
	MINISTERIO DE SALUD DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD SUBDIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA Y LABORATORIO NACIONAL DE REFERENCIA		INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
SIVIGILA				
<i>Sistema de Vigilancia en Salud Pública</i>				
Boletín Epidemiológico Semanal				
<i>Semana Epidemiológica No.45</i>			<i>Noviembre 3 a 9 de 2002</i>	

COBERTURAS DE VACUNACION POR MUNICIPIO. COLOMBIA ENERO – SEPTIEMBRE DE 2002	1
¿QUE PASÓ ESTA SEMANA?	6
Jornada de Vacunación “DIA DE PONERSE AL DIA”	6

COBERTURAS DE VACUNACION POR MUNICIPIO. COLOMBIA ENERO – SEPTIEMBRE DE 2002

La inmunización activa o vacunación, es una acción de salud pública de gran impacto debido a que previene en unos casos la infección y la subsecuente enfermedad infecciosa que de ella se deriva y en otros casos la enfermedad y la muerte de gran número de personas.

El objetivo inmediato de la inmunización, es el de prevenir la enfermedad a nivel mundial y colectivo con una meta final que es la erradicación de la enfermedad o de no ser posible dicha erradicación, lograr su control. Es por esto que desde el año 1974, cuando fue implementado el Programa Ampliado de Inmunizaciones en Colombia, hemos sido un país pionero en las actividades de inmunización, llegando a ubicarnos en la década de los noventa en toda Latinoamérica como uno de los países con coberturas de vacunación útiles (superiores al 90%). A partir de 1997, se empezó a observar un deterioro progresivo en las coberturas de vacunación, llegando a niveles críticos en 1999 y, para octubre de 2000, este problema no muestra algún tipo de mejoría a pesar del compromiso manifiesto asumido por el país para este año.

Para el año 2002 el panorama no es muy alentador, debido a la epidemia de sarampión iniciada en el mes de febrero en el país, epidemia que ha llevado a direccionar todos los esfuerzos y recursos desde el nivel nacional, departamental y local, para cumplir con los compromisos internacionales. Esta situación ha generado el debilitamiento del programa regular en la mayoría de departamentos del país, hecho que se refleja en las coberturas logradas hasta septiembre en todos los municipios.

Para el análisis de las coberturas a la fecha de este informe, los estratos de cumplimiento se han considerado como se presenta en la Tabla 1.

Tabla 1. Estratos de cumplimiento al mes de Septiembre. INS - 2002

ESTRATO	A SEPTIEMBRE	A DICIEMBRE
---------	--------------	-------------

1. UTILES	MAYORES DEL 75%	MAYORES DEL 95%
2. CRITICAS	ENTRE 74 % - 60%	ENTRE 94 % - 80%
3. MUJ CRITICAS	ENTRE 59% - 30%	ENTRE 79% - 50%
4. EN RIESGO	MENORES DEL 30%	MENORES DEL 50%

En las tablas 1 y 2 se observa el número de municipios por estos estratos para cada uno de los biológicos.

Hasta el mes de septiembre Colombia presenta unas coberturas por debajo del 60% con todos los biológicos en mas del 50% de sus municipios, situación que llevó al Programa Ampliado de Inmunizaciones a tomar la decisión de llevar a cabo dos jornadas de vacunación durante los meses de octubre y noviembre con el objetivo de lograr coberturas útiles en todos los municipios al finalizar el año. En el año 2002 (de acuerdo con la información disponible hasta septiembre), se proyecta un descenso en las coberturas de vacunación respecto al 2001, así como en el porcentaje de municipios que alcanzarán coberturas útiles (gráfico 1; tabla 1 y 2).

Tabla 1. Porcentaje de municipios con coberturas útiles de vacunación para Polio, DPT y BCG. Colombia, Enero - Septiembre de 2002

ESTRATO	POLIO		DPT		BCG	
	NUMERO DE MUNICIPIOS	%	NUMERO DE MUNICIPIOS	%	NUMERO DE MUNICIPIOS	%
> 94	158	14.4	131	11.9	149	13.6
94-80	243	22.1	207	18.9	204	18.6
79-50	567	51.5	565	51.5	548	50.0
< 50	132	12	195	17.8	194	17.7
TOTAL	1100		1098		1095	

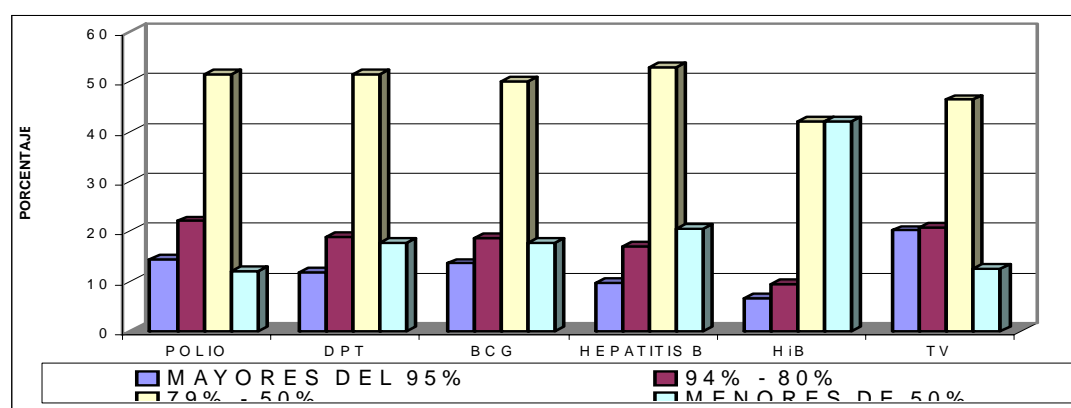
FUENTE: PAISOFT - INS

Tabla 2. Porcentaje de municipios con coberturas útiles de vacunación para Hepatitis B, HiB y Triple Viral. Colombia, Enero - Septiembre de 2002

ESTRATO	HEPATIS B		HiB		TRIPLE VIRAL	
	NUMERO DE MUNICIPIOS	%	NUMERO DE MUNICIPIOS	%	NUMERO DE MUNICIPIOS	%
> 94	107	9.7	72	6.6	222	20.2
94-80	187	17.0	102	9.4	229	20.8
79-50	581	52.8	458	42.0	511	46.4
< 50	225	20.5	458	42.0	139	12.6
TOTAL	1100		1090		1101	

FUENTE: PAISOFT - INS

Grafico1. Porcentaje de municipios por estratos con todos los biológicos, Colombia septiembre de 2002



FUENTE: PAISOFT – INS

La población de niños menores de 1 año que vive en los municipios con coberturas inferiores a 95% es significativamente mayor a la que reside en municipios con coberturas útiles (Tabla 3), concentrándose entre 50% y 65% de la población en municipios con coberturas entre 79% y 50%.

Tabla 3. Porcentaje de niños que viven en municipios con coberturas útiles por cada uno de los biológicos. Colombia, Enero - Septiembre de 2002.

Estrato	Polio		DPT		BCG		Hepatitis B		Hib		Triple Viral	
	N	%	n	%	N	%	N	%	n	%	n	%
> 94	78.965	8.1	59.209	6.0	140.751	14.5	54.100	5.5	36.318	3.7	236.749	24.7
94-80	301.224	30.9	232.805	23.8	318.380	32.7	193.377	19.8	60.590	6.2	172.619	18.0
79-50	540.648	55.5	597.158	61.3	438.759	45.0	637.283	65.4	618.298	63.4	488.380	50.9
< 50	53.911	5.5	85.576	8.9	76.858	7.8	89.988	9.3	259.542	26.7	60.821	6.4

FUENTE: PAISOFT - INS

Este comportamiento es explicado principalmente por las siguientes razones:

1. La estrategia de contención contra Sarampión iniciada en el mes de febrero logró controlar efectivamente la epidemia, pero llevó a direccionar los esfuerzos y recursos del nivel nacional, departamental y local hacia este evento, afectando el programa regular.

Desde junio de 2002, las proyecciones para Colombia mostraban coberturas muy bajas y solo un escaso porcentaje de municipios con tendencia a lograr coberturas útiles. Por esta razón, se decidió realizar las dos jornadas de vacunación en octubre y noviembre, con el objetivo de educar a madres y cuidadores en la responsabilidad que tienen sobre la vacunación de los niños y poner al día los esquemas de inmunización del programa regular, estrategia que recibió el nombre "Día de Ponerse al Día".

2. Dificultad para la importación o adquisición de vacunas por:
 - a) Falta de registro sanitario de algunos biológicos que cuentan con garantía de la calidad de OMS/OPS, que en el año 2001 y principios del 2002 afectó principalmente las vacunas DPT y BCG, siendo necesario recurrir al préstamo de 600.000 dosis de DPT a Ecuador y tramitar de forma urgente en el Instituto

Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), el registro sanitario de esta vacuna.

El Ministerio de Salud estudia desde finales del año 2001 la modificación del decreto 677/95, con el fin de garantizar la importación oportuna y calidad de las vacunas del PAI y de otros medicamentos huérfanos.

- b) A pesar del incremento significativo de recursos para el PAI, estos fueron insuficientes para la compra de las dosis necesarias de vacuna contra *Haemophilus influenzae*, siendo la fuente principal de adquisición la donación de 582.000 dosis por la fundación HOPE (36% de las dosis disponibles en el país en el año 2001).

La introducción de las vacunas combinadas polivalentes y la asignación de recursos económicos suficientes, evitarán en el próximo año este tipo de inconvenientes.

3. Oportunidades perdidas de vacunación:

a) Limitación en la oferta del servicio:

- *Compromiso político local:* a pesar del gran compromiso político nacional en los últimos dos años, éste comportamiento no se ha extendido en igual magnitud a la totalidad de los departamentos y municipios, ocasionando en el nivel local inoportuna asignación del presupuesto, alta rotación del recurso humano capacitado con experiencia en PAI, dificultades para el apoyo logístico de las actividades del programa, entre otros inconvenientes.

La administración anterior tomó decisiones tendientes a mejorar el PAI; el liderazgo del nuevo Gobierno, que ha designado el programa como una de sus prioridades, ofrece garantía para lograr el compromiso político local.

- *Coordinación y articulación entre el sector público, EPS y ARS:* la participación y responsabilidad de diferentes actores en la vacunación, así como la inadecuada articulación y coordinación entre ellos, ha llevado al cobro en la aplicación de las vacunas y rechazo de la prestación del servicio de acuerdo a la afiliación.

Al igual que en punto anterior, el liderazgo de un nuevo Gobierno comprometido con el PAI, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y la salud pública, garantiza el direccionamiento de los esfuerzos para lograr horarios adecuados de vacunación sin cobro por afiliación, acceso libre de los niños a todos los servicios de vacunación independiente de la afiliación al sistema de seguridad social y reactivación de las estrategias de canalización, con el fin logra una “*Vacunación sin barreras, como compromiso de todos*”, según se ha establecido.

b) Limitación en la demanda:

- *Estrategia de comunicación “Todos los días son días de vacunación”*: durante los últimos años la comunicación social y participación comunitaria fue utilizada solamente de forma esporádica en las jornadas nacionales de vacunación, sin fortalecimiento del programa regular.

Con el fin de disminuir las oportunidades perdidas de vacunación, el equipo de comunicadores trabaja en la educación de madres y cuidadores sobre el derecho y deber que tienen en la adquisición y seguimiento del esquema de vacunación de sus hijos.

c) Acceso y cobertura de la población altamente vulnerable:

- *Coordinación interagencial e intersectorial a nivel local*: en un país con las complejidades del nuestro, es esencial el compromiso y trabajo conjunto de diferentes sectores y organizaciones internacionales y nacionales (comunidad, ONG's, agencias, redes e iglesias), con el fin de lograr potencializar las acciones del programa, lograr la movilización de recursos humanos y financieros y optimizar los recursos.

Si bien a nivel nacional se ha logrado con éxito contar con el apoyo de diferentes instituciones y organismos nacionales e internacionales, es necesario continuar los esfuerzos para replicar a nivel local esta experiencia.

- *Horarios de vacunación*: la responsabilidad de múltiples actores encargados de la vacunación ha llevado en algunas ocasiones a limitación de los horarios de vacunación por razones administrativas o sobrecarga de actividades del recurso humano.

La implementación de una estrategia de mercadeo social y rendición de cuentas, así como la unificación y ubicación de identificadores en todos los puestos de vacunación, favorecerá el óptimo funcionamiento del programa.

- *Recurso humano y económico*: la descentralización y prácticas políticas inadecuadas han llevado a la pérdida del recurso humano capacitado y en otras ocasiones a sobrecarga de funciones del personal de departamentos y municipios, impidiendo el adecuado funcionamiento del programa.

Para esto se requiere asegurar la estabilidad, cantidad y calidad del recurso humano del PAI, mediante la continuación del liderazgo y compromiso político que ha tenido el programa en los últimos 18 meses.

- *Lograr acceso a áreas de conflicto*: a pesar de contar en el último año con el compromiso, dedicación y esfuerzo del Comité Internacional de la Cruz Roja para llevar la vacunación a las áreas de difícil acceso por el conflicto armado, el gran número de municipios afectados hacen necesaria la participación de otras organizaciones como ONG's, con el fin de lograr el impacto deseado.

- *Mercadeo social:* con el fin de lograr equidad y universalidad en la vacunación, es necesario estimular un movimiento social alrededor del tema (empoderamiento de la comunidad), desarrollando estrategias de mercadeo social, alianzas público - privadas y favoreciendo mecanismos de rendición de cuentas, que permitan el acceso de todos los niños del país a la vacunación, independiente de la afiliación, capacidad adquisitiva de la familia o sitio de residencia.

¿QUE PASÓ ESTA SEMANA?

Jornada de Vacunación “DIA DE PONERSE AL DIA”

Se han adelantado las acciones pertinentes de recolección de información relacionada con los logros de la Jornada del 27 de Octubre, habiéndose observado resultados favorables por parte de la población al acudir de forma masiva a los puestos de vacunación para dar cumplimiento al derecho de los niños de mantenerse con bajos riesgos de presentar enfermedades inmunoprevenibles.

SIVIGILA. NOTIFICACION SEMANAL DE EVENTOS SUJETOS A VIGILANCIA.

Direcciones Territoriales de Salud que no notificaron a tiempo esta semana:

ANTIOQUÍA, ATLÁNTICO Y CHOCO.

El porcentaje de cumplimiento en la notificación de las unidades notificadoras locales fue del 80.6%.

La notificación es obligatoria y debe realizarse a más tardar hasta las 6 p.m. del día miércoles de cada semana.

Publicado en Web por la Organización Panamericana de la Salud – Representación en Colombia. Encontrará otros boletines en <http://www.col.ops-oms.org/sivigila>