

Financiamiento e Impacto de la Reforma en el Plan Ampliado de Inmunizaciones en Colombia

Enero de 2000

Preparado por:

Daniel Maceira, Ph.D.
Partnerships for Health Reform, CEDES

Socorro Muñoz Nates
Organización Panamericana de Salud

Angela Roa de Gómez
Organización Panamericana de Salud



Partnerships
for Health
Reform

PHR



Abt Associates Inc. ■ 4800 Montgomery Lane, Suite 600
Bethesda, Maryland 20814 ■ Tel: 301/913-0500 ■ Fax: 301/652-3916

En colaboración con:

Development Associates, Inc. ■ Harvard School of Public Health ■
Howard University International Affairs Center ■ University Research Co., LLC



Financiado por:
U.S. Agency for International Development



Partnerships
for Health
Reform

Misión

El Proyecto Colaboración para la Reforma en Salud (Partnerships for Health Reform, PHR) se dedica a mejorar la salud de la población en países de bajos ingresos y medios, apoyando reformas del sector salud que garanticen acceso equitativo a servicios de salud eficientes, sostenibles y de calidad. PHR promueve un enfoque integrado para la reforma del sector salud y desarrolla habilidades locales en las siguientes áreas claves:

- > *Promover el diálogo y la participación en la formulación de las políticas de reforma en el sector salud;*
- > *Desarrollar sistemas financieros equitativos y viables;*
- > *Mejorar la organización y gestión de los sistemas de salud;*
- > *Desarrollar incentivos para promover servicios de atención médica eficaces y con calidad.*

PHR avanza en el conocimiento y las metodologías para desarrollar, implementar y vigilar las reformas del sector salud y su impacto, e informa y coordina el intercambio de conocimientos sobre cuestiones vitales de la reforma.

Cita Sugerida

Maceira, Daniel, Socorro Muñoz Nates y Angela Roa de Gómez. Enero de 2000. *Financiamiento e Impacto de la Reforma en el Plan Ampliado de Inmunizaciones en Colombia*. Informe sobre Iniciativas Especiales 23. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates Inc.

Para obtener copias adicionales de este informe, comuníquese con el Centro de Información de PHR en el pub_order@phrproject.com o visite nuestro website en www.phrproject.com.

Contrato No.: HRN-C-00-95-00024
Proyecto No. : 936-5974.13

Remitido a: Roberto Emrey, COTR
Health Policy and Sector Reform Division
Office of Health and Nutrition
Center for Population, Health and Nutrition
Bureau for Global Programs, Field Support and Research
United States Agency for International Development

Extracto

En este trabajo se realizan estimaciones de los costos totales del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) y de los costos variables recurrentes para los que se debe encontrar financiamiento cada año. El estudio también provee estimaciones de la participación en el financiamiento total del PAI y sus diferentes fuentes de fondos, tanto en términos del costo total estimado del programa como de los costos específicos para llevar a cabo los servicios de inmunización. Asimismo se analiza la influencia de la reforma del sector salud en el PAI, separando sus efectos de otras variables relevantes, y se consideran los distintos aspectos abarcados por la reforma (descentralización territorial y aseguramiento social), buscando diferenciar la contribución específica de cada componente en el funcionamiento del plan de vacunación.

Indice

Siglas	ix
Agradecimientos.....	xi
Resumen	xiii
1. Introducción.....	1
1.1 Objetivos del Estudio.....	2
1.2 Metodología.....	3
2. Sistema General de Seguridad Social en Salud	7
2.1 Análisis de la Reforma y la Descentralización del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS) en Colombia.....	7
2.2 La Descentralización del SGSSS.....	9
2.3 La Reforma de la Seguridad Social y la Salud Pública	11
2.4 Financiamiento del Sector Salud	12
2.5 Financiamiento de la Promoción y Prevención	13
3. Evaluación de la Situación del PAI a Nivel Nacional en el Período 1994-1998.....	15
3.1 Creación del PAI en Colombia	15
3.2 El Programa Ampliado de Inmunizaciones en el SGSSS	15
3.3 Esquema Único de Vacunación en Colombia.....	16
3.4 Coberturas de Vacunación	16
3.5 Incidencia de las Enfermedades Inmunoprevenibles en el Proceso de Erradicación y Eliminación (1994-1998).....	19
3.6 Indicadores de Vigilancia Epidemiológica	21
3.7 Sistema de Información	22
3.8 Cambios en el PAI Posteriores a la Reforma del SGSSS	22
4. Análisis del Financiamiento del PAI en El Nuevo Sistema (1994-1998).....	25
5. Análisis del Efecto de la Reforma y Descentralización en el PAI a Nivel Departamental y Municipal con Estudio de Casos Específicos	43
5.1 Efectos de la Reforma en el Desarrollo Técnico, la Organización y Funcionamiento del PAI.....	43
5.2 Efectos de la Reforma en el Financiamiento del PAI.....	45
6. Impacto de la Reforma en el Programa Ampliado de Inmunizaciones	47
6.1 La Reforma del Sistema de Salud en Colombia	¡Error! Marcador no definido.
6.2 Definición del Modelo a Estimar	¡Error! Marcador no definido.
6.3 Variables Utilizadas.....	¡Error! Marcador no definido.
6.4 Análisis de Resultados	¡Error! Marcador no definido.
7. Estimaciones de los Costos del PAI para el Período 1999-2003	49

8.	Conclusiones.....	57
8.1	Coberturas y Vigilancia Epidemiológica.....	57
8.2	Proceso de Planeación	57
8.2.1	Programación.....	58
8.2.2	Seguimiento y Control.....	58
8.2.3	Evaluación	59
8.3	Sistema de Información	59
8.4	Administración y Funcionamiento del Programa	59
8.5	Financiamiento del PAI	60
8.6	Reforma del Sector Salud y el PAI.....	60
9.	Recomendaciones	63
9.1	Estandarización del Proceso de Planeación en Todos los Niveles.....	63
9.2	Asesoría y Asistencia Técnica	64
9.3	Diseño y Aplicación del Sistema de Información.....	64
9.4	Gestión y Sostenibilidad Financiera del PAI.....	64
9.5	Necesidad de Otros Estudios	66
	Anexo A. Departamentos, Distritos y Municipales Certificados como Descentralizados	67
	Anexo B. Transferencias del Minsalud a las Entidades Territoriales – PAI	69
	Anexo C. Suministros PAI Enviados por el Ministerio de Salud a las Direcciones Departamentales de Salud	71
	Anexo D. Costos de las Transferencias Financieras y de Suministros del Ministerio de Salud a las Entidades Territoriales.....	75
	Anexo E. Bibliografía.....	79

Lista del Cuadros

Cuadro 1.	Entidades Territoriales: Estudio de casos PAI.....	4
Cuadro 2.	Coberturas de vacunación según estado de la descentralización departamental	18
Cuadro 3.	Tasas de incidencia e indicadores de vigilancia epidemiológica de las enfermedades del PAI	21
Cuadro 4.	Ejecución Presupuestal Ministerio de Salud 1994-1998 (millones de pesos, a precios constantes de 1994).....	27
Cuadro 5.	Presupuesto Ministerio de Salud—PAI (millones de dólares)	29
Cuadro 6.	Cooperación externa PAI/OPS/OMS. Apoyo oficina central y Oficina Colombia, 1994-1998	31

Cuadro 7. Gastos del Ministerio de Salud Programa Ampliado de Inmunizaciones, 1994-1998 (millones de dólares).....	33
Cuadro 8. Gastos PAI con recursos PAB, 1998 (millones de pesos, precios constantes de 1998).....	37
Cuadro 9. Gastos Programa Ampliado de Inmunizaciones con recursos PAB en 1998 (observaciones de los municipios)	39
Cuadro 10. Supuesto de la relación entre el costo de los suministros del PAI, el 10% del situado fiscal asignado al PAB, el 40% de la participación municipal en los ingresos corrientes de la nación asignados a inversión en salud en 1998 (a precios de 1994).....	41
Cuadro 11. Descripción de variables.....	¡Error! Marcador no definido.
Cuadro 12. Impacto de la reforma sobre distintas tasas de inmunización;	¡Error! Marcador no definido.
Cuadro 13. Impacto de la reforma en la vigilancia epidemiológica antipoliomielítica;	¡Error! Marcador no definido.
Cuadro 14. Esquema de vacunación.....	49
Cuadro 15. Índices de inflación.....	50
Cuadro 16. Dosis totales por biológico y población a vacunar, 1999-2003	52
Cuadro 17. Costos según esquema de vacunación, 1999-2003: Escenario 1—Inflación en descenso	52
Cuadro 18. Costos según esquema de vacunación, 1999-2003: Escenario 2—Inflación constante	53
Cuadro 19. Costos según esquema de vacunación, 1999-2003: Escenario 3:—Inflación en ascenso	53
Cuadro 20. Costos totales de los biológicos según departamentos, 1999-2003	54
Cuadro 21. Relación entre el costo de los Biológicos del PAI, el 10% del situado fiscal asignado al PAB, y el 40% de la participación municipal en ICN asignados a inversión en salud, 1999 (a precios de 1999).....	55

Lista de Figuras

Figura 1. Afiliación de la población al SGSSS, 1998	9
Figura 2. Entidades territoriales descentralizadas y no descentralizadas	11
Figura 3. Fuentes de financiamiento de promoción y prevención.....	14

Figura 4. Cobertura de vacunación en menores de 1 año, 1994-1998.....	17
Figura 5. Incidencia sarampión en menores de 5 años y cobertura vacuna AS o TV, 1980-1997 (Tasa por 100.000 habitantes).....	20
Figura 6. Tasa de incidencia y casos notificados de TNN, 1994-1998	20
Figura 7. Fuentes de financiamiento y prestación de las acciones del PAI.....	26
Figura 8. Participación porcentual del PAI en la inversión del Ministerio de Salud, 1994-1998	28
Figura 9. Participación de la cooperación externa en el financiamiento del PAI.....	29
Figura 10. Gastos PAI Ministerio de Salud, 1994-1998.....	34
Figura 11. Transferencias financieras y valor de los suministros enviados por el Ministerio de Salud a las entidades territoriales 1994-1998.....	35
Figura 12. Promedio porcentual del presupuesto PAB asignado al PAI según estado de la descentralización (1998)	36
Figura 13. Condicionantes de cobertura del programa ampliado de inmunizaciones;	Error! Marcador no definido.

Siglas

ARP	Administradora de Riesgos Profesionales
ARS	Administradora del Régimen Subsidiado
ATEP	Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional
BCG	<i>Bacilos Camille-Guerin</i> (Vacuna contra la tuberculosis)
CNSSS	Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DPT	Vacuna contra la difteria, tétanos y tosferina
EPS	Empresa Promotora de Salud
ESE	Empresa Social del Estado
ESES	Empresa Social del Estado Subsidiada
ESS	Empresa Solidaria de Salud
FA	Vacuna contra la fiebre amarilla
FONSAT	Fondo de Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito
FOSYGA	Fondo de Solidaridad y Garantía
Hb	Vacuna contra la hepatitis B
Hib	Vacuna contra la <i>Haemophilus Influenzae</i>
ICN	Ingresos Corrientes de la Nación
IPS	Institución Prestadora de Servicios de Salud
ISS	Instituto de Seguros Sociales
MINSALUD	Ministerio de Salud
NBI	Necesidades Básicas Insatisfechas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OPV	Vacuna Antipoliomielítica

PAB	Plan de Atención Básica
PAC	Plan de Atención Complementaria
PAI	Programa Ampliado de Inmunizaciones
PFA	Parálisis Fláccida Aguda
POS	Plan Obligatorio de Salud
POSS	Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SNS	Sistema Nacional de Salud
SRP	Vacuna para el sarampión, rubéola y parotiditis
Td	Toxoide Diftérico
TNN	Tétanos Neonatal
UPC	Unidad de Pago por Capitación

Agradecimientos

El grupo de trabajo expresa su reconocimiento por la información suministrada, el apoyo y la colaboración brindada para la realización del presente estudio a Leanne Dougherty, Miloud Kaddar, Marty Makinen y Whitney Schott de Partnerships for Health Reform, Abt Associates Inc.; Sonia Bumbak; Gladys Ghisays; Desirée Pastor y Gina Tambini, de la Organización Panamericana de la Salud; y a Margarita Ronderos Torres, Directora General de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud, así como a las diferentes dependencias del Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud, Direcciones Seccionales y Locales de Salud, Empresa Promotora de Salud, Administradora del Régimen Subsidiado, Empresa Social del Estado subsidiada e Institución Prestadora de Servicios de Salud de los Departamentos de Antioquía, Chocó, Guajira y Nariño y los Municipios de Medellín, Quibdó, Riohacha, Maicao, Túquerres e Ipiales.

Resumen

Antecedentes, objetivos y metodología

El Proyecto Partnerships for Health Reform (PHR), en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Ministerio de Salud de Colombia, condujeron un estudio de caso sobre el costo y financiamiento de los servicios de inmunización en Colombia. Este estudio, que es uno de una serie de estudios de casos de financiación de programas de inmunización en cuatro países, fue llevado a cabo en el otoño e invierno de 1998/1999. Los principales objetivos del estudio son:

1. sacar lecciones relacionadas con estrategias para el financiamiento del servicio de inmunizaciones en Colombia que otros países y la comunidad internacional de especialistas en salud puedan usar al planificar el financiamiento sustentable de los programas de inmunización con recursos propios;
2. estimar los costos actuales y futuros del programa de inmunización de Colombia, incluyendo los costos adicionales de nuevas vacunas y otras innovaciones y mejoras al programa, tanto para ayudar a Colombia a planificar como para actualizar y adicionar a la información ya disponible por la comunidad global nueva información sobre costos de inmunización;
3. ofrecer al gobierno colombiano recomendaciones sobre distintas maneras de mejorar su estrategia para el financiamiento de su actual programa de inmunizaciones y también para la introducción de nuevas vacunas y otras mejoras e innovaciones; e
4. identificar la influencia de la reforma de salud en el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) separando sus efectos de otras variables relevantes. Asimismo, y considerando los distintos aspectos abarcados por la reforma (descentralización territorial y aseguramiento social), se busca diferenciar la contribución específica de cada componente en el funcionamiento del plan de vacunación.

La información sobre costos y financiamiento fue obtenida a través de documentos gubernamentales y entrevistas con funcionarios claves en el Ministerio de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud, Direcciones Departamentales y Locales de Salud, el sector privado y los organismos internacionales que colaboran en el programa de inmunizaciones colombiano. Se realizaron estimaciones de los costos totales del Programa Ampliado de Inmunizaciones y de los costos variables recurrentes, para los cuales se debe encontrar financiación cada año. El análisis del financiamiento está basado en los gastos estimados como base para analizar el financiamiento total del PAI y sus diferentes fuentes de fondos. El estudio provee estimaciones de la participación en el financiamiento de cada una de las fuentes de fondos, tanto en términos del costo total estimado del programa como de los costos específicos del programa, o sea aquellos gastos que deben incurrirse para llevar a cabo los servicios de inmunización. Más aún, analiza la posibilidad de adoptar nuevas estrategias para que las fuentes actuales, tanto públicas como privadas, tengan mayor participación en el financiamiento del PAI, tal como está establecido en las leyes de Reforma del Sector Salud y de Descentralización Municipal.

Este estudio también aporta estimaciones de los gastos proyectados que se requerirán en los próximos cinco años. Los costos fueron estimados considerando tres posibles escenarios inflacionarios (constante, creciente y declinante). Con la excepción de la vacuna triple viral, las estimaciones se hicieron incluyendo la garantía de que en el período bajo análisis se administraría al 100% de la población objetivo el esquema vacunatorio completo. El estudio finaliza con un análisis de opciones para mejorar el financiamiento del programa y hacerlo más sustentable.

Principales hallazgos

Costos

- > El costo total estimado del Programa Ampliado de Inmunizaciones de Colombia, incluyendo campañas de inmunización y seguimiento epidemiológico, fue alrededor de US\$80 millones para el período 1994-1998. Más del 80% de los gastos específicos del PAI del Ministerio de Salud corresponden a vacunas y otros suministros relacionados, siendo las vacunas las que se llevan el mayor porcentaje. Las transferencias fiscales se constituyen en el segundo gasto más representativo. Los demás recursos se invierten en asesoría, asistencia técnica, capacitación, divulgación del programa a la población a través de medios masivos y mantenimiento de la red de frío.
- > Para el año 1999 el costo de las vacunas necesarias para asegurar el cumplimiento del programa es de alrededor de US\$15 millones. Este costo fue calculado en base a información suministrada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) y al esquema de vacunación básico existente en Colombia en estos momentos. También incluye algunos costos directos (jeringas y reactivos) e indirectos (mantenimiento, transporte, entrenamiento y difusión pública). Esto es equivalente a aproximadamente US\$.40 por dosis o US\$2.40 por niño con esquema vacunatorio completo.
- > El rango de precios de las vacunas bajo contrato con el Fondo Rotatorio de la OPS para el año 1999 es muy amplio. Va de precios tan bajos como US\$.0425 por dosis de vacuna Td, o US\$.0671 por dosis de vacuna DPT, o US\$.0859 por dosis de vacuna antipolio, a precios tan altos como US\$.627 por dosis de la vacuna triple viral, o US\$.92 por dosis de la vacuna contra la hepatitis B o US\$2.60 por dosis de la vacuna contra la Haemophilus Influenza¹.
- > En general, el costo de las vacunas continúa siendo una variable altamente significativa en las tasas de vacunación, independientemente de la estrategia organizacional del sector salud. Asimismo, el fenómeno de la violencia afecta negativamente los indicadores de vacunación del país, aunque en menor proporción que aquellos aspectos relacionados específicamente con la reforma y el ingreso de la población.

Financiamiento

- > A pesar de las dificultades financieras de Colombia, el Ministerio de Salud siempre ha focalizado sus esfuerzos en asegurar el sostenimiento técnico y financiero del PAI con una dependencia limitada de cooperación externa. A nivel nacional se gasta aproximadamente el 100% de los recursos destinados al PAI, demostrando un eficiente manejo de los recursos.

¹ Todos los precios son FOB.

- > Con la reforma del sector salud, las fuentes de financiamiento del PAI se han diversificado incorporando los recursos que soportan el POS (UPC subsidiada y contributiva y subcuenta de promoción del FOSYGA) y el PAB (ICN, Situado Fiscal, recursos nacionales para compra de insumos e inversión, recursos de la subcuenta de promoción y prevención del FOSYGA, recursos de la oferta pública, cooperación externa y recursos propios territoriales).
- > En relación al PAB los departamentos y municipios deben garantizar que se asignen los recursos requeridos para apoyar el desarrollo del programa a nivel territorial y que se presten los servicios de vacunación a la población vinculada, especialmente, deben propender porque se contemplen recursos en el PAB derivados del 10% del situado fiscal al PAI. Las fuentes de financiamiento del programa son múltiples y su asignación depende en gran medida de las prioridades y decisiones adoptadas a nivel territorial.
- > Las acciones de Promoción y Prevención se garantizan mediante los Planes de Atención en Salud que conforman el Plan de Beneficios del Sistema y, por lo tanto, son múltiples sus fuentes de financiamiento. Los recursos del PAB provienen del Situado Fiscal, recursos derivados de los programas nacionales del Ministerio de Salud y los que para tal efecto destinan los departamentos, distritos y municipios. Las acciones de prevención y promoción prestados mediante el POS se financian de la UPC subsidiada y contributiva y de los recursos de la subcuenta de promoción del FOSYGA. También se constituye en fuente de financiamiento la cotización recaudada para atención y prevención de accidentes de trabajo y riesgos profesionales.
- > La participación del PAI en el presupuesto de inversión del Ministerio de Salud ha disminuido: en los años 1994-1995 representó el 5.9% y el 5.7% respectivamente, decreciendo al 3.5% y 2.7% en 1997 y 1998. El análisis de la variación porcentual del PAI presenta un notable descenso: en el período 1994-1995 el presupuesto del programa aumentó en un 76.4%; en 1995-1996 decreció en un 15.5%; en 1996-1997 se incrementó sólo en un 5.2%, presentando un crecimiento negativo del 9.9% en el período 1997-1998.
- > Más del 80% del presupuesto se invierte en insumos tales como biológicos, jeringas, y reactivos, entre otros, de los cuales los biológicos representan el mayor porcentaje. Las transferencias, a excepción del año 1998, se constituyen en el segundo gasto más representativo. Los demás recursos se invierten en asesoría, asistencia técnica, capacitación, divulgación del programa a la población a través de medios masivos y mantenimiento de la red de frío. La asignación para esta última no ha permitido suplir las necesidades del almacén nacional de biológicos, por lo que se evidencian serios problemas en cuanto a infraestructura, capacidad de almacenamiento y obsolescencia de equipos.
- > Durante 1994-1995 se presentó un notable crecimiento de las transferencias, el cual ascendió al 56.9%; por el contrario, durante el período 1995-1996 se evidenció un crecimiento negativo, aumentando nuevamente en el período 1996-1997 con un 30%. Durante 1998 no hubo transferencias del Ministerio de Salud a las entidades territoriales y se promovió la responsabilidad que éstas tienen de asignar recursos en el PAB para apoyar el PAI.
- > Desde su inicio, el programa ha contado con la cooperación técnica y financiera de la OPS/OMS. En este sentido durante el período 1994-1998 dicho apoyo, representado en asesoría técnica, capacitación, e investigación, entre otros, ascendió a US\$633 mil, de los cuales el 78.4% corresponden a la oficina central de la organización y el 21.6% a la oficina

de Colombia, que ha prestado esta ayuda desde 1997. Frente a los recursos del presupuesto colombiano destinados al financiamiento del PAI la cooperación externa corresponde al 1.26%.

- > Los resultados de este estudio muestran una caída en las tasas de cobertura de vacunación para el período 1995-1998. Ello abre el debate sobre posibles efectos adversos de la reforma de salud en el plan de inmunizaciones, una de las intervenciones más costo-efectivas en los sistemas de salud. El estudio analítico de los diferentes componentes de la reforma (en términos de aseguramiento social y descentralización) sugiere que la primera causa en la caída de las tasas de vacunación se encuentra asociada con la asignación de recursos al sistema a partir de la descentralización, repercutiendo en su efectividad. Las estimaciones obtenidas sugieren que una caída del 1 por ciento en el total del gasto público en salud (donde el programa de inmunizaciones recibe un porcentaje, usualmente fijo) reduce, en promedio, un 3.5% las tasas de inmunización. Dentro del gasto público, la contribución del gobierno central es mucho más significativa que la contribución departamental. El resultado de la descentralización administrativa y gerencial, a cargo de las instituciones departamentales y municipales parece también relacionado con los cambios en la estrategia de financiamiento desde la autoridad central. Segundo, hay evidencia de una caída en el desempeño de los organismos descentralizados tal como se observa con la variable de meses desde la descentralización que reduce (medido en promedio) entre un 1.18% y un 2.48% las tasas de inmunización. Más aún, el comportamiento asociado al sistema de aseguramiento de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) parece afectar la cobertura del PAI negativamente, aunque su nivel de influencia es generalmente insignificante.
- > En términos de vigilancia epidemiológica, el análisis realizado para el caso de la poliomielitis, sugiere que los desvíos de la estrategia de seguimiento de casos y enfermedades se encuentran, probablemente, más asociadas a las condiciones de ingreso y de distribución geográfica que con las estructuras de financiamiento y descentralización desarrolladas a partir de la reforma.

Financiamiento de las inmunizaciones en el futuro

- > Teniendo en cuenta los recortes al presupuesto nacional para 1999 que han afectado considerablemente el PAI se recomienda en el corto plazo solicitar al CNSSS estudiar la posibilidad de asignar recursos provenientes de la subcuenta de promoción y prevención del FOSYGA para apoyar financieramente el funcionamiento básico del programa, incluida la adquisición de los insumos críticos requeridos (vacunas y jeringas). Más aún, es conveniente continuar asignando recursos adicionales provenientes de la subcuenta de promoción y prevención del FOSYGA para el funcionamiento básico del programa en los próximos años, incluida la adquisición de los suministros.
- > Basándose en el alto costo y en el volumen de los suministros, se recomienda que el Ministerio de Salud continúe efectuando su adquisición con cargo al presupuesto nacional para aprovechar la economía de escala. Igualmente, con el fin de garantizar la calidad de los biológicos y demás suministros es pertinente que el Ministerio mantenga la competencia sobre la compra, almacenamiento y distribución de los insumos críticos.
- > Gestionar la expedición de una “ley de vacunas”, que garantice en el futuro la asignación de recursos financieros con destino al desarrollo básico del PAI en el nivel nacional y/o la compra de los insumos críticos.

Conclusiones y lecciones aprendidas

- > Colombia ha logrado la expansión y mantenimiento de un programa de vacunación que es considerado uno de los más completos de América Latina, resaltándose la ausencia de brotes de enfermedades inmunoprevenibles en los últimos cuatro años, la erradicación de la poliomielitis, y una tendencia descendente en las tasas de incidencia del sarampión y el tétanos neonatal.
- > Sin embargo, las coberturas de vacunación y el seguimiento epidemiológico en todo el país (tanto en departamentos descentralizados como no descentralizados) han disminuido desde 1997. Uno de los factores que ha contribuido a esta situación es el aumento en los conflictos armados en los últimos dos años, que se ha extendido al 50% del territorio nacional.
- > Aunque no existe una relación clara entre descentralización y la declinación en las coberturas de vacunación o en los indicadores de vigilancia epidemiológica del PAI, se puede afirmar que el desarrollo del Sistema de Seguridad Social en Salud en los territorios ha afectado el óptimo funcionamiento del PAI. Especialmente la lentitud en la instauración del proceso de reforma, el débil compromiso y asunción por parte de los diferentes actores (autoridades políticas, Direcciones Seccionales y Municipales de Salud, EPS, ARS, IPS y ESE) de las competencias y funciones que tienen frente a la gestión, implementación y financiación del PAI, se evidencian como factores que contribuyen a la situación señalada.
- > La debilidad en el proceso de planeación del programa (entendiendo por planeación al proceso que involucra las etapas de programación, ejecución, seguimiento, control y evaluación) se debe a la inestabilidad de los recursos humanos que coordinan el programa en todos los niveles territoriales (departamental, distrital y municipal). A nivel nacional la adquisición de los insumos no se realiza con la debida anticipación por la falta de oportunidad en la asignación de recursos financieros, ya que usualmente se efectúa al final del primer trimestre del año, generando dificultades en su disponibilidad y distribución. En relación con el seguimiento y el control, a nivel nacional se tiene un conocimiento parcial del desarrollo integral del programa en el territorio nacional. Esta situación se reitera a nivel departamental respecto a los municipios de su jurisdicción. Las EPS y ARS no tiene un conocimiento preciso sobre las acciones de vacunación llevadas a cabo a sus afiliados por parte de las IPS con las cuales tienen contrato. Por su parte estas últimas desconocen las actividades relacionadas con los usuarios según su afiliación al sistema. Las Direcciones Departamentales poseen un conocimiento parcial sobre las actividades del PAI desarrolladas por las EPS, ARS e IPS, lo que entorpece la operatividad del principio de complementariedad que debe existir entre el POS y el PAB. Con referencia a la evaluación se puede inferir que hay debilidades en la estimación de la eficiencia de las acciones, es decir, en la determinación del impacto obtenido mediante las acciones desarrolladas y los recursos ejecutados en cada uno de los Departamentos.
- > No se evidencia una clara tendencia entre el monto de recursos asignados al PAI en el PAB y la condición de contar con la certificación como descentralizado. Igualmente, no existe una estrecha relación entre la condición de descentralizados y la asignación de recursos al PAI distintos a las transferencias nacionales, porque tanto en departamentos no descentralizados, como descentralizados, hay conductas positivas y negativas al respecto.
- > La cada de recursos asignados al programa desde el gobierno central constituye un desafío para el sistema de inmunización colombiano. Se requiere un esfuerzo de gerenciamiento de

las instituciones departamentales y locales, a fin de más que compensar las debilidades generadas por el cambio de régimen. Un incremento de productividad en estos niveles de administración debe ser asociado no sólo con aspectos referentes al manejo, distribución y asignación de los recursos, sino también al control de los compromisos asumidos por los aseguradores privados a partir del paquete básico de prestaciones.

Recomendaciones

Planeación, gestión y evaluación del programa

- > Con base en las políticas y metas de salud establecidas para el PAB y el PAI, en el nivel nacional se debería formular el plan estratégico del PAI para el cuatrienio 1999-2002 de manera participativa y concertada entre las diferentes instancias involucradas. Se recomienda que el plan mencionado se concrete en planes operativos anuales, los cuales deberían evaluarse y ajustarse periódicamente sobre la marcha de los procesos.
- > El nivel nacional debería establecer lineamientos metodológicos que orienten la elaboración de los planes a nivel departamental, pudiendo ser adaptados a nivel municipal.
- > Se debería desarrollar por parte de las instancias pertinentes del Ministerio de Salud una estrategia de asesoría técnica a los departamentos y distritos (uno o dos talleres nacionales, o talleres según regiones, o desplazamiento de grupos de asesores a cada uno de los territorios) que garantice por parte de éstos la formulación de los planes estratégicos y de los planes operativos anuales del PAI. En estos últimos, deberán establecerse de manera clara las estrategias y actividades a realizar para lograr que los municipios cuenten, a su vez, con los planes estratégicos y operativos anualizados del PAI.
- > Se debería diseñar un sistema de control y monitoreo del PAI que sea utilizado en primera instancia por la Dirección General de Promoción y Prevención - Subdirección de Prevención -, para el seguimiento del mismo en los distritos y departamentos y para que éstos a su vez ejerzan autocontrol y control en sus municipios, EPS, ARS e IPS. Dicho sistema debería permitir medir resultados técnicos, administrativos y financieros del programa e identificar limitaciones y problemas, formular correctivos y aplicar las acciones necesarias. Deberá otorgarse especial importancia al control y monitoreo de la aplicación del acuerdo # 117 del 22 de diciembre de 1998 expedido por el CNSS en relación con el cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida para garantizar la vacunación a los afiliados.
- > Como apoyo al planeamiento y al monitoreo del programa, se deberían diseñar e instaurar procesos y procedimientos técnicos y administrativos que se consideren estratégicos para la gestión del PAI, de tal manera que puedan ser controlados y mejorados continuamente de acuerdo con los resultados obtenidos.
- > Se debería instaurar una estrategia de asesoría y asistencia técnica realmente efectiva a las entidades territoriales, que contemple tanto el manejo técnico como administrativo y financiero del programa en el contexto del Sistema de Seguridad Social en Salud. Dicha asistencia técnica podría orientarse, en primera instancia, al fortalecimiento de las Direcciones Departamentales de Salud para que éstas, a su vez, tengan la capacidad de apoyar el nivel municipal y las demás instancias que conforman el sistema (EPS, ARS, IPS).

- > Se sugiere diseñar y ejecutar un programa de reinducción del PAI, orientado a los coordinadores y demás funcionarios involucrados del nivel departamental y distrital, que permita garantizar un nivel mínimo del manejo y conocimiento de los componentes técnico, administrativo y financiero del programa. Más aún, se debería instaurar una estrategia de sensibilización de las autoridades políticas territoriales para incentivar su compromiso y concientización sobre la importancia que tiene el PAI como prioridad de salud pública (encuentros de alcaldes, medios masivos de divulgación, etc.).
- > El actual sistema de información debería ser revisado en todos los niveles y se deberían efectuar los ajustes del caso, garantizando el manejo unificado de la información administrativa y financiera y las adecuaciones del componente técnico que sean pertinentes. Principalmente se requeriría estandarizar un formato único de vacunación que permita el adecuado análisis de los datos en el nivel nacional y establecer claros procedimientos para el flujo, análisis, evaluación y utilización de la información. Se debería modernizar la informática que sustenta el sistema (personal capacitado, computadoras con especificaciones técnicas adecuadas, programación de software adecuado, restauración de la red, etc.).
- > En los lineamientos establecidos por el nivel nacional para la elaboración del PAB departamental (vigencia de 1999) se aborda de manera muy general las acciones del PAI. Por tal motivo se deberían adicionar y efectuar los ajustes necesarios dando un mayor énfasis a este programa, tanto para el año en referencia como para los siguientes años, de tal manera que los departamentos le otorguen la importancia que éste amerita como política de salud pública en el PAB y le asignen los recursos financieros que les permitan su adecuado desarrollo. Igualmente se debería promover que los departamentos, a su vez, definan lineamientos para la elaboración de los PAB municipales, resaltando y asignando recursos para la ejecución de las acciones relacionadas con el PAI.
- > Por otra parte se sugiere que en los mecanismos que se establezcan a nivel nacional para la evaluación de los PAB departamentales y la asignación de nuevos recursos, se incluyan indicadores puntuales que permitan tener una mayor aproximación sobre el desarrollo técnico, administrativo y financiero del PAI en los PAB. Esta situación también debe verse reflejada en la evaluación que efectúen los departamentos en los PAB municipales de su jurisdicción.
- > Con el fin de dar una mayor estabilidad a los recursos del PAI, y tal como se manejan los recursos financieros asignados a otros programas de importancia en salud pública (lepra y leishmaniasis, entre otros), se sugiere adelantar los trámites pertinentes con el fin de clasificar a las apropiaciones financieras correspondientes al PAI dentro de los gastos de funcionamiento del Ministerio, y no como gastos de inversión que son más susceptibles a los recortes presupuestales.
- > Hasta no lograr la cobertura universal de afiliación de la población al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se debería gestionar ante el CNSSS la reglamentación orientada a regular la prestación y seguimiento de los servicios de promoción y prevención, con énfasis en el PAI a la población vinculada.
- > Se debería promover que los municipios se esfuercen en asignar recursos al PAI provenientes de las fuentes propias locales.

Futuros estudios

Planes para el futuro del programa, incluyendo la diversificación de las fuentes de financiamiento y movilización de nuevos recursos deberían basarse en información concerniente a necesidades, efectividad, costos y efectividad de los costos. Dados los objetivos del programa y la incierta información para determinar el grado de asunción de los compromisos por parte de los actores del sistema, así como la cobertura alcanzada frente a las vacunas distribuidas por el Ministerio de Salud, los siguientes estudios y análisis son recomendados.

- > Un análisis para conocer la priorización que los entes territoriales han dado al programa y su expresión en las acciones, asignación y uso de los recursos en el plan de salud y en el PAB departamental.
- > Un estudio para identificar el estado de las coberturas de vacunación para los biológicos del PAI en la población afiliada a una muestra representativa de EPS y ARS.
- > Un análisis para determinar la eficiencia, por parte de las entidades territoriales, en el uso de las vacunas suministradas por el Ministerio de Salud, utilizando un sistema simplificado de kárdex para monitorear el gasto real de biológico versus cobertura de vacunación e impacto en la incidencia de las enfermedades inmunoprevenibles.
- > Un análisis para determinar el perfil de los recursos humanos que están trabajando como coordinadores del PAI en todos los niveles así como un análisis de su desempeño y condiciones de su estabilidad laboral.

1. Introducción

Colombia es el tercer país más poblado de América Latina, después de Brasil y de México. En 1998 la población ascendía a 40,772,994 de habitantes. La migración de las áreas rurales a las urbanas ha sido intensa en las últimas cuatro décadas. La población urbana ha crecido de cerca del 57% de la población total en 1951 a aproximadamente un 74% en 1998. Los nueve departamentos del este del país, que constituyen cerca del 54% del territorio colombiano tienen menos del 3% de la población total y una densidad menor a 1 persona por kilómetro cuadrado. En las últimas décadas el país ha tenido sólidas tasas de crecimiento anual que, combinadas con una baja en la tasa de crecimiento demográfico a un 1.8% por año, han dado como resultado una mejora sustancial en las condiciones sociales. La esperanza de vida al nacer es ahora de 71 años, comparado con 59 años en 1965.

Sin embargo la pobreza sigue siendo un problema crítico. Se calcula que el 30,5% del total de hogares tiene NBI (Necesidades Básicas Insatisfechas), correspondientes al 37.2% de los colombianos, es decir, a 15.167.554 de habitantes. Del total de la población rural, el 62.5% tiene NBI frente al 26.8% de los residentes en las zonas urbanas. Aproximadamente el 15% de la población y el 11% de los hogares vive en condiciones de miseria siendo mayor esta cifra en el área rural donde el 30% y el 25% de las personas y hogares respectivamente viven en condiciones de indigencia.

Más aún, el crecimiento de la industria ilegal de la droga en las últimas dos décadas ha tenido serios efectos sobre la sociedad, la economía y la política colombianas. El país se ha convertido en el mayor centro de procesamiento y distribución de cocaína en el mundo, aportando, según algunas estimaciones, el 75% de la oferta mundial de cocaína. El impacto de la industria de la droga en Colombia no puede ser obviado: se estima que produce una cantidad equivalente al 7% del PIB.

A pesar de ello, durante la década del '80 y los primeros años de la década del '90 Colombia alcanzó uno de los crecimientos más estables de toda América Latina, manteniendo tasas de crecimiento anual del 3.5% mientras se ajustaba a una recesión mundial y a movimientos en los precios del café y del petróleo. Un manejo prudente y gradual de las variables macroeconómicas dio como resultado un aumento en el PIB per capita en una época de PIB per capita declinantes para toda la región. De cualquier manera, la productividad en la mayor parte de los sectores productivos permaneció estancada. Reconociendo que las medidas macroeconómicas por si solas no eran suficientes para aumentar la productividad en el largo plazo, el gobierno lanzó en 1990 un programa de modernización económica de reformas estructurales para mejorar la asignación y el uso de los recursos. El eje del programa fue una reforma en el sector comercial, que contemplaba la eliminación gradual de las restricciones cuantitativas a las importaciones manufactureras y una reducción en los niveles y en la dispersión de las tarifas aduaneras.

Al mismo tiempo, el sector salud en Colombia asistió a un proceso de reforma, cuyos pilares fundamentales fueron expuestos en la Constitución Política de 1991, que instituye la atención de la salud y el saneamiento ambiental como servicios públicos a cargo del Estado, de conformidad con los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, y ratificó la organización descentralizada de los servicios de salud (iniciada mediante la Ley 10 de 1990). Dando cumplimiento a lo ordenado por la Carta Magna, se expidieron las leyes 60 y 100 (1993). La primera, distribuyó competencias y recursos a las entidades territoriales para la gestión autónoma de la salud y, la segunda, estableció el SGSSS (Sistema General de Seguridad Social en Salud) pretendiendo garantizar condiciones de acceso equitativo y obligatorio a toda la población, para lo cual desarrolló los fundamentos que lo rigen,

determinó su dirección, organización y funcionamiento, sus normas administrativas, financieras y de control y las obligaciones que se derivan de su aplicación para los integrantes del sistema.

En 1978, el Ministerio de Salud había establecido el PAI (Programa Ampliado de Inmunizaciones) con el fin de brindar acceso a todos los niños entre 1 y 5 años a un programa permanente de vacunación contra 6 enfermedades, para lo cual el Estado ha venido proporcionando los antígenos tradicionales e insumos críticos: BCG (vacuna contra la tuberculosis), OPV (vacuna antipoliomielítica), DPT (vacuna contra la difteria, tétanos y tosferina), triple viral, y ha incluido Hb (vacuna contra la hepatitis B), FA (vacuna contra la fiebre amarilla) y Hib (vacuna contra el haemophilus influenzae tipo b) en el esquema regular de vacunación, convirtiéndose así en uno de los países con esquema más completo y en uno de los Programas de Salud Pública más exitosos de Latinoamérica. En el inicio del programa, la cobertura de inmunización en niños menores de 1 año era del 15% (DPT-3), por lo que se aplicaron nuevas estrategias para reforzar las actividades de inmunización y el sistema de vigilancia epidemiológica, lográndose disminuir las enfermedades inmunoprevenibles y alcanzar en 1996 coberturas de inmunización superiores al 93% para todos los antígenos en niños menores al año.

No obstante, en 1997 la cobertura decrece al 81% para la vacuna DPT-3; 82% para la vacuna OPV-3 y 85% para Hepatitis B-3, disminuyendo en 1998 a porcentajes similares a los obtenidos en los inicios de la década: 71% para OPV-3; 69% para DPT-3; 71% para Hepatitis B-3.

En este contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud y su organización descentralizada se considera necesario estudiar el impacto de la Reforma del sector y la descentralización técnica, administrativa y financiera en el PAI, con el fin de determinar los factores directos e indirectos que están propiciando las bajas coberturas de vacunación y el deterioro en la vigilancia en salud pública y reorientar algunas líneas de acción que aseguren la sustentabilidad financiera y operativa del programa en el corto y mediano plazo.

1.1 Objetivos del Estudio

El presente estudio se orienta a plantear las opciones de financiamiento y sustentabilidad del PAI en el marco de la Reforma del Sector Salud y de la descentralización, mediante el desarrollo de los siguientes objetivos específicos:

- > Analizar el financiamiento global del PAI y sus distintas fuentes y plantear la combinación de estrategias de financiamiento para asegurar la sustentabilidad técnica y financiera del Programa.
- > Examinar el efecto de la descentralización en la financiación, gerencia e indicadores de impacto y de proceso del Programa, tanto en el nivel nacional como departamental y municipal.
- > Estudiar la factibilidad de adoptar estrategias para que las actuales fuentes, tanto públicas como privadas, tengan mayor participación en la financiación del PAI, según lo establecido en las Leyes de Reforma del Sector Salud y Descentralización Municipal.
- > Identificar la influencia de la reforma en salud en el PAI separando sus efectos de otras variables relevantes (violencia, pobreza, etc.).

- > Diferenciar la contribución específica de cada componente de la reforma de salud (descentralización territorial y aseguramiento social) en el funcionamiento del plan de vacunación.
- > Estimar los costos para garantizar el esquema básico de vacunación según la población objeto, con distintos escenarios en el período 1999-2003.

1.2 Metodología

Para el cumplimiento de los objetivos, se abordaron los componentes financiero y técnico, mediante el abordaje de los siguientes ámbitos:

- > Análisis de las coberturas de vacunación, por biológico y según departamentos, así como la incidencia de las enfermedades inmunoprevenibles en proceso de erradicación y eliminación.
- > Estudio del comportamiento de los indicadores de vigilancia epidemiológica.
- > Análisis del comportamiento del presupuesto del Ministerio de Salud (funcionamiento e inversión).
- > Análisis del presupuesto del PAI en el presupuesto del Ministerio de Salud.
- > Examen del comportamiento de la financiación del PAI a nivel nacional, incluyendo las transferencias realizadas a las entidades territoriales.
- > Estudio del manejo, distribución y costo de los biológicos e insumos críticos del PAI enviados a las entidades territoriales.
- > Análisis del comportamiento administrativo, técnico y financiero del PAI en las entidades territoriales seleccionadas para los estudios de caso, con base en la información derivada de las encuestas aplicadas en estas últimas.
- > Análisis de las distintas variables que afectan la efectividad del PAI.
- > Cálculos de costos para el mantenimiento del esquema de vacunación en el período 1999 a 2003, según la población objeto para cada uno de los biológicos, teniendo en cuenta tres escenarios del comportamiento de la inflación doméstica (descenso, ascenso y constante).
- > Definición de las principales limitaciones y fortalezas del programa derivadas del análisis de los anteriores aspectos.
- > Definición de líneas de acción que se consideran estratégicas para la optimización del funcionamiento del programa en el contexto descentralizado del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En relación con los estudios de caso para profundizar en el funcionamiento territorial del programa, se seleccionaron cuatro Departamentos y seis Municipios, los que fueron concertados entre las Direcciones Generales de Promoción y Prevención y Descentralización y Desarrollo Territorial

del Ministerio de Salud, la OPS y USAID. Si bien este número de entidades territoriales no se constituye en una muestra representativa del país, permite tener una aproximación al desarrollo y a la principal problemática que éste afronta en el nivel territorial en el marco de la Reforma y Descentralización del nuevo Sistema de Salud. Los criterios de selección que se enuncian a continuación, consideran distintas características departamentales y municipales que podrían influir positiva o negativamente en las acciones de vacunación y vigilancia de las enfermedades del PAI:

- > Inclusión de entidades territoriales tanto descentralizadas como no descentralizadas.
- > NBI superiores al 50% e inferiores al 30%.
- > Comportamiento descendente de las coberturas de vacunación.
- > Inclusión de entidades territoriales de distintas zonas del país.

Con base en los anteriores criterios se seleccionaron las entidades territoriales que se presentan en el Cuadro 1.

Cuadro 1. Entidades Territoriales: Estudio de casos PAI

Entidad Territorial	Descentralización	% NBI	Cobertura VOP (%)		
			1996	1997	1998
Departamento de Antioquía	Descentralizado	31.0	90	84	80
Municipio de Medellín	Descentralizado	16.1			
Departamento de Chocó	No descentralizado	80.4	100	88	43
Municipio de Quibdó	No descentralizado	80.9			
Departamento de la Guajira	Descentralizado	64.1	85	68	63
Municipio de Riohacha	Descentralizado	57.7			
Municipio de Maicao	No descentralizado	58.0			
Departamento de Nariño	No descentralizado	56.3	90	71	75
Municipio de Túquerres	No descentralizado	53.0			
Municipio de Ipiales	Descentralizado	36.8			

Se aplicaron las encuestas en referencia en las Direcciones Departamentales y Municipales de Salud, EPS, ARS y ESES (Empresa Social del Estado subsidiada) y algunas alcaldías, con el apoyo de los coordinadores del programa en cada una de estas instituciones, en las cuales se abordó e indagó sobre los siguientes tópicos:

- > Indicadores de Proceso: Cobertura de vacunación con cada biológico del PAI.
- > Indicadores de Impacto: Tasas de incidencia de casos notificados de Parálisis Flácida Aguda (PFA), tétanos neonatal y casos sospechosos de sarampión.
- > Indicadores de vigilancia epidemiológica: número de unidades notificadoras, % de notificación semanal, % de casos con muestras adecuadas, entre otros.

- > Indicadores de estructura: número de refrigeradoras y termos, número de dosis entregadas por tipo de biológico y número de jeringas por tamaño.
- > Efectos administrativos, técnicos y financieros de la reforma del Sistema de Seguridad Social en Salud y la descentralización en el funcionamiento del PAI a nivel territorial; asunción de las competencias y funciones por parte de los actores del sistema (Direcciones Territoriales de Salud, EPS, ARS y ESES) relacionadas con el PAI.
- > Financiación del PAI en el presupuesto departamental o municipal.
- > Recursos humanos, técnicos e insumos de apoyo al programa.
- > Asignación de recursos del PAI en el PAB.
- > Necesidades humanas, técnicas y financieras futuras para el funcionamiento del programa.
- > Posibilidades de asignación futura de nuevos recursos para apoyar el financiamiento del programa.

De acuerdo con estas consideraciones, se presentan en este documento los principales resultados obtenidos en 9 acápite.

El segundo pretende contextualizar el estudio, mediante el abordaje de los aspectos básicos de la reforma de la Seguridad Social en Salud y la descentralización que guardan relación con el PAI.

Posteriormente, se realiza una evaluación técnica del Programa en el nivel nacional para el período 1994-1998 y se analiza el comportamiento de su financiamiento durante el mismo período en el cuarto acápite.

En el quinto, se presentan los principales resultados derivados de los estudios de caso en cuanto al desarrollo técnico, la organización, funcionamiento y financiamiento del programa, así como a los efectos de la reforma en este último.

En el sexto capítulo se presentan los resultados analíticos del impacto de la reforma del sector salud en el programa de inmunizaciones en el contexto sociopolítico colombiano.

Finalmente, se realizan las estimaciones de costos del PAI para el período 1999-2003 según los tres escenarios de la inflación.

Con base en lo anterior en los capítulos 8 y 9, respectivamente, se presentan las conclusiones del estudio y las recomendaciones orientadas a la optimización del PAI y a su sustentabilidad financiera futura.

2. Sistema General de Seguridad Social en Salud

2.1 Análisis de la Reforma y la Descentralización del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS) en Colombia

La Ley 100 de 1993 se promulgó con el fin de iniciar un proceso que construyera la viabilidad de un nuevo Sistema de Salud, con la búsqueda de opciones para: la *falta de universalidad*, expresada en la insuficiente cobertura de la protección en salud de la población; la *falta de solidaridad*, representada en las enormes diferencias de recursos que se destinaban a la atención de distintos grupos poblacionales con necesidades de salud diversas, a través de múltiples entidades exclusivas y excluyentes; la *falta de eficiencia*, reflejada en su organización institucional, deficientes resultados observados en comparación con el gasto total del sector, la creciente insatisfacción de los usuarios y la *falta de participación y compromiso de los territorios* en la gestión de la salud. Estas condiciones fueron las que ordenaron transformar la Constitución Nacional de 1991, convirtiéndose en los principales retos para el desarrollo de la Ley 100 de 1993.²

El nuevo Sistema se organiza de manera descentralizada y tiene como objetivo regular el servicio de salud y crear condiciones de acceso a toda la población en todos los niveles, bajo los principios de equidad, obligatoriedad, protección integral, libre escogencia, autonomía de las instituciones, descentralización administrativa, participación social, concertación y calidad. Para lograr lo anterior el Estado intervendrá con el fin de garantizar el cumplimiento de los mismos.

El Sistema está organizado funcionalmente de la siguiente manera:

Dirección, vigilancia y control. Ejercida en el nivel nacional por los Ministerios de Salud y Trabajo, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y la Superintendencia Nacional de Salud, y en el territorial por las Direcciones de Salud (departamentales, distritales y municipales) y los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud.

Administración. Las Empresas Promotoras de Salud (EPS), las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), que pueden ser las EPS, las Empresas Solidarias de Salud (ESS) y las Cajas de Compensación Familiar son las responsables de la afiliación, del registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones.

Operativización. Se cumple a través de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), los empleadores, trabajadores, beneficiarios, con el apoyo de los mecanismos de participación social.

Financiación del sistema. Los recursos se manejan mediante el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) y los Fondos Territoriales de Salud.

² Ministerio de Salud, La Reforma a la Seguridad Social en Salud, Tomo I, Editorial Carrera 7º Ltda., Santafé de Bogotá, 1994.

El sistema está integrado por dos regímenes: contributivo y subsidiado. Cuenta con planes de beneficios individuales y colectivos y su desarrollo debe articularse con la política de descentralización a nivel territorial.

Régimen Contributivo. Es administrado por las EPS y las instituciones adaptadas y regula la afiliación de los individuos y sus familias con el pago de una cotización, financiada directamente por el afiliado o en concurrencia con su empleador.

Régimen Subsidiado. Es administrado por las entidades autorizadas por la Superintendencia Nacional de Salud (EPS, ARS, ESS y Cajas de Compensación). Regula la afiliación de los individuos al SGSSS, mediante el subsidio de la cotización, total o parcialmente, con recursos fiscales o provenientes de la subcuenta de solidaridad del FOSYGA, para financiar la salud de las personas y sus grupos familiares que no tienen capacidad de pago para cotizar.

La población que no tiene capacidad de pago y no ha logrado afiliarse mediante el régimen subsidiado (población vinculada), tiene derecho a los servicios de atención en salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tienen contrato con el Estado.

Plan de Beneficios: es el conjunto de actividades, procedimientos, suministros y reconocimientos que el SGSSS brinda a las personas, con el propósito de mantener o recuperar su salud y lo conforman los siguientes planes:³

- > **Plan Obligatorio de Salud (POS)**, integrado por acciones individuales de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención de la enfermedad general, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación y la provisión de medicamentos esenciales, así como por el reconocimiento de un subsidio económico por incapacidad temporal derivada de enfermedad general y maternidad. El conjunto de los recursos disponibles permite la financiación del POS; para tal efecto, el CNSSS (Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud) determina el valor por capitación (Unidad de Pago por Capitación, UPC) que corresponde a cada beneficiario del Sistema.
- > **Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POSS)**, dirigido a la población que no cuenta con capacidad de pago, sus beneficios son menores que los del POS del régimen contributivo, pero en el futuro deberá ser igual.

A partir del año 2001 todos los habitantes del territorio nacional deberán acceder al POS; actualmente los afiliados mediante el Régimen Contributivo tienen acceso de manera integral y de manera parcial, los afiliados a través del Régimen Subsidiado. La afiliación tiene cobertura familiar.

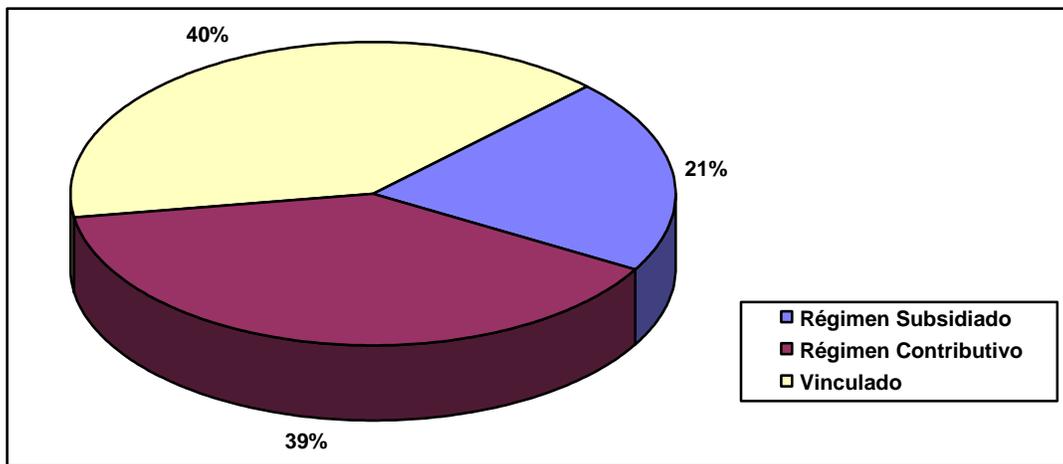
- > **Plan de Atención Básica (PAB)**, constituido por aquellas acciones que se orientan directamente a la colectividad y a los individuos pero que tienen altas externalidades. Su prestación es gratuita y obligatoria, se financia con recursos fiscales del Gobierno Nacional y de los entes territoriales, responsables de su prestación.
- > **Planes de Atención Complementaria (PAC)**, constituidos por servicios contratados mediante el pago previo, ofrecidos por las EPS; comprenden acciones y actividades no contempladas en el POS.

³ Decreto No 1938 de 1994.

- > **Atención en Accidentes de Tránsito y Riesgos Catastróficos**, mediante los servicios médico-quirúrgicos, indemnización por incapacidad permanente y por muerte, gastos funerarios y de transporte al centro asistencial, catástrofes naturales u otros eventos aprobados como tal por el CNSSS, los cuales son financiados por el FOSYGA.
- > **Atención en Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional (ATEP)**, garantizada por las Entidades Administradoras de Riesgos Profesionales (ARP) y se presta por la EPS a la cual esté afiliado el trabajador.

Existen 8.504.448 afiliados mediante el régimen subsidiado (correspondientes al 20.9% del total de la población) y 15.954.339 a través del régimen contributivo, equivalentes al 39.1% (incluye cotizantes, beneficiarios y adicionales). Con base en la población total, se estima que la población vinculada al SGSSS es de 16.314.207, esto significa, el 40 % de los colombianos (Figura 1).

Figura 1. Afiliación de la población al SGSSS, 1998



Fuente: Figura elaborada por los autores en base a información suministrada por la Superintendencia Nacional de Salud y la Dirección de Seguridad Social en Salud del Minsalud

2.2 La Descentralización del SGSSS

La Ley 10 de 1990, estableció las competencias territoriales, los criterios de financiación y los requisitos para que las entidades territoriales asumieran la prestación de los servicios de salud y la Ley 100 de 1993 determinó que la organización del Sistema General de Seguridad Social sería descentralizada y que formarían parte de la misma las Direcciones Territoriales de Salud.

Los Sistemas Territoriales de Seguridad Social están integrados por el conjunto de instituciones de dirección y entidades de promoción y prestación de servicios de salud en sus respectivas jurisdicciones y ámbitos de competencia; esta organización debe permitir a las administraciones territoriales, en el ejercicio de la autonomía que la ley les confiere, dirigir, planificar, organizar, evaluar y controlar los factores de riesgo de la salud y la prestación de los servicios de promoción, prevención y atención de los usuarios de los dos regímenes pilares del sistema (contributivo y subsidiado), para lo que se promueven los siguientes objetivos:

- > Entregar a las administraciones territoriales el protagonismo en la gestión global del sector.

- > Racionalizar y unificar la administración pública, creando estructuras territoriales adecuadas a las funciones que debe ejercer.
- > Acercar las instituciones a los ciudadanos.
- > Hacer más eficiente la aplicación de los recursos financieros y humanos del sector, de acuerdo con las necesidades específicas de cada jurisdicción territorial.

Si bien la descentralización debe ser entendida como un proceso de construcción y consolidación gradual de los territorios para asumir responsable y eficientemente sus competencias y funciones, el legislador previó una mínima preparación de las entidades para su desarrollo, estableciendo unos requisitos mínimos a cumplir (planeación de la salud, desarrollo de los sistemas de información y de las redes de servicios, creación y funcionamiento de las Direcciones de Salud, transformación de las instituciones públicas en ESE, organización del recurso humano en salud, creación y funcionamiento de los fondos de salud y definición de criterios para la distribución del situado fiscal).

Los territorios (departamentos y municipios), independientemente de haber obtenido la certificación de la descentralización de la salud mediante el cumplimiento de los requisitos señalados, han asumido el desarrollo de algunos programas como las Campañas Directas (malaria, leishmaniasis, control de vectores), así como el Programa Ampliado de Inmunizaciones.

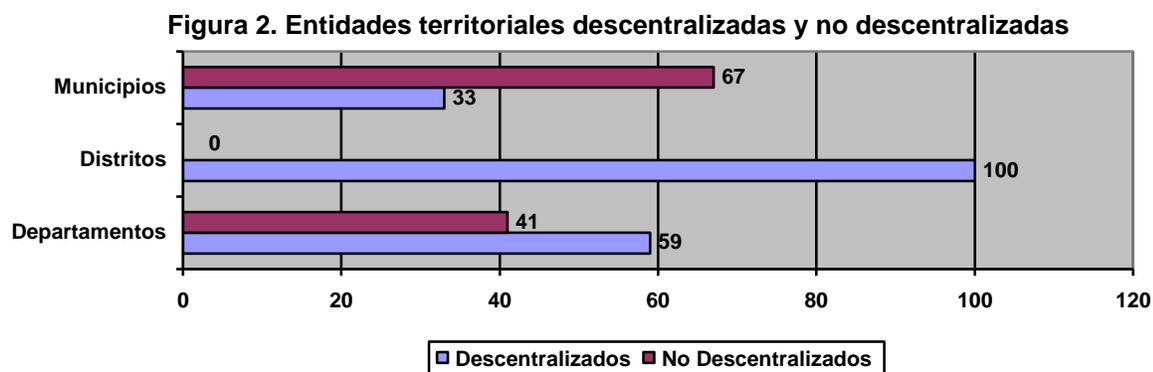
Se han realizado diversos pronunciamientos frente al impacto de la descentralización de la salud⁴. Sin embargo, existe coincidencia en argumentar que los resultados, positivos o negativos, derivados del proceso dependen en gran medida de la dinámica adquirida en cada territorio y de los actores que se han involucrado en el mismo, en especial del compromiso y decisión de la esfera política.

Como ventajas del proceso se pueden mencionar: 1) el compromiso de las entidades territoriales en el manejo de los servicios de salud y su financiamiento e integración como parte del proceso de planificación territorial; 2) el acercamiento de las comunidades a través de su participación en el SGSS; 3) la agilidad en el desarrollo de procesos administrativos; y 4) el mayor poder de negociación para la consecución de recursos en salud del presupuesto nacional, gracias al compromiso en la gestión que tienen los gobernadores, alcaldes, secretarios de salud y gerentes de las instituciones públicas. Adicionalmente la descentralización ha implicado la necesidad de fortalecer el trabajo intersectorial, generando un mayor impacto de las acciones.

Como desventajas se señalan: 1) en el proceso no se ha observado la notoria desigualdad en la capacidad de gestión de los territorios, estandarizando los requisitos y competencias; 2) la pasividad laboral de los trabajadores entorpece la decisión de la descentralización; 3) no existe claridad frente a la normatividad, la cual es compleja y numerosa y que aún permanece la confusión entre el manejo del subsidio a la oferta y el subsidio a la demanda; 4) las funciones de inspección, vigilancia y control han sido asumidas débilmente por las diferentes instancias (Ministerio de Salud, Superintendencia Nacional de Salud y Direcciones Seccionales de Salud) y algunos de los actores, sean nuevos o antiguos, no han asumido completa y eficientemente, las responsabilidades que les competen en el SGSSS.

⁴ Entre otros el Dr. Iván Jaramillo Pérez y Edgar González Salas en "Balance de la Descentralización en Colombia", FESCOL, 1997.

Desde el año 1990 sólo se encuentran descentralizados 19 de 32 departamentos, significando un 59%; 341 de 1.035 municipios, lo que reporta un 32.9%, y la totalidad de los Distritos. (Figura 2) (Anexo A)



Fuente: Figura elaborada por los autores en base a información suministrada por la Dirección General de Descentralización y Desarrollo Territorial del Minsalud

2.3 La Reforma de la Seguridad Social y la Salud Pública

El antiguo Sistema Nacional de Salud logró desarrollos significativos, especialmente en materia de salud pública. Sin embargo, su montaje centralista limitaba la participación de la sociedad y los gobiernos territoriales en la gestión de la salud. El sector fundamentaba su quehacer en el ámbito asistencialista con una leve participación en los ámbitos políticos e intersectoriales. Se responsabilizaba a los hospitales de atender los problemas de salud pública, desbordando su capacidad técnica y financiera para desarrollar las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Además, los subsectores de servicios (estatales, privados, el seguro social y las cajas de previsión) estaban diseñados para la atención de la enfermedad y no para preservar la salud; en este contexto, se instaura el Sistema de Seguridad Social en el cual se incorporan algunos mecanismos que buscan superar los problemas enunciados, así:

- > **La capitación, la competencia y la libre escogencia:** el modelo de capitación supone que los prestadores priorizan el cuidado de la salud, porque el margen de beneficios, se deriva de restarle a una asignación fija per cápita, los gastos por su atención. Además, pretende que la libre escogencia y la competencia motiven a los usuarios a cambiarse de entidad, buscando no sólo la atención de sus eventos de enfermedad, sino su bienestar integral.
- > **La descentralización y la gestión municipal:** el carácter descentralizado del sistema propende a que el estado en todos sus niveles asuma la dirección, vigilancia y control del Sistema de Salud, siendo su responsabilidad el garantizar los servicios básicos de salud y de saneamiento y el asegurar un adecuado PAB que estimule y complemente la participación de las EPS y ARS en la prestación de los servicios individuales, incluidos los de promoción y prevención. Por ello, corresponde a las Alcaldías y Gobernaciones propender por la creación de las Direcciones de Salud como instancias capaces de orientar y dirigir el Sistema en su área de competencia y de garantizar el PAB. Por su parte, la Nación debe asegurar que los dineros de programas destinados a cofinanciar la atención de problemas importantes de salud pública sean distribuidos adecuadamente por los departamentos a sus municipios y utilizados de manera racional y eficiente.

- > **Servicios de Salud:** el Sistema está estructurado para ampliar de modo equitativo y mejorar la calidad de los servicios a través del plan de beneficios que contiene, a su vez, cinco planes de atención, tal como se expuso en aparte anterior. A excepción de los planes complementarios, los restantes contienen expresamente acciones, procedimientos e intervenciones de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad. Por otra parte, se establece que los planes de atención son complementarios y, en consecuencia, contemplan diferentes acciones e intervenciones para solucionar un mismo problema.

2.4 Financiamiento del Sector Salud

La evolución del Sistema Nacional de Salud al SGSSS, ha implicado cambios profundos en el financiamiento del sector. Tradicionalmente, los recursos se centraban en el financiamiento del subsector oficial del Sistema Nacional, destacándose las siguientes fuentes: rentas cedidas (beneficencias, loterías, juegos, apuestas permanentes, consumo de cerveza, consumo de licores e impuesto de registro y anotación), rentas propias (ventas de servicios, importe de registro y rendimientos financieros) y Situado Fiscal. Este último hasta 1990 correspondió al 25% de los ingresos ordinarios de la nación y el 26% de dichos recursos se destinaba al sector salud.

Desde la expedición de la Ley 10, en 1990, y la Ley 100, de 1993, se ha fortalecido el financiamiento con la creación de las siguientes fuentes de financiación:

Nuevo situado fiscal, calculado con base en los ingresos corrientes de la Nación (ingresos tributarios y no tributarios) y debe incrementarse hasta en ½ punto porcentual en cada vigencia; es objeto de cesión a los departamentos y distritos para la atención directa o a través de los municipios de los servicios de salud y educación según la siguiente distribución: 60% como mínimo para educación, 20% como mínimo para salud y 20% de libre asignación entre los dos sectores.

Participación municipal en los ingresos corrientes de la nación (ICN), la Ley establece un tope mínimo del 14% en 1993 y un tope máximo del 22% para el año 2002. Los municipios deben orientar estos recursos a la inversión social, según los siguientes porcentajes: educación, 30%; salud, 25%; agua potable y saneamiento básico, 20%; educación física, recreación y deporte, 5%; libre asignación, 20%. Del total de ICN que reciben los municipios, el 60% se dirige a financiar el régimen subsidiado y el 40% a inversión.

Algunos de los recursos son manejados mediante el FOSYGA, constituido por 4 subcuentas: compensación, solidaridad, riesgos catastróficos y promoción de la salud, orientada a financiar las acciones de promoción y fomento de la salud.

2.5 Financiamiento de la Promoción y Prevención

Como se mencionó, las acciones de Promoción y Prevención se garantizan mediante los Planes de Atención en Salud que conforman el Plan de Beneficios del Sistema y, por lo tanto, son múltiples sus fuentes de financiamiento.

Los recursos del PAB, provienen del Situado Fiscal, recursos derivados de los programas nacionales del Ministerio de Salud y los que para tal efecto, destinen los departamentos, distritos y municipios. Las acciones de prevención y promoción prestados mediante el POS se financian de la UPC subsidiada y contributiva y de los recursos de la subcuenta de promoción del FOSYGA. También se constituye en fuente de financiamiento, la cotización recaudada para atención y prevención de accidentes de trabajo y riesgos profesionales.

La Figura 3 muestra las fuentes de financiamiento y los planes para la prestación de las acciones de promoción y prevención.

Figura 3. Fuentes de financiamiento de promoción y prevención



Fuente: Figura elaborada por los autores, en base a la información suministrada por la División Financiera del Minsalud.

3. Evaluación de la Situación del PAI a Nivel Nacional en el Período 1994-1998

3.1 Creación del PAI en Colombia

Al iniciarse el PAI en 1978, su administración estaba bajo la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud. En 1979, adoptó las normas para su organización y funcionamiento recayendo su responsabilidad en el Grupo de Inmunizaciones dependiente de la Sección de Enfermedades Transmisibles. Debido a múltiples cambios en la estructura del Ministerio de Salud en 1991, pasó a depender de la División de Patologías Infecciosas y Tropicales dentro de la Dirección Técnica. Desde 1993 el programa depende de la Dirección de Promoción y Prevención y directamente de la Subdirección de Prevención.

Las funciones generales del programa comprenden la administración general, la normatización, adquisición y envío de vacunas. Además del Jefe del PAI, se ha conformado un equipo de profesionales, con el objeto de brindar asesoría técnica al programa a los entes territoriales y realizar el control en salud pública de las enfermedades inmunoprevenibles. Desde su creación cuenta con un sistema único de información y registro que se ha modificado de acuerdo a las necesidades y que incluye todos los instrumentos de vigilancia en salud pública, un software establecido por la OPS, para la vigilancia de las enfermedades en erradicación y eliminación (poliomielitis, sarampión y tétanos neonatal).

Los compromisos asumidos por Colombia son: 1) la erradicación de la poliomielitis, cuya certificación se obtuvo para todo el continente americano en 1994; 2) la erradicación del sarampión para el año 2000; 3) la eliminación del tétanos neonatal; 4) el plan para el control de la hepatitis B, y 5) el plan de control y vigilancia de otras enfermedades inmunoprevenibles como la tosferina, difteria, tuberculosis, parotiditis, rubéola congénita, hepatitis B, meningitis y neumonía por Hib y fiebre amarilla.

3.2 El Programa Ampliado de Inmunizaciones en el SGSSS

Dentro de los avances logrados por el antiguo Sistema Nacional de Salud se destacan las inmunizaciones y la atención de las enfermedades infectocontagiosas. Reconociendo la importancia que tiene para la salud pública esta categoría de enfermedades, la reforma del sistema y la normatividad que lo regula, enfatizan en el desarrollo de acciones relacionadas en este área.

En ese sentido, de conformidad con lo dispuesto en el decreto 1938 de 1994, por el cual se reglamenta el plan de beneficios, se determina que *el PAB incluye acciones colectivas e individuales tales como las actividades de vacunación contenidas en el PAI.*

Igualmente la resolución 4288 de 1996, define el PAB del SGSSS, estableciendo que *las acciones de vacunación deben estar incorporadas a los planes de salud tanto del régimen contributivo como subsidiado y estarán a cargo de los recursos del subsidio a la oferta para la población vinculada (no afiliada).* Sin embargo, contempla dentro de las acciones de vigilancia en

salud pública y control de factores de riesgo, la prevención de enfermedades inmunológicas y la búsqueda activa de casos y contactos para canalizarlos hacia los servicios de diagnóstico y tratamiento, así como la investigación y control de brotes y epidemias.

La resolución # 3997 de 1996, expedida por el Ministerio de Salud, señala que *las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, deberán ser ejecutadas a través del POS por las EPS, Entidades Adaptadas y ARS a sus afiliados y por las IPS públicas a los vinculados al sistema*. Dentro de éstos se encuentra la aplicación completa y los refuerzos de los biológicos según el esquema único de vacunación nacional PAI y los que se adicionen en el futuro.

Consecuentemente, en la reforma del SGSSS subyace una pretensión de fortalecer la salud pública y de garantizar la prevención de las enfermedades objeto del PAI, lo que depende de la dinámica que adquiera su desarrollo en las diferentes entidades territoriales. Debe considerarse que las acciones integradas en el PAI, están incluidas tanto en el POS como en el PAB.

3.3 Esquema Único de Vacunación en Colombia

A partir de 1994 se han incluido nuevas vacunas en el esquema, tales como la Hb en 1994, la triple viral en 1995, y la Hib, introducida en mayo de 1998 durante una Jornada Nacional de Vacunación.

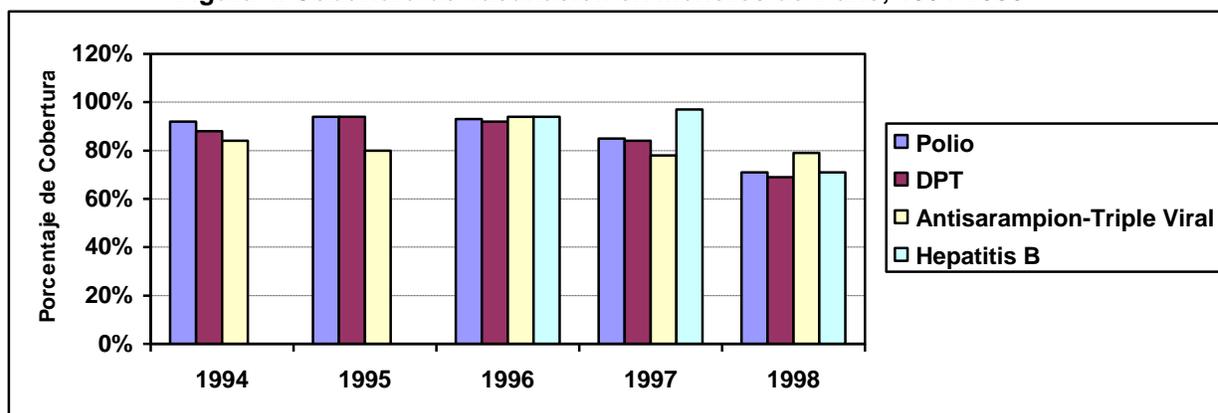
Dentro de los cambios importantes del esquema está también el refuerzo de DPT y vacuna antipoliomielítica, al pasar de tres a cinco dosis. La vacuna contra el tétanos neonatal, que se aplicaba anteriormente, era el Toxoide Tetánico a mujeres entre 15 y 45 años, aplicándose actualmente el Toxoide Diftérico desde los 10 años, por considerársela el inicio de la edad fértil. Se recomienda aplicar cinco dosis en aquellas zonas del país de alto riesgo.

El esquema de vacunación de Colombia se ubica como uno de los más completos de Latinoamérica y cumple con las recomendaciones de la OPS y de la OMS.

3.4 Coberturas de Vacunación

Del análisis de las coberturas de vacunación en el período 1994-1998, se observa que durante los años 1995 y 1996 se alcanzaron las coberturas más altas para todos los biológicos, con porcentajes superiores al 90% en cada uno de ellos. *A partir de 1997, las coberturas descendieron a porcentajes que varían entre el 75% y 88%* (Figura 4).

Figura 4. Cobertura de vacunación en menores de 1 año, 1994-1998



Fuente: MIPAOF-PAI-Minsalud

Las coberturas según departamentos, muestran que a excepción de Casanare, Guaviare, Huila, Tolima y Vaupés, en los demás las coberturas presentan un comportamiento descendente, *sin que se denote una clara relación entre la descentralización departamental y el comportamiento de las mismas*. En ese sentido, de los departamentos donde se han incrementado las coberturas, Huila y Tolima se encuentran descentralizados y Casanare, Guaviare y Vaupés no descentralizados (Cuadro 2).

Dentro de los factores presentes que pueden explicar el descenso de las coberturas, se plantean los siguientes (los mismos fueron señalados por los gerentes del Programa y los epidemiólogos durante las últimas dos reuniones anuales de evaluación del PAI en 1997 y 1998):

- > Presencia de nuevos actores del SGSSS que no han asumido cabalmente su compromiso en la promoción y prevención de la salud a través de las acciones de vacunación de sus afiliados.
- > Expansión del conflicto armado de la guerrilla y paramilitarismo en el país, que involucra más del 50% de los municipios, lo que limita el óptimo cumplimiento de las metas de vacunación.
- > Desabastecimiento de biológicos en algunos períodos, afectando la continuidad del programa (especialmente en 1999 durante el cual se ha presentado la mayor crisis económica del último quinquenio).
- > Problemas serios de desactualización del sistema de información que provoca subregistro de las dosis aplicadas a la población afiliada mediante los dos regímenes (subsidiado y contributivo) y su lenta entrega al nivel central.
- > Insuficiencia de recursos del situado fiscal asignados por los municipios para acciones de vacunación en áreas rurales, principalmente para garantizar la disponibilidad de medios de transporte.
- > Falta de conocimiento de la normatización del SGSSS relacionada con el PAI que permite interpretaciones erradas o parciales de la ley por parte de las autoridades locales, provocando oportunidades perdidas de vacunación (cobro de la aplicación de la vacuna a usuarios).

- > Falta de acciones de divulgación de los planes de erradicación, eliminación y control, al personal que ingresa a las instituciones del SGSSS.
- > Rotación constante del personal encargado del PAI en los niveles nacional y departamental, e inclusive supresión del cargo del coordinador del PAI en muchos departamentos con la siguiente pérdida de continuidad de las acciones iniciadas.

La disminución de las coberturas de vacunación sitúan al país frente a un peligro inminente de epidemias de sarampión, tosferina, difteria y a la reaparición de la poliomielitis, aún cuando las tasas de incidencia muestren tendencias estables hasta 1998.

Cuadro 2. Coberturas de vacunación según estado de la descentralización departamental

Departamentos y Distritos	Descentralización		Polio			DPT			BCG		
	Sí	No	1996	1997	1998	1996	1997	1998	1996	1997	1998
Antioquía	X		89.8	83.5	79.7	88.3	82	76.4	95.2	94.5	94.4
Amazonas	X		69.6	102.2	47.7	69.9	91.2	50.3	100	105.5	59.2
Arauca		X	75.8	78.2	55.8	76	85.9	55.7	89.9	87.9	55.9
Atlántico	X		82.4	78.6	33.9	80.1	77.9	32.8	78.4	104.3	31.7
Bolívar	X		88.0	93.1	61.7	88.1	88.1	57.7	82.3	93.2	71.9
Boyacá		X	93.8	93.8	73.1	83.1	93.2	72.6	88.9	109.9	80.7
Caldas	X		91.6	66.9	68.7	91.8	71.3	68.3	96.2	74.4	60.1
Caquetá		X	100	94.3	83.1	111.7	93.4	86.6	100	95.4	75.7
Casanare		X	94.2	91.1	95.2	94.1	91.1	95.4	98.9	96.3	101.2
Cauca		X	79.9	73.1	62.9	79.9	73.4	57.3	87.5	77.7	68.4
Cesar	X		100	95.9	74.3	101.4	94.8	73.3	100	105.9	72.7
Chocó		X	100	87.5	43.5	117.8	86.5	42.7	100	87.4	44.9
Córdoba	X		100	100.2	78.5	97	99.7	76.8	100	103.4	78.5
Cundinamarca		X	93.5	85.2	71.9	92.6	84.4	71.1	100	98.1	77.6
Guainía		X	73.5	69.3	67.5	80.1	69.2	60.7	94.3	77.4	40.5
Guajira	X		85.4	67.9	62.7	84.4	67.8	62.8	104.1	97	70
Guaviare		X	70.8	67.5	88	66.5	61.2	84.5	68.9	74.6	72.8
Huila	X		91	85.9	107.4	90	92.7	106.5	100	94.3	123.5
Magdalena	X		99.2	96.7	64.6	96.2	102	58.3	94.9	108.8	72.8
Meta	X		81.6	95.8	77	79.1	95	74.7	83.8	115.3	72.4
Nariño		X	89.6	70.6	75.1	90.4	70.6	71.9	100.7	94.6	73.5
Nte. Santander		X	88.6	88.1	51.5	86.8	88	50.4	100	88.6	59.4
Putumayo		X	61.9	61.8	50.7	61.9	60.3	55.2	56.6	60	49
Quindío	X		94.9	102.1	71.6	95.9	102.1	71.2	100	127.8	80.8
Risaralda	X		88.8	101.6	59	89.4	100.9	58.6	80.2	120.5	65.5
San Andrés	X		98.1	83.6	62.2	97.3	83	61.7	78.9	77.2	47.4
Santander	X		91.7	71.4	50.8	89.9	70.9	53	100	88.1	58.5
Santafé Bogotá	X		94.9	88	80.7	95.3	85.5	78.3	100	112.8	102.2
Sucre	X		96.7	88.8	73.1	95.9	82.9	72.8	100	92.1	73.3
Tolima	X		100	78.7	120.2	99.6	76.2	115	100	78.5	134.6
Valle	X		93.2	84.5	73.1	90.5	81.5	70.3	97.9	94.9	83.8
Vaupés		X	26.5	32.8	40	27.3	37.9	38	62	47.8	67.2
Vichada	X		52.5	63.3	24.7	53.5	59.9	23.5	78.4	97.2	29.9
Total	-	-	93	84.7	70.8	92	83.9	68.8	103.6	97.9	79.1

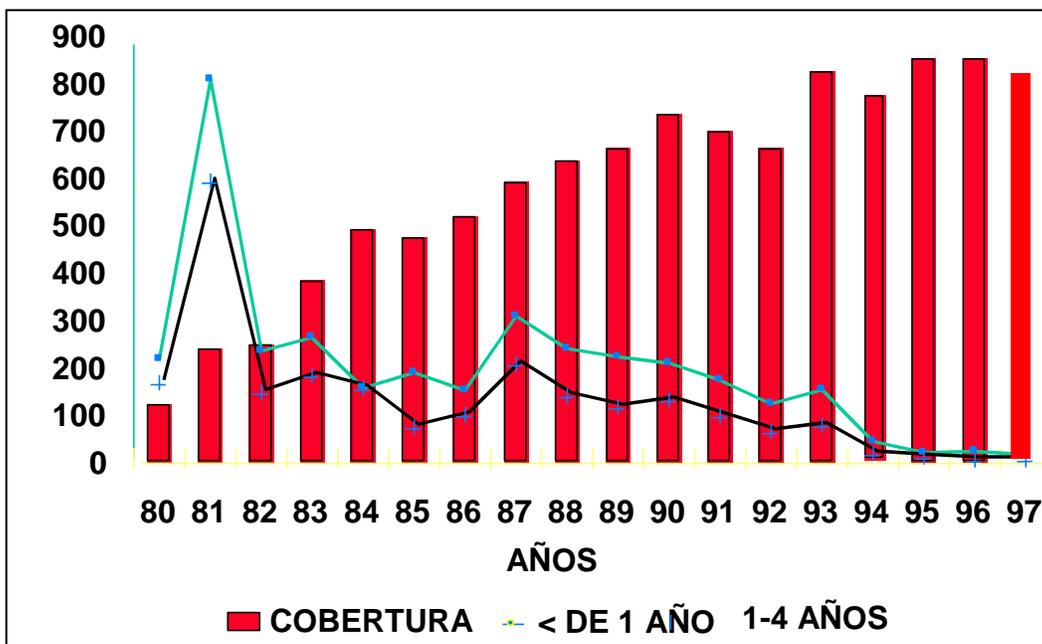
Fuente: PAI, Minsalud y Dirección General de Descentralización y Desarrollo Territorial del Minsalud

3.5 Incidencia de las Enfermedades Inmunoprevenibles en el Proceso de Erradicación y Eliminación (1994-1998)

Desde 1991 no se han presentado casos de polio en Colombia. La tasa de PFA (Parálisis Fláccida Aguda) se ha mantenido con una tendencia estable en todo el período, con cifras superiores a 1 caso por 100,000 niños menores de 15 años, lo que demuestra la adecuada vigilancia que se realiza de esta patología como parte de la consolidación del Plan de erradicación de la poliomielitis en Colombia.

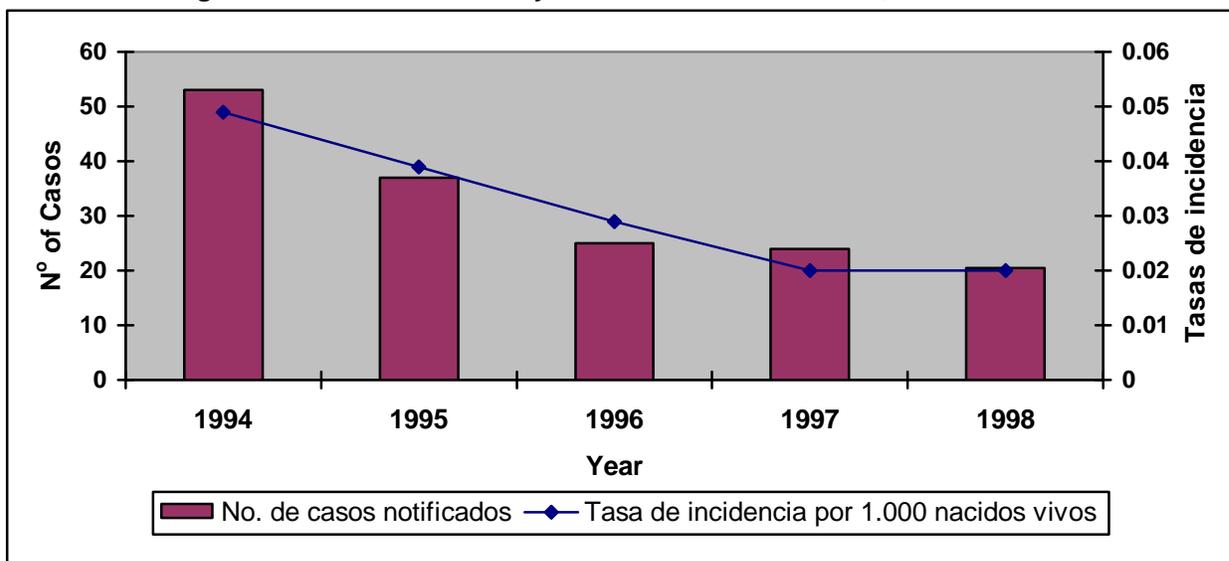
La tasa de incidencia del sarampión ha descendido desde 47 casos por 100,000 habitantes en 1994 a 1.7 por 100,000 en 1998. No se han presentado muertes en el período de estudio. Los casos de sarampión confirmados por laboratorio han sido los más bajos de la década. Los casos sospechosos que se notifican a través del Sistema Alerta Acción han descendido al mejorarse la captación de casos bajo el concepto operativo de Caso Sospechoso, que permite un diagnóstico más específico de la enfermedad. Sin embargo, la notificación de casos confirmados clínicamente denota las fallas del sistema de vigilancia epidemiológica a todo nivel (Figura 5).

Figura 5. Incidencia sarampión en menores de 5 años y cobertura vacuna AS o TV, 1980-1997 (Tasa por 100.000 habitantes)



La tasa de incidencia de Tétanos Neonatal por 1,000 nacidos vivos, ha descendido paulatinamente desde 1994, con tasas de 0.05 en ese año, hasta 0.02 en 1997 y 1998. La meta es lograr una tasa de incidencia menor a 1 caso por 1,000 nacidos vivos en todos los municipios del país. La evaluación del período 1994-1998 muestra una disminución de municipios con tasas superiores a 1, posibilitando el pronóstico de eliminación de la enfermedad si se mantienen coberturas con toxoide diftérico, superiores al 90% en todos los municipios (Figura 6).

Figura 6. Tasa de incidencia y casos notificados de TNN, 1994-1998



Fuente: TETCOL, PAI-Minsalud

3.6 Indicadores de Vigilancia Epidemiológica

El Programa ha mostrando un avance significativo en la disminución de las tasas de incidencia de las enfermedades inmunoprevenibles en los últimos 4 años; sin embargo, como ya se mencionó, existe un *deterioro de las coberturas de vacunación y de los indicadores de vigilancia del Plan de Erradicación de Sarampión que se inició en 1993 lo cual podría provocar epidemias a partir de 1999*. Los indicadores de vigilancia del Plan de Erradicación de Polio y de Tétanos Neonatal se han mantenido e incluso han mejorado en el período 1994-1998 (Cuadro 3).

Los indicadores de vigilancia de las PFA se han mantenido por arriba del 80% en todo el periodo. Sin embargo, se han tenido que clasificar casos compatibles con polio por el manejo inadecuado de las PFA, bien sea por no tomar muestras de heces en los 15 días de inicio de la parálisis y no tomar al menos muestras en contactos, y/o por no realizar valoración neurológica que descarte los casos sugestivos de poliomielitis. Estos casos se han presentado en todos los años del período en estudio.

Cuadro 3. Tasas de incidencia e indicadores de vigilancia epidemiológica de las enfermedades del PAI

Plan Erradicación Poliomielitis	1994	1995	1996	1997	1998
% de casos con muestras de heces oportunas	88%	84%	83%	85%	85%
Tasa de PFA x 100.000 < 15 años			2	1.5	1.4
% de notificación semanal	93%	88%	87%	83%	85%
% casos investigados en las 48 horas a la notificación	85%	84%	86%	89%	85%
Nº de casos confirmados por laboratorio	0	0	0	0	0

Plan de Erradicación del Sarampión	1994	1995	1996	1997	1998
Incidencia por 100.000 habitantes	47	46	44	10	1.7
% de casos confirmados por laboratorio	22%	6%	1%	1%	7%
% de casos con muestras de laboratorio adecuada	12%	14%	31%	61%	80%
% de casos investigados en las 48 horas siguientes a la a la notificación	12%	14%	85%	73%	64%
% de casos confirmados por clínica		6%	8%	10%	13%
% casos con reporte laboratorio < 7 días	7%	13%	73%	60%	54%
% unidades notificadoras	48%	88%	87%	83%	85%

Plan de Eliminación del Tétanos Neonatal	1994	1995	1996	1997	1998
Incidencia por mil nacidos vivos	0.07	0.07	0.02	0.01	0.01

Plan Control Hepatitis B	1994	1995	1996	1997	1998
Tasa de incidencia por 100.000 habitantes	2.5	2.82	1.89	1.7	3.3

Fuente: Minsalud-PAI

Los indicadores de vigilancia del sarampión demuestran serias fallas en el manejo y seguimiento de estos casos durante todo el período. Los casos confirmados clínicamente son una evidencia de la falla en la toma de muestra sérica para diagnóstico por laboratorio en los 30 días después del inicio de la fiebre; en los últimos dos años, menos del 80% de los casos tienen reporte del resultado de

laboratorio en menos de 7 días; menos del 80% de los casos son investigados en las 48 horas posteriores a la notificación y menos del 80% tienen una fuente de contagio identificada. Estos tres indicadores han empeorado coincidentemente en los años 1997 y 1998, durante los que también se han deteriorado las coberturas de vacunación.

Teniendo en cuenta que la meta de eliminación del tétanos neonatal como problema de salud pública es lograr una tasa de “incidencia menor de 1X1000 nacidos vivos en cada municipio”⁵ se cuantificó por año el número de municipios que desde 1989 hasta 1998 no la cumplen. Los resultados muestran un descenso del número de municipios que no alcanzan el objetivo, en un 85% en los 10 años (85 en 1989 a 6 en 1998), pudiendo asegurarse un avance lento pero constante en la eliminación del TNN.

3.7 Sistema de Información

Antes del proceso de reforma y de descentralización el flujo informativo era el siguiente: los centros y puestos de salud notificaban al hospital local (primer nivel) y éste al hospital regional (segundo nivel), el que a su vez reportaba al Servicio Seccional de Salud para comunicar finalmente al Ministerio de Salud.

En los inicios del programa, entidades como las cajas de previsión y de compensación y el Instituto de Seguros Sociales (ISS), ejecutaban acciones de vacunación a sus afiliados y beneficiarios independientemente de las políticas nacionales, con una débil coordinación e integración con el subsector público ejecutor del PAI. Por lo tanto, el sistema de información no incluía o integraba sólo parcialmente la notificación de estas instituciones.

En la medida en que el programa se fue fortaleciendo, esta situación se transformó y el reporte de las instituciones privadas sobre la vacunación se hizo obligatorio; especialmente desde 1984, a partir de la primer jornada de vacunación.

Actualmente, los problemas del sistema de información se han agudizado debido al subregistro de dosis aplicadas por las IPS contratadas por las EPS y ARS; de igual forma, no existe un formato o registro único de vacunación que permita estandarizar la información recibida en el nivel central, destacándose la falta de oportunidad en la entrega, procesamiento, análisis y utilización de la misma en todos los niveles.

3.8 Cambios en el PAI Posteriores a la Reforma del SGSSS

La reforma del sistema también ocasionó cambios en el funcionamiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones, especialmente por la integración de nuevos actores, lo que se presenta a manera de síntesis a continuación:

- > La responsabilidad de las acciones relacionadas con el programa debe ser garantizadas por las entidades administradoras de la afiliación de la población al sistema (EPS, ARS, Cajas de Compensación y Entidades Adaptadas) y brindadas a los afiliados y beneficiarios por las instituciones (IPS y ESES) con las que, dichas entidades, tengan contrato para la prestación del POS contributivo y subsidiado. Además, el Estado en los distintos niveles territoriales es

⁵ Meta establecida por la OPS y la OMS.

el responsable de garantizar las acciones relacionadas con el programa mediante el desarrollo del PAB.

- > Los hospitales públicos deben prestar dichas acciones a la población vinculada mediante recursos del subsidio a la oferta. Sin embargo, esto no siempre se cumple en la práctica debido a que en ocasiones no existe contrato firmado entre las EPS de un Municipio y las ESES o IPS, ocasionando rechazo de los usuarios para la prestación de las acciones de vacunación. Este es el caso típico del ISS en los Municipios donde no se cuenta con instituciones propias para la prestación de los servicios a sus afiliados.
- > Como se mencionó, las acciones del PAI deben ser prestadas a través del POS y el PAB, bajo el principio de complementariedad; ***la normatividad no establece el porcentaje del PAB que como mínimo se debe asignar al PAI, por lo cual las entidades territoriales deben decidir los recursos a destinar según las necesidades y prioridades identificadas del programa en su jurisdicción.***
- > Las unidades notificadoras se han ampliado involucrando las acciones y demás información relacionada con las enfermedades inmunoprevenibles realizadas por las diferentes entidades del Sistema; el flujo de la información es el siguiente: la entidad prestataria del servicio de salud reporta a la Dirección Municipal de Salud y ésta a la Dirección Departamental de Salud la que comunica, finalmente, al Ministerio de Salud. En caso de no haberse creado la Dirección Municipal de Salud, la IPS es la responsable de recibir la información y hacerla llegar a la Dirección Departamental de Salud; pese a este cambio ***se presentan irregularidades en la oportunidad de la notificación en la materia.***
- > A partir de la reforma, corresponde a las Direcciones Departamentales y Municipales de Salud velar por el óptimo funcionamiento del Programa en su jurisdicción, para lo que deben coordinar e integrar las acciones con el Alcalde las EPS, ARS, IPS y promover la complementariedad entre las acciones de promoción y prevención del POS y el PAB. El problema surge cuando estos ***nuevos actores no asumen su responsabilidad en la asignación de recursos al PAI.***
- > La vigilancia epidemiológica como función está a cargo de ***las Direcciones Territoriales de Salud***, quienes ***deben garantizar la adopción de las medidas pertinentes en caso de presentarse muertes por enfermedades inmunoprevenibles o eventos que pongan en riesgo la salud pública.***
- > El Ministerio de Salud continúa como ente rector del SGSSS dictaminando la política y los entes territoriales la adoptan y la adaptan a sus necesidades. Adicionalmente, continúa adquiriendo los insumos básicos, mediante licitaciones y compras directas para el desarrollo del esquema de vacunación, los envía a las Direcciones Departamentales de Salud, que los distribuyen en su territorio. ***La descentralización total del presupuesto del PAI y de la compra de los biológicos, puede afectar el programa desde el punto de vista epidemiológico, y financiero, así como ocasionar deterioro en la calidad de los biológicos.***

4. Análisis del Financiamiento del PAI en El Nuevo Sistema (1994-1998)

El Ministerio de Salud establece el PAI con el fin de garantizar a los niños de 0 a 5 años un esquema completo de vacunación contra seis enfermedades. Este programa se caracterizaba por su manejo centralizado, vertical y por ser ejecutado a través de las instituciones públicas del sector.

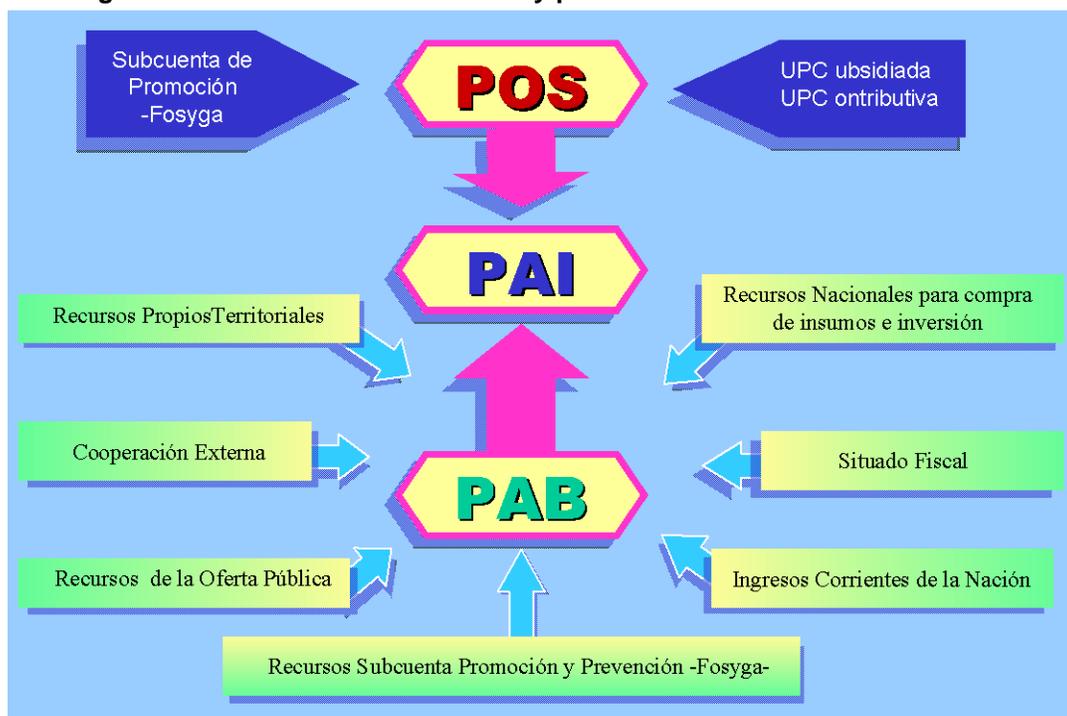
El Ministerio de Salud definía las políticas aplicadas por los Servicios Seccionales de Salud (hoy Direcciones Departamentales de Salud), los que coordinaban con las respectivas Unidades Regionales las acciones a desarrollar en su área de influencia.⁶

Los recursos nacionales orientados a financiar el desarrollo del programa se ejecutaban en su totalidad a través del presupuesto de inversión del Ministerio de Salud. La adquisición de los insumos la realizaba directamente el Ministerio de Salud. Específicamente, la compra de los biológicos y las jeringas se efectuaba a través del Fondo Rotatorio de la OPS, a costos ampliamente favorables para el país en relación con su precio en el mercado. Estos insumos eran transferidos a los Servicios Seccionales de Salud, de acuerdo con la programación de coberturas, que se encargaban de su distribución a las Unidades Regionales y de allí a los hospitales de su jurisdicción. El Nivel Central transfería a los Servicios Seccionales de Salud, para su ejecución, pequeñas partidas financieras con instrucciones sobre su destinación exclusiva para el programa. Eventualmente, del presupuesto del territorio, algunos de los Departamentos (Antioquía, Valle, Bogotá, Norte de Santander, Huila y Tolima) asignaban recursos para apoyar el programa, en gastos como transporte, viáticos y combustible requeridos para brindar asistencia técnica.

Con la reforma las fuentes de financiamiento del PAI se diversifican, incorporando los recursos que soportan el POS (UPC subsidiada y contributiva y subcuenta de promoción del FOSYGA) y el PAB (ICN, Situado Fiscal, recursos nacionales para compra de insumos e inversión, recursos de la subcuenta de promoción y prevención del FOSYGA, recursos de la oferta pública, cooperación externa y recursos propios territoriales); en relación con este último, ***los departamentos y municipios deben garantizar que se asignen los recursos requeridos para apoyar el desarrollo del programa a nivel territorial y que se presten los servicios de vacunación a la población vinculada; especialmente, deben propender porque se contemplen recursos en el PAB derivados del 10% del situado fiscal al PAI*** (Figura 7). Las fuentes de financiamiento del programa son múltiples y su asignación depende en gran medida de las prioridades y decisiones adoptadas a nivel territorial.

⁶ Las Unidades regionales tenían como sede un hospital del segundo nivel de atención y se integraban por un número determinado de hospitales del primer nivel con sus centros y puestos de salud.

Figura 7. Fuentes de financiamiento y prestación de las acciones del PAI



Fuente: Figura elaborada por los autores en base a información suministrada por el PAI, Minsalud

Con el fin de conocer el comportamiento financiero del presupuesto del PAI, a continuación se presenta un panorama general de los gastos ejecutados por el Ministerio de Salud, especificando el concepto de los mismos.

Para el período 1994 a 1998 el presupuesto ejecutado por el Ministerio de Salud ascendió a \$4,062,401 millones⁷ de los cuales el 62.9% correspondió a funcionamiento y el 37.1% a inversión (Cuadro 4 y Cuadro 5 - cifras en dólares). El análisis de la composición del presupuesto para cada uno de los años denota que los gastos de funcionamiento tienen una tendencia a la disminución, mientras que los de inversión evidencian un comportamiento ascendente. En ese sentido, en 1994 el 71.7% del presupuesto se gastó en funcionamiento, descendiendo en 1998 a 56.2%; por el contrario, la inversión en 1994 fue del 22.9% frente al 43.8% en 1998. Sin embargo, observando la variación porcentual entre los años en estudio se evidencia una considerable disminución del presupuesto del Ministerio; como se presenta en el Cuadro 4 (variación porcentual). En el período 1994-1995 el presupuesto creció en un 20% disminuyendo su incremento al 5.1% y 8.8% en los períodos 1996-1997 y 1997-1998 respectivamente. Igualmente, el crecimiento de la inversión presenta una notable disminución mientras que el funcionamiento, a excepción del período 1995-1996, se mantiene en cifras relativamente estables.

⁷ Tipo de cambio 1,945 pesos colombianos = 1,00 dólares americanos.

Cuadro 4. Ejecución Presupuestal Ministerio de Salud 1994-1998
(millones de pesos, a precios constantes de 1994)

Descripción del gasto	1994		1995		1996		1997		1998		Total 94 -98	
	EJEC	%	EJEC	%								
Servicios Personales	8417	1.8	8745	1.8	8032	1.5	10420	1.9	5836	1.1	41450	1.6
Gastos Generales	8378	1.8	5257	1.1	4011	0.8	3883	0.7	1982	0.4	23511	0.9
Transferencias*	92770	20.0	89257	18.8	70347	13.3	50201	9.3	50331	9.2	352906	13.8
Situado Fiscal	354995	76.4	372171	78.3	445743	84.4	472571	88.0	491414	89.4	2136893	83.6
Total Funcionamiento	464560	77.1	475429	65.2	528132	61.8	537075	59.8	549564	56.2	2554760	62.9
Dotación y Suministros PAI	8128	5.9	14339	5.7	12113	3.7	12739	3.5	11480	2.7	58798	3.9
Fortalecimiento Descentralización	665	0.5	611	0.2	540	0.2	405	0.1	0	0.0	2221	0.1
Fondo de Solidaridad y Garantía	46552	33.7	62762	24.8	266571	81.6	311316	86.2	384068	89.7	1071268	71.1
Otras Inversiones**	82812	59.9	175500	69.3	47648	14.6	36763	10.2	32630	7.6	375354	24.9
Total Inversión	138157	22.9	253212	34.8	326872	38.2	361223	40.2	428177	43.8	1507641	37.1
Total Fto. e Inversión	602717		728641		855004		898298		977741		4062401	
Variación Porcentual 1994-1998												
Descripción del Gasto	94-95		95-96		96 - 97		97-98					
Servicios personales	3.9		-8.2		29.7		-44.0					
Gastos generales	-37.3		-23.7		-3.2		-48.9					
Transferencias*	-3.8		-21.2		-28.6		0.3					
Situado fiscal	4.8		19.8		6.0		4.0					
TOTAL FUNCIONAMIENTO	2.3		11.1		1.7		2.3					
Dotación y Suministros PAI	76.4		-15.5		5.2		-9.9					
Fortalecimiento Descentralización	-8.2		-11.7		-24.9		-100.0					
Fondo de Solidaridad y Garantía	34.8		324.7		16.8		23.4					
Otras Inversiones**	111.9		-72.9		-22.8		-11.2					
Total Inversión	83.3		29.1		10.5		18.5					
Total Funcionamiento e Inversión	20.9		17.3		5.1		8.8					

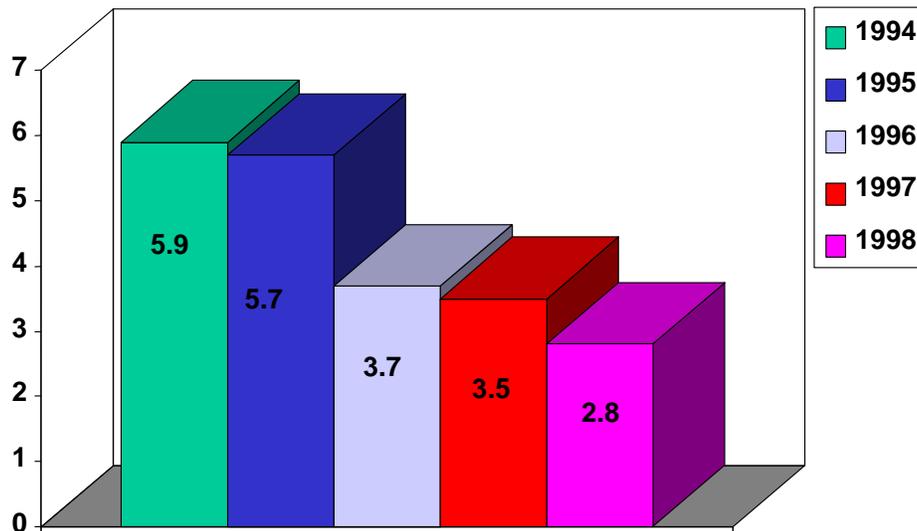
Puente: Ministerio de Salud: División Financiera

*Incluye Fondo de Cesantías y Pensiones, ICBF, Tribunal de Ética, -PNR-, Sanatorio de Aguas de Dios y Contratación, Centro Dermatológico Leishmaniasis, lepra, entre otras

**Adquisición de Equipos, Informática, Asistencia Técnica, Promoción y prevención, Vigilancia epidemiológica, Emergencia y desastres, Control enfermedades tropicales, entre otras.

Específicamente en relación con el PAI, su participación en el presupuesto de inversión del Ministerio de Salud ha disminuido; en los años 1994-1995 representó el 5.9% y el 5.7% respectivamente, decreciendo al 3.5% y 2.7% en 1997 y 1998. El análisis de la variación porcentual del PAI presenta un notable descenso; en el período 1994-1995 el presupuesto del programa aumentó en un 76.4%; en 1995-1996 decreció en un 15.5%; en 1996-1997 se incrementó sólo en un 5.2%, presentando un crecimiento negativo del 9.9% en el período 1997-1998 (Figura 8).

Figura 8. Participación porcentual del PAI en la inversión del Ministerio de Salud, 1994-1998



Fuente: figura elaborada por los autores en base a la información suministrada por el PAI y la División Financiera del Minsalud.

La situación mencionada se confirma mediante de las cifras presentadas en el Cuadro 5. Se observa que a partir del año 1997 el CNSSS aprobó recursos del FOSYGA para apoyar el programa, con destinación a la compra de vacuna Hib. Dichos recursos compensaron las asignaciones tradicionales que el Ministerio de Salud realiza por medio de la Dirección General de Promoción y Prevención de la cual depende el programa, *siendo para el futuro pertinente adoptar estos recursos como una fuente regular de financiamiento de apoyo al programa en el nivel nacional.*

Cuadro 5. Presupuesto Ministerio de Salud—PAI (millones de dólares)

Vigencia		Apropiación inicial	Adiciones *	Recursos FOSYGA**	Total
1994	Apropiado	10.1			10.1
	Ejecutado	9.8			9.8
	% Ejecución	97.7			97.7
1995	Apropiado	17.4	1.8		19.2
	Ejecutado	17.4	1.4		18.8
	% Ejecución	99.8	76.0		97.6
1996	Apropiado	13.7	3.5		17.2
	Ejecutado	13.7	3.3		17.0
	% Ejecución	100.0	94.2		98.8
1997	Apropiado	15.4		3.7	19.1
	Ejecutado	15.4		3.7	19.1
	% Ejecución	99.9		100.0	99.9
1998	Apropiado	12.3		2.8	15.0
	Ejecutado	12.1		2.8	14.9
	% Ejecución	98.6		100.0	98.8
Total	Apropiado	68.8	5.3	6.5	80.6
	Ejecutado	68.4	4.7	6.5	79.5
	% Ejecución	99.4	87.7	100.0	98.6

Fuente: Ministerio de Salud, PAI y División Financiera

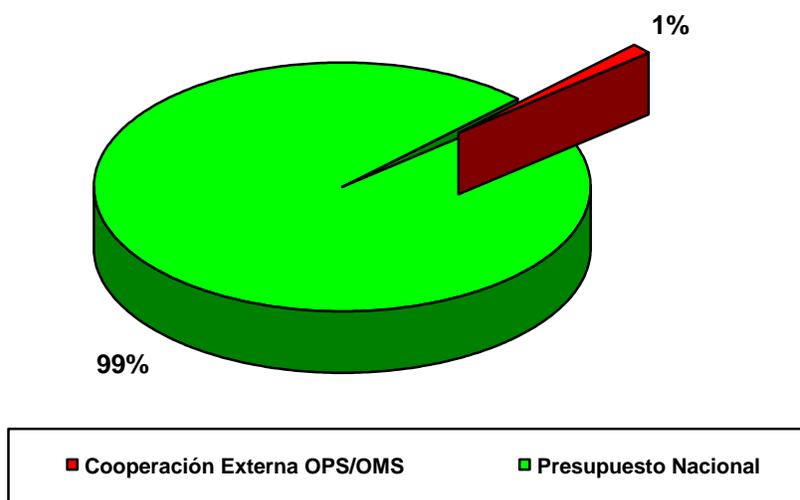
* Presupuesto de la Dirección General de Promoción y Prevención y otros programas

** Excedentes del FOSYGA para compra vacuna Haemophilus Influenzae

Adicionalmente, desde el inicio del programa se ha contado con la cooperación técnica y financiera de la OPS/OMS. En ese sentido, durante el período 1994-1998 dicho apoyo, representado en asesoría técnica, capacitación, investigación, entre otros, ascendió a US\$632.668, de los cuales el 78.4% corresponden a la oficina central de la organización y el 21.6% a la oficina de Colombia la que ha prestado esta ayuda desde 1997. Frente a los recursos del presupuesto colombiano destinados al financiamiento del PAI, la cooperación externa corresponde al 1.26%. (Figura 9 y Cuadro 6)

En general la ejecución del PAI ha sido satisfactoria, alcanzando cifras superiores al 97% en todos los años del análisis.

Figura 9. Participación de la cooperación externa en el financiamiento del PAI



Los gastos específicos del programa en el Ministerio se presentan en el Cuadro 7 (en dólares). Durante el período 1994-1995 se evidenció un considerable aumento del presupuesto correspondiente al 76.4%, decreciendo en un 15.5% en el período 1995-1996. Durante 1996-1997 muestra un crecimiento del 5.2%. **Más del 80% del presupuesto se invierte en insumos tales como biológicos, jeringas, reactivos, entre otros, de los cuales los biológicos representan el mayor porcentaje.** Las transferencias, a excepción del año 1998, se constituyen en el segundo gasto más representativo. Los demás recursos se invierten en asesoría, asistencia técnica, capacitación, divulgación del programa a la población a través de medios masivos y mantenimiento de la red de frío. **La asignación para esta última no ha permitido suplir las necesidades del almacén nacional de biológicos**, por lo que se evidencian serios problemas en cuanto a infraestructura, capacidad de almacenamiento y obsolescencia de equipos, entre otros (Figura 10).

Cuadro 6. Cooperación externa PAI/OPS/OMS. Apoyo oficina central y Oficina Colombia, 1994-1998

Concepto	Oficina Central US \$				Oficina Colombia US \$			TOTAL
	94-95	96-97	98-99	Subtotal	1997	1998	Subtotal	
Asesores temporales	800	2574	5552	8926				8,926
Viajes consultores internacionales	4214	10508	11198	25920				25,920
Contratos	53452	33023	56782	143257	4786	2998	7784	151,041
Gastos administrativos y desplazamientos	15139	52059	19396	86594				86,594
Gastos administrativos y compras	60	21412	2050	23522		4268	4268	27,790
Talleres cursos y seminarios	13808	34964	53870	102642		11589	11589	114,231
Donaciones								
Estudio epidemiológico INS	44946			44946				44,946
Pruebas equipo de refrigeración laboratorio cámara ambiental		5000		5000				5,000
Estudio vigilantes centinelas infecciones respiratorias		22000		22000				22,000
Consultor a corto plazo		1060	27625	28685				28,685
Costo profesional nacional			4521	4521	34995	45244	80239	84,760
Apoyo secretarial y administrativo					3150	21000	24150	24,150
Apoyo capacitación						3241	3241	3,241
Gastos varios						5384	5384	5,384
TOTAL	132,419	182,600	180,994	496,013	42,931	93,724	136,655	632,668

Fuente: OPS/OMS

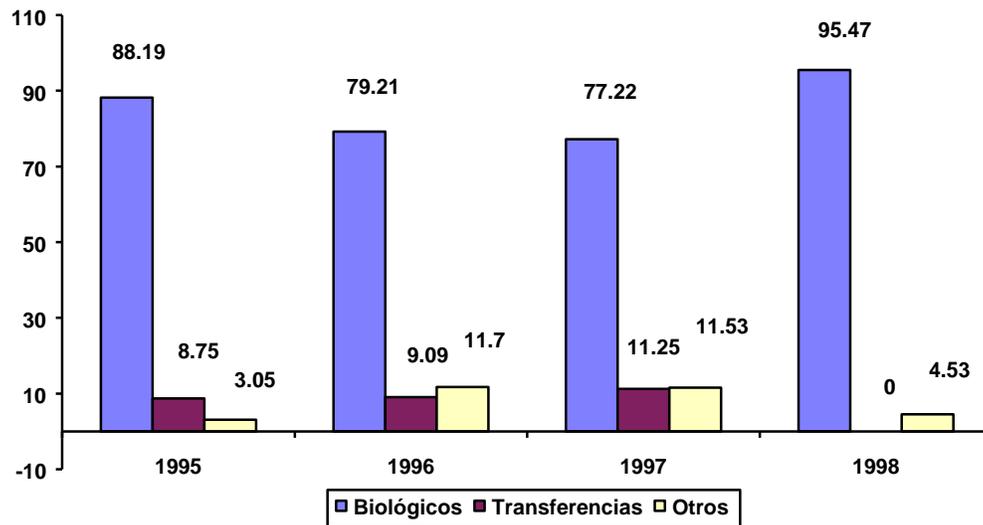
Cuadro 7. Gastos del Ministerio de Salud Programa Ampliado de Inmunizaciones, 1994-1998 (millones de dólares)

Descripción del gasto	1994		1995		1996		1997		1998	
	\$	%	\$	%	\$	%	\$	%	\$	%
Biológicos	SI*	-	16.554	96.80	13.447	90.40	14.749	91.17	14.186	97.65
Jeringas	SI	-	0.077	0.45	1.266	8.51	1.120	6.92	0.130	0.89
Reactivos	SI	-	0.441	2.58	0.045	0.30			0.123	0.85
Insumos red de frío	SI	-					0.151	0.93		
Transporte	SI	-	0.030	0.17	0.096	0.65	0.132	0.81	0.065	0.45
Nacionalización insumos	SI	-			0.021	0.14	0.026	0.16	0.024	0.17
SUBTOTAL INSUMOS Y TRANSPORTE			17.102	91.11	14.876	87.63	16.177	84.70	14.528	97.77
Mantenimiento cadena de frío	SI	-			0.028	82.86	0.016	25.71	0.022	56.67
Operarios - apoyo red de frío	SI	-			0.006	17.14	0.046	74.29	0.017	43.33
SUBTOTAL RED DE FRÍO					0.034	0.20	0.061	0.32	0.039	0.26
Capacitación	SI	-	0.020	78.26	0.005	12.20			0.003	2.38
Asistencia técnica	SI	-	0.005	21.74	0.008	19.51	0.004	10.26	0.007	5.24
Asesorías	SI	-			0.027	68.29	0.031	89.74	0.126	92.38
SUBTOTAL ASESORIA, ASIST. TECNICA Y CAPACITACION			0.025	0.13	0.040	0.23	0.034	0.18	0.136	0.92
Movilización social (medios masivos)	SI	-			0.449	2.64	0.659	3.45	0.156	1.05
Transferencias Direcciones Seccionales de Salud	0.96794	9.84	1.643	8.75	1.543	9.09	2.148	11.25		
Otros (estudios, publicaciones, sistema de información)	SI	-			0.036	0.21	0.019	0.10		
TOTAL	9.834	100	18.770	100.0	17600.000	100	19.100	100.0	14.859	100.00

Fuente: Ministerio de Salud. Programa Ampliado de Inmunizaciones.

* SI = Sin información

Figura 10. Gastos PAI Ministerio de Salud, 1994-1998



Fuente: Figura elaborada por los autores en base a información suministrada por el PAI y la División Financiera del Minsalud

En el Anexo B se presenta el monto de las transferencias para los años en análisis; dichos recursos están orientados a desarrollar el programa a nivel departamental y se destinan especialmente a la intensificación de la vacunación, red de frío, vigilancia epidemiológica, capacitación, difusión a través de medios masivos y asistencia técnica.

Durante 1994-1995 se presentó un notable crecimiento de las transferencias, el cual ascendió al 56.9%; por el contrario, durante el período 1995-1996 se evidenció un crecimiento negativo, aumentando nuevamente en el período 1996-1997 con un 30%.

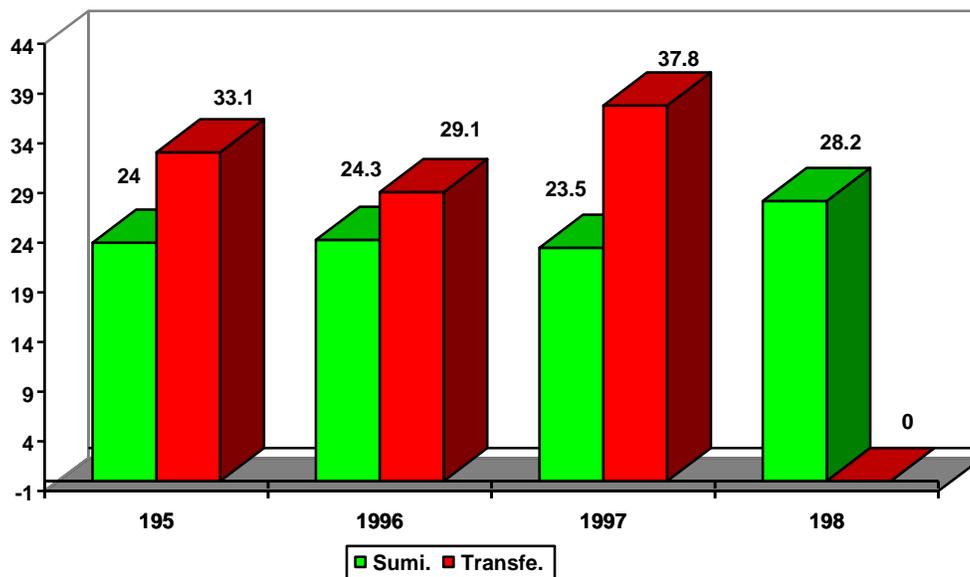
Durante 1998 no hubo transferencias del Ministerio de Salud a las entidades territoriales y se promovió la responsabilidad que éstas tienen de asignar recursos en el PAB para apoyar el PAI.

Por otra parte, los recursos destinados al PAI en el presupuesto nacional se han considerado tradicionalmente como inversión, por lo que se ven afectados por situaciones como los recortes presupuestales incidiendo en el normal funcionamiento del programa.

En el Anexo C se presenta la cantidad y el costo de los suministros (biológicos, jeringas, reactivos, termos) enviados por el Ministerio de Salud a las Direcciones Departamentales de Salud. Debe tomarse en cuenta que esta información no coincide con los gastos efectuados y presentados en el Anexo B, lo que podría obedecer a los stock que reposan en el almacén.

Durante el período 1994-1998 el valor de los suministros ascendió a US\$63 millones, de los cuales el 93.3% correspondió a biológicos. En su conjunto, el costo de las transferencias financieras del Ministerio de Salud y de los suministros durante el período ascendieron a US\$80 millones. Los departamentos que recibieron un mayor monto fueron, ordenadamente, Antioquía, Bogotá, Valle, Santander y Cundinamarca (Figura 11 y Anexo D).

Figura 11. Transferencias financieras y valor de los suministros enviados por el Ministerio de Salud a las entidades territoriales 1994-1998



Fuente: Figura elaborada por los autores en base a información suministrada por el PAI y la División Financiera del Minsalud

Como se deriva de los anteriores planteamientos, el financiamiento del PAI por el nivel nacional es oscilante, mostrando una tendencia a la disminución. Por ello, *se considera conveniente normatizar la asignación de recursos al PAI y clasificarlos como gastos de funcionamiento, de tal manera que se garantice su estabilidad.*

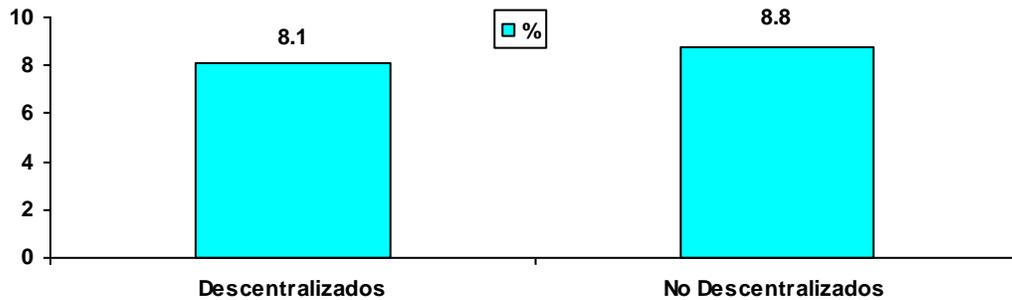
Como se mencionó, a partir de 1997 se establece una mayor exigencia del Ministerio de Salud para que los departamentos incluyeran, en las prioridades del PAB, acciones relacionadas con el PAI, lo cual se reflejaría en la respectiva programación y cuantificación de las actividades. En ese sentido, se han establecido lineamientos para la formulación y evaluación de los PAB departamentales (1998-1999) en los cuales se aborda de manera general el PAI, *considerándose pertinente otorgar una mayor importancia al programa tanto en términos de la prioridad que debe tener en el PAB, como en su seguimiento y evaluación requiriendo una estrecha y permanente coordinación entre las instancias del Ministerio de Salud que lideran el PAI y el PAB.*

Con el fin de conocer la evolución del PAI en el PAB, se realizó una revisión de fuentes secundarias de información existentes en el Ministerio de Salud y se estableció comunicación con las Direcciones Departamentales para tal efecto. Durante este proceso, se puso en evidencia la falta de información confiable, precisa y oportuna sobre la materia, tanto en el nivel nacional como en los propios territorios; por ello, el análisis se lleva a cabo sobre la información existente en 1998.

Como se aprecia en el Cuadro 8, las entidades territoriales que mayor porcentaje de recursos asignaron al PAI en el PAB durante 1998, fueron Santafé de Bogotá (49.1%), Vichada (26.7%), Chocó (23.8%), Cauca (17.7%), Guainía (13.5%), Sucre (11.0%) y Vaupés (16.9%); Los demás departamentos destinan cifras inferiores al 10%, destacándose departamentos como Tolima, Valle, Meta y Nariño donde el porcentaje no supera el 1%. De la totalidad de departamentos descentralizados, a excepción de Bogotá, Vichada y Sucre, en los demás el porcentaje de asignación del PAI dentro del PAB no supera el 10%. Por el contrario, en departamentos no descentralizados como Cauca, Chocó y Guainía, la asignación de dichos recursos es mayor.

Lo anterior comprueba que **no hay una clara relación entre el monto de recursos asignados al PAI en el PAB y la condición de contar con la certificación como descentralizado** (Figura 12).

Figura 12. Promedio porcentual del presupuesto PAB asignado al PAI según estado de la descentralización (1998)



Fuente: Figura elaborada por los autores en base a información suministrada por las Direcciones Departamentales de Salud

A nivel departamental los recursos se destinan a financiar personal, apoyo logístico, equipos, suministros, viáticos y asistencia técnica, medios masivos y a apoyar las jornadas municipales de vacunación

Del total de departamentos, en 16 las Direcciones Departamentales de Salud tienen conocimiento sobre la asignación de recursos del PAB municipal al PAI, aún cuando *en algunos se desconoce el monto y, en la gran mayoría de los casos, no se tiene información sobre el gasto específico.* (Cuadro 9)

Cuadro 8. Gastos PAI con recursos PAB, 1998 (millones de pesos, precios constantes de 1998)

Departamentos	PAI											Descentralizado	
	PAB	Asignado	EJECUTADO									Si	No
			Total	% del PAB	R.H	Cont. serv.	Equipos	Suministros	Viát y A.T.	Capacitación	Medios masivos y J. M/pales		
Antioquía	873.7	24.0	24.0	2.8				X			X	X	
Amazonas	-		-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	
Atlántico	745.0	44.1	29.6	4.0		0.5		0.5			28.6	X	
D. Barranquilla	887.3	120.7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	
Arauca	268.5	4.5	4.5	1.7		1.50301				-	3.0		X
D.Bogotá	7638.3	4203.9	3753.0	49.1				3507.5			245.5	X	
Bolívar	712.9	28.6	28.6	4.0			10.5		2.0	8.0	8.0	X	
D. Cartagena	-			-								X	
Boyacá	1145.3	17.5	14.5	1.3	0.5	6.0		6.5		1.5			X
Caldas	1072.6	15.0	15.0	1.4				x			x	X	
Caquetá	545.6	23.5	23.5	4.3	3.0	10.0	3.0	3.0		2.5	2.0		X
Casanare	315.6	6.5	6.5	2.1		2.5	1.0	3.0					X
Cauca	559.1	98.7	98.7	17.7		49.1	11.0	24.0	14.5				X
Cesar	456.9	30.6	30.6	6.7	x				x		x	X	
Córdoba	826.7	51.6	51.6	6.2		8.0					43.6	X	
Cundinamarca	673.8	28.6	28.6	4.2			x	x			x		X
Chocó	326.2	77.7	77.7	23.8	x	x		x	x	x	x		X
Guajira	602.2	29.6	29.6	4.9	X	X		X	X			X	
Guainía	148.8	20.0	20.0	13.5		2.5	11.5	2.5	1.5		2.0		X
Guaviare	474.9	21.0	21.0	4.4		1.5	1.0	5.5	7.0	5.0	1.0		X
Huila	1206.4	13.5	13.5	1.1				1.5	1.0		11.0	X	
Magdalena	636.8	20.0	20.0	3.1		X	X	X	X		X	X	
Meta	641.8	3.0	3.0	0.5							3.0	X	
Nariño	1134.8	10.0	10.0	0.9	6.0	1.0		1.5		0.5	1.0		X
Nte de Santander	614.7	57.6	57.6	9.4	16.5	11.5	11.5	9.0	7.5		1.5		X

Gastos PAI con recursos PAB, 1998 (continuación)

Departamentos	PAI											Descentralizado	
	EJECUTADO											Si	No
	PAB	Asignado	Total	% del PAB	R.H	Cont. serv.	Equipos	Suministros	Viát y A.T.	Capacitación	Medios masivos y J. M/pales		
Quindío	169.3	11.5	11.5	6.8			x			x	x	X	
Putumayo	200.9	10.5	10.5	5.2		3.50701				5.0	2.0		X
Risaralda	-	17.0	10.0	-						2.0	8.0	X	
Santander	702.4	58.6	58.6	8.3			20.0		1.5	6.0	31.1	X	
Sucre	658.8	75.7	72.1	11.0	0.5	24.5	6.5	23.0	9.0	2.5	6.0	X	
San Andrés	-	9.0	9.0	-		5.0	1.0	0.5	0.5	1.0	1.0	X	
Tolima	1102.2	1.5	1.5	0.1		X					X	X	
Valle	2515.5	49.1	15.5	0.6		0.50		11.0	0.5	1.0	2.5	X	
Vaupés	117.3	30.1	30.1	25.6		x		x	x				X
Vichada	144.3	38.6	38.6	26.7				x	x	x	x	X	

Fuente: Direcciones Departamentales de Salud. Documentos
 (-) Sin información (x) Hubo gasto pero se desconoce el monto

**Cuadro 9. Gastos Programa Ampliado de Inmunizaciones con recursos PAB en 1998
(observaciones de los municipios)**

Departamentos	Observaciones
Antioquía	Los 125 Municipios asignan recursos del PAB para el PAI no se conoce el monto. Ni el gasto específico
Amazonas	S.I.
Atlántico	Los 22 Municipios aportaron del PAB para el PAI; no se conoce el monto, ni el gasto específico. Las ARS apoyaron logísticamente, no está cuantificado
Arauca	Los 7 Municipios en promedio asignaron el 13.4% del PAB para el PAI para un total de 30 millones.
Bogotá	Las Alcaldías Menores no asignan recursos al PAI
Bolívar	los 44 Municipios asignaron 256 millones del PAB para el PAI. No se conoce el gasto específico.
Boyacá	No se conoce el aporte del PAB Municipal
Caldas	No se conoce el monto de los aportes del Municipios
Caquetá	S.I.
Casanare	S.I.
Cauca	Los Municipios apoyaron logísticamente no se conoce el monto.
Cesar	Dos Municipios asignaron recursos del PAB para el PAI. No se conoce el gasto específico
Córdoba	Los 28 Municipios asignan recursos del PAB al PAI no se conoce el monto ni el gasto específico
Cundinamarca	De los 116 Municipios solo 3 asignaron recursos del PAB para el PAI en total \$14.3 millones No se conoce el gasto específico
Chocó	La Alcaldía de Quibdó asignó 15 millones para el PAI (viáticos y transporte)
Guajira	Dos municipios asignaron recursos del PAB para el PAI con 5 millones c/u. No se conoce el gasto específico
Guainía	-
Guaviare	Los 4 Municipios dieron 10 Millones para el PAI para suministros y transporte.
Huila	Los Municipios asignaron 30 millones del PAB para el PAI pero se desconoce el monto de los gastos específicos
Magdalena	Los 23 Municipios asignaron del PAB 50 millones para el PAI. No se conoce el gasto específico
Meta	Los 29 Municipios del PAB apoyaron el PAI (Recursos humanos, transporte, suministros) No se conoce el monto
Nariño	Todos los Municipios asignan recursos para el PAI no se tiene el monto de los gastos específicos. El programa Plan Padrinos cubre aproximadamente el 60% de los gastos del PAI en los Municipios de Tumaco y San Francisco Pizarro
Nte. Santander	S.I.
Quindío	S.I.
Putumayo	S.I.
Risaralda	Los 14 Municipios dieron 140 millones del PAB para el PAI. No se conoce el gasto específico
Santander	S.I.
Sucre	Los Municipios del PAB Municipal dieron 78 Millones. No se conoce el gasto específico
San Andrés	Los Municipios no asignaron recursos del PAB
Tolima	41 Municipios a través de los Hospitales del primer nivel asignaron 164 millones para el PAI y 6 Municipios a través de los Hospitales del segundo nivel asignaron 84 millones; no se conoce el monto específico del gasto.
Valle	Los 21 Municipios descentralizados asignan recursos del PAB para el PAI en un porcentaje entre 0.72% y 46%. No se conoce el gasto específico
Vaupés	Los Municipios no originaron recursos del PAB para el PAI. El programa está centralizado.
Vichada	Los Municipios no asignaron plata del PAB para el PAI. El programa está centralizado

(S.I.) Sin información

Como se presentó anteriormente, una de las fuentes más representativas del PAB la constituye el situado fiscal y mediante este plan de beneficios se debe apoyar el desarrollo del PAI en las entidades territoriales. El Cuadro 13 muestra el peso porcentual del costo de los suministros (biológicos y jeringas) adquiridos por el Ministerio de Salud y transferidos a las Direcciones Seccionales de Salud, frente al situado fiscal (10%) que, como mínimo, las entidades territoriales deben asignar a las acciones de promoción y prevención contempladas en el PAB.

Bajo el supuesto de que en 1998 los Departamentos hubieran efectuado la compra de los suministros con recursos del 10% del situado fiscal, a excepción de Guainía, San Andrés, Vaupés y Vichada, **en la totalidad de los departamentos el valor de dicha compra supera el 20% del situado fiscal asignado**, destacándose nueve entidades territoriales en las cuales dicha cifra es mayor al 40% (Amazonas, Atlántico, Bolívar, Caquetá, Chocó, Córdoba, Norte de Santander y Santafé de Bogotá), sin tener en cuenta los gastos de operación del programa que se requieren a nivel territorial y que incrementarían el presupuesto a asignar al PAI, lo que indudablemente afectaría otros programas y acciones prioritarias de salud pública objeto del PAB.

Otra fuente de recursos del PAB la constituye la participación de los municipios en los ICN (Ingresos Corrientes de la Nación). Son los municipios los responsables de su ejecución y por tanto, pueden asignar recursos al PAB del 40% de los ICN destinados a inversión en salud.

Nuevamente, asumiendo que los territorios hubieran realizado la compra de los suministros para el programa (biológicos y jeringas), **el costo de estos últimos**, a excepción del Departamento de Boyacá, **hubiera representado más del 10% del total de ICN orientados a inversión**.

Por otra parte, **aproximadamente en el 40% de los departamentos, el costo de los suministros hubiera superado el 10% del monto total de las dos fuentes descritas** (Situado Fiscal más Ingresos Corrientes Nacionales) y **en el país hubiera representado el 9.3%**. (Cuadro 10)

El costo de los suministros del PAI es elevado frente a los recursos territoriales que podrían apoyar su financiación. Por ello, **se considera pertinente que éstos continúen siendo adquiridos mediante el presupuesto nacional para aprovechar la economía de escala**; en caso contrario, se afectarían ampliamente los presupuestos territoriales, con el peligro que ello podría implicar en el deterioro de otras políticas y programas de salud pública, en la disminución aún mayor de las coberturas del programa, sin tener en cuenta los gastos ordinarios de operación de este último y la necesidad de realizar otras actividades relacionadas tales como, la divulgación de información a la comunidad, la canalización de población en riesgo, la capacitación y la educación.

Cuadro 10. Supuesto de la relación entre el costo de los suministros del PAI, el 10% del situado fiscal asignado al PAB, el 40% de la participación municipal en los ingresos corrientes de la nación asignados a inversión en salud en 1998 (a precios de 1994)

Departamentos	Costos Suministros Minsalud PAI	10% SF	%	40% ICN	%	Total Requerido SF+ICN	%
Amazonas	171.3	215.9	79.3	153.0	112	368.9	46.4
Antioquía	1376.9	6311.3	21.8	13833.1	10.0	20144.4	6.8
Arauca	86.6	346.7	25	546.6	15.8	893.3	9.7
Atlántico	682.1	901.7	75.6	4501.0	15.2	5402.7	12.6
Bolívar	639.0	1286.3	49.7	5677.8	11.3	6964.1	9.2
Boyacá	373.2	1931.4	19.3	5824.1	6.4	7755.5	4.8
Caldas	424.9	1585.4	26.8	2803.9	15.2	4389.3	9.7
Caquetá	251.8	570.0	44.2	1312.4	19.2	1882.5	13.4
Casanare	116.9	344.3	34	997.8	11.7	1342.0	8.7
Cauca	398.2	1528.3	26.1	3677.4	10.8	5205.6	7.6
Cesar	333.7	1254.0	26.6	2742.8	12.2	3996.8	8.3
Chocó	230.7	497.6	46.4	1747.5	13.2	2245.2	10.3
Córdoba	634.8	1533.6	41.4	4320.1	14.7	5853.6	10.8
Cundinamarca	743.2	2690.4	27.6	7206.6	10.3	9897.0	7.5
Guainía	15.2	196.8	7.7	85.9	17.7	282.7	5.4
Guaviare	73.2	213.3	34.3	387.0	18.9	600.3	12.2
Huila	292.5	1183.9	24.7	2940.3	9.9	4124.2	7.1
La Guajira	143.3	692.8	20.7	1410.0	10.2	2102.8	6.8
Magdalena	394	1050.4	37.5	3577.0	11	4627.4	8.5
Meta	316.9	806.8	39.3	2144.5	14.8	2951.3	10.7
Nariño	505.5	1631.0	31	4977.1	10.2	6608.1	7.6
Norte Santander	670.0	1530.0	43.8	3511.3	19.1	5041.3	13.3
Putumayo	211.9	408.0	51.9	1071.9	19.8	1479.9	14.3
Quindío	196.2	760.6	25.8	1243.0	15.8	2003.7	9.8
Risaralda	325.1	1216.1	26.7	1871.4	17.4	3087.4	10.5
San Andrés	18.7	220.1	8.5	127.6	14.7	347.7	5.4
Santafé Bogotá	2320.6	4353.8	53.3	9443.9	24.6	13797.6	16.8
Santander	638.0	2254.5	28.3	5834.8	10.9	8089.3	7.9
Sucre	305.6	906.1	33.7	2519.9	12.1	3426.0	8.9
Tolima	450.8	1867.8	24.1	4230.6	10.7	6098.4	7.4
Valle	1144.4	4282.8	26.7	8576.3	13.3	12859.1	8.9
Vaupés	33.6	198.2	17	131.3	25.6	329.5	10.2
Vichada	33.8	201.0	16.8	180.8	18.7	381.8	8.9
Total	14,553	46,506	31.3	109,609	13.3	156,115	9.3

Fuente: Cálculos realizados con base en información suministrada por el Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud

5. Análisis del Efecto de la Reforma y Descentralización en el PAI a Nivel Departamental y Municipal con Estudio de Casos Específicos

Como parte del estudio del financiamiento del PAI y el impacto de la reforma y descentralización en Colombia, se realizó una encuesta operativa de campo en los departamentos y municipios seleccionados según los criterios ya mencionados. A continuación, se presentan los resultados obtenidos.

5.1 Efectos de la Reforma en el Desarrollo Técnico, la Organización y Funcionamiento del PAI

La Dirección Departamental de Salud de Antioquía (departamento certificado como descentralizado) señala que el PAI no se afectó financieramente por cuanto continúa recibiendo las transferencias del nivel nacional. En términos técnicos se deterioró la calidad del servicio, asociándose a problemas del personal operativo como falta de capacitación, experiencia y motivación, así como debido a que en algunos casos se privilegian los intereses económicos sobre los sociales y se desconoce la importancia de la salud pública.

Se considera también, que se han disminuido las coberturas, *se han diluido las responsabilidades y se tiene diversos criterios frente al manejo del programa. La disminución de coberturas, se asocia a la falta de conocimiento, pertenencia y gestión de algunos actores del sistema.*

Chocó y Nariño (no descentralizados) relacionan estos cambios con la organización estructural y funcional del PAI. Chocó refiere no haber vislumbrado cambios, puesto que el programa se sigue manejando en la forma tradicional centralizada. Por otra parte, Nariño a pesar de no estar certificado como descentralizado, en los ajustes organizacionales que se han hecho para responder al contexto ha establecido como prioridad el PAI, para lo cual ha asignado el recurso humano requerido en el nivel central. Sin embargo, señala que la descentralización ha desintegrado los equipos municipales de salud debido a la autonomía de los Alcaldes. Quibdó y Túquerres (no descentralizados) manifiestan que el programa se continúa manejando centralizadamente en el nivel departamental y que reciben apoyo financiero, humano y de logística del municipio para el programa.

Existe coincidencia entre algunas Direcciones Departamentales y Municipales de Salud (Antioquía, Chocó y Túquerres) en manifestar que las EPS y ARS no asignan el porcentaje correspondiente de promoción y prevención. Chocó (no descentralizado) y Antioquía (descentralizado) manifiestan que estas entidades, no garantizan la prestación del servicio del PAI a sus afiliados. Antioquía plantea que algunas de las EPS y ARS que contratan con las IPS no las vigilan ni controlan. Además, las que prestan el servicio tienen horarios y fechas restringidas para vacunación. Contrariamente, Túquerres (no descentralizado) consigna que todas las ARS contratan los servicios de vacunación con el hospital, logrando coberturas superiores al 100%. Medellín, por su

parte, considera que las coberturas han disminuido a causa de la falta de oportunidad del servicio de vacunación prestado por las EPS y ARS. Igualmente, Quibdó expresa que el apoyo al PAI por estas entidades se ha presentado solamente en la cabecera municipal, dejando desprotegidas las zonas rurales.

Algunas EPS y ARS, frente a los cuestionamientos anteriores, señalan que el proceso ha sido lento por lo que no se han podido medir los resultados tanto en términos del funcionamiento del PAI como en la prestación de los servicios de vacunación.

Por otra parte, argumentan que ***los procesos se han complicado y se han diluido las responsabilidades para el desarrollo de las actividades de salud pública en general***. Se considera que las Direcciones Departamentales de Salud han dejado de cumplir el liderazgo, la vigilancia y el control sobre el programa y que las responsabilidades de este último se asignaron a las Direcciones Locales de Salud que no estaban preparadas para asumir el proceso; además los recursos financieros que antes dependían del Estado se han distribuido entre los diferentes actores, señalándose que para las IPS el flujo de recursos es lento, generando desgaste administrativo e iliquidez. Otras, por el contrario, opinan que la reforma ha promovido mayor grado de eficiencia y eficacia.⁸

En relación con las coberturas de los servicios de vacunación en el contexto de la reforma, existen posiciones encontradas; mientras que para algunas empresas, éstas han aumentado y se han mejorado los servicios con una mayor accesibilidad para la población de menores recursos, otras manifiestan que la reforma ha permitido fortalecer la integración entre las EPS, ARS e IPS, favoreciendo la contratación. Igualmente, se argumenta que la reforma ha ocasionado disminución de la oferta como consecuencia de la desintegración de los equipos de salud comunitarios de las ESE y al inadecuado empalme con las Direcciones Locales.⁹

La posición de algunas ESE se relaciona con la falta de claridad por parte de algunas EPS respecto al PAI y los usuarios del mismo y al apoyo prestado por estas entidades al hospital. También se señalan algunos cambios institucionales derivados del proceso de descentralización y de reforma del sistema. Dentro de éstos se destaca que las instituciones públicas (IPS) pierden el manejo del programa y se centran en actividades de vacunación, educación y orientación a la comunidad usuaria, por lo que las Direcciones Departamentales han asumido actividades como el suministro de biológicos, el manejo de la información y la planeación. Según otras instituciones, el PAI en su interior, no ha sufrido modificaciones.¹⁰

También, se señala que la reforma ha tenido un efecto negativo para la prestación de los servicios de vacunación por ***falta de control y vigilancia desde las entidades responsables y que la asesoría no ha sido efectiva***. En términos financieros se señala que la actividad de vacunación no genera recursos para la institución. Se argumenta que los recursos asignados para el PAI, a través del PAB, son orientados por los actores de turno para otras acciones.¹¹

En relación con la oportunidad en la recepción de los recursos financieros asignados al PAI, las Direcciones Departamentales consideran que se cumple esta condición, aunque no resultan suficientes para cubrir las necesidades del programa. Existen posiciones adversas en la oportunidad para la

⁸ Encuestas respondidas por personal de las EPS e IPS.

⁹ Información obtenida a partir de entrevistas en Direcciones Departamentales y Direcciones Locales de Salud.

¹⁰ Encuestas respondidas por personal de las ESE.

¹¹ Información obtenida a partir de entrevistas en Direcciones Departamentales y Direcciones Locales de Salud.

recepción de los suministros para el programa y la gran mayoría señala que los recursos son insuficientes para la programación establecida, presentándose gastos adicionales ante la presencia de eventos epidemiológicos y requerimientos de mayor recurso humano y dotación de equipos de apoyo.¹² Para el caso de las Direcciones Departamentales de Salud, *la instancia que lidera el PAI no participa en la programación y elaboración del presupuesto territorial; en el caso de las EPS, ARS y ESE, la situación es similar en relación con el presupuesto de la entidad.*

La gran mayoría de entidades encuestadas no disponen de sistemas de costos de los servicios de vacunación y existe coincidencia en las Direcciones Departamentales y Municipales de Salud sobre la imposibilidad de generar nuevos recursos para el PAI.

Finalmente, a excepción del seguro social, que adquirió la vacuna contra Haemophilus Influenzae y la alcaldía de Túquerres contra la Hepatitis B, en los demás territorios, los biológicos que se han utilizado en el programa son los transferidos por el Ministerio de Salud.

5.2 Efectos de la Reforma en el Financiamiento del PAI

El análisis, según fuentes de los recursos asignados al PAI en los departamentos objeto del estudio, muestra que en Antioquía y Nariño durante el período de estudio, se han asignado recursos distintos a las fuentes nacionales con destinación específica para apoyar el PAI, aún cuando la representación en el total no supera el 2%. En los departamentos de Chocó y Guajira dichos recursos se han destinado sólo durante los últimos años. Particularmente en Chocó, han representado un porcentaje relativamente alto: en 1997, del total de recursos del PAI el 30% provino de fuentes distintas a las nacionales, mientras que en 1998 dicha cifra correspondió al 24.8%.

Se puede derivar, entonces, que *no existe una clara tendencia entre el hecho de ser certificado como descentralizado y la asignación de recursos al PAI distintos a las transferencias nacionales con destinación específica para este programa.*

En relación con la asignación de recursos financieros del PAB al PAI, los cuatro departamentos manifiestan en las encuestas que *se han logrado avances en este sentido y que los municipios asignan recursos pero no se conoce el monto, ni el gasto específico de los mismos, evidenciando la carencia de un sistema de información, vigilancia y control de las instancias nacional, departamental y municipal.* Los conceptos de gastos del PAI. están representados en personal, suministros, gastos generales y en algunos departamentos en movilización social (divulgación de información mediante medios de comunicación).

En Antioquía y Chocó los gastos de personal presentan una tendencia a la disminución, siendo muy notable en Antioquía lo que puede asociarse al traslado y liquidación del personal operativo (vacunadores, supervisores) por efectos de la reestructuración de la Dirección Departamental de Salud en el proceso de descentralización.

En relación con los gastos de suministros, en Antioquía se observa un notable incremento de la participación de este rubro en los dos últimos años. En Chocó, han mantenido una participación relativamente estable, mientras que en Nariño su participación ha sido oscilante.

¹² Información obtenida a partir de entrevistas con personal de Direcciones de Salud.

En cuanto a los gastos generales, se destaca Nariño donde se encuentra una elevada participación en este rubro. En los tres departamentos se han asignado recursos a capacitación, aún cuando en Antioquía se desconoce el monto de los mismos, destacándose Chocó donde el porcentaje de gastos de capacitación es alto (mayor del 25% para todos los años).

En Antioquía, el mayor porcentaje de necesidades son los suministros. En Chocó las necesidades son más variadas y se distribuyen en personal, suministros, mantenimiento de la red de frío, capacitación y divulgación. En Nariño el mayor porcentaje de necesidades para 1999 se refiere a suministros, seguido de la capacitación. En los años subsiguientes se estima que la mayor necesidad de recursos corresponde a la capacitación y luego al pago de personal.

6. Impacto de la Reforma en el Programa Ampliado de Inmunizaciones

La información presentada en las secciones anteriores muestra una caída en las tasas de cobertura de vacunación durante el período bajo estudio, abriendo una gama de preguntas acerca del posible impacto negativo de la reforma de salud en los resultados del Programa Ampliado de Inmunizaciones. De confirmarse, ello implicaría un potencial riesgo para la salud de la población en el mediano plazo, en tanto que la estrategia vacunatoria constituye un pilar de la medicina preventiva, y una de las intervenciones ampliamente reconocidas como dentro de las más costo-efectivas.

Sin embargo, otras variables, independientes del cambio en el modelo de atención pero simultáneas a él, pueden haber influido en las tasas de cobertura. Entre ellas se incluyen: el crecimiento de la población, problemas de acceso asociados con ingreso monetario y/o un aumento de los costos de las vacunas. En todos estos casos sería posible encontrar correlaciones negativas con las tasas de vacunación, con independencia del éxito de la reforma de salud. De este modo, incrementos en población o en costos de vacunas podrían repercutir en las posibilidades del presupuesto público de abastecer la demanda de inmunización o, desde otra perspectiva, la falta de acceso a servicios o centros de salud pueden limitar el uso de servicios disponibles. En todo caso, resulta importante desde la política pública poder identificar los factores que intervinieron en esta caída en las tasas de inmunización, a fin de diseñar acciones específicas para solucionarlos.

Un elemento adicional a considerar en el análisis es el relacionado con la violencia, fenómeno que afecta significativamente a la sociedad colombiana. Como dato ilustrativo se observa que en 1996 el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses realizó 38.494 necropsias por muertes violentas, lo que equivale a una tasa de 97 muertes por 100.000 habitantes, en comparación con el (ya alto para los niveles mundiales) promedio latinoamericano, que cuenta con una tasa de 30 homicidios por cada 100.000 habitantes. De acuerdo a un reporte publicado por esa institución, “en las diez ciudades con mayor volumen de necropsias por muerte violenta en los grupos de edad entre 15 y 59 años, predominan los homicidios” como principal causa de muerte¹³. Adicionalmente, los enfrentamientos armados dan origen al grupo de los “desplazados”, aquellos individuos que deben trasladarse con sus familias de una localidad a otra por motivos asociados con la violencia¹⁴. En conjunto, estos elementos podrían provocar –entre otros serios problemas- una limitación para la prosecución de un plan de atención de la salud, en tanto que reducirían la efectividad de una campaña de vacunación que debe atender a una población móvil, con los costos asociados a la imposibilidad de planeamiento.

El objetivo de esta sección es poder identificar la influencia de la reforma de salud en el Programa Ampliado de Inmunizaciones durante el período 1994-1998, separando sus efectos de otras variables relevantes, externas al sistema de salud. Asimismo, y considerando los distintos aspectos

¹³ Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (1996) “Lesiones de Causa Externa en Colombia”, Centro de Referencia Nacional sobre Violencia, Subdirección de Servicios Forenses.

¹⁴ El número de desplazados por año sería de 89.510 para 1995, 181.010 para 1996. Se estima que para 1997 los desplazados internos habían llegado a 250.000. Fuente: Banco de Datos de Derechos Humanos y Violencia Política – Justicia y Paz, 1998.

abarcados por la reforma (descentralización territorial y aseguramiento social), esta sección busca diferenciar la contribución específica de cada componente en el funcionamiento del plan de vacunación.

6.1 La Reforma del Sistema de Salud en Colombia

7. Estimaciones de los Costos del PAI para el Período 1999-2003

El presente capítulo tiene como objetivo mostrar el costo de los biológicos para garantizar la vacunación de la población objeto del programa durante el período en referencia, de acuerdo con las proyecciones de población oficiales del DANE y el esquema básico de vacunación establecido en el país (Cuadro 14). Incluye algunos costos directos (jeringas y reactivos) e indirectos (mantenimiento, transporte, capacitación y medios masivos) que se han financiado para apoyar el mantenimiento del programa a través del presupuesto del Ministerio de Salud.

Cuadro 14. Esquema de vacunación

Vacuna	Población a vacunar Esquema inicial	Población a vacunar Refuerzos	Pérdida de biológicos (%)
VOP (Antipolio)	Menor de 1 año (recién nacido, 2, 4 y 6 meses)	18 meses 1 a 4 años en jornada anual de vacunación 5 años	30
BCG (Tuberculosis)	Recién nacido	No tiene	100
DPT (Difteria, Tétanos y Tosferina)	Menor de 1 año (2, 4 y 6 meses)	18 meses 5 años	30
Td (Toxoide diftérico)	Mujeres embarazadas (2 dosis)	3 dosis con un intervalo de 1 año.	30
	Mujeres en edad fértil (10 a 49 años) en municipios de alto riesgo objeto del plan de eliminación del tétanos neonatal: 2 dosis		30
HB (Hepatitis B)	Menor de 1 año (recién nacido, 2 y 6 meses) Población de 5 a 10 años en zonas endémicas y de alto riesgo: 3 dosis	No tiene	No tiene
Hib (Haemophilus influenzae)	Menor de 1 año (2, 4 y 6 meses)	No tiene	No tiene
FA (Fiebre amarilla)	Mayor de 1 año en zonas de alto riesgo	Cada 10 años	30
Triple viral (Rubéola, Sarampión, Parotiditis)	1 año Mujeres en edad fértil no embarazadas (post-parto y post-aborto)	10 años	No tiene

Fuente: Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción y Prevención – PAI

Los costos se estiman teniendo en cuenta tres escenarios según el comportamiento de la inflación doméstica (constante, creciente y decreciente); esta última se calculó con base en los índices de precios al consumidor (Cuadro 15). Según el Departamento Nacional de Planeación, se espera que para los próximos 5 años, el país presente una situación optimista de descenso de la inflación.

Cuadro 15. Índices de inflación

	1999	2000	2001	2002	2003
Constante	16.7	16.7	16.7	16.7	16.7
Decreciente	16.7	15.0	12.0	10.0	9.0
Creciente	16.7	17.7	18.7	19.7	20.7

Fuente: Departamento Nacional de Planeación. 1999

El cálculo se efectuó para cada uno de los departamentos del país; se determinó la población potencial a ser vacunada según edades simples con el fin de estimar el número de dosis a aplicar por biológico teniendo presente el factor de pérdida calculado para cada uno de los mismos. Se partió de los costos de los biológicos en el año 1999 y se aplicó el índice de inflación estimado para los años del período en estudio, según los tres escenarios.

A excepción de la vacuna triple viral, los estimativos se realizan garantizando que en el período en análisis (1999-2003) se aplicará el esquema completo al 100% de la población objeto de cada uno de los biológicos.

En relación con la triple viral, se prevé cubrir al 100% de los niños de 1 año y la aplicación del refuerzo a la totalidad de los niños de 10 años, calculándose cubrir al 50% de las mujeres en post-parto y post-aborto durante los 5 años en referencia, para lo cual se estimó una cobertura gradual del 10% anual.

Respecto a las vacunas OPV y DPT, se calcula cubrir anualmente al 100% de los menores del año con las dosis correspondientes a su esquema y refuerzos; en el caso del VOP, además se contempla la administración de una dosis anual a todos los niños de 1 a 4 años en las jornadas nacionales programadas.

Con referencia a la vacuna BCG, se prevé cubrir el 100% de los recién nacidos anualmente.

En relación con la vacuna Td, los costos estimados garantizan el 100% de la cobertura de las mujeres embarazadas anualmente mediante las dos dosis establecidas como mínimo y aplicar las tres dosis adicionales en los siguientes 3 años hasta completar su esquema. Se tiene en cuenta cubrir, durante el período en estudio, al 100% de las mujeres en edad fértil residentes en los municipios de alto riesgo, objeto del plan de eliminación del tétanos neonatal, para lo que se programa una cobertura estimada anual del 20% de este grupo poblacional ya que la cobertura real se calcula con las dosis aplicadas de Td en los últimos 5 años lo que se conoce como cobertura acumulada

Para la vacuna Hb, se calcula una cobertura del 100% de los menores de 1 año mediante las tres dosis del esquema, así como garantizar el esquema a los niños de 5 a 10 años residentes en zonas endémicas y de alto riesgo, para lo que se estima una cobertura del 20% anual con el fin de vacunar el 100% de esta franja de población.

Los costos de la vacuna Hib, garantizan la vacunación del 100% de los menores de 1 año con la aplicación de las tres dosis definidas en el esquema del programa.

En relación con la fiebre amarilla, el esquema prevé la vacunación de la población mayor de 1 año de zonas de alto riesgo; sin embargo, el Ministerio de Salud ha venido suministrando este biológico a los demás Departamentos en un bajo porcentaje, con el fin de que en estos últimos se asegure la vacunación de personas que se desplazarán a las zonas en riesgo. Por ello, los costos tienen en cuenta tanto la vacunación del 100% de la población mayor de 1 año residente en zonas de alto riesgo, a ser cubierta gradualmente y un porcentaje estimado de dosis a ser aplicadas en los departamentos restantes.

Para el año 2003 el Ministerio de Salud tiene previsto llevar a cabo la tercera campaña de vacunación contra el sarampión, se sumarán, para dicha vigencia, los costos derivados de aplicar un refuerzo con la vacuna antisarampionosa a todos los niños de 1 a 5 años.

Respecto a los cálculos de los costos de jeringas, reactivos y los gastos indirectos, se tienen en cuenta los gastos anuales efectuados de 1994 a 1998 por el Ministerio de Salud.

En el Cuadro 16 se presenta el cálculo de las dosis totales nacionales por biológico que se requieren para vacunar el volumen de población objeto de cada uno de los mismos.

Los cuadros 17, 18 y 19 presentan el resumen de los costos del PAI en el nivel nacional para el período 1999-2003 según cada uno de los escenarios de la inflación mencionados. Como se observa, en 1999 se calcula que el costo ascenderá a US\$14.8 millones, de los cuales el 97.7% y el 2.3% respectivamente corresponde a los biológicos y a los demás gastos calculados para el mantenimiento del programa a nivel nacional.¹⁵ En caso de presentarse una inflación descendente, para el año 2000 se estima que dicho costo total será de US\$14.4 millones y en el caso de inflación creciente el costo sería aproximadamente de US\$14.9 millones para el mismo año.¹⁶ Para el 2003, donde se incluye la campaña contra el sarampión, el costo ascendería a US\$16.4 millones en el caso de inflación descendente, y a US\$21.5 millones en el caso de inflación creciente.¹⁷ Usando este mismo escenario en el Cuadro 20 se presentan los costos totales de cada uno de los biológicos según departamentos. Bajo los supuestos del descenso o la constancia de la inflación, los costos para el programa se incrementarán alcanzando las cifras que se muestran en los cuadros anteriormente mencionados.

¹⁵ Tipo de cambio 1,730 pesos colombianos = 1,00 dólares americanos. Fuente: Departamento Nacional de Planeación.

¹⁶ Tipo de cambio 2,054 pesos colombianos = 1,00 dólares americanos. Fuente: Departamento Nacional de Planeación.

¹⁷ Tipo de cambio 2,594.8 pesos colombianos = 1,00 dólares americanos. Fuente: Departamento Nacional de Planeación.

Cuadro 16. Dosis totales por biológico y población a vacunar, 1999-2003

	Dosis Totales (#)					Población a Vacunar (#)				
	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003
POLIO	12,489,252	12,510,271	12,526,461	12,517,365	12,503,934	5,738,646	5,734,664	5,744,854	5,737,610	5,728,267
DPT	6,283,923	6,314,538	6,327,218	6,317,841	6,306,141	2,896,185	2,908,023	2,916,639	2,909,298	2,900,786
BCG	1,937,602	1,949,314	1,950,452	1,950,580	1,950,092	968,801	974,657	975,226	975,290	975,046
Td	9,941,649	10,142,599	10,308,965	10,479,707	10,655,955	2,211,319	2,255,198	2,293,287	2,332,157	2,372,211
Hib	2,906,403	2,923,971	2,925,678	2,925,870	2,925,138	968,801	974,657	975,226	975,290	975,046
HEPB	3,116,589	3,142,045	3,145,356	3,148,844	3,151,366	1,038,863	1,047,348	1,048,452	1,049,615	1,050,455
TRIVIRAL	1,941,847	1,974,349	1,974,876	1,997,201	2,019,763	968,801	974,657	975,226	975,290	975,046
FA	2,000,643	2,041,698	2,083,126	2,124,477	2,166,238	1,538,956	1,570,537	1,602,405	1,634,213	1,666,337
SARAMPION					6,179,187					4,753,221

Fuente: Cuadro elaborado por los autores en base a información suministrada por el PAI-Minsalud y DANE

Cuadro 17. Costos según esquema de vacunación, 1999-2003: Escenario 1—Inflación en descenso

Biológicos	Valor 1998	Años				
		1999	2000	2001	2002	2003
		Indice Inflación				
		16.7	15.0	12.0	10.0	9.0
POLIO	126	1836444607	2115465474	2372387595	2607731372	2839377460
DPT	108	792000532	915237993	1027124984	1128163070	1227420471
BCG	98	221595790	256375532	287308227	316059790	344418982
Td	96	1113782781	1306740025	1487554909	1663411847	1843612027
Hib	3750	12719146129	14715432302	16490905872	18141186911	19768946661
HEPAT.B	1282	4662710646	5405913694	6061004320	6674497144	7281029479
TRIVIRAL	1292	2927846690	3423380405	3835208552	4266421546	4702933879
FA	292	681746962	800097794	914292421	1025685855	1139973888
ANTISARAMPION	223					2483373970
Total Biológicos	0.9765	24955274137	28938643219	32475786879	35823157534	41631086817
Jeringas	0.0089	227446943	263752099	295990275	326498824	379433357
Reactivos	0.0085	217224608	251898072	282687341	311824720	362380172
Otros	0.0061	155890601	180773911	202869739	223780093	260061065
Total otros	1	600562153	696424082	781547354	862103638	1001874593
Total Costos		25,555,836,290	29,635,067,300	33,257,334,233	36,685,261,172	42,632,961,410

Cuadro 18. Costos según esquema de vacunación, 1999-2003: Escenario 2—Inflación constante

		Años				
		1999	2000	2001	2002	2003
Biológicos	Valor 1998	Indice Inflación				
		16.7	16.7	16.7	16.7	16.7
Polio	126	1836444607	2146737572	2508484914	2925276159	3410134500
DPT	108	792000531	928767597	1086048305	1265540066	1474150215
BCG	98	221595790	260165431	303790305	354546552	413652312
Td	96	1113782781	1326057051	1572891823	1865966362	2214205426
Hib	3750	12719146129	14932964780	17436943561	20350248550	23742798550
Hep B	1282	4662710646	5485827200	6408707386	7487254086	8744624543
Triviral	1292	2927846690	3473986898	4055223866	4785945887	5648293438
FA	292	681746961.6	811925327	966742849.7	1150584148	1369125571
Antisarampion	223					2982569022
Total Biológicos	0.9765	24,955,274,137	29,366,431,857	34,338,833,010	40,185,361,809	49,999,553,577
Jeringas	0.0089	227446943	267651043	312970419	366256754	455705097
Reactivos	0.0085	217224608	255621783	298904332	349795776	435223969
Otros	0.0061	155890601	183446220	214507815	251029910	312337201
Total otros	1	600,562,153	706,719,046	826,382,566	967,082,440	1,203,266,266
Total Costos		25,555,836,290	30,073,150,904	35,165,215,576	41,152,444,249	51,202,819,843

Cuadro 19. Costos según esquema de vacunación, 1999-2003: Escenario 3:—Inflación en ascenso

		Años				
		1999	2000	2001	2002	2003
Biológicos	Valor 1998	Indice Inflación				
		16.7	17.7	18.7	19.7	20.7
POLIO	126	1836444607	2165132924	2573338770	3078049755	3711219885
DPT	108	792000531.8	936726188.9	1114126776	1331633350	1604304931
BCG	98	221595790.3	262394783.3	311644438.1	373062873.4	450174234.5
Td	96	1113782781	1337420008	1613557047	1963417124	2409700617
Hib	3750	12719146129	15060925060	17887754738	21413047578	25839082335
HEPAT.B	1282	4662710646	5532835146	6574396797	7878278615	9516699267
TRIVIRAL	1292	2927846690	3503755423	4160066796	5035893627	6146988902
FA	292	681746961.6	818882699.1	991736821.9	1210673818	1490007518
ANTISARAMPION	223					3245904073
Total	0.9765	24955274137	29618072233	35226622184	42284056740	54414081763
Jeringas	0.0089	227446943	269944539.6	321061891.9	385384644.1	495939915.7
Reactivos	0.0085	217224608.5	257812200.7	306632143.9	368063986	473650481.3
Otros	0.0061	155890601.4	185018167.6	220053656.2	264140037	339913874.8
Total otros	1	600562152.8	712774907.8	847747692.1	1017588667	1309504272
Total Costos		25555836290	30330847141	36074369876	43301645407	55723586035

Fuente: Cuadros elaborados por los autores en base a información suministrada por el PAI, Minsalud y el DANE

Cuadro 20. Costos totales de los biológicos según departamentos, 1999-2003

	1999	2000	2001	2002	2003
Bogotá	3,247,848,761	3,835,898,849	4,337,732,794	4,810,533,846	5,639,348,139
Amazonas	85,270,816	99,841,645	113,089,916	125,974,878	145,193,967
Antioquía	3,034,703,511	3,521,191,221	3,941,355,596	4,332,723,250	5,017,030,410
Arauca	169,967,717	197,903,819	223,371,436	248,365,766	291,450,873
Atlántico	1,221,014,988	1,411,743,224	1,594,594,595	1,773,247,300	2,080,933,933
Bolívar	1,265,928,439	1,476,714,420	1,666,725,206	1,848,954,886	2,163,892,064
Boyacá	792,807,477	916,167,645	1,018,893,005	1,114,227,275	1,287,941,146
Caldas	562,423,104	648,861,697	722,928,545	792,154,515	917,023,865
Caquetá	429,108,008	511,328,846	576,879,955	641,014,017	737,880,191
Casanare	192,880,678	225,267,296	254,036,205	282,665,191	332,299,600
Cauca	794,926,684	921,527,992	1,034,625,528	1,142,225,886	1,332,025,984
Cesar	677,742,423	784,114,330	878,854,866	971,200,459	1,125,407,298
Chocó	290,910,831	321,080,907	347,319,311	370,770,631	416,939,629
Córdoba	805,614,967	913,928,172	1,014,046,271	1,106,552,019	1,274,330,656
Cundinamarca	1,064,949,586	1,211,372,597	1,364,084,510	1,505,161,589	1,753,506,939
Guainía	34,233,226	39,917,242	44,748,792	49,756,635	58,006,466
Guaviare	133,461,513	156,624,396	178,121,504	199,535,093	230,368,470
Huila	574,923,128	662,593,860	737,450,952	806,498,564	931,125,548
La Guajira	315,743,046	360,528,473	404,279,719	445,231,298	518,305,954
Magdalena	905,325,058	1,049,864,679	1,177,732,321	1,299,314,122	1,503,168,351
Meta	502,283,865	582,807,828	656,639,480	727,804,123	846,227,030
Nariño	989,428,016	1,149,741,150	1,285,127,850	1,414,403,702	1,645,969,029
Nte Sant	970,691,708	1,132,870,626	1,278,755,679	1,420,345,367	1,653,910,443
Putumayo	317,658,174	379,833,387	430,323,320	480,941,194	559,304,967
Quindío	279,817,219	319,832,301	359,916,515	397,610,748	464,156,577
Risaralda	481,929,142	554,087,273	622,214,925	686,409,545	800,366,499
San Andrés	39,793,874	46,363,498	52,345,835	58,038,876	67,843,875
Santander	1,287,658,949	1,492,018,527	1,672,158,292	1,840,672,018	2,122,401,985
Sucre	507,396,502	583,490,315	655,772,322	724,149,206	844,264,554
Tolima	700,301,021	787,781,354	873,048,467	949,534,148	1,091,020,877
Valle	2,146,749,188	2,483,554,868	2,778,464,336	3,056,225,003	3,547,556,462
Vaupés	33,234,967	38,785,575	43,393,874	48,137,322	55,321,101
Vichada	98,547,550	121,005,206	136,754,956	152,779,061	176,563,933
Total	24,955,274,137	28,938,643,219	32,475,786,879	35,823,157,534	41,631,086,817

Fuente: Cuadro elaborado por los autores en base a información suministrada por el PAI, Minsalud

El costo estimado de los biológicos en 1999 representa el 24.5% del situado fiscal transferido a las entidades territoriales y que, como mínimo, debe ser destinado a actividades de promoción y prevención en salud y al 10% aproximadamente del monto de los ICN que, como mínimo, los municipios deben orientar a programas de inversión en salud. En su conjunto, corresponde a cerca del 7% del monto estimado de recursos de las dos fuentes descritas, lo que confirma lo expuesto en el aparte anterior en relación al elevado costo de los biológicos frente a los recursos territoriales que podrían apoyar su financiación sin tener en cuenta otras acciones prioritarias en salud pública. (Cuadro 21)

Cuadro 21. Relación entre el costo de los biológicos del PAI, el 10% del situado fiscal asignado al PAB, y el 40% de la participación municipal en ICN asignados a inversión en salud, 1999 (a precios de 1999)

	Costos Biológicos	10% Situado Fiscal	%	40% ICN	%	Situado fiscal+ICN	%
Bogotá	3,247,848,761	9,104,495,400	35.67	21,997,867,143	14.76	31,102,362,543	10.44
Amazonas	85,270,816	455,370,200	18.73	356,360,978	23.93	811,731,178	10.50
Antioquia	3,034,703,511	13,909,679,100	21.82	32,221,916,647	9.42	46,131,595,747	6.58
Arauca	169,967,717	702,568,300	24.19	1,273,188,854	13.35	1,975,757,154	8.60
Atlántico	1,221,014,988	3,743,990,500	32.61	5,074,930,986	24.06	8,818,921,486	13.85
Bolívar	1,265,928,439	3,613,921,900	35.03	9,601,440,965	13.18	13,215,362,865	9.58
Boyacá	792,807,477	4,730,244,100	16.76	13,566,363,027	5.84	18,296,607,127	4.33
Caldas	562,423,104	3,271,778,300	17.19	6,531,188,239	8.61	9,802,966,539	5.74
Caqueta	429,108,008	1,327,465,500	32.33	3,057,106,168	14.04	4,384,571,668	9.79
Casanare	192,880,678	898,428,600	21.47	2,324,093,710	8.30	3,222,522,310	5.99
Cauca	794,926,684	3,490,715,900	22.77	8,565,864,876	9.28	12,056,580,776	6.59
Cesar	677,742,423	2,479,403,000	27.33	6,388,917,519	10.61	8,868,320,519	7.64
Chocó	290,910,831	1,521,548,900	19.12	4,070,587,680	7.15	5,592,136,580	5.20
Cordoba	805,614,967	3,320,320,600	24.26	10,062,877,678	8.01	13,383,198,278	6.02
Cundinamarca	1,064,949,586	5,500,265,500	19.36	16,786,624,547	6.34	22,286,890,047	4.78
Guainia	34,233,226	422,371,000	8.11	200,025,621	17.11	622,396,621	5.50
Guaviare	133,461,513	458,087,900	29.13	901,504,326	14.80	1,359,592,226	9.82
Huila	574,923,128	2,632,418,300	21.84	6,848,987,663	8.39	9,481,405,963	6.06
La guajira	315,743,046	1,445,976,700	21.84	3,284,333,030	9.61	4,730,309,730	6.67
Magdalena	905,325,058	2,846,838,500	31.80	6,721,843,375	13.47	9,568,681,875	9.46
Meta	502,283,865	1,793,307,100	28.01	4,995,249,767	10.06	6,788,556,867	7.40
Narino	989,428,016	4,182,312,000	23.66	11,593,416,757	8.53	15,775,728,757	6.27
Norte	970,691,708	3,572,124,800	27.17	8,179,040,786	11.87	11,751,165,586	8.26
Putumayo	317,658,174	885,032,700	35.89	2,496,699,359	12.72	3,381,732,059	9.39
Quindio	279,817,219	1,464,340,100	19.11	2,895,439,347	9.66	4,359,779,447	6.42
Risaralda	481,929,142	2,725,452,300	17.68	4,359,003,222	11.06	7,084,455,522	6.80
San Andrés	39,793,874	495,807,100	8.03	297,294,767	13.39	793,101,867	5.02
Nte Santander	1,287,658,949	4,795,440,800	26.85	13,591,212,751	9.47	18,386,653,551	7.00
Sucre	507,396,502	1,969,832,600	25.76	5,869,567,427	8.64	7,839,400,027	6.47
Tolima	700,301,021	4,086,468,100	17.14	9,854,532,130	7.11	13,941,000,230	5.02
Valle	2,146,749,188	9,322,968,400	23.03	19,977,023,517	10.75	29,299,991,917	7.33
Vaupés	33,234,967	410,699,000	8.09	305,857,653	10.87	716,556,653	4.64
Vichada	98,547,550	441,011,800	22.35	421,144,999	23.40	862,156,799	11.43
Total	24,955,274,137	102,020,685,000	24.46	255,315,115,056	9.77	357,335,800,056	6.98

Fuente: Cálculos realizados con base a información suministrada por el Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud

8. Conclusiones

Basado en el estudio realizado, se identificaron algunos logros susceptibles de potencializar y diversas limitaciones que afectan el desarrollo del PAI, siendo posibles de solucionar a corto y mediano plazo.

8.1 Coberturas y Vigilancia Epidemiológica

Se ha logrado ampliar y mantener un esquema de vacunación considerado como uno de los más completos de América Latina, resaltándose la *no presentación de brotes de enfermedades inmunoprevenibles en los últimos cuatro años, el mantenimiento de la erradicación de la poliomielitis y una tendencia claramente descendente en las tasas de incidencia del sarampión y el tétanos neonatal.*

El Ministerio de Salud asignó recursos financieros adicionales al presupuesto de 1998 para ampliar el esquema de vacunación con Hib, con lo cual se espera lograr un impacto en la morbi-mortalidad por neumonías y meningitis bacterianas y, por ende, en la disminución de la tasa de mortalidad infantil del país en los próximos años.

Sin embargo, *las coberturas de vacunación en todo el país (departamentos y municipios descentralizados y no descentralizados) ha descendido* desde 1997, constituyéndose en uno de los factores que han contribuido a esta situación, el incremento del conflicto bélico en los dos últimos años abarcando el 50% del territorio nacional. Sin embargo, *aunque no existe una clara relación entre la descentralización y el descenso de las coberturas y el deterioro de la vigilancia epidemiológica, se vislumbra una relación entre la descentralización y la inestabilidad de la vinculación laboral del coordinador del PAI y por lo tanto, un efecto indirecto en el descenso de las coberturas.*

Las coberturas se ven igualmente afectadas por *las falencias del sistema de información*, las que se abordan posteriormente. Igualmente, el censo poblacional del DANE incrementa la población a límites irreales, afectando el cálculo de las coberturas, así como la *débil asunción de las responsabilidades frente al PAI por parte de los nuevos actores del sistema.*

8.2 Proceso de Planeación

La debilidad en el proceso de planeación del programa en todos los niveles territoriales (entendiendo por planeación al proceso que involucra las etapas de programación, ejecución, seguimiento, control y evaluación) se debe a la inestabilidad de los recursos humanos que coordinan el programa en todos los niveles.

8.2.1 Programación

En el nivel nacional la adquisición de los insumos no se realiza con la debida anticipación por la *falta de oportunidad en la asignación de recursos financieros*, ya que usualmente se efectúa al final del primer trimestre del año, generando dificultades en su disponibilidad y distribución.

Por otra parte, *se requiere una mayor coordinación entre los niveles decisorios del Ministerio y los funcionarios del Almacén Nacional de Biológicos*, frente a las necesidades, adquisición y entrega por parte de los proveedores.

La planificación estratégica además de contemplar aspectos técnicos como las metas de cobertura y disminución de la morbi-mortalidad, *debe tener en cuenta los recursos humanos, logísticos y la organización y administración financiera para su cumplimiento*. Dicha programación debe dar respuesta a las necesidades territoriales y, por su parte, estas últimas deben tener claramente establecidas sus metas específicas y los requisitos técnicos, humanos, financieros para su logro; *debe ser una etapa bidireccional que permita identificar necesidades reales y asignar recursos suficientes para el óptimo cumplimiento de las políticas establecidas*.

8.2.2 Seguimiento y Control

En relación con el seguimiento y el control se resaltan las siguientes situaciones que ponen en evidencia *la necesidad de fortalecer sustancialmente esta competencia en los distintos niveles territoriales*.

El Nivel Nacional tiene un conocimiento parcial del desarrollo integral del programa en el territorio, que se observa en la imprecisión de la información sobre recursos financieros asignados y ejecutados, objeto del gasto, organización territorial para la ejecución del programa, cumplimiento de actividades, entre otros. Esta situación se reitera a nivel Departamental respecto a los Municipios de su jurisdicción.

Las EPS y ARS no tiene un conocimiento preciso sobre las acciones de vacunación llevadas a cabo a sus afiliados por parte de las IPS con las cuales tienen contrato. Por su parte estas últimas desconocen las actividades relacionadas con los usuarios según su afiliación al sistema.

Debe agregarse que en algunos municipios donde el ISS no cuenta con instituciones propias para la prestación de los servicios, la población afiliada está descubierta en el programa de vacunación, lo que obedece a la crisis financiera de esta EPS que genera renuencia de las IPS y ESES para suscribir los contratos correspondientes.

Las Direcciones Departamentales responsables de velar por el adecuado funcionamiento del programa en su jurisdicción *poseen un conocimiento parcial sobre las actividades del PAI desarrolladas por las EPS, ARS e IPS, lo que entorpece la operatividad del principio de complementariedad que debe existir entre el POS y el PAB*.

La débil coordinación al interior de las Direcciones Territoriales de Salud entre las instancias que adoptan decisiones frente al PAB y las instancias de coordinación del PAI, podría estar afectando la prioridad otorgada a este último en lo referido a la asignación y ejecución de recursos del PAB destinados al PAI en los niveles departamental y municipal. Por otra parte, se observa una falta de conciencia y compromiso por parte de algunas autoridades políticas territoriales sobre la importancia que tiene para la Salud Pública el desarrollo del PAI en su ámbito de competencia.

Se observa una *frágil participación y gestión de los coordinadores del PAI de las Direcciones Departamentales y Municipales, EPS, ARS, IPS, en la presupuestación y distribución de recursos financieros de su respectiva entidad.*

8.2.3 Evaluación

Con referencia a la evaluación, aunque se requieren estudios que profundicen en la materia, se puede inferir que hay *debilidades en la estimación de la eficiencia de las acciones*, es decir, en la determinación del impacto obtenido mediante las acciones desarrolladas y los recursos ejecutados en cada uno de los Departamentos.

8.3 Sistema de Información

Las dificultades señaladas se relacionan estrictamente con las debilidades del Sistema de Información del Programa en todos los niveles territoriales, independientemente de la descentralización.

La falta de conocimiento integral de los distintos niveles territoriales sobre el componente técnico, administrativo y financiero del programa, impide su visualización en forma holística. Por otra parte, los flujos de información son lentos, relacionándose con la necesidad de la modernización de la informática que sustenta el sistema.

La información está dispersa y no existe claridad sobre los sitios para su captura, flujo y análisis, entorpeciendo la toma de decisiones en forma proactiva y reactiva y ocasionando un serio subregistro de las coberturas de vacunación.

8.4 Administración y Funcionamiento del Programa

Frente a la administración y al funcionamiento del programa, se detectaron las siguientes situaciones.

El recurso humano involucrado directamente en su desarrollo a nivel territorial, enfatizó *en la insuficiencia del mismo para las múltiples funciones asignadas*. No obstante, se considera necesario realizar un examen más profundo de esta situación, teniendo en cuenta las competencias otorgadas frente al perfil y la calidad del recurso humano que desarrolla el programa incluyendo el nivel nacional. *El nivel departamental manifiesta la necesidad de recibir una mayor y permanente asesoría y asistencia técnica por parte del nivel nacional*, principalmente en lo que respecta a los cambios ocasionados por la reforma del SGSSS y descentralización, muchas veces mal interpretada, situación que se reitera en el nivel municipal frente al departamental. Igualmente, las EPS, ARS e IPS, reclaman un mayor apoyo de esta índole por parte de las Direcciones Departamentales y Municipales de Salud.

La *alta rotación del personal encargado del PAI y del PAB desde el nivel nacional* genera la pérdida institucional de experiencia y conocimientos adquiridos, ocasionando discontinuidad en los procesos, agudizado por la falta de programas de inducción y reinducción del personal.

Las Direcciones Departamentales y Municipales de Salud de los estudios de caso coinciden en afirmar que *las EPS y ARS han asumido parcialmente su responsabilidad en el desarrollo del PAI.*

8.5 Financiamiento del PAI

A pesar de la crisis financiera del país el Ministerio de Salud siempre ha concentrado esfuerzos para garantizar la sostenibilidad técnica y financiera del PAI con muy poca dependencia de la cooperación externa.

En relación con esta última, la OPS /OMS han sido las entidades que mayor cooperación técnica y financiera ha prestado al país desde el inicio del PAI.

El nivel nacional ejecuta cerca del 100% de los recursos apropiados para el PAI, evidenciando una eficiente gestión, más del 80% de estos recursos se invierte en insumos y los restantes en mantenimiento de la red de frío, asistencia técnica, capacitación y divulgación del programa.

La participación del PAI en el presupuesto de inversión del Ministerio de Salud ha disminuido en el período analizado, presentando un incremento negativo en el período 1997-1998.

Solamente el 22% de los departamentos y el distrito Santafé de Bogotá asignaron porcentajes superiores al 17% del PAB al PAI en 1998. Sin embargo, ***no se evidencia una clara tendencia entre el monto de recursos asignados al PAI en el PAB y la condición de contar con la certificación como descentralizado***. Igualmente, derivado de los estudios de caso, ***no existe una estrecha relación entre la condición de descentralizados y la asignación de recursos al PAI distintos a las transferencias nacionales***, porque tanto en departamentos no descentralizados, como descentralizados, hay conductas positivas y negativas al respecto.

Las fuentes de recursos territoriales más representativas del PAI corresponden al situado fiscal y a la participación de los municipios en los ICN; en ese sentido, las entidades territoriales pueden disponer recursos para el programa provenientes del 10% del situado fiscal que como mínimo deben destinar a las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y del 40% de los ICN. Frente al monto de estos recursos recibidos por las entidades territoriales en 1998 y los proyectados para 1999, el costo de los biológicos representaría un elevado porcentaje; ***por ello, se considera que en el caso de que estos últimos se adquirieran con cargo a los presupuestos territoriales, se verían seriamente afectados, con el peligro que ello puede implicar en el deterioro de otras políticas y programas de salud pública***.

En relación con los cálculos efectuados sobre el costo de los biológicos para vacunar a la población objeto según el esquema del PAI, en 1999 se calcula que el costo ascenderá a US\$14.8 millones. En caso de presentarse una inflación descendente, para el año 2000 se estima que dicho costo total será de US\$14.4 millones y para el 2003, incluyendo la campaña contra el sarampión, de US\$16.4 millones. Bajo los supuestos que la inflación ascienda o se mantenga constante, los costos para el programa se incrementarían.

8.6 Reforma del Sector Salud y el PAI

El análisis estadístico presentado en esta sección muestra la importancia que mantienen factores exógenos al plan de vacunación, tales como el proceso de reforma en la cobertura sobre la efectividad del programa ampliado de inmunizaciones.

Se encontró que las diferencias inter-departamentales son relevantes en el desempeño de las campañas de vacunación y en la vigilancia epidemiológica. Ello muestra que es necesario profundizar en

la efectividad del PAI, de modo de garantizar un acceso equitativo a la vacunación, independientemente del nivel de ingreso familiar y departamental.

Los cambios en las remesas para gastos en salud transferidas desde el gobierno central son el punto más significativo de la reforma sobre las tasas de inmunización, y por lo tanto debe constituirse en una prioridad en el cualquier estrategia futura de mejoramiento del programa.

Se identificó una marcada incidencia de la descentralización y gestión territorial en la marcha del plan de vacunación, tal como la variable meses desde la descentralización que reduce, en promedio, entre 1.18% y 2.48% la tasa de inmunización, lo que sugiere que la reforma geográfica de gestión local no cuenta con la capacidad de compensar los efectos adversos provocados por la caída de los fondos ministeriales. Sin embargo, tal influencia no fue identificada para la vigilancia epidemiológica.

Se encontró una negativa y estadísticamente no-significativa influencia del componente de aseguramiento social en la cobertura de vacunación y en la vigilancia epidemiológica. Esto sugiere una necesidad en el mejoramiento de los sistemas de regulación al sector privado y el fomento de la cooperación con el sector público, con mayor experiencia e infraestructura vacunatoria.

El fenómeno de la violencia, si bien con incidencia negativa, surgió como un elemento no-significativo en la caída de las tasas de inmunización y de vigilancia epidemiológica durante el período bajo estudio.

Finalmente se observa la necesidad de acceder a mayor información para refinar los indicadores a utilizados en este estudio, al tiempo de expandir el análisis a nivel municipal, a fin de capturar diferencias de gestión y asignación de fondos entre unidades locales de decisión.

9. Recomendaciones

Teniendo en cuenta las dificultades anteriormente descritas, se plantearán a manera de recomendación, líneas de acción en las cuales se considera prioritario, concentrar los esfuerzos para el normal funcionamiento del programa.

9.1 Estandarización del Proceso de Planeación en Todos los Niveles

Con esta línea de acción se busca garantizar la asesoría específica que aborde la problemática del programa, para lo cual se recomienda desarrollar, entre otras, las siguientes etapas:

- > En el nivel nacional, con base en las políticas y metas de salud establecidas para el PAB y el PAI, formular de manera participativa y concertada entre las diferentes instancias involucradas, el plan estratégico del PAI para el cuatrienio 1999-2002.
- > Se recomienda que el plan mencionado se concrete en planes operativos anuales, los cuales deberán evaluarse y ajustarse periódicamente sobre la marcha de los procesos.
- > Desarrollar una estrategia de asesoría técnica a los departamentos y distritos, por parte de las instancias pertinentes del Ministerio de Salud (uno o dos talleres nacionales, o talleres según regiones o desplazamiento de grupos de asesores a cada uno de los territorios) que garantice por parte de éstos la formulación de los planes estratégicos y de los planes operativos anuales del PAI. En estos últimos, deberán establecerse de manera clara las estrategias y actividades a realizar para lograr que los municipios cuenten, a su vez, con los planes estratégicos y operativos anualizados del PAI.

Como etapa previa a la estrategia anteriormente mencionada, el nivel nacional debe establecer lineamientos metodológicos que orienten la elaboración de los planes a nivel departamental, pudiendo ser adaptados a nivel municipal.

- > Diseño de un sistema de control y monitoreo del PAI que sea utilizado en primera instancia por la Dirección General de Promoción y Prevención - Subdirección de Prevención - PAI, para el seguimiento del mismo en los distritos y departamentos y para que éstos a su vez ejerzan autocontrol y control en sus municipios, EPS, ARS e IPS. Dicho sistema debe permitir medir resultados técnicos, administrativos y financieros del programa e identificar limitaciones y problemas, formular correctivos y aplicar las acciones necesarias. Deberá otorgarse especial importancia al control y monitoreo de la aplicación del acuerdo # 117 del 22 de diciembre de 1998 expedido por el CNSSS en relación con el cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida para garantizar la vacunación a los afiliados.
- > Como apoyo al planeamiento y al monitoreo del programa, diseñar e instaurar los procesos y procedimientos técnicos y administrativos que se consideren estratégicos para la gestión del PAI, de tal manera que puedan ser controlados y mejorados continuamente de acuerdo con los resultados obtenidos.

9.2 Asesoría y Asistencia Técnica

Instaurar una estrategia de asesoría y asistencia técnica realmente efectiva a las entidades territoriales que contemple tanto el manejo técnico como administrativo y financiero del programa en el contexto del Sistema de Seguridad Social en Salud. Dicha asistencia técnica puede orientarse, en primera instancia, al fortalecimiento de las Direcciones Departamentales de Salud para que éstas, a su vez, tengan la capacidad de apoyar el nivel municipal y las demás instancias que conforman el sistema (EPS, ARS, IPS).

Se sugiere diseñar y ejecutar un programa de reinducción del PAI, orientado a los coordinadores y demás funcionarios involucrados del nivel departamental y distrital que permita garantizar un nivel mínimo del manejo y conocimiento de los componentes técnico, administrativo y financiero del programa.

Una vez efectuado lo anterior, elaborar un diagnóstico que identifique necesidades específicas de la asesoría y de la asistencia técnica por parte de los territorios y que permita al Ministerio programar esta actividad.

Por otra parte, instaurar una estrategia de sensibilización de las autoridades políticas territoriales para incentivar su compromiso y concientización sobre la importancia que tiene el PAI como prioridad de salud pública (encuentros de alcaldes, medios masivos de divulgación, etc.).

9.3 Diseño y Aplicación del Sistema de Información

En todos los niveles se recomienda revisar el actual sistema de información y efectuar los ajustes del caso, garantizando el manejo unificado de la información administrativa y financiera y las adecuaciones del componente técnico que sean pertinentes, *principalmente se requiere estandarizar un formato único de vacunación que permita el adecuado análisis de los datos en el nivel nacional y establecer claros procedimientos para el flujo, análisis, evaluación y utilización de la información.*

Se debe modernizar la informática que sustenta el sistema (personal capacitado, computadoras con especificaciones técnicas adecuadas, programación de software adecuado, restauración de la red entre otros).

9.4 Gestión y Sostenibilidad Financiera del PAI

Debido a la crisis financiera del país que afecta indudablemente el PAI en todos sus niveles, se hace difícil plantear soluciones u opciones de financiamiento en forma general, pues la identificación de fuentes para obtener recursos adicionales depende de múltiples factores como el comportamiento económico del sector, los actores locales y su compromiso frente a la salud pública.

Teniendo en cuenta la prioridad que tiene el PAI en la práctica de la salud pública y la necesidad de su inclusión en el PAB (nacional, departamental y municipal), así como la disminución de las coberturas de vacunación en los últimos años y la supresión de las transferencias financieras por el Ministerio de Salud para apoyar el PAI en los territorios se hacen las siguientes recomendaciones.

En los lineamientos establecidos por el nivel nacional para la elaboración del PAB departamental (vigencia de 1999) se aborda de manera muy general las acciones del PAI; y por tal motivo se considera pertinente adicionar y efectuar los ajustes necesarios dando un mayor énfasis a este programa, tanto para el año en referencia como para los siguientes años, de tal manera que los departamentos le otorguen la importancia que éste amerita como política de salud pública en el PAB y le asignen los recursos financieros que les permitan su adecuado desarrollo. Igualmente se debe promover que los departamentos, a su vez, definan lineamientos para la elaboración de los PAB municipales, resaltando y asignando recursos para la ejecución de las acciones relacionadas con el PAI.

Por otra parte se sugiere que en los mecanismos que se establezcan a nivel nacional para la evaluación de los PAB departamentales *y la asignación de nuevos recursos*, se incluyan indicadores puntuales que permitan tener una mayor aproximación sobre el desarrollo técnico, administrativo y financiero del PAI en los PAB. Esta situación también debe verse reflejada en la evaluación que efectúen los departamentos en los PAB municipales de su jurisdicción.

Con base en los resultados de dichas evaluaciones se considera conveniente concertar planes de desempeño orientados al mejoramiento del programa entre los distintos niveles: Nación - Departamentos y Distritos; Departamentos - Municipios.

Teniendo en cuenta los recortes del presupuesto nacional para 1999 que han afectado considerablemente el PAI se recomienda, en el corto plazo, solicitar al CNSSS estudiar la posibilidad de asignar recursos provenientes de la subcuenta de promoción y prevención del FOSYGA para apoyar financieramente el funcionamiento básico del programa, incluida la adquisición de los insumos críticos requeridos (biológicos y jeringas para la presente vigencia).

Basándose en el alto costo y el volumen de los suministros, se recomienda que el Ministerio de Salud continúe efectuando su adquisición con cargo al presupuesto nacional para aprovechar la economía de escala. Igualmente, con el fin de garantizar la calidad de los biológicos y demás suministros, es pertinente que el Ministerio mantenga la competencia sobre la compra, almacenamiento y distribución de los insumos críticos. El mecanismo de la compra de vacunas e insumos a través del fondo rotatorio de la OPS se considera una excelente opción de compra a bajo costo, buena calidad y entrega oportuna.

Continuar asignando recursos adicionales provenientes de la subcuenta de promoción y prevención del FOSYGA para el funcionamiento básico del programa en los próximos años, incluida la adquisición de los suministros.

Con el fin de dar una mayor estabilidad a los recursos del PAI, y tal como se manejan los recursos financieros asignados a otros programas de importancia en salud pública (lepra y leishmaniasis, entre otros), se sugiere adelantar los trámites pertinentes con el fin de clasificar dentro de los gastos de funcionamiento del Ministerio a las apropiaciones financieras correspondientes al PAI y no como gastos de inversión que son más susceptibles a los recortes presupuestales.

Gestionar la expedición de una “ley de vacunas”, que garantice al futuro la asignación de recursos financieros con destino al desarrollo básico del PAI en el nivel nacional y/o la compra de los insumos críticos.

Se considera importante ampliar y modernizar las condiciones físicas y tecnológicas del Almacén Nacional de Biológicos a corto plazo, dando prioridad a la ampliación de la capacidad de almacenamiento de las cavas, para lo cual se requiere asignar los recursos financieros estimados en US\$1 millón.

Hasta no lograr la cobertura universal de afiliación de la población al Sistema General de Seguridad Social en Salud, es importante que se gestione ante el CNSSS la reglamentación orientada a regular la prestación y seguimiento de los servicios de promoción y prevención, con énfasis en el PAI a la población vinculada.

Promover que los municipios se esfuercen en asignar recursos al PAI provenientes de las fuentes propias locales.

9.5 Necesidad de Otros Estudios

Como se mencionó, los departamentos y municipios descentralizados y no descentralizados han asignado recursos al PAI en el PAB; sin embargo, en algunos casos no se tiene información precisa y oportuna sobre el monto asignado y en un alto porcentaje no se conocen los conceptos del gasto. No se tiene clara información para determinar el grado de asunción de los compromisos por parte de los nuevos actores del sistema, así como la cobertura alcanzada frente a los biológicos distribuidos por el Ministerio de Salud. Por lo anterior se recomienda continuar el presente estudio, orientándolo a:

- > Conocer la priorización que los entes territoriales han dado al programa y su expresión en las acciones, asignación y uso de los recursos en el plan de salud y en el PAB departamental.
- > Identificar el estado de las coberturas de vacunación para los biológicos del PAI en la población afiliada a una muestra representativa de EPS y ARS.
- > Determinar la eficiencia, por parte de las entidades territoriales, en el uso de los biológicos suministrados por el Ministerio de Salud, utilizando un sistema simplificado de kárdex para monitorear el gasto real de biológico versus cobertura de vacunación e impacto en la incidencia de las enfermedades inmunoprevenibles.
- > Determinar el perfil del recurso humano que está laborando como coordinador del PAI en todos los niveles así como un análisis de su desempeño y condiciones de su estabilidad laboral.

Anexo A. Departamentos, Distritos y Municipales Certificados como Descentralizados

Departamentos y Distritos	Certificado		Municipios Total	Certificados		No certificados	
	Si	No		#	%	#	%
Antioquía	X		124	116	93.5	8	6.5
Atlántico	X		23	10	43.5	13	56.5
Barranquilla	X						
Bogotá	X						
Bolívar	X		32	1	3.13	31	96.9
Cartagena	X						
Boyaca		X	123			123	100.0
Caldas	X		25	4	16	21	84.0
Caqueta		X	15			15	100.0
Cauca		X	38			38	100.0
Cesar	X		24	11	45.8	13	54.2
Córdoba	X		26	13	50	13	50.0
Cundinamarca		X	114	4	3.51	110	96.5
Choco		X	20			20	100.0
Huila	X		37	37	100		0.0
La guajira	X		10	6	60	4	40.0
Magdalena	X		21	2	9.52	19	90.5
Santa marta	X						
Meta	X		29	9	31	20	69.0
Nariño		X	62	45	72.6	17	27.4
Nte Santander		X	38			38	100.0
Quindío	X		12	1	8.33	11	91.7
Risaralda	X		14	8	57.1	6	42.9
Santander	X		87	18	20.7	69	79.3
Sucre	X		24	15	62.5	9	37.5
Tolima	X		46	20	43.5	26	56.5
Valle	X		42	21	50	21	50.0
Arauca		X	7			7	100.0
Casanare		X	19			19	100.0
Putumayo		X	12			12	100.0
San Andrés	X		2			2	100.0
Amazonas	X		1			1	100.0
Guainia		X	1			1	100.0
Guaviare		X	4			4	100.0
Vaupes		X	1			1	100.0
Vichada	X		2			2	100.0
Total	23	13	1035	341	32.9	694	67.1

Fuente: Ministerio de Salud-Dirección General de Descentralización

Anexo B. Transferencias del Minsalud a las Entidades Territoriales – PAI

Millones de pesos, precios constantes de 1994

Departamentos y Distritos	1994	1995	1996	1997	1998	TOTAL	94-95%	95-96%	96-97%
Amazonas	19.00	20.08	17.21	23.39	0	79.68	5.7	-14.3	36.0
Antioquía	45.00	86.19	72.95	97.08	0	301.22	91.5	-15.4	33.1
Arauca	8.00	14.23	17.21	26.32	0	65.75	77.8	20.9	52.9
Atlántico	16.00	26.78	24.78	31.58	0	99.13	67.4	-7.5	27.5
D. Barranquilla	8.00	20.92	21.34	23.98	0	74.23	161.5	2.0	12.4
D. Santafé de Bogotá	24.00	49.37	41.29	57.31	0	171.98	105.7	-16.4	38.8
Bolívar	24.00	46.86	38.54	49.71	0	159.11	95.3	-17.8	29.0
D. Cartagena	13.00	25.94	20.65	22.22	0	81.81	99.5	-20.4	7.6
Boyaca	24.00	35.98	29.59	32.75	0	122.33	49.9	-17.8	10.7
Caldas	14.00	18.41	22.02	29.24	0	83.67	31.5	19.6	32.8
Caquetá	22.00	24.27	24.78	35.09	0	106.13	10.3	2.1	41.6
Cauca	30.00	42.68	35.10	36.84	0	144.62	42.3	-17.8	5.0
Casanare	19.00	20.92	22.71	32.75	0	95.38	10.1	8.6	44.2
Cesar	26.00	44.35	41.98	64.91	0	177.25	70.6	-5.3	54.6
Córdoba	34.00	71.13	59.88	75.44	0	240.44	109.2	-15.8	26.0
Cundinamarca	32.00	53.56	43.36	45.61	0	174.53	67.4	-19.0	5.2
Chocó	40.00	60.25	49.55	61.40	0	211.21	50.6	-17.8	23.9
Guajira	26.00	39.33	32.35	54.97	0	152.65	51.3	-17.8	69.9
Guainía	25.00	27.62	22.02	23.39	0	98.03	10.5	-20.2	6.2
Guaviare	16.00	17.57	14.45	23.98	0	72.00	9.8	-17.8	65.9
Huila	16.00	24.27	19.96	21.05	0	81.28	51.7	-17.8	5.5
Magdalena	20.00	28.45	23.40	24.56	0	96.41	42.3	-17.8	5.0
D. Santa Marta	9.00	11.72	8.95	9.36	0	39.02	30.2	-23.6	4.6
Meta	19.00	30.13	26.15	42.69	0	117.97	58.6	-13.2	63.2
Nariño	32.00	48.54	41.29	74.85	0	196.68	51.7	-14.9	81.3
Norte de Santander	26.00	41.00	33.04	35.09	0	135.13	57.7	-19.4	6.2
Putumayo	18.00	23.43	19.27	29.24	0	89.94	30.2	-17.8	51.7
Quindío	13.00	19.25	21.34	16.37	0	69.96	48.1	10.9	-23.3
Risaralda	13.00	20.08	23.40	24.56	0	81.04	54.5	16.5	5.0
Santander	36.00	48.54	39.23	41.52	0	165.29	34.8	-19.2	5.8
San Andrés	9.00	10.04	13.76	10.53	0	43.33	11.6	37.1	-23.5
Sucre	24.00	39.33	37.85	40.35	0	141.53	63.9	-3.8	6.6
Tolima	16.00	25.94	21.34	30.99	0	94.27	62.1	-17.8	45.3
Valle	41.00	92.05	77.08	123.39	0	333.52	124.5	-16.3	60.1
Vaupés	19.00	20.08	16.52	26.32	0	81.92	5.7	-17.8	59.3
Vichada	24.00	25.94	26.84	33.92	0	110.70	8.1	3.5	26.4
Total	800	1255.23	1101.17	1432.75	0	4589.15	56.9	-12.3	30.1

Fuente: Ministerio de Salud División Financiera

Anexo C. Suministros PAI Enviados por el Ministerio de Salud a las Direcciones Departamentales de Salud

Millones de pesos, precios constantes, 1994

Seccional	1995			1996			1997			1998		
	Jeringas		Biológicos	Jeringas		Biológico s	Jeringas		Biológicos	Jeringas		Biológicos
	#	Millones (\$)	Millones (\$)									
Antioquía	1,206,400	80.8	1737.8	1,153,500	63.5	3209.8	1,244,600	58.2	1956.3	1,195,000	47.9	1313.4
Amazonas	39,600	2.7	33.7	68,100	3.7	21.2	113,000	5.3	61.3	74,800	3.0	167.0
Atlántico	654,400	43.8	380.6	347,600	19.1	338.2	474,000	22.2	171.0	219,200	8.8	269.4
Barranquilla	36,400	2.4	166.3	331,767	18.3	141.3	405,800	19.0	253.6	192,000	7.7	392.9
Arauca	126,400	8.5	64.4	202,760	11.2	58.0	303,000	14.2	76.9	65,600	2.6	80.2
Bogotá	1,290,200	86.4	1629.7	865,600	47.7	1434.7	1,409,000	65.9	1334.1	980,000	39.3	2281.3
Bolívar	336,800	22.5	253.9	320,800	17.7	230.0	481,200	22.5	269.0	248,000	9.9	340.2
Cartagena	247,200	16.5	154.9	252,600	13.9	143.7	346,200	16.2	194.8	212,000	8.5	276.2
Boyacá	504,800	33.8	405.1	658,400	36.3	357.9	935,700	43.8	305.8	524,700	21.0	351.8
Caldas	441,600	29.6	339.1	319,800	17.6	311.3	492,000	23.0	251.3	509,900	20.4	393.5
Cauca	401,600	26.9	299.0	478,652	26.4	272.5	572,800	26.8	389.4	399,000	16.0	379.3
Caquetá	295,600	19.8	185.0	294,445	16.2	166.8	478,400	22.4	251.2	336,000	13.5	235.4
Cesar	536,200	35.9	315.3	475,200	26.2	282.4	816,000	38.2	276.1	418,000	16.8	312.0
Córdoba	636,908	42.6	374.8	433,800	23.9	335.7	598,000	28.0	489.0	385,800	15.5	615.6
Casanare	81,600	5.5	86.7	208,400	11.5	74.9	277,000	13.0	69.9	167,000	6.7	109.5
Cundinamarca	543,200	36.4	301.5	821,200	45.2	268.8	956,200	44.7	566.0	760,000	30.5	709.9
Choco	259,200	17.4	84.4	325,200	17.9	75.0	454,800	21.3	117.4	224,000	9.0	220.3
Guajira	312,000	20.9	182.0	347,800	19.1	166.1	362,000	16.9	204.9	215,000	8.6	132.2
Guainía	20,000	1.3	13.6	47,000	2.6	11.9	46,600	2.2	7.4	20,000	0.8	13.8
Guaviare	50,400	3.4	54.9	71,600	3.9	48.8	95,800	4.5	61.2	50,000	2.0	69.8
Magdalena	219,200	14.7	304.7	442,400	24.4	266.6	454,000	21.2	173.6	280,000	11.2	245.4
Santa Marta	116,000	7.8	98.0	311,800	17.2	85.6	381,000	17.8	161.7	196,800	7.9	123.6
Huila	341,600	22.9	221.9	341,600	18.8	196.7	420,500	19.7	219.9	277,800	11.1	277.6
Meta	257,200	17.2	223.7	257,200	14.2	200.1	588,000	27.5	265.2	375,000	15.0	298.8
Nariño	400,000	26.8	413.0	415,200	22.9	361.7	680,200	31.8	357.0	421,000	16.9	484.3

Seccional	1995			1996			1997			1998		
	Jeringas		Biológicos									
	#	Millones (\$)	Millones (\$)									
Nte Santander	523,800	35.1	449.7	577,400	31.8	412.1	748,900	35.0	326.4	473,500	19.0	644.6
Putumayo	235,200	15.7	132.5	255,200	14.1	119.7	390,700	18.3	146.4	178,000	7.1	202.0
Quindío	228,000	15.3	181.7	253,200	13.9	157.4	299,800	14.0	145.9	131,600	5.3	187.3
Risaralda	315,200	21.1	215.3	345,200	19.0	196.4	352,000	16.5	163.3	189,400	7.6	313.7
San Andrés	27,200	1.8	17.5	56,000	3.1	16.2	95,500	4.5	14.9	28,000	1.1	17.2
Nte Santander	622,400	41.7	479.7	652,400	35.9	429.0	1,085,000	50.8	474.2	640,000	25.7	606.6
Sucre	212,000	14.2	216.6	212,000	11.7	197.1	423,400	19.8	220.2	228,000	9.1	293.5
Tolima	424,400	28.4	387.8	424,400	23.4	335.5	547,800	25.6	240.6	299,800	12.0	433.6
Valle	4,837,600	323.9	805.6	2,407,600	132.6	720.0	1,703,700	79.7	959.5	899,000	36.0	1101.8
Vaupés	30,000	2.0	30.6	36,000	2.0	26.0	86,500	4.0	13.7	35,600	1.4	31.2
Vichada	51,200	3.4	23.9	55,200	3.0	20.9	146,000	6.8	14.7	43,599	1.7	31.5
Ins		0.0	0.0		0.0	0.0		0.0	0.0		0.0	0.0
Ejército		0.0	0.0		0.0	0.0		0.0	29.5		0.0	0.0
Préstamo Q		0.0	0.0		0.0	0.0		0.0	7.0		0.0	0.0
Total	16,861,508	1128.8	11265.0	15,067,024	829.6	11690.2	19,265,100	901.3	11240.1	11,893,099	476.7	13956.4

Fuente: Ministerio de Salud, División Financiera

Anexo D. Costos de las Transferencias Financieras y de Suministros del Ministerio de Salud a las Entidades Territoriales

Millones de pesos - precios constantes 1994

Seccional	1994		1995			1996			1997			1998			TOTAL 94-98
	Transf.	Total	Suminist.	Transf.	Total	Suminist.	Transf.	Total	Suminis.	Transf.	Total	Suminis.	Transf.	Total	
Amazonas	19.00	19.00	36.4	20.08	56.46	24.9	17.21	42.15	66.6	23.39	89.96	171.3	0	171.3	378.85
Antioquía	45.00	45.00	1818.6	86.19	1904.78	3273.3	72.95	3346.26	2014.5	97.08	2111.62	1376.9	0	1376.9	8784.57
Arauca	8.00	8.00	72.9	14.23	87.12	69.2	17.21	86.40	91.1	26.32	117.40	86.6	0	86.6	385.55
Atlántico	16.00	16.00	424.4	26.78	451.21	357.4	24.78	382.14	193.2	31.58	224.74	281.5	0	281.5	1355.58
Barranquilla	8.00	8.00	168.8	20.92	189.70	159.6	21.34	180.94	272.6	23.98	296.61	400.6	0	400.6	1075.84
Bogotá	24.00	24.00	1716.1	49.37	1765.43	1482.4	41.29	1523.70	1400.0	57.31	1457.34	2320.6	0	2320.6	7091.07
Bolívar	24.00	24.00	276.4	46.86	323.28	247.6	38.54	286.18	291.5	49.71	341.21	353.0	0	353.0	1327.71
Boyacá	24.00	24.00	438.9	35.98	474.90	394.1	29.59	423.73	349.5	32.75	382.28	373.2	0	373.2	1678.09
Caldas	14.00	14.00	368.7	18.41	387.07	328.9	22.02	350.95	274.3	29.24	303.51	424.9	0	424.9	1480.47
Caquetá	22.00	22.00	204.8	24.27	229.07	183.0	24.78	207.77	273.5	35.09	308.62	251.8	0	251.8	1019.24
Cartagena	13.00	13.00	171.4	25.94	197.36	157.6	20.65	178.24	211.0	22.22	233.25	286.0	0	286.0	907.83
Casanare	19.00	19.00	92.2	20.92	113.11	86.4	22.71	109.10	82.8	32.75	115.56	116.9	0	116.9	473.65
Cauca	30.00	30.00	325.9	42.68	368.55	298.9	35.10	333.96	416.2	36.84	453.05	398.2	0	398.2	1583.80
Cesar	26.00	26.00	351.1	44.35	395.50	308.6	41.98	350.59	314.3	64.91	379.20	333.7	0	333.7	1485.03
Córdoba	34.00	34.00	417.4	71.13	488.56	359.6	59.88	419.51	517.0	75.44	592.42	634.8	0	634.8	2169.30
Cundinamarca	32.00	32.00	337.8	53.56	391.38	314.0	43.36	357.35	610.7	45.61	656.35	743.2	0	743.2	2180.32
Choco	40.00	40.00	101.8	60.25	162.01	92.9	49.55	142.48	138.7	61.40	200.06	230.7	0	230.7	775.28
Guainia	25.00	25.00	15.0	27.62	42.59	14.5	22.02	36.47	9.6	23.39	33.02	15.2	0	15.2	152.24
Guajira	26.00	26.00	202.9	39.33	242.20	185.3	32.35	217.61	221.8	54.97	276.77	143.3	0	143.3	905.88
Guaviare	16.00	16.00	58.3	17.57	75.88	52.7	14.45	67.17	65.6	23.98	89.61	73.2	0	73.2	321.90
Huila	16.00	16.00	244.7	24.27	269.02	215.5	19.96	235.42	239.6	21.05	260.65	292.5	0	292.5	1073.58
Magdalena	20.00	20.00	319.4	28.45	347.87	291.0	23.40	314.39	194.9	24.56	219.44	261.1	0	261.1	1162.76
Meta	19.00	19.00	240.9	30.13	271.03	214.3	26.15	240.43	292.7	42.69	335.37	316.9	0	316.9	1182.74
Nariño	32.00	32.00	439.8	48.54	488.35	384.6	41.29	425.86	388.9	74.85	463.72	505.5	0	505.5	1915.46
Nte. Santander	26.00	26.00	484.7	41.00	525.75	443.8	33.04	476.88	361.4	35.09	396.47	670.0	0	670.0	2095.06
Putumayo	18.00	18.00	148.2	23.43	171.67	133.8	19.27	153.05	164.7	29.24	193.93	211.9	0	211.9	748.51
Quindio	13.00	13.00	197.0	19.25	216.23	171.3	21.34	192.64	159.9	16.37	176.25	196.2	0	196.2	794.34
Risaralda	13.00	13.00	236.4	20.08	256.48	215.4	23.40	238.81	179.7	24.56	204.28	325.1	0	325.1	1037.69
San Andrés	9.00	9.00	19.4	10.04	29.41	19.3	13.76	33.06	19.3	10.53	29.84	18.7	0	18.7	120.01
Santa Marta	9.00	9.00	105.8	11.72	117.48	102.7	8.95	111.67	179.5	9.36	188.87	132.9	0	132.9	559.92
Santander	36.00	36.00	521.4	48.54	569.94	464.9	39.23	504.17	525.0	41.52	566.50	638.0	0	638.0	2314.61

Seccional	1994		1995			1996			1997			1998			TOTAL 94-98
	Transf.	Total	Suminist.	Transf.	Total	Suminist.	Transf.	Total	Suminis.	Transf.	Total	Suminis.	Transf.	Total	
Sucre	24.00	24.00	230.8	39.33	270.10	208.8	37.85	246.63	240.0	40.35	280.37	305.6	0	305.6	1126.65
Tolima	16.00	16.00	416.2	25.94	442.12	358.9	21.34	380.22	266.2	30.99	297.21	450.8	0	450.8	1586.32
Valle	41.00	41.00	1129.4	92.05	1221.46	852.6	77.08	929.64	1039.2	123.39	1162.59	1144.4	0	1144.4	4499.14
Vaupés	19.00	19.00	32.6	20.08	52.69	28.0	16.52	44.55	17.7	26.32	44.05	33.6	0	33.6	193.86
Vichada	24.00	24.00	27.3	25.94	53.23	24.0	26.84	50.81	21.6	33.92	55.50	33.8	0	33.8	217.37
Ins			0.0		0.00	0.0		0.00	0.0		0.00	3.9		3.9	3.91
Ejercito			0.0		0.00	0.0		0.00	29.5		29.48	0.0		0.0	29.48
Préstamo Q			0.0		0.00	0.0		0.00	7.0		7.02	0.0		0.0	7.02
Total	800	800	12393.77	1255.23	13649.00	12519.76	1101.17	13620.93	12141.38	1432.75	13574.13	14556.55	0.00	14556.55	56200.61

Fuente: Ministerio de Salud. División Financiera y Almacén Nacional de Biológicos -PAI

Anexo E. Bibliografía

Banco de Datos de Derechos Humanos y Violencia Política – Justicia y Paz, 1998.

Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo 117 de 1998. Por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Bogotá, Colombia.

Decreto 1938 de 1994. Por el cual se reglamenta el plan de beneficios en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá, Colombia.

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, “Lesiones de Causa Externa en Colombia”, Centro de Referencia Nacional sobre Violencia, Subdirección de Servicios Forenses, 1996.

Ley 10 de 1990. “Reorganización del Sistema Nacional de Salud”. Bogotá, Colombia.

Ley 100 de 1993. “Sistema de Seguridad Social Integral”. Bogotá, Colombia.

Ley 60 de 1993. Competencias y Recursos a los Entes Territoriales. Bogotá, Colombia.

Ley Orgánica del Presupuesto Nacional. Vigencias 1994 a 1998. Bogotá, Colombia.

Ministerio de Salud. “La Reforma de la Seguridad Social en Salud”. Bogotá, Colombia, 1994.

Ministerio de Salud. “La Salud en Colombia, Diez años de Información”. Bogotá, Colombia, 1994.

Ministerio de Salud. “Organización de los Sistemas Territoriales de Seguridad Social en Salud en Colombia”. Bogotá, Colombia, 1995.

Ministerio de Salud. “Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad en el Sistema General de Seguridad Social en Salud”. Bogotá, Colombia, 1996.

Ministerio de Salud. Lineamientos para la elaboración del Plan de Atención Básica Departamental. Bogotá, Colombia.

Ministerio de Salud. Resolución 3997 de 1996. Por la cual se establecen las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad del POS. Bogotá, Colombia.

Ministerio de Salud. Resolución 4288 de 1996. Mediante la cual se define el Plan de Atención Básica del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá, Colombia.

Vargas González, J. y Sarmiento Gómez, A., “La Descentralización de los Servicios de Salud en Colombia”, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Serie Reformas de Política Pública, no.51, Santiago de Chile, 1997.