de sistemas de información y con las coordinaciones PAI de cada IPS, a fin de establecer un diagnóstico de los esquemas de vacunación según curso de vida.
 - Establecerse el número de hogares con diferenciales territoriales (rurales- rural disperso), de diversidad y población de protección especial, a fin de priorizar las

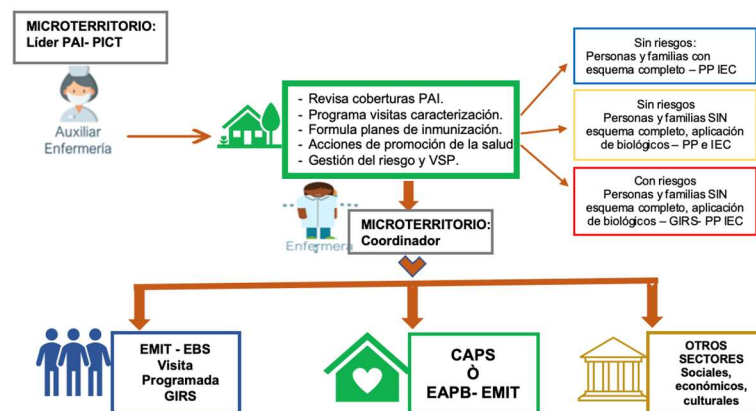
intervenciones del PAI y programar el tipo y modalidad en conjunto con la jefe de coordinación de los EMIT.

- Caracterización de los riesgos y alertas individuales, colectivos y poblacionales de interés para el PAI para el total de la población del micro territorio, con enfoque diferencial enfatizando población: víctima de conflicto armado, étnica, discapacidad, habitante de calle, entre otras.
- Adscripción al CAPIRS más cercano o de mejor acceso para el usuario (si no estuviera adscrito): para la provisión de atenciones individuales normativas regulares de protección específica definidas en el PAI.
- Clasificar los hogares sin riesgo con o sin vacunación y con riesgo con o sin vacunación e informar a la coordinación de los EMIT. Esta clasificación debe seguir la metodología que el MSPS defina teniendo en cuenta las condiciones territoriales y poblacionales.
- Programar visitas a los hogares, realizar caracterización, ajustar esquemas de vacunación si es el caso, realizar acciones de promoción, GIRS, información, educación y comunicación, inmunización según esquemas, formulación del plan de intervención individual y familia.
- La jefe de enfermería, según plan de intervención territorial, define el tipo de respuesta individual o familiar y comunica a los involucrados tanto internos (Direcciones) o externos: EAPB, otros actores y sectores, que aportan en los resultados de los riesgos identificados y consignados en el Plan según lo establecido por el programa así:
 - Visita programada de los EMIT- PAI directamente en el hogar, entorno o territorio, según metodología y oferta de servicios que se requiera, debe incluirse acciones individuales y colectivas para la identificación de eventos de interés en salud pública, DSS identificados como de riesgo para el desarrollo de enfermedades transmisibles.
 - Remisión a CAPIRS red prestadora EAPB o CAPS – público, en caso de atención integral e integrada para prevención, tratamiento, rehabilitación o paliación.
 - Remisión a red social para la gestión de servicios sociales, económicos o culturales por parte de los actores o sectores involucrados según DSS identificados.
- Seguimiento al cumplimiento de indicadores del esquema de vacunación y de los contenidos para la promoción y prevención en salud individuales regulares o del riesgo si se tiene evento confirmado, con verificación de la coordinación del micro territorio.

- Evaluación de los indicadores de proceso y resultados definidos para el PAI y de plan de mejoramiento a través de retroalimentaciones periódicas con los involucrados.
- Retroalimentación a través de la generación de informes periódicos de resultados tanto de indicadores de proceso como de efecto- resultado en salud.

El siguiente gráfico resume propuesta de la dinámica básica de funcionamiento del EMIT en el marco del PAI, en el cual se enfatiza la necesidad de contar con responsable exclusiva para el PAI en micro territorios donde exista más de 40 familias, de conformidad con lo definido en el modelo de salud territorial y los lineamientos para la conformación de los EBS (2,9).

Gráfico No.5: Funcionamiento de los EMIT en el PAI



Fuente: Elaborado a partir de información modelo de salud preventivo y predictivo octubre 2022. Uniandes 2023

Financiamiento.

Para la financiación del PAI, confluyen recursos financieros de diferentes fuentes, que permite tener un programa viable y sostenible, que según el manual técnico del MSPS (2016) (10) son clasificados así: i) Financiamiento externo: todas las contribuciones de las agencias de Naciones Unidas, de organismos internacionales bilaterales, de cooperación que brinda la OPS, tanto la oficina del país como de la oficina regional. ii) Financiamiento nacional: todos los recursos que el gobierno designa a la ejecución del PAI incluyen lo asignado a la seguridad social, financiado mediante créditos ante la banca multilateral (Banco Interamericano de Desarrollo –BID- o Banco Mundial -BM-). iii) Financiamiento regional y local: todas las contribuciones de planes regionales como recursos de regalías, recursos propios locales, entre otros. El financiamiento total del PAI,

según el MSPS (10), es la sumatoria de todo lo anteriormente mencionado, en cabeza del gobierno nacional, quien realiza la compra y distribución de los biológicos incluidos en el esquema nacional del programa.

En el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), según MSPS (10), la inmunización es una de las actividades de obligatorio cumplimiento del Plan Obligatorio de Salud (POS) en los regímenes contributivo y subsidiado, financiados con recurso de la UPC. Complementariamente, el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) desarrolla las actividades de vigilancia de enfermedades prevenibles por vacunación, promoción de la vacunación y vacunación por concentración (Jornadas Nacionales y Locales de Vacunación) para garantizar la inmunización en la población que por barreras geográficas, culturales o institucionales no ha tenido acceso a dichos servicios de salud, los cuales son financiados del Sistema General de Participación.

Ahora bien, en el marco del modelo de salud preventivo y predictivo (2), se propone en su primera etapa, fortalecer con recursos de subsidios a la oferta a la red pública, que va a permitir la ampliación de los equipos y al fortalecimiento de su capacidad resolutive a nivel intramural. Los recursos de la UPC, el modelo en perspectiva propone se asignen directamente a la red pública de prestadores para detección temprana y protección específica tanto en su respuesta extramural con los EMIT, como intramural. Este panorama favorece el panorama de aumento de coberturas para los próximos años.

EL PAI Y OTROS PROGRAMAS DE GOBIERNO

▪ Gobernanza y gobernabilidad territorial

Para el PAI, la gobernanza y gobernabilidad en el marco del modelo es estructural, implica el fortalecimiento en las capacidades y rectoría de autoridad sanitaria, no solo en planificación, ejecución y monitoreo sectorial, sino en la coordinación y acción conjunta con los demás sectores del nivel territorial, en torno a posicionar y ejecutar la inmunización como un factor clave y componente básico en la APS, que permita el reconocimiento del derecho fundamental a la salud y como una inversión para un mundo más sano. Para ello, la AI2030, recomienda “Alentar a los líderes a dar prioridad a la inmunización en la planificación estratégica y

operacional y en los instrumentos normativos, fiscales y legislativos. Fortalecer la toma de decisiones basada en datos probatorios, con aportes técnicos de organismos tales como los comités asesores de prácticas de inmunización de los países” (1). Así entonces, es importante:

- Asegurar que las ET territoriales, cuenten con recursos, procesos necesarios y facultades para que coordine en el proceso de planeación integral, la inclusión de las metas y resultados definidos en el PAI, en los procesos de formulación, implementación, monitoreo, evaluación y rendición de cuentas de los PTS en articulación con los niveles macro, meso y micro acogiendo directrices emitidas por el MSPS y el PND.
- Fortalecer las relaciones intergubernamentales, alianzas colaborativas y con la sociedad civil en los niveles territoriales, nacional y supranacional, que asegure un mayor compromiso con el PAI (identificar, sectores y actores clave para el PAI).
- Crear un entorno en cada programa del modelo de salud preventivo y predictivo, que propicie una coordinación, una gestión económica y una supervisión del desempeño eficaces en cada nivel del programa de inmunización.
- Establecer espacios de escucha y seguimiento del PAI, con grupos marginados para conocer obstáculos al acceso a la vacunación (incluidas las barreras de género a las que se enfrentan los receptores, los cuidadores y los profesionales sanitarios) y resolver las inequidades.
- Fortalecer los procesos de la rendición de cuentas en salud pública, en donde el PAI debe ser un componente esencial en el seguimiento a metas de resultados en salud, con alternativas adaptadas y apropiadas según los diferenciales poblacionales y territoriales.

▪ **Sistema único de Información**

Actualmente, el PAI cuenta con un Sistema de Información Nominal del Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAIWEB 2.0. (14), como herramienta donde se gestiona y realiza el seguimiento a la información del historial vacunal de los ciudadanos en el país, incluido el COVID 19. Este sistema, es interoperable con otros sistemas, brinda información en tiempo real, que permite el seguimiento oportuno de procesos y cumplimiento de metas, capacidad de la cadena de frío, seguimiento a las actividades de mantenimiento de equipos y eventos de pérdida de cadena de frío. Este sistema se articula con las políticas de infancia, PND y Gobierno digital del MinTIC.

Ahora bien, en la implementación del modelo de salud preventivo y predictivo, se avanza con apoyo de cooperación internacional, en el desarrollo de una propuesta de construcción de un “sistema único de información en salud que tenga la capacidad de manera interoperable de integrar en tiempo real toda la información que se produce, circula y se difunde en el sector” (2), con el cual se de transparencia, eficiencia y mayor efectividad a la implementación de políticas en el país, para lo cual, el sistema PAIWEB 2.0 podría ser integrado a esta propuesta, que permita, entre otros, unificar los denominadores utilizados por el MSPS para el cálculo de la población objetivo y posterior análisis de coberturas. Igualmente, se requiere fortalecer la interoperabilidad del Sistema de Vigilancia en Salud Pública con esta propuesta unificada de información del gobierno, y con otros sistemas de información de instancias intersectoriales, identificadas y requeridas en la optimización de la toma de decisiones en el PAI y en salud pública.

Lo anterior, permite cumplir las recomendaciones que, desde la AI2030, se han realizado frente a “lograr que los sistemas de información sanitaria permitan a los profesionales de salud y las instancias decisorias generar y utilizar datos adecuados y de buena calidad para aplicar y gestionar eficazmente los programas de inmunización en todos los niveles y que, además, los datos se integren en los sistemas nacionales de información sanitaria” (1).

▪ **Ciencia y Tecnología**

Es propósito del modelo de salud (2), avanzar en la ampliación de las capacidades de gestión, producción y difusión de conocimiento de la institucionalidad pública, a través del fortalecimiento de la política de investigación y desarrollo de ciencia y tecnología en salud en coordinación con el Ministerio de Ciencia y Tecnología. En este sentido se hace necesarios para el PAI, entre otros:

- Apoyar e impulsar la investigación y la generación del conocimiento en temas de efectividad, implementación y costos del PAI, que permita implementar y evaluar innovaciones tecnológicas en salud, que garantice el acceso de la población a tecnologías costo-efectivas para el abordaje de los DSS.

- Modernización, actualización y financiación del PAI, evaluando la inclusión de nuevas vacunas teniendo en cuenta “la mejor evidencia científica disponible y el retiro de biológicos del esquema de vacunación, cuando las razones técnico-científicas demuestren su inconveniencia o ausencia de necesidad” (1).
- Fortalecer la capacidad local para la investigación sobre factores que afectan la equidad en la cobertura de la inmunización, intervenciones que mejore la cobertura y la equidad, y el uso de resultados para el diseño de intervenciones adaptadas a la situación local y del contexto.
- Fortalecer los mecanismos para identificar las investigaciones relacionadas con las vacunas según necesidades de comunidades, sobre todo en el caso de las poblaciones desatendidas.

▪ **Talento humano capacitado**

El Talento Humano en Salud, es definido como un programa estructural en el modelo para la dignificación del trabajo en salud; el PAI y según recomendaciones de la AI2030 (1), requiere del fortalecimiento de la continuidad y permanencia de este; así como de las capacidades técnicas, para que realicen la implementación idónea de planes, con conocimientos en vigilancia epidemiológica en campo y de investigación relacionadas con los DSS. Para ello se recomienda:

- Crear alianzas con universidades y centros académicos que permita:
 - Aumentar la cobertura para su educación, entrenamiento y capacitación continua en el desarrollo de capacidades del TH involucrado en la implementación del PAI.
 - Desarrollo de procesos educativos que atiendan diferenciales poblacionales y territoriales, así como el aprovechamiento de las tecnologías digitales para la promoción del cuidado de la salud, la prevención y comunicación de riesgos en salud pública.
- Nuevas formas de atención, información, educación y comunicación, para el desarrollo de habilidades para la identificación de signos y síntomas de alarma de enfermedades infecciosas, el apropiado manejo inicial en el hogar y promoción del autocuidado a lo largo

del curso de vida con adecuaciones culturales y según diferenciales poblacionales y territoriales.

- Lograr la formalización el talento humano operativo del PAI que permita la continuidad de las acciones en los micro territorios y trazabilidad de los planes de cuidado integrales territoriales y la adherencia a ellos de los individuos, familias y comunidades.

▪ **Vigilancia en Salud Pública**

El PAI, debe prever futuros brotes de enfermedades prevenibles mediante vacunación y emergentes como lo fue el COVID19, lo cual nos obliga como país a estar preparados para su identificación y detección con respuestas oportunas e integrales a través de servicios de inmunización accesibles para todos sin exclusión y en especial para poblaciones desatendidas o de especial protección en territorios de difícil acceso. En el marco del nuevo modelo, la vigilancia epidemiológica debe ser un elemento central en la gestión territorial en salud pública, para ello y recogiendo las recomendaciones de la AI2030 y el PDSP 2022-2031, se propone:

- Visibilizar al INS y sus fuentes de información como elementos esenciales para la vigilancia en el marco del modelo de salud.
- Fortalecer los sistemas de Vigilancia en salud pública (epidemiológica como sanitaria), que incluya los DSS que rodean a las personas y colectivos expuestos, el impacto de las vacunas, el control, eliminación y erradicación de enfermedades.
- Garantizar la seguridad de la inmunización, a través de equipos interdisciplinarios capacitados y coordinados, sustentados en sistemas de información interoperables y de seguimiento y evaluación que optimicen la toma de decisiones.
- Fortalecer los sistemas locales y territoriales de Vigilancia de las enfermedades prevenibles con vacunas, con planes de respuesta adaptados a los territorios y sus necesidades.
- Articulación con los procesos de Inspección, Vigilancia y Control bajo la responsabilidad de las ET y de otros sectores en el marco del modelo.

CONCLUSIONES

- El PAI cuenta actualmente, con un marco normativo robusto, documentos técnicos administrativo y de gestión y lineamientos en sus doce componentes, que facilitan su articulación con los programas y componentes hasta hoy definidos en el modelo de salud.
- La inmunización, debe ser considerada en el modelo, una práctica positiva y eficaz para la protección de la vida y la prevención de enfermedades, que aporta a 17 de los 19 ODS del país y requiere ser incorporado en el modelo como un componente primordial para la garantía del derecho fundamental a la salud, en coherencia con el compromiso realizado por Colombia con la agenda de inmunización 2030 y el marco de acción, firmado en Canadá 2021.
- La finalidad del PAI va en coherencia con lo dispuesto en el modelo frente a la garantizar el derecho fundamental a la salud, aportando en la disminución de la morbilidad y mortalidad evitables causada por EPV en todo el territorio nacional.
- El PAI de Colombia, ha acogido y adaptado a través del MSPS, las directrices, planes, agendas mundiales y regionales que desde la OMS y la OPS, se han emitido frente a los programas de inmunización y vigilancia de enfermedades de interés en salud pública, lo cual, permite que sus planes estratégicos, de gestión y operación se alinean como región en torno a una visión y propósitos en cumplimiento de la AI2030.
- Se requiere desarrollar y posicionar el PAI, en el marco estratégico, de gestión y operación del modelo, como estrategia fundamental de la APS en la protección y prevención de enfermedades y para garantizar el derecho fundamental a la salud.
- La planeación y organización del PAI debe partir de las necesidades de los micro – territorios para lo cual se debe definir una metodología de transición con cuantificación de metas, monitoreo y evaluación respecto a denominadores poblacionales.
- El diseño de las intervenciones debe ajustarse al enfoque territorial y de diversidad incluyendo características que visibilicen los avances en equidad en poblaciones y territorios con características especiales.
- El seguimiento a las metas del PAI debe articularse de manera clara desde el micro territorio hasta el PTS, con un esquema de incentivos a los cumplimientos de indicadores de desempeño y resultados en salud.

- La dinámica de funcionamiento de los EMIT es adaptable en el PAI, alrededor de los territorios y micro territorios en salud, a partir de las necesidades identificadas de inmunización de la población objeto, bajo la responsabilidad de una auxiliar de enfermería.

RECOMENDACIONES

- Aunque el PAI cuenta con un robusto marco normativo internacional y nacional, la integración del PAI requiere en el marco de las leyes 1122 de 2007, 1438 de 2011 y 1751 de 2015, reglamentar, ajustar y modificar entre otras lo relacionado con:
 - Resolución 518 de 2015: uso y gestión armonizado de recursos y competencias; gestión de la salud pública, papel de los gobernadores y alcaldes, estrategia de armonizaciones de políticas intersectoriales, plan de intervenciones colectivas y su armonización con oferta POS y contenidos Resolución 3280 de 20107; seguimiento y evaluación territorializado y articulado a metas PDT, PTS Y POAS.
 - Incorporación de los logros alcanzados en las Resolución 2626 de 2019 y 3202 de 2007 y 3280 de 2018: Modelo de atención, RIAS como herramientas para su operativización: formas de prestación bajo los EMIT y CAPS, provisión de servicios intra y extramurales.
 - Reglamentaciones de las RIIST, EMIT, se requiere ampliar perfiles y fortalecer capacidades en los profesionales, auxiliares y niveles técnicos que integran el PAI.
- La definición de la Población Objetivo del PAI debe realizarse sobre bases poblacionales, lo cual requiere ajustarse a los atributos del modelo que garantice el carácter, universal, sistemático, permanente y territorial y las recomendaciones de la AI2030.
- El marco estratégico definido bajo la APS en el PAI requiere fortalecer el eje de intersectorialidad y participación comunitaria, a través de la definición, articulación y socialización de ofertas, políticas y rutas que permita abordar de manera coordinada los DSS. Igualmente, escenarios de posicionamiento del PAI para la participación y la autonomía de las personas y las comunidades y su formación como promotores y colaboradores del programa.
- El enfoque y contenido del PAI, en su componente operativo debe fortalecerse teniendo en cuenta el curso de vida, los diferenciales derivados de la diversidad poblacional y territorial, como bases fuertes para la disminución de desigualdades en el acceso e integralidad de las respuestas que desde el programa se despliegan en los territorios en salud.
- En el marco de sostenibilidad y financiamiento del PAI, se recomienda realizar un análisis a partir de, entre otros: i) Análisis de capacidad instalada tanto en infraestructura como en recurso humano, en los niveles rural y rural disperso (micro planeación). li) Asignación de

recursos para la inmunización a partir de los denominadores poblacionales territoriales, con esquemas de distribución según necesidades, para ello se deben articular y coordinar el DANE, MinTIC, DNP, Minsalud, entre otros para unificar criterios de esta asignación.

- El plan de implementación del PAI debe realizarse de forma progresiva, priorizando los municipios y territorios del PDET y zonas identificadas como críticas o de mayor inequidad, con el fin de hacer eficiente el uso de los recursos financieros y humanos y avanzar rápidamente en términos de equidad.
- En el periodo de transición, para el cálculo de la población objetivo y definición de coberturas (mientras se implementa el sistema unificado de información), se recomienda integrar la información del SISPRO, RUAF y del sistema PAIWEB 2.0, entre otros, que permita, entre otros, unificar denominadores utilizados por el MSPS. Igualmente, se requiere fortalecer la interoperabilidad del SIVIGILA, a través del INS, con la propuesta del gobierno, y con otros sistemas de información de instancias intersectoriales, identificadas y requeridas para la toma de decisiones en el PAI y en salud pública.
- La habilitación de los servicios intra y extramurales del PAI deberá ser revisado según modalidades de atención y nuevos perfiles para su administración como: promotores de salud, técnicos en salud pública; al igual que la supervisión en el marco de la cadena de mando definida para cada micro territorio. Los estándares de infraestructura, debe adecuarse a las realidades territoriales (urbano, rural, rural dispersa – Hospitales itinerantes) e institucionales con otros sectores, en un marco diferencial (adecuación multicultural) y de reporte de información armonizada al nuevo sistema del modelo.
- El control social en la articulación del PAI al modelo de salud preventivo y predictivo debe velar por la correcta inversión de los recursos públicos y de gestión del PAI a través de la participación de los ciudadanos a lo largo del territorio nacional, esto implica:
 - Fortalecimiento de las instancias actuales como Veedurías y organizaciones sociales y comunitarias, para que realicen su labor de control social de manera idónea y adecuada.
 - Garantizar el acceso a los datos y la información que brinden transparencia, legitimidad y confianza pública al proceso.
- La evaluación de Impacto del PAI a nivel nacional y territorial debe partir de un marco amplio de seguimiento y evaluación, articulado a lo definido en el PDSP 2022-2031 Y PND, a partir

de resultados en salud, cambios en condiciones de vida, atribuidos a intervenciones provistas por el PAI, e incluya resultados que desde otros sectores inciden sobre los DSS.

- El seguimiento y evaluación del PAI, debe contar con un paquete de indicadores gerenciales, que no solamente incluya coberturas, sino de resultado e impacto en el curso de vida, definidos en la planeación del micro territorio y alineados a los PTS y PND, con un sistema de incentivos que premie los desempeños territoriales.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Agenda de Inmunización 2030 (Internet). 2022. 8Citado el 16 de enero de 2023). Disponible desde <https://www.who.int/es/publications/m/item/immunization-agenda-2030-a-global-strategy-to-leave-no-one-behind>.
2. Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). Modelo de salud preventivo y predictivo para una Colombia potencia mundial de la vida versión del 22 de octubre de 2022. PDF. Bogotá. Colombia.
3. Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). Resolución 1035 de 2022- Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031. (Internet). 14 de julio de 2022. (Consultado 19 de enero de 2023). Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%201035%20de%202022.pdf.
4. Carvajal, D. Del Enfoque Territorial, sus características y posibles inconvenientes en su aplicación en el marco del acuerdo de paz. (Internet). 2017.p.64. (Consultado 8 de febrero de 2023). Disponible en <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/44210/4.%20Daniel%20Carvajal.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
5. Congreso de la república de Colombia. Ley No. 1438 de 2011. (Internet). (Consultado 18 de enero de 2023). Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf
6. Congreso de la república de Colombia. Ley estatutaria No. 1751 febrero 16 de 2015. (Internet). (Consultado 19 de enero de 2023). Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf.
7. Organización Panamericana de la Salud (2021). Compilación Documentos Atención Primaria en Salud. (Internet) 2021. (Consultado el 8 de febrero de 2023). Disponible en <https://www.paho.org/es/file/103576/download?token=aXu3-VMx>
8. Ministerio de Salud. Perú. Modelo de Atención Integral de Salud Basado en familia y comunidad en el primer nivel. (Internet). 2011. (Consultado el 9 de febrero de 2023). Recuperado en http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000300010.

9. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos para la operación de los Equipos Básicos en Salud. 2023. PDF. (2023). Bogotá. Colombia
10. Ministerio de Salud y Protección Social. Manual Técnico y Administrativo del PAI (10 Tomos). PDF. Bogotá, Colombia.
11. Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). Lineamiento de gestión y administración 2023. PDF. Bogotá. Colombia
12. Organización de las Naciones Unidas. Declaración de Helsinki. (Internet): 2013. (Consultado 19 de enero de 2023). Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/DeclaracionHelsinki.pdf>
13. Ministerio de salud y protección Social. Manual del Usuario PAIWEB2.0. (internet). 31 de marzo de 2021. (Consultado el 9 de febrero de 2023). Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/PAI/manual-usuario-aplicacion-biologicos-paiweb.pdf>.
14. Ministerio de Salud y Protección Social. Política de Atención Integral en Salud. (Internet). 2016;1–92. (Consultado el 9 de febrero de 2023). Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>.
15. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 518. (Internet). 2015. (Consultado el 9 de febrero de 2023). Disponible en; https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20518%20de%202015.pdf.
16. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3202. (internet). 2016. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3202-de-2016.pdf>
17. Organización Mundial de la Salud. 27ª Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra. (Internet).1974. (Citado el 16 de enero de 2023). Disponible en <https://apps.who.int/iris/handle/10665/95324>
18. Organización Mundial de la Salud. 27ª Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra. (Internet).1974. (Citado el 16 de enero de 2023). Disponible en <https://apps.who.int/iris/handle/10665/95324>

19. Organización Mundial de la Salud. Reglamento Sanitario Internacional - OPS/OMS - PAHO (Internet) 2005. (Consultado 16 de enero de 2023. 2005). Disponible en <https://www.paho.org/es/temas/reglamento-sanitario-internacional>
20. Organización Mundial de las Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos. (Internet). 1948. (Consultado enero 19 de 2023). Disponible en <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights#:~:text=Elaborada%20por%20representantes%20de%20todas,todos%20los%20pueblos%20y%20naciones.>
21. Organización Mundial de las Naciones Unidas. Comité de derechos económicos, sociales y culturales. (Internet). 1973. (Consultado 19 de enero de 2023). Disponible en <https://www.ohchr.org/es/treaty-bodies/cescr>.

ANEXOS

ANEXO No. 1: REVISIÓN Y ANÁLISIS DEL MARCO NORMATIVO DEL PAI EN COLOMBIA.

Colombia, ha acogido y adaptado a través del MSPS, las directrices, planes, agendas mundiales y regionales que desde la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se han emitido frente a los programas de inmunización y vigilancia de enfermedades de interés en salud pública, para desplegarlas en toda la población, teniendo en cuenta el perfil epidemiológico y respaldados por un marco constitucional, normativo y político que permite su reconocimiento y obligatoriedad. Igualmente, ha reconocido e incorporado en su bloque de constitucionalidad tratados y convenios internacionales relacionados con los derechos humanos y el derecho internacional humanitario, que al final deben ser tenidos en cuenta en sus políticas, planes y programas con el fin de garantizar el reconocimiento y goce efectivo del derecho a la salud. A continuación, se describe el marco internacional y nacional relacionado con el PAI.

Marco Internacional

Desde la cooperación técnica de los organismos multilaterales de salud como la OMS y la OPS (6), en el año 1974 por Resolución en la 27ª Asamblea Mundial de Salud (AMS) de las Naciones Unidas, se recomendó a todos los Estados miembros el desarrollo y mantenimiento de programas de inmunización y vigilancia contra enfermedades prioritarias o de interés según el perfil epidemiológico de cada país. En 1977, el Consejo Directivo de la OPS, constituido por los ministerios de salud de América, adoptó la Resolución (CD25.R27) que establece el PAI en las Américas y el Fondo Rotatorio para la compra de vacunas. En ellas, se insta a los gobiernos miembros a que: “concedan elevada prioridad al componente de inmunización de sus programas de salud materno-infantil, atención primaria en salud y extensión de la cobertura de los servicios de salud” (7). Así mismo en el año 1979, 33 países de América, incluida Colombia, iniciaron la operación del Fondo Rotatorio con el fin de brindar acceso oportuno y sostenible a vacunas, jeringas y cadenas de frío de calidad y a precios asequibles a todos los países miembros.

Dentro de los instrumentos recientes el PAI, contó con el Plan de Acción Mundial (PAM) sobre Vacunas y el informe de resultados, como marco aprobado para el periodo 2012-2020 con el fin de mejorar la salud mediante la ampliación de todos los beneficios de la inmunización a todas las personas, independientemente de su lugar de nacimiento, “quiénes son o dónde viven”. Este Informe (4), muestra la necesidad de contar con una visión y estrategia común para el futuro de la inmunización, recomienda factores claves de éxito como: forjar una voluntad política de alto nivel; un marco común para fijar prioridades, armonizar actividades y evaluar los avances y la creación de una plataforma como base a más iniciativas. De igual forma, el informe muestra que el PAI, requiere ser aplicados por medio de programas nacionales de inmunización, con el apoyo y trabajo articulado de asociados, así como, la necesidad de un marco de seguimiento y evaluación, en el que se defina funciones y responsabilidades de los interesados, entre otros.

Así entonces, la Agenda de Inmunización 2030 (AI2030), establece “una visión y una estrategia mundiales” para las vacunas y la inmunización durante el decenio 2021-2030, a partir de los problemas persistentes e inéditos que plantean las enfermedades infecciosas, identificados en los informes de seguimiento del Plan Mundial a los países, e incorpora nuevas oportunidades para afrontarlos. Esta Agenda, sitúa la inmunización como: “un factor clave para respetar el derecho fundamental de las personas a disfrutar del mayor grado posible de salud física y mental y también como una inversión de futuro a través de la creación de un mundo más sano, seguro y próspero para todos” (4). Así mismo, insta a los países a un trabajo conjunto (alianzas) y el uso eficiente de recursos, entre los interesados comunitarios, nacionales, regionales y mundiales.

Igualmente, la Agenda de Inmunización 2030, ofrece un marco estratégico a largo plazo para guiar una ejecución dinámica, como respuesta a la evolución de las necesidades de los países y del contexto mundial durante el próximo decenio. Esta, debe complementarse con las demás estrategias y planes de inmunización nuevos y ya existentes, para controlar, eliminar o erradicar enfermedades específicas.

Ahora bien, es importante resaltar que, el PAI, cuenta con el Reglamento Sanitario Internacional aprobado por la 58.^a Asamblea Mundial de la Salud en el 2005 por medio de la [resolución WHA58.3.1](#) (2005), el cual tiene como propósito y alcance “prevenir la propagación

internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y darle una respuesta de salud pública proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública, (...)” (7),y constituye el marco jurídico que, entre otros aspectos, define las capacidades nacionales básicas, incluso en los puntos de entrada, para el manejo de los eventos agudos de salud pública de importancia potencial o real a escala tanto nacional como internacional, así como los procedimientos administrativos conexos.

El PAI como componente y servicio estructural en los contenidos y actividades de prevención y protección específicas, y al cual tienen derecho todos los individuos y comunidades, bajo la responsabilidad de los gobiernos, es respaldado desde la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 en su art. 25: “la salud como parte del derecho a un nivel de vida adecuado” (8). Igualmente, reconocido como derecho humano en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de 1966.

De igual forma, El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, órgano encargado de llevar a cabo el seguimiento del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ratificado por Colombia en 1973, incluye entre otros (9): a. el derecho a un sistema de protección de la salud que brinde a todos iguales oportunidades para disfrutar del más alto nivel posible de salud; b. El derecho a la prevención y el tratamiento de las enfermedades, y la lucha contra ellas; c. El acceso a medicamentos esenciales; d. La salud materna, infantil y reproductiva; e. El acceso igual y oportuno a los servicios de salud básicos; f. El acceso a la educación y la información sobre cuestiones relacionadas con la salud; g. La participación de la población en el proceso de adopción de decisiones en cuestiones relacionadas con la salud a nivel comunitario.

Adicionalmente, Colombia es uno de los países que ha reconocido e incorporado en su bloque de constitucionalidad tratados y convenios internacionales relacionados con los derechos humanos y el derecho internacional humanitario; a través de Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los derechos humanos (ACNUDH), se firma el acuerdo en Ginebra (Suiza) entre el gobierno Colombia y la Organización de las naciones Unidas (ONU) el 29 de noviembre de 1996. Estos, no sólo son un elemento jurídico, sino que, se constituyen en un sustrato primario para las políticas, planes y programas que vincula al país con la garantía, protección y goce efectivo, no solo para todos los habitantes de nuestro país, sino con aquellos

que, debido al desplazamiento, movilidad humana y ejerciendo el derecho a libre circulación, habitan el territorio colombiano.

Así mismo, ha suscrito otros tratados y convenios internacionales, tanto con los países fronterizos, como en el ámbito internacional, que están relacionados directamente con el PAI, mencionados por MSPS (10), entre los que se resaltan, dada su importancia: a) El Convenio de Basilea sobre el control de los movimientos transfronterizos de residuos peligrosos (Colombia, Ley 253, 1996); b) Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ONU, 2015), según la OMS (2022), considera que, la inmunización desempeña un papel fundamental, toda vez que, contribuye directamente en el cumplimiento del ODS3 (Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades), y contribuye directa o indirectamente a otros 13 ODS (1,2,4,5,6,7,8,9,10,11,13,16 y 17), incorporados en la Política Pública a través del CONPES 3918 de 2018. c) Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, ONU (1994), en los capítulos relacionados con la disminución de la mortalidad infantil, salud sexual y reproductiva, la atención primaria en salud, entre otros.

Finalmente, el 11 de marzo de 2020, la OMS, declaró el brote del coronavirus COVID-19, como una pandemia e instó a sus Estados miembros a tomar las acciones para mitigar el contagio, para lo cual emitió varios documentos técnicos, recomendaciones y orientaciones elaborados con expertos mundiales, gobiernos y asociados para ampliar rápidamente los conocimientos científicos sobre este nuevo virus, rastrear su propagación y virulencia y asesorar a los países y las personas sobre la medidas para proteger la salud y prevenir la propagación del brote. Estos lineamientos, fueron la base para que el MSPS y el Instituto Nacional de Salud definieran el plan de respuesta para Colombia.

Marco Nacional

El Programa Ampliado de Inmunización (PAI), componente clave en el “Modelo de Salud Preventivo y Predictivo”, cuenta con una normatividad robusta, de importancia en la salud pública del país, el cual brinda condiciones protectoras, medidas y dispositivos preventivos que permite aportar en el mejoramiento de indicadores de morbilidad y mortalidad evitable. A continuación, se describe las principales normas que respaldan y apoyan la gestión del PAI en el marco de la atención primaria en salud (APS) en Colombia citadas por MSPS (2, 11).

En primer lugar, Colombia a través de la Ley 9ª de 1979, (2) establece medidas sanitarias para la protección del medio ambiente y realiza reglamentaciones necesarias para preservar, restaurar y mejorar las condiciones sanitarias en lo relacionado con la salud humana. Así mismo, define procedimientos y medidas para la regulación, legalización y control de los descargos de residuos y materiales que afecten o puedan afectar las condiciones sanitarias del ambiente, de importancia en la vigilancia en salud pública. Por otro lado, en los títulos VII y XI, se reglamenta la vigilancia epidemiológica y las medidas de seguridad.

Ahora bien, el PAI como parte de las acciones centrales en la prevención y estrategia fundamental para la salud pública, es respaldado desde la Constitución Política de Colombia 1991, toda vez que, en su Art.49 resalta que: “la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud (...)” (11). Igualmente, consagra como derechos fundamentales la vida, la salud, los niños, la integridad física y seguridad social, como derechos irrenunciables de las personas, para obtener una calidad de vida acorde con la dignidad humana.

Igualmente, la Ley 100 de 1993 (11), establece normas y procedimientos con el fin de regular el servicio público esencial en salud para que las personas y la comunidad tengan acceso a los servicios de salud, con el objetivo de mejorar su calidad de vida. En el Art 165, define el Plan de Beneficios en salud, el cual incluye todas las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención de la enfermedad general, diagnóstico y tratamiento, protección de la maternidad y rehabilitación física. Así entonces, el Decreto Reglamentario N°1938 de 1994 derogado por el Decreto 806 de 1998, reglamenta los tipos y contenidos de acciones (PIC-POS) y la obligatoriedad y gratuidad de las acciones de promoción, prevención, detección temprana para los actores del sistema EPS y ET.

En este marco, se ha venido promulgando varias resoluciones, que permite la reglamentación de las acciones, procedimientos y contenidos, entre otros, de importancia en el PAI, (3,11) como: a) Resolución 3997 de 1996, establece las actividades y procedimientos para el desarrollo de las acciones de promoción y prevención e incluye las actividades de prevención de enfermedades inmunoprevenibles definidas en el PAI, cuyos biológicos son suministrados por el Estado Colombiano a través de los Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) anterior PAB.

b) Resolución 3997 de 1996, establece las actividades y los procedimientos para el desarrollo de las acciones de promoción y prevención en el SGSSS y define las actividades del PAI. c) Resolución No. 3374 de 2000, reglamenta los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las EAPB sobre los servicios de salud prestados, los cuales incluyen vacunación. d) Resolución 1896 de 2001, establece la clasificación única de procedimientos en salud (CUPS), que corresponde a un ordenamiento lógico y detallado de los procedimientos e intervenciones que se realizan, incluido el PAI. e) Resolución 1164 de 2002, adopta el Manual de Procedimientos para la Gestión Integral de los Residuos Hospitalarios y Similares (todo prestador debe tener su plan de gestión integral del manejo y disposición final de los residuos sólidos y similares). f) Resolución 2808 de 2022, por la cual actualizan y establecen los servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC, (incluye protección específica y detección temprana), según las normas técnicas vigentes, incluido la identificación y canalización de las personas de toda edad y género, con lo dispuesto en los lineamientos de política pública vigentes.

Así mismo el MSPS, con el fin de garantizar la calidad, seguridad, oportunidad de las acciones, intervenciones en salud define en el Decreto No.1011 de 2006 (11), el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud del SGSSS y establece, entre otros, el reporte obligatorio del 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 a todos los integrantes del sistema. Igualmente, la Resolución 4505 de 2012 (11), avanza en la evaluación de coberturas poblacionales y establece el reporte y 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. Así mismo, la Resolución 3100 de 2019 (11), adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud. Para el servicio de vacunación, Estándar de talento humano, precisa que, el servicio debe estar a cargo de un profesional médico o enfermería. Los auxiliares de enfermería y de salud pública de apoyo, deben certificar su formación para administrar inmunobiológicos.

De igual forma, el MSPS a través del Decreto 3518 de 2006 (11), crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, que permite la provisión sistemática y oportuna de información de eventos que afecten o puedan afectar la salud de la población, lo cual permite orientar las

políticas y la planificación en salud pública; la toma de decisiones para la prevención y control de enfermedades, factores de riesgo en salud; seguimiento y evaluación de las intervenciones; el uso racional y óptimo de los recursos, propendiendo por la protección de la salud individual y colectiva en los territorios. Así mismo, el Decreto 2323 de 2006 (11), establece de obligatorio cumplimiento el Sistema de Gestión de la Red Nacional de Laboratorios en los ejes estratégicos de Vigilancia en Salud Pública y Gestión de Calidad, prestación de servicios e investigación a todos los integrantes de la Red.

Así mismo, el PAI cuenta con instrumentos para el seguimiento al cumplimiento de los esquemas de vacunación para la población infantil, definidos en el Decreto 2287 de 2003 (2), sobre el uso del Carné de salud infantil como requisito de ingreso a los establecimientos educativos y de bienestar de carácter público o privado, quienes deben velar porque los menores de cinco (5) años, completen el esquema de vacunación definido por el MSPS. La Resolución No. 2783 de 2005 (2), adopta el certificado de vacunación del adulto, permitiendo el seguimiento y control a coberturas de ciertas enfermedades prevenibles.

El PAI (3,11), como estrategia de gran valor en salud pública y en la prevención y protección de la salud y la vida, ha sido amparada en el marco de varias leyes como: la Ley 599 de 2000, (modificada en varias ocasiones, por última vez en el 2022). Código Penal Colombiano, artículo 368, define las penas para los delitos que violen las medidas sanitarias o propagación de una epidemia o las acciones contra la salud pública. De la misma forma, el Código Disciplinario (CGD), compuesto por las leyes 1952 del 2019 y 2094 del 2021, deroga la Ley 734 de 2002, Art.59, define las faltas relacionadas con la salud pública, los recursos naturales y el medio ambiente, e instaura la obligatoriedad de vigilar y salvaguardar los bienes (productos biológicos) con un uso debido y racional conforme a sus fines.

De igual forma (3,11), la Ley 1098 de 2006 (Congreso de Colombia), expide el Código de Infancia y Adolescencia, como Política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia de Cero a Siempre, e insta bajo el principio de corresponsabilidad entre el Estado, la familia y la sociedad, asegurar la atención, la protección y el desarrollo integral de los niños, las niñas y los adolescentes, por su derecho a la vida, a una buena calidad de vida y a un ambiente sano en condiciones de dignidad y goce de todos sus derechos en forma prevalente. Art. 20: “evitar el contagio de enfermedades infecciosas prevenibles durante la gestación o después de

nacer (...)” y Art.29: “son derechos impostergables de la primera infancia, la atención en salud y nutrición, el esquema completo de vacunación (...)”. Incorporada en el CONPES 109 de 2007- Política Pública Nacional de Primera Infancia “Colombia por la primera infancia”.

Así mismo (3,11), la Ley 1295 de 2009 (Congreso de la Republica), reglamenta la atención integral de los niños y las niñas de la primera infancia de los sectores clasificados como 1, 2 y 3 del Sisbén, e insta al MSPS a promover y garantizar que las mujeres en gestación y todos los niños de la primera infancia de estos niveles, estén cubiertos en salud (programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad), de acuerdo con lo establecido en los artículos 29 y 46 de la Ley 1098 de 2006.

La importancia de la promoción y prevención en las políticas, planes y programas en nuestro país, bajo el liderazgo del MSPS, ha sido central en las dos reformas ordinarias que ha tenido la Ley 100 de 1993. En primer lugar, la ley 1122 de 2007, redefine la salud pública como un “conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país (...)” (12). Así mismo, define contenidos mínimos y alcances del plan de salud pública, enfatiza en la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar. Este incluye, el plan nacional de inmunizaciones, el cual estructura e integra el esquema de protección específica para el país, en particular, los biológicos por contener y actualizados cada cuatro años con la asesoría del INS y el CNPI. Las actividades colectivas (PIC) a cargo de la Nación y de las ET deben complementar las acciones previstas en el POS.

En segundo lugar, la ley 1438 de 2011 (13), describe la necesidad de fortalecer el SGSSS a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia APS, en una 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, cuyo centro son las personas. Las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad son pilares de la estrategia de APS (art.10), dando prioridad a los recursos para este fin tanto a las ET como a las EPS; así mismo, hace énfasis

en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, acciones sobre los DSS y su prioridad en los Planes de Salud Territorial (PTS).

De igual forma, lo dispuesto en la Ley Estatutaria No. 1751 de 2015, cuyo fin es garantizar el derecho fundamental a la salud, es de vital importancia en el PAI, dado que, obliga al “Estado Colombiano a formular y adoptar políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención (...) mediante acciones colectivas e individuales” (Art.5) (14). Igualmente, define como sujetos de especial protección a los niños, niñas y adolescentes, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, población adulta mayor, personas que sufren de enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad, cuya atención no debe estar limitada por ningún tipo de restricción administrativa o económica (Art.11). Para lo anterior, se debe definir procesos de atención intersectoriales e interdisciplinarios que garanticen las mejores condiciones de atención.

Ahora bien, Dentro de la normatividad vigente y en el marco del Plan de Acciones Colectivas (PIC), el PAI, a través de la Resolución No. 518 de 2015, es considerado estatal, gratuito y territorial, e incluido en varios procesos de la salud pública. Así mismo, define “los procedimientos, actividades e insumos para los procesos de inmunización y las acciones de promoción, educación e información que complementan y apoyan las acciones individuales (POS) en los territorios bajo las directrices nacionales” (3,11).

De igual forma, el PAI, en el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP), 2022-2031, definido como una política de estado que define la hoja de ruta de la salud pública del país, con el fin de avanzar en la garantía del derecho fundamental a la salud y adoptado por el MSPS con sus capítulos diferenciales, a través de la Resolución 1035 de 2022, los resultados del PAI, son importantes en el cumplimiento de los cuatro fines, ejes estratégicos y cumplimiento de las metas definidas en la cadena de valor tanto por curso de vida, como de resultado e impacto en especial sobre las enfermedades inmunoprevenibles. (15)

Ahora bien, el actual Gobierno, a través del MSPS, viene posicionando el “Modelo de salud preventivo y predictivo para una Colombia Potencia Mundial de la vida”, el cual es el inicio de una transformación del sistema orientado a “garantizar el derecho fundamental a la salud en el marco de la jurisprudencia, el bloque de constitucionalidad y la Ley estatutaria 1751 de 2015”

(5). Este modelo, construido bajo la estrategia de APS y DSSS, en un esquema de transición, es considerado “un eje vertebrador del Programa de Gobierno y el Plan Nacional de Desarrollo - Colombia Potencia Mundial de la vida”. Igualmente, en el marco de este modelo, se expiden “los lineamientos para la operación de equipos básicos en salud” y se reglamenta su operación a través de las Resoluciones 2206 de 2022, Resolución 2519 de 2022 y Resolución 2788 de 2022 para que cumplan acciones colectivas en departamentos y municipios catalogadas como prioritarias y deficitarias de atención que cumplan los criterios definidos en estas (5). El PAI, como estrategia central en la prevención y protección específica, debe posicionarse en los tres componentes de la estrategia de APS y en los programas que componen este nuevo modelo, garantizando la vacunación, en especial, en zonas marginadas o de baja densidad poblacional sin ningún tipo de discriminación y respetando la autonomía de todos los pueblos y etnias.

De igual forma, el MSPS (11), en la Resolución 2626 de 2019, aún vigente, modifica la PAIS y adopta el Modelo de Atención Integral Territorial (MAITE) para su implementación incluye la gestión Integral del Riesgo en salud (GIRS) como una de las cuatro estrategias y enfoque del modelo, la cual se operativiza a través de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) definidas como una herramienta de obligatorio cumplimiento y reglamentada a través de la Resolución 3202 de 2016, por la cual se adopta el manual metodológico para su elaboración e implementación; Resolución 3280 de 2018, en la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la RIA para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la RIA para la Población Materno Perinatal y establece directrices para su operación, en el marco de una atención por curso de vida y define acciones individuales de protección específicas, como colectivas en los diferentes entornos de vida.

Por otro lado, el PAI se articula con otras políticas sectoriales e intersectoriales, que son importantes en el desarrollo y efectividad del PAI, entre las que se mencionan: la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional PSAN (Presidencia de la República de Colombia, 2008); la Política de Derechos Sexuales y Reproductivos (2014); el Plan Estratégico Colombia Libre de Tuberculosis y Lepra (2016-2025); el Plan Ampliado de Inmunizaciones; el Plan Estratégico para las Enfermedades Transmitidas por Vectores; la Ley 1562 de Riesgos Laborales (Congreso de la República de Colombia, 2012). Igualmente, la Ley 115 de 1994 (Ley General de Educación) para la promoción de estilos de vida saludable y generación de entornos que favorezcan la salud y la vida. La Ley 1844 de 2017. Decreto Reglamentario Único 1081 de

2015 "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único del Sector Presidencia de la República" y veedurías ciudadanas Ley 850 de 2003, Resolución 2063 de 2017 entre otros.

Así mismo, la Corte constitucional (2,5 y11), ha proferido varias sentencias, incorporadas en el PAI, con el fin de prevenir, superar, corregir y reparar, cualquier condición o situación en las que se generen desigualdades o brechas de equidad entre grupos o segmentos poblacionales. La normatividad vigente establece que, el Estado debe ofrecer garantías especiales a estos segmentos, con el fin de responder a sus particularidades, pues se diferencian del resto en cuanto a la especificidad de sus fragilidades: sentencia T-T60 de 2008 y sus 25 órdenes, Sentencia T-282 de 2008, C-293 de 2010, T-341 de 2012 y C-438 de 2013 y la sentencia C-313 de 2014.

Ahora bien, teniendo en cuenta la declaración del brote del coronavirus COVID-19, como una pandemia en marzo de 2020 por la OMS, el MSPS (11), declaró la emergencia sanitaria mediante la Resolución 385 de 2020, la cual se mantuvo prorrogada hasta el 30 de junio de 2022, a través de las Resoluciones 844, 1462, 2230 de 2020, 222, 738, 1315, 1913 de 2021, 304, 666 y 1703 de 2022. Igualmente, se emite el Plan Nacional de vacunación contra el COVID, adoptado a través del Decreto 109 de 2021, modificado por los Decretos 404, 466, 630, 744, 1671 de 2021 y 416 de 2022, el cual tiene como fin “la reducción de la morbilidad grave y la mortalidad específica por COVID-19, disminuir la incidencia de casos graves, proteger a la población con alta exposición al virus y aportar a la reducción de la transmisión del SARS-CoV-2 en la población general con el propósito de contribuir al control de la epidemia en el país”.

Así mismo, el MSPS emitió el Decreto 655 de 2022, por el cual se brindan instrucciones en el marco de la emergencia sanitaria por COVID19, y el mantenimiento del orden público, se decreta el aislamiento selectivo y la reactivación económica responsable y segura. Resolución 692 de 2022, se adopta el protocolo general de bioseguridad. Resolución 1238 de 2022, se dictan medidas de promoción, prevención y conservación de la salud para infecciones respiratorias, incluido el COVID 19. La circular 052 de 2022 dicta medidas para el fortalecimiento de las acciones de atención integral y control de IRA y COVIS 19

De igual forma, a partir de la emisión de la circular 044 de 2013, en la cual se define los lineamientos para la implementación, operación y sostenimiento del sistema de información

PAI, se emite también la circular 007 de 2022, la cual define aspectos para la gestión de usuarios, seguridad de la información del aplicativo PAIWEB y denuncias de presuntos delitos durante el proceso de vacunación, entre otros. A la fecha se ha emitido lineamientos técnicos por el MSPS en el marco de la pandemia, así como de gestión y administración del PAI en el marco de la pandemia 2022 Y 2013.

La gestión y administración del PAI (2,3 y11), según lo previsto en la Constitución Política (Artículo 49), el MSPS, ejerce la rectoría del sector y la responsabilidad de fijar las políticas públicas nacionales para orientar la acción sectorial en salud y garantizar la concreción de este servicio público, en virtud de sus competencias y responsabilidades dadas por un conjunto de normas, entre las cuales se encuentran: la Ley 715 de 2001, para la planeación y Gestión Territorial Integral de la Salud Pública (GTISP), la Ley 10 de 1990 (Congreso de la República de Colombia, 1990), por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones. La Ley 60 de 1993 (Congreso de la República de Colombia, 1993), por la cual se dictan normas orgánicas sobre la distribución de competencias de conformidad con los artículos 151 y 288 y se distribuyen recursos según los artículos 356 y 357 de la Constitución Política, se inicia el fortalecimiento y la descentralización del servicio público en salud, así como el empoderamiento de las entidades territoriales y la Nación.

Así entonces, la inclusión del PAI en las políticas, planes y territoriales y su respectiva ejecución, están orientadas, de acuerdo con la Ley 152 de 1994 (Congreso de la República de Colombia) "por la cual se establece la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo". La Ley 1955 de 2019. – Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 "Pacto por Colombia, pacto por la equidad", modifica el art 47 de la Ley 715 de 2001 y el Decreto 268 de 2020, y reglamenta los criterios, procedimientos, variables de distribución, asignación y uso de recurso de participación de salud y obliga a las ET el cumplimiento del refuerzo de triple viral.

En la actualidad, se cuenta con las bases del Plan Nacional de Desarrollo 2022- 2026 (Colombia potencia Mundial de la Vida), el cual integra las políticas, estrategias y programas que son de interés mutuo y le dan coherencia a las acciones gubernamentales, tanto del nivel nacional como territorial y cuyo objetivo más importante es, "el de fortalecer la democracia; asegurar que todas las personas puedan ejercer sus derechos desde la oportunidad de participar en el diseño, ejecución, evaluación y cambio de las decisiones que harán sabrosa su existencia".

Este será la Ruta en donde el modelo preventivo, enmarcado en el eje de Seguridad humana y justicia social, se desarrollará.

Igualmente, el MSPS (11), a través de la Ley 715 de 2001, establece la obligatoriedad de la Nación y de las entidades territoriales para priorizar, a partir de la situación de salud en el territorio, las acciones, y elaborar un PIC, el cual actualmente se encuentra reglamentado en la Resolución 518 de 2015, la cual establece disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública. Es importante mencionar que, en el marco normativo establecido para la implementación y adopción del PDSP, el MSPS adoptó la estrategia PASE a la Equidad en Salud a través de la Resolución 1536 de 2015, la cual establece disposiciones para el proceso de Planeación Integral para la Salud a cargo de las ET del nivel departamental, distrital y municipal como de las instituciones del Gobierno Nacional, lo cual permite la formulación integral del Plan Territorial de Salud (PTS) y articular a los actores sectoriales, otros sectores y comunitarios en función del mejoramiento de la salud de la población, bajo un marco de fortalecimiento de la gestión de la autoridad sanitaria territorial, siendo una herramienta fundamental para la formulación del PAI Territorial.

Así entonces, el PAI, liderado por el MSPS, en el marco de sus competencias, cuenta con un marco normativo y legal nacional e internacional que respalda el mandato constitucional del derecho a la salud y la gestión sobre los DSS, fortalecido, en el modelo de salud “Preventivo y Predictivo”, en construcción, donde resulta fundamental el posicionamiento y fortalecimiento de las acciones de prevención y protección específica, particularmente en lo relacionado con las estrategias de inmunizaciones, otorgándole el lugar privilegiado en el marco de la APS y como estrategia fundamental para un ambiente sano y fortalecimiento de la salud pública. Igualmente, varias de las políticas y normativas, vigentes hoy como referentes de la política de atención en salud tanto individual como colectivas, requieren ser revisadas, ajustadas y reglamentadas, para que garanticen el funcionamiento y operación del PAI en el modelo, su coordinación, seguimiento, evaluación y financiamiento.

ANEXO NO. 2: CATEGORÍAS DEL ENFOQUE DE DIVERSIDAD

A continuación, se describe los siguientes diferenciales como categorías de la diversidad que deben aplicarse en todo momento y que orientan el abordaje de los sujetos de derecho y la cualificación de sus acciones, según MSPS (3).

Curso de Vida

El curso de vida se estructura a partir de varios conceptos, principios y alcances que se relacionan con el conjunto de trayectorias que tiene un sujeto y su familia de acuerdo con los roles que desarrolla a lo largo de la vida, las transiciones y momentos significativos; por las expectativas sociales referentes a la edad, por condiciones históricas y culturales específicas, así como por acontecimientos individuales únicos. Integra una mirada longitudinal sobre la vida y sus transformaciones a lo largo del curso vital. Trasciende un enfoque evolutivo (etapas) hacia un enfoque donde las interacciones marcan las diferencias, los proyectos de vida y logros en términos de realización humana, disfrute de derechos y despliegue de capacidades, libertades, procesos biológicos, comportamentales y psicosociales, para producir condiciones y/o situaciones que deben abordarse con acciones anticipatorias en salud pública. (3).

En coherencia con lo anterior, al analizar los momentos vitales, se trasciende la idea de la edad como único criterio explicativo para identificar procesos de salud / enfermedad y desarrollo. La edad, es considerada una construcción social e histórica, más que cronológica, al interactuar con los roles sociales, marcando trayectorias y cursos de vida diferentes para los sujetos, de acuerdo con la cultura, historia y contexto social, político y económico de cada persona. Así entonces, el marco de articulación del PAI con el modelo, esta categoría es muy importante, dado que, en su relación con los derechos humanos, propende por desplegar medidas promocionales, de prevención y protección específica a través de la inmunización de forma oportuna y accesible que afecte positivamente la salud y las trayectorias de los sujetos de manera diferencial.

Género

El género, es una categoría de análisis que permite tener una comprensión integral de la sociedad, la política, la economía, la historia, entre otras y visibiliza las relaciones de poder existentes en diferentes espacios, tanto públicos como privados. Es una forma de ordenamiento de las relaciones humanas que históricamente ha producido violencias, desigualdades y discriminaciones, principalmente para las mujeres.

Específicamente en el modelo de salud preventivo y predictivo, el género ha sido incluido como uno de los DSS, el cual crea desigualdades e inequidades sanitarias, agravado por la influencia de otros, como la posición socioeconómica, la edad o la etnia, OMS (2). Este enfoque, en la articulación del PAI al modelo, implica establecer denominaciones inclusivas en sus esquemas, mejorar el análisis sobre la salud de la población y la producción de datos desagregados por sexo, identidad de género y orientación sexual; diseñar intervenciones basadas en la evidencia respecto a la influencia del género en la salud; monitorear y evaluar el impacto de las intervenciones en materia de equidad de género; entre otras. Implica, el fortalecimiento de la autonomía, empoderamiento, toma de decisiones y participación orientada a la igualdad de género; la protección basada en acciones afirmativas que prevengan atienda y superen las discriminaciones, exclusiones y violencias en los entornos de vida de acuerdo con su identidad, expresión de género y orientación sexual.

Es importante tener en cuenta que, el género se articula con otras categorías como: edad, etnia, orientación sexual, discapacidad, y situaciones como por ejemplo el desplazamiento forzado, el conflicto armado o la situación migratoria, entre otras. Por lo tanto, se reconoce la diversidad y heterogeneidad de las mujeres y de los hombres, propuesta que se relaciona con el concepto de equidad de género, puesto implica el reconocimiento y valoración de dicha diversidad. Es decir, el género se refiere no solo a las relaciones y desigualdades entre hombres y mujeres (intergénero), sino también a las intra-género (3). Así entonces, el enfoque de género establece consideraciones específicas en salud pública, lo que significa que los derechos, responsabilidades y oportunidades en salud, dependen de la construcción social del sexo, el género y la orientación sexual. Los cuales establecen diferenciales que deben ser protegido, de toda forma de violencia, discriminación, segregación y cualquier manifestación desigualdad.

Étnico:

Deriva del respeto a la diversidad étnica y cultural, se relaciona con el conocimiento y reconocimiento de las identidades diferenciadas, individuales y colectivas, las cosmovisiones, usos, costumbres y tradiciones de las comunidades y grupos étnicos, propendiendo por la adopción de acciones afirmativas de acuerdo con los derechos colectivos y sus necesidades de inclusión social, cultural, política, económica y de desarrollo humano (3).

El abordaje étnico, se basa en las dinámicas propias de los pueblos y comunidades, sus posibilidades y potenciales de autodesarrollo, y sus cosmovisiones que dan sustento a lógicas y conocimientos diversos, visibles en fenómeno social y cultural identitarios y colectivos. Esto significa, comprender las identidades étnicas y las diferencias culturales como algo que debe ser valorizado a la luz del reconocimiento del carácter multi étnico y pluricultural de las sociedades, abandonando así el paradigma negador y homogeneizador predominante. La interacción entre culturas configura la interculturalidad, que va más allá de un simple contacto, expresando variados intercambios, establecidos en términos equitativos, en condiciones de igualdad. (3)

Así entonces, el marco de integración PAI, debe considerar los derechos propios y colectivos de los grupos étnicos reconocidos en Colombia y sobre esta, el alcance de la acción en salud pública en marcos de protección y respeto de lo propio; y en la promoción de potencialidades interculturales derivadas de las interacciones inevitables entre las cosmovisiones étnicas y las diversidades culturales de los demás grupos poblacionales.

Interseccionalidad

La interseccionalidad, es considerada como la interacción entre dos o más factores sociales que definen a una persona. Existen diferenciales como: el género, la etnia, la raza, la ubicación geográfica, o incluso la edad, los cuales no afectan a una persona de forma separada, sino que, estos se combinan de distintas formas, generando desigualdades (o ventajas) diversas (3).

Esta categoría, debe superar el análisis unidimensional, ya que se ha identificado y analizado varios aspectos que acumulan vulneraciones derivadas de diferenciales que deben ser

reconocidos en conjunto, de manera integrada y sumativa en términos de desigualdades. Los fenómenos de discriminación múltiple se producen cuando en una misma persona o grupo de persona se unen dos o más formas de discriminación, lo que les hace sustancialmente más vulnerables a los efectos de esta. Así entonces, en el ámbito de los derechos humanos la expresión más frecuente, es que se presentan “discriminación múltiple”, la cual incluye el curso de vida; mientras que en los círculos académicos se considera “discriminación interseccional” (3).

Con el enfoque de diversidad se debe superar discriminaciones fragmentadas, dado que, en el cotidiano territorial, se encuentra que una persona o grupo de personas enfrente simultáneamente más de un factor de discriminación, lo que muchas veces genera una situación agravada, distinta a cualquier forma de discriminación de un solo tipo, de manera que no reconocer esta realidad sería contrario a la noción de dignidad humana (3).

Así entonces, el enfoque de interseccionalidad como el camino de integración de la diversidad y de acción frente a sus afectaciones acumuladas y potenciadas desde la discriminación, debe estar presente en el marco de integración del PAI con el modelo de salud preventivo y predictivo, dado que permite realizar intervenciones no solo integradas, sino integrales, abordando diversas formas de desigualdad que a menudo operan juntas y se exacerbaban entre sí. Lo anterior, permite abordar diferenciales en contexto, con sus impactos y afectaciones sobre sujetos individuales y colectivos.

Otros tipos

En este marco de integración del PAI, se incluyen otras categorías diferenciales, o las que surjan en el reconocimiento y caracterización territorial, entre las que se mencionan: Discapacidad, los sujetos enfrentan impedimentos, dadas las barreras en sus entornos, que limitan su participación plena y efectiva en la sociedad. Las víctimas del conflicto armado y los migrantes internacionales, sus dinámicas de movilidad, asentamiento, retorno, violencia, entre otros, afectan sus procesos de salud enfermedad y reconfiguran las relaciones de población-territorio. Igualmente, personas privadas de la libertad, habitantes de calle, sectores LGBTI, personas con enfermedades huérfanas y otros existentes o emergentes según condiciones y situaciones particulares que se reconocen y que se encuentran en proceso de consolidación de

su abordaje diferencial, como es el caso de las comunidades rurales, y los desafíos que supone comprender las brechas de inequidad y vulneración de derechos del campesinado colombiano.

(3)

Finalmente, se incluye a las personas mayores, también considerados como sujetos de especial protección según la normatividad vigente, se identifica barreras de acceso del orden geográfico, se suma las frágiles redes de apoyo familiar, comunitaria y social, los paradigmas reduccionistas para las mujeres mayores frente al cuidado familiar, así como se invisibilizan sus precariedades en términos de seguridad social y económica, que se exacerbaban desde sus condiciones de habitante en calle, víctimas del conflicto armado o en proceso de reincorporación, personas con discapacidad y otras variables

ANEXO No. 3: DESCRIPCIÓN DE LOS COMPONENTES MODELO OPERATIVO.

Características

- **Centrado en las necesidades de las personas, familias y comunidades:** como insumo estratégico para la planeación, gestión y prestación de servicios e intervenciones del PAI, respetuoso de la diferencia y autonomía de las culturas. Este permite superar obstáculos derivados de la diversidad, ubicación y normas sociales o culturales.
- **Adaptada al contexto poblacional y territorial:** promueve el acceso equitativo al PAI de manera diferencial, en particular de aquellos sectores con mayor nivel de exclusión, entre micro territorios y dentro de ellos, teniendo en cuenta, la diversidad territorial, regional y socioculturales existentes en el territorio
- **Adscripción poblacional y territorial:** La población adscrita (objeto del PAI), son las personas y familias caracterizada en los micro territorios de salud en los CAPIRS públicos o privados y los EMIT: Equipos Básicos en Salud (EBS) y complementarios en salud, quienes desarrollan acciones e intervenciones de inmunización, individuales o colectivas tanto intramurales como extramurales; así como de coordinación y gestión con otros sectores y comunidades.
- **Es sensible a las cuestiones de género:** como lo plantea la AI2030 “no solo se centra en la cobertura equitativa de niñas y niños”, sino que conoce y aborda los obstáculos directos e indirectos para acceder a los servicios de inmunización, incluidos los relacionados con el género, de los cuidadores y los profesionales sanitarios, iniciando por un lenguaje inclusivo.
- **Promueve el mejoramiento de metas y resultados de abajo para arriba:** fija metas de coberturas de vacunación diferenciales en los micro territorios que representen el contexto local y definidas en el plan integral de cuidado primario (PICP), con rendición de cuentas y monitoreo sistemático de su cumplimiento.
- **Planificación, gestión y seguimiento basado en alianzas:** el PAI, armoniza y coordina sus acciones con sectores ajenos a la inmunización para beneficio mutuo y fomenta ambientes protectores. Esto mejora la eficiencia y la complementariedad.
- **Toma de decisiones basada en datos:** el monitoreo del PAI utiliza fuentes, datos y sistemas de información adecuados, los cuales deben articularse al sistema de información del modelo, que permita el seguimiento a objetivos y metas en los micro territorios, mejorar el desempeño y toma de decisiones en cada nivel de operación.

Ordenadores de las intervenciones

▪ **Curso de vida**

El marco de integración del PAI reconoce los diferentes momentos del continuo de la vida, el enfoque de diversidad que trasciende el sexo y en especial los grupos de población a los que va dirigido prioritariamente, en un lenguaje más inclusivo en la denominación de los esquemas de vacunación en el país, según recomendación de la AI2030 (1) así:

- Primera infancia: infantes desde su gestación hasta los 5 años de vida.
- Infancia: infantes entre los 6 y los 11 años.
- Adolescencia: adolescentes que cursa entre los 12 y 17 años
- Juventud: juventudes que cursa entre los 18 y 28 años.
- Adulthood: adultos entre 29 y 59 años.
- Vejez: adultos de sesenta (60) y más años

Es importante mencionar que, dentro de esta clasificación, los esquemas de vacunación incluyen grupos de interés como: a) Mujeres gestantes. b) Mujeres en edad fértil (10 a 49 años). c) población general susceptible de fiebre amarilla residente o viajera en áreas geográficas de riesgo. d) niñas a partir de los 9 años. e) Población adulta mayor de 60 años. f) personas con patologías autoinmunes, a los cuales se les debe aplicar el enfoque de diversidad e interseccionalidad (3).

▪ **Grupo de riesgo con enfoque diferencial**

El grupo de riesgo es definido como: “un conjunto de personas con condiciones comunes de exposición y vulnerabilidad a ciertos eventos que comparten la historia natural de la enfermedad, factores de riesgo relacionados, desenlaces clínicos y formas o estrategias eficientes de entrega de servicios” (20). Así entonces, para el PAI, se propone conformar grupos sociales de riesgo que incluye: enfermedades de alta frecuencia y cronicidad, condiciones especiales de vulnerabilidad social y territorial, entre otros, que, en el marco de la organización territorial en salud, se definan como de alto interés por su aporte en la disminución de desigualdades.

Teniendo en cuenta el enfoque de los DSS, el marco de articulación del PAI, resulta importante, a partir de la caracterización población del micro- territorio, para la conformación de Grupos de riesgo que precise y priorice la inmunización para población con condiciones de salud, sociales, culturales, económicas y territoriales diferenciales, ya que permite, definir estrategias de respuestas priorizadas a través de los EBS acorde a las necesidades de esas poblaciones, articuladas a los Planes integrales de cuidado primario en los micro territorios.

Para el PAI, es fundamental lograr organizar una respuesta social y de salud coherente, en el marco de las RISS, que permita el seguimiento nominal de manera diferencial, a partir de la caracterización poblacional del micro territorio, adicional al cumplimiento del esquema de inmunización a suministrar, deben definir e identificar alertas tempranas y críticas, a partir de variables relacionadas con: diversidad, condiciones de salud individual o familiar, condiciones sociales o de especial protección, condiciones territoriales (urbano, rural – rural disperso) y aquellas consideradas como factores de riesgo colectivo o poblacional. A partir de este, se organizan y priorizan las intervenciones del PAI de la población adscrita al CAPIRS, a través de los PIC operados por los EMIT, EBS y complementarios en los micro territorios y entornos de vida.

- **Tipos de intervenciones**

En el PAI, la acciones intencionadas y efectivas están encaminadas a: promoción de la salud, detección temprana, protección específica, diagnóstico y educación para la salud, dirigidas a las personas, familias y comunidades y son de tres tipos: individuales, colectivas y poblacionales (14).

- **Individuales:** aquellas dirigidas al individuo financiadas con recursos de la UPC a cargo de las EPS (R. 2808 de 2022) los cuales son gratuitos y deben ser programados y suministrados dentro del territorio por las RISS a partir de la información de la caracterización generada durante la adscripción al CAPS.

Los servicios con cargo de las EPS y financiados por la UPC e incluidos en el POS son:

- **Promoción de la salud:** Información, educación y comunicación a todos los grupos de edad y género, con el fin de fomentar factores protectores, estilos de vida y control de enfermedades.
 - **Protección específica y detección temprana:** incluye la aplicación de biológico definidos en PAI y servicios detección temprana, según las normas técnicas vigentes, incluyendo la identificación y canalización de las personas de toda edad y género.
 - **Prevención de la Enfermedad:** identificación, atención de EISP y reporte al SIVIGILA; manejo de las enfermedades inmunoprevenibles y eventos adversos supuestamente atribuidos a la vacunación e inmunización (ESAVI) (consulta, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en los diferentes niveles de atención en salud). Igualmente, en la prevención primaria, secundaria y terciaria de eventos transmisibles.
-
- **Colectivos:** realizan identificación y gestión del riesgo. Aporta en promoción de la salud: canalización y apoyo para el desarrollo de jornadas nacionales de vacunación; fortalecimiento de la red de frío; monitoreo rápido de coberturas entre otros. Igualmente, en la prevención primaria, secundaria y terciaria de eventos transmisibles. Gestión y cooperación en el territorio para mejorar las coberturas a través de los EBS del PIC. Según MSPS (15), están dirigidas a toda la población de forma gratuita a cargo de la ET – PIC.
 - **Poblacionales:** “son de carácter estructural que requiere la acción intersectorial para su desarrollo, dirigidas a la población en su conjunto para la modificación de contextos, y condiciones sociales, económicas, culturales o ambientales, como potenciadores de la salud, el bienestar, desarrollo humano, y que favorezcan elecciones saludables a los ciudadanos” (15). Ejecutados a través del PIC, realiza promoción de la salud a través de procesos de información en salud, educación y comunicación; conformación redes sociales y comunitarias. Análisis de situación en salud. Información, comunicación y educación en factores protectores e identificación de riesgo en salud.
-
- **Modalidad de atención**

Hace referencia al lugar donde las personas, familias y comunidades recibirán las atención o intervenciones, entre ellas, la inmunización, lo cual depende de las características y de las tecnologías disponibles y apropiadas a la realidad de cada territorio por parte del PAI. En este se incluye las estrategias y tácticas definidas en el manual técnico del MSPS (10)

- **Intramurales:** el servicio de inmunización se brinda dentro de la unidad de salud habilitada.
 - **Extramurales:** se ofrece a la población en espacios no destinados a salud o espacios de salud de áreas de difícil acceso que no cuentan con servicios de salud habilitados. Estos son acondicionados temporalmente para el desarrollo de las actividades del PAI y las IPS deben contar con un domicilio que permite su ubicación por parte de los usuarios y la ETS.
 - **Atención Domiciliaria:** todo un conjunto de recursos dirigidos a prestar servicios de apoyo y cuidados en el domicilio a personas y familias cuando, por cualquier circunstancia, dejan de ser autónomos para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria (normalmente son personas ancianas, discapacitadas, entre otras).
 - **Atención en establecimientos móviles:** Forman parte de una estrategia de prestación ambulatoria de servicios de salud, mantienen la presencia en el terreno, sin embargo, solo se la utiliza como último recurso para las poblaciones que no tienen acceso a un sistema sanitario o a poblaciones que han sufrido desastres naturales.
- **Niveles territoriales.**

Según MSPS (9, 10), el PAI acoge la organización política y administrativa del modelo, la cual define los niveles departamentales, municipales y distritales, en el ordenamiento funcional y territorial del Estado y sus diferenciales, en especial en los siguientes niveles:

- **Municipio:** es la unidad político-administrativa a nivel funcional y estructural del ordenamiento territorial del Estado. En él se distingue zonas urbanas con sus barrios y zonas rurales organizadas en corregimientos y veredas. Se incluye: los pueblos indígenas (resguardos), los pueblos afrocolombianos (concejos comunitarios) y en las zonas campesinas, aquellas que se acuerden con sus asociaciones y organizaciones.
- **Territorios de salud:** conformado por un rango variable de entre 3 a 10 micro - territorios dependiendo del nivel de dispersión geográfica y la densidad poblacional. Este nivel es el espacio de intervención permanente, sistemática e integrada de los EBS territoriales para la ejecución de las acciones de inmunización intra y extramurales. Incluye los entornos de vida cotidiana para la vacunación.
- **Micro territorios de salud:** conformado por un promedio de 400 a 500 hogares; ajustable según dispersión poblacional a mínimo 30 o 60 familias en zonas altamente dispersas.

Incluye tanto a los hogares, como las dinámicas comunitarias, ambientales e institucionales del nivel territorial. Está a cargo de un auxiliar de enfermería, se propone que el perfil de promotor pueda ayudar entre otras, en la implementación y seguimiento de los planes de inmunización.

▪ **Entornos**

Definidos por el MSPS (14), como: "escenarios de vida cotidiana en los cuales los sujetos se desarrollan, donde constituyen su vida subjetiva, construyen vínculos y relaciones con la vida social, histórica, cultural y política de la sociedad a la que pertenecen". Estos, como espacios para la gestión y administración del PAI, se incluyen como ordenadores del marco de articulación, de importancia en el despliegue de acciones e intervenciones colectivas y poblacionales por los EBS a cargo del PIC y descritos en los lineamientos para la operación de equipos básicos (9) así:

- **Entorno Hogar:** comprende los hogares caracterizados en los micro- territorios.
- **Entorno educativo:** comunidad educativa constituida por estudiantes, padres de familia, directivos, educadores y personal administrativo de los diferentes escenarios.
- **Entorno laboral:** comprende los escenarios laborales formales, e informales. Pero se realiza énfasis en el informal.
- **Entorno comunitario:** se compone de espacios abiertos, de libre acceso (plazas, parques, vías entre otros) y de espacio, ubicados en infraestructura a los cuales la comunidad atribuye valor político, histórico, cultural y/o sagrado (bibliotecas, ludotecas, casa de cultura, museos, teatros, templos, malocas, estadios, entre otros).
- **Entorno institucional:** espacios intramurales de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (públicas y privadas), Instituciones de servicios sociales de protección integral, establecimientos con población privada de la libertad, batallones, entre otros.