



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA

www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXX - Nº 162

Bogotá, D. C., viernes, 19 de marzo de 2021

EDICIÓN DE 16 PÁGINAS

DIRECTORES:

GREGORIO ELJACH PACHECO

SECRETARIO GENERAL DEL SENADO

www.secretariasenado.gov.co

JORGE HUMBERTO MANTILLA SERRANO

SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA

www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

SENADO DE LA REPÚBLICA

CONCEPTOS JURÍDICOS

CONCEPTO JURÍDICO MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL SOBRE EL PROYECTO DE LEY NÚMERO 197 DE 2020 SENADO

por medio de la cual se ordena la modernización y actualización permanente del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) en Colombia.

Bogotá D.C.,

Doctor

JESÚS MARÍA ESPAÑA VERGARA

Comisión Séptima Constitucional

Senado de la República

Carrera 7ª Nº 8 – 68

Bogotá D.C.

ASUNTO: Concepto sobre el **PL 197/20 (S)** “por medio de la cual se ordena la modernización y actualización permanente del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) en Colombia”.

Cordial saludo,

Teniendo presente que la iniciativa de la referencia está pendiente de surtir primer debate en esa Corporación, se hace necesario emitir el concepto institucional desde la perspectiva del Sector Salud y Protección Social. Para tal cometido, se toma como fundamento el texto publicado en la Gaceta del Congreso N° 640 de 2020. Al respecto, este Ministerio, en ejercicio de las competencias constitucionales y legales que le asisten, en especial las previstas en el inciso 2° del artículo 208 de la Constitución Política y el numeral 3° del artículo 59 de la Ley 489 de 1998, sin perjuicio de los comentarios que estimen pertinente realizar otras autoridades para las cuales este tema resulte sensible, formula las siguientes observaciones:

1. CONTENIDO

La propuesta busca fortalecer presupuestalmente el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) con el fin de disminuir el riesgo de enfermar y morir por enfermedades prevenibles por vacunas (EPV), contempladas en el esquema del PAI para Colombia y de esta manera interrumpir las cadenas de transmisión que apunten a la erradicación, eliminación y control las EPV disminuyendo las tasas de mortalidad y morbilidad, prioritariamente en la población meta del programa.

El proyecto está integrado por seis (6) artículos, incluido el de vigencia de la ley, así:

- 1.1. En cuanto al objeto persigue la modernización del PAI con el fin de asegurar su financiamiento, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud (art. 1°).
- 1.2. Establece como principios rectores del PAI los de universalidad, gratuidad, innovación, progresividad, equidad y responsabilidad solidaria (art. 2°).

<p>1.3. En lo concerniente a los elementos de modernización y actualización prevé, entre otros, los módulos normativo, financiero, de talento humano en salud, inclusión o exclusión de vacunas e información (art. 3°).</p> <p>1.4. Atribuye a este Ministerio la responsabilidad de liderar y coordinar dicho proceso con el apoyo del Comité Ampliado de Inmunizaciones y define las fuentes de financiación. Determina que se realizarán incrementos paulatinos en el presupuesto general de la Nación, en el Sistema General de Participaciones y en los recursos que maneja la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud ADRES (arts. 4° y 5°).</p> <p>2. ANTECEDENTES</p> <p>2.1. Normatividad existente</p> <p>La Ley 715 de 2001, en su artículo 42, señala que le corresponde a la Nación la dirección del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en el territorio nacional, de acuerdo con la diversidad regional y el ejercicio de las siguientes competencias, sin perjuicio de las asignadas en otras disposiciones:</p> <p>42.13 Adquirir, distribuir y garantizar el suministro oportuno de los biológicos del Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI), los insumos críticos para el control de vectores y los medicamentos para el manejo de los esquemas básicos de las enfermedades transmisibles y de control especial.</p> <p>En este sentido y conforme con lo establecido en el Decreto Ley 4107 de 2011, al Ministerio de Salud y Protección Social, como ente rector y regulador en el nivel nacional de las acciones de salud, le corresponde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formular la política, dirigir, orientar, adoptar y evaluar la ejecución, planes, programas y proyectos del Gobierno Nacional en materia de promoción de la salud, salud pública y de control de los riesgos provenientes de enfermedades comunes, ambientales, sanitarias y psicosociales, que afecten a las personas, grupos, familias o comunidades. • Dirigir y orientar el sistema de vigilancia en salud pública. • Formular, adoptar, coordinar las acciones del Gobierno Nacional en materia de salud en situaciones de emergencia o desastres naturales. • Promover e impartir directrices encaminadas a fortalecer la investigación, indagación, consecución, difusión, y aplicación de los avances nacionales e internacionales. En temas tales como cuidado, promoción, protección, desarrollo de la salud y la calidad de vida y prevención de las enfermedades. • Promover acciones para la divulgación del reconocimiento y goce de los derechos de las personas en materia de salud, promoción social, y en el cuidado, protección y mejoramiento de la calidad de vida. 	<p>la incidencia de casos de fiebre amarilla, difteria, tuberculosis meningéa, hepatitis A y B, Neumococo, Haemophilus influenzae tipo b, diarreas por Rotavirus, tos ferina, parotiditis e influenza.</p> <ul style="list-style-type: none"> • A 2021, sistematizar y automatizar los procesos y procedimientos del Programa Ampliado de Inmunizaciones en todo el territorio nacional <p>El Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 "Todos por un nuevo país" (adoptado por la Ley 1753 de 2015) prevé que la población debe recibir atención en el marco de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), en su artículo 65 señala:</p> <p>Para la definición de la política integral en salud se integrarán los siguientes enfoques: i) atención primaria en salud (APS); ii) salud familiar y comunitaria, iii) articulación de las actividades individuales y colectivas y iv) enfoque poblacional y diferencial. Dicha atención tendrá en cuenta los componentes relativos a las rutas de atención para la promoción y mantenimiento de la salud por curso de vida, las rutas de atención específicas por grupos de riesgos, el fortalecimiento del prestador primario, la operación en redes integrales de servicios, el desarrollo del talento humano, en el marco de la Ley 1164 de 2007, articulación de las intervenciones individuales y colectivas, el desarrollo de incentivos en salud y la definición de requerimientos de información para su seguimiento y evaluación.</p> <p>Parágrafo Primero. El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) realizará la adaptación de esta política en los ámbitos territoriales con población dispersa, rural y urbana diferenciando a los municipios y distritos que tengan más de un millón de habitantes. Para zonas con población dispersa y rural, se podrá determinar la existencia de uno o varios aseguradores. Si se trata de un único asegurador, el MSPS establecerá las condiciones para su selección.</p> <p>Parágrafo Segundo. Para la definición de la política de atención integral, el Ministerio de Salud y Social garantizará una amplia participación de todos los grupos de interés del sector salud: usuarios, prestadores, aseguradores, academia, asociaciones científicas, entes territoriales, entre otros.</p> <p>Esta norma fue retomada por la Ley 1955 de 2019.</p> <p>Con fundamento en lo anterior, se expidió la Resolución 3202 de 2016, por la cual se adoptó el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) y se adoptaron varias RIAS entre ellas la Ruta Integral de Atención en Salud para la promoción y mantenimiento de la salud.</p> <p>Posteriormente se adoptaron los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud (RPMS) y Materno Perinatal (RIAMP), las cuales definen e integran las intervenciones individuales, colectivas, poblacionales y las acciones de gestión de la salud pública, requeridas para la promoción de la salud y la gestión oportuna e integral de los principales riesgos en salud de los individuos, las familias y las comunidades, donde la temática relacionada con vacunación hace parte</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Proponer y desarrollar en el marco de sus competencias, estudios técnicos e investigaciones para la formulación, implementación y evaluación de políticas, planes, programas y proyectos en materia de salud y promoción social a cargo del Ministerio. • Asistir técnicamente en materia de salud y promoción social a cargo del Ministerio, a las entidades u organismos descentralizados territorialmente o por servicios. <p>Por su parte, la Ley 1098 de 2006, en el artículo 29, define el esquema completo de vacunación como un derecho imposterizable de la primera infancia y en el artículo 41, numeral 14, establece como una obligación del estado la reducción de la morbilidad y la mortalidad infantil y adelantar los programas de vacunación, entre otros.</p> <p>A su turno, la Ley 1122 de 2007 estipula en su artículo 33 que el Plan Nacional de Salud Pública incluirá el plan nacional de inmunizaciones que structure e integre el esquema de protección específica para la población colombiana en particular los biológicos a ser incluidos y que se revisarán cada cuatro años con la asesoría del Instituto Nacional de Salud y el Comité Nacional de Prácticas de Inmunización.</p> <p>La Ley 1438 de 2011, en su artículo 2°, establece que el SGSSS estará orientado a generar condiciones que protejan la salud de los colombianos, siendo el bienestar del usuario el eje central y núcleo articulador de las políticas en salud. Para esto concurrirán acciones de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y demás prestaciones que, en el marco de una estrategia de Atención Primaria en Salud, sean necesarias para promover de manera constante la salud de la población.</p> <p>Esta misma ley en su artículo 6 enuncia que el Ministerio de Salud y Protección Social, elaborará un Plan Decenal de Salud Pública (PDSP), el cual fue expedido mediante la Resolución 1841 de 2013, y en su artículo 61 define que la prestación de servicios de salud dentro del SGSSS se hará a través de las redes integradas de servicios de salud ubicadas en un espacio poblacional determinado.</p> <p>Es así que en el PDSP 2012 – 2021 se establecieron objetivos, metas y estrategias en 10 dimensiones del desarrollo, siendo la dimensión "Vida saludable y Enfermedades Transmisibles" una de ellas, y, dentro de la cual se definió como uno de sus componentes las Enfermedades Inmunoprevenibles, cuyo objetivo es: "Disminuir el riesgo de enfermar y morir por enfermedades prevenibles por vacuna" para lograrlo traza un conjunto de intervenciones sectoriales, transectoriales y comunitarias y se propende por las siguientes metas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A 2021, alcanzar el 95% o más de cobertura en todos los biológicos que hacen parte del esquema nacional, en las poblaciones objeto del programa. • A 2021, mantener en todo el territorio nacional la erradicación de la poliomielitis, y consolidar la eliminación del sarampión, la rubéola, el síndrome de rubéola congénita y el tétanos neonatal y controlar 	<p>de las atenciones que se deben realizar en la primera infancia, infancia, adolescente, juventud, gestante, adultez y vejez, contenidos en la Resolución 3280 de 2018 los cuales son de obligatorio cumplimiento para Entidades Territoriales, Entidades Promotoras de Salud, Prestadores de Servicios de Salud y demás entidades responsables y se modifica el anexo técnico de la Resolución 518 de 2015, estableciéndose las intervenciones, procedimientos, actividades e insumos a desarrollar en el marco del plan de intervenciones colectivas.</p> <p>Ahora bien, este Ministerio, a través de la Dirección de Promoción y Prevención, Subdirección de enfermedades Transmisibles, Grupo de Gestión de Enfermedades Inmunoprevenibles dispone del Programa Ampliado de Inmunizaciones para todo el territorio Nacional. El PAI ha sido una de las prioridades del Gobierno Nacional en Salud Pública a través de los años. Como lo ha indicado la Organización Mundial de la Salud (OMS), el programa de vacunación ha demostrado ser la base del control, eliminación y erradicación de enfermedades en el mundo; después del agua potable, la vacunación en los niños, adolescentes y adultos es la estrategia de prevención primaria más costo-efectiva para reducir las tasas de morbilidad y mortalidad.</p> <p>Respecto al cambio en la estructura de servicios, en cuanto a las acciones del Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI, el país ha realizado enormes esfuerzos para implementar las estrategias de vacunación y de vigilancia en salud pública, lo que ha contribuido enormemente a consolidar y mantener las coberturas óptimas en vacunación, considerado uno de los programas bandera del Ministerio de Salud y Protección Social. La modernización del esquema de vacunación del 2002 consideraba 7 vacunas (3 combinadas) para el control de 11 enfermedades: Tuberculosis, Difteria, Tosferina, Tétanos, Hepatitis B, Meningitis por Haemophilus influenzae tipo b, Poliomielitis, Fiebre amarilla, Sarampión, Rubéola, Parotiditis. Para el 2013 considera 11 vacunas (3 combinadas) para el control de 16 enfermedades, cubiertas por el Plan Obligatorio de Salud, es así que a través de los años se han surtido modificaciones, ampliaciones y retiros de dosis del esquema, así:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2002: Sustitución de las vacunas DPT + Hep B + Hib por Vacuna Pentavalente y cambio en el esquema de la dosis de refuerzo de sarampión, rubéola y parotiditis (SRP) de los 10 a los 5 años. • 2003: Vacunación universal contra la fiebre amarilla para los niños y niñas de un año. • 2005: Inclusión de la vacuna antipoliomielitis inactivada (VIP) a la población de niños y niñas nacidos de mujeres viviendo con VIH. Jornada contra Sarampión Rubéola para población de 14 a 39 años. • 2006: Inclusión de la vacuna contra influenza para población prioritaria de 6 a 18 meses y mayores de 65 años con patologías de base e inicio la vacunación contra neumococo en población menor de dos años de alto riesgo. • 2007: Ampliación de la vacunación contra neumococo e inicio de rotavirus a la población con bajo peso al nacer y retiro de la VOP en recién nacidos. • 2008: Universalización de la vacuna contra la influenza estacional para niños de 6 a 23 meses y población mayor de 65 años.

- 2009: Universalización de la vacuna contra rotavirus y ampliación de neumococo a <3años.
- 2010: Jornada contra Sarampión Rubéola para población de 1 a 8 años y así como la vacunación contra la influenza pandémica AH1N1.
- 2011: Universalización de la vacuna contra el neumococo.
- 2012: Inicio de la primera fase de vacunación contra el (VPH).
- 2013: Segunda fase de vacunación contra el VPH, dirigida a niñas de 4to a 11vo grado de básica primaria de 9 años o más y niñas desescolarizadas de 9 a 17 años en todo el territorio nacional e Inclusión de la vacuna contra Hepatitis A.
- 2014: Universalización de la vacunación con Tdap acelular a la población de gestantes a partir de la semana 26 de gestación.
- 2015: Universalización de la primera dosis de Vacuna Inactivada contra la poliomielitis-VIP. Introducción de la vacuna contra varicela.
- 2016: Cambio de Vacuna Oral polio trivalente (VOPT) a bivalente VOPb.
- 2018: Universalización de la segunda dosis de Vacuna Inactivada contra la poliomielitis (VIP).
- 2019: Introducción dosis de refuerzo contra varicela en el esquema nacional de vacunación y declaración de la región libre de polio salvaje.
- 2020: Universalización de la tercera dosis de Vacuna Inactivada contra la poliomielitis (VIP).

Por esta razón, el esquema de vacunación del PAI en Colombia se ha fortalecido incluyendo al día de hoy 21 vacunas que protegen contra 26 enfermedades, las cuales son aplicadas de manera gratuita a las diferentes poblaciones objeto residentes en todo el territorio nacional, entre las cuales se encuentran: niños y niñas de cero a cinco años, niñas a partir de los 9 años, mujeres en edad fértil (MEF) de 10 a 49 años, gestantes, población susceptible para fiebre amarilla residente o viajera de 1 a 59 años, población adulta de 60 y más años.

Es importante mencionar que para alcanzar las metas del PDSP 2012 – 2021, es preciso mantener el suministro de insumos y biológicos, además de fortalecer los 12 componentes del PAI que entre otros se encuentran, red de frío, sistema de información, gestión de insumos y vigilancia de las enfermedades prevenibles por vacunación y fortalecer el sistema de información.

Para el suministro de insumos y biológicos, el MSPS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), suscribieron el Convenio Marco de Cooperación No. 275 de 2011, cuyo objeto consiste en gestionar a través del Fondo Rotatorio de la OPS la adquisición de vacunas, jeringas y otros insumos de interés en salud pública de manera centralizada, dicho fondo es un mecanismo para garantizar el abastecimiento de vacunas precalificadas por la OMS de manera equitativa en la región, garantizando la mayor calidad y el menor precio y la participación del país ha reducido en cinco veces los costos anuales de compra de biológicos, como resultado de la economía de escala asociada a la compra al por mayor.

enfermedades inmunoprevenibles, el proyecto tiene dos objetivos, el primero enfocado en mejorar la oportunidad y la disponibilidad de los biológicos y el segundo en mejorar la operación del programa. Para el cumplimiento de estos objetivos se encuentran descritas varias actividades entre las cuales están las siguientes:

- Adquirir los biológicos del Programa ampliado de Inmunizaciones (PAI).
- Realizar la gestión de nacionalización y distribución de los biológicos del PAI.
- Cubrir costos de almacenamiento de los biológicos, mantenimiento, reposición e innovación de equipos.
- Realizar seguimiento y evaluación a planes nacionales de erradicación, eliminación y control de enfermedades inmunoprevenibles.
- Definir la programación de metas de vacunación.
- Realizar asistencia técnica y gestión administrativa del PAI.
- Desarrollar intervenciones integrales en el PAI con enfoque de curso de vida.
- Monitorear y mantener el sistema de información PAIWEB.
- Diseñar estrategias de comunicación del PAI.

A través de la gestión del programa se ha logrado dar respuesta al desarrollo de los procesos definidos en la política pública, los cuales apuntan al logro de los objetivos y metas del PDSP y a los objetivos del PAI, para la vigencia 2020. Las acciones de administración y gestión del PAI se desarrollan bajo 12 componentes que interactúan y son el marco para el desempeño del programa por parte de los diferentes actores tales como entidades territoriales del orden departamental distrital y municipal y las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB). La fortaleza del programa radica en la dirección de la nación, el liderazgo del departamento y el cumplimiento de las funciones dentro del SGSSS de los diferentes actores, debidamente complementados para lograr el desempeño de la gestión y alcanzar los objetivos del programa en beneficio de la población.

Las coberturas de vacunación alcanzadas con los biológicos trazadores a diciembre de 2019 quedaron para BCG en 89.9% y pentavalente 3 en 93.5% para población menor de un año, triple viral al año y 5 años de edad en 94.5% y 89.3% respectivamente encontrándose por debajo de lo esperado, teniendo en cuenta que la cobertura para todos los biológicos del esquema es del 95%. Se evidencia que los indicadores del programa van a aumento.

Gráfico1. Cobertura de vacunación con BCG en nacidos vivos. Colombia, 2005 – 2019.

Por otra parte, en el marco del plan de respuesta del sector salud al fenómeno migratorio, el Ministerio ha realizado adecuaciones de políticas públicas y normas que han permitido fortalecer la gestión de la salud pública garantizando el esquema nacional de vacunación de manera gratuita a la población migrante objeto del programa, independientemente de su estatus migratorio en todo el territorio nacional, con el fin de disminuir el riesgo de transmisión de enfermedades prevenibles por vacunas en la población Colombiana y extranjera residente en el país.

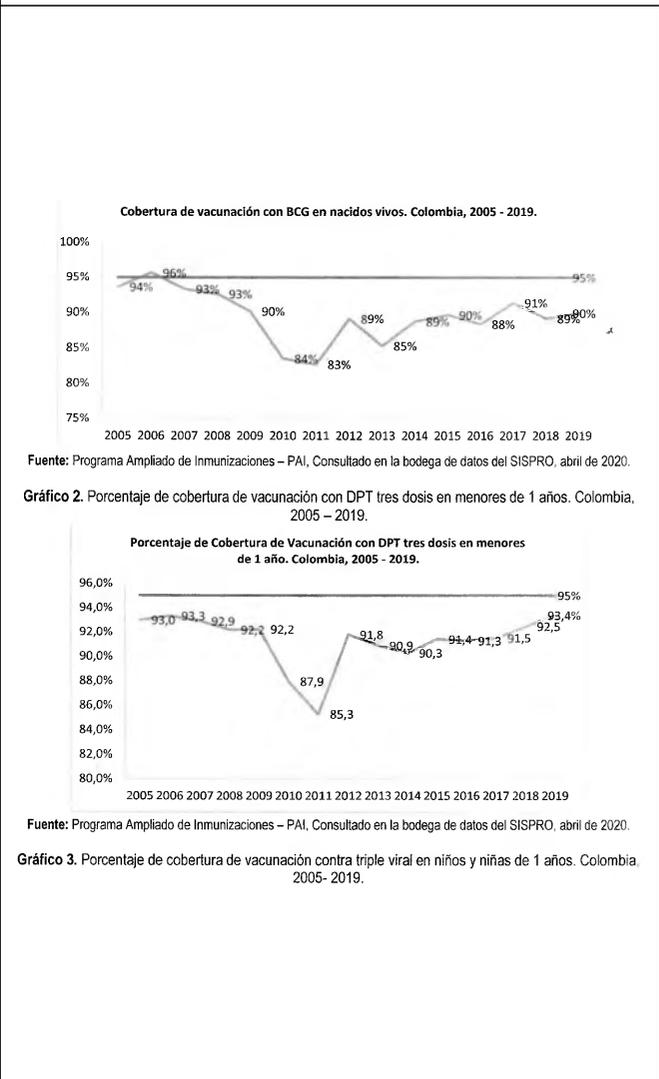
2.2. Avances y resultados

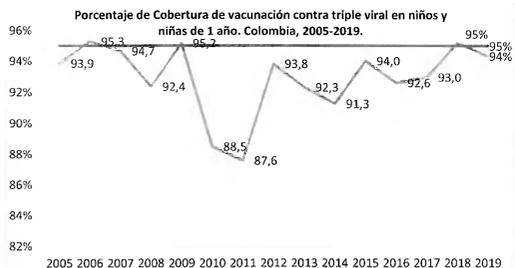
A continuación, y en el marco de la modernización el programa tiene los siguientes avances y logros relacionados con los otros componentes del Programa:

- Sistema de información Nominal único en Latino América con componente de insumos y pedidos, actualmente en proceso de reingeniería, implementado en el 97% de las entidades territoriales departamentales y distritales y en el 84% de las instituciones vacunadoras (2.732/2792 instituciones) con 6.600 usuarios activos (corte septiembre 2020).
- Cumplimiento del Plan mundial de la Erradicación de la Poliomielitis, retiro gradual VOP por VIP en el esquema primario.
- Campañas comunicacionales con alto posicionamiento en la población.
- Procedimiento estandarizado en conjunto con INVIMA para el seguimiento a las pérdidas de cadena de frío.
- Centro de acopio nacional con tecnología de punta (monitoreo de temperatura permanente).
- País certificado y ratificado en la eliminación del sarampión, rubéola y síndrome de rubéola congénita. Colombia recibió reconocimiento y premio de la 'Iniciativa contra el Sarampión y la Rubéola', en Naciones Unidas (24 de septiembre de 2019).
- Colombia fue el país ganador de la distinción M&RI Champion Award (11 de sept 2019) por la Respuesta rápida e incansable y los esfuerzos para vacunar a los niños durante un brote de sarampión en el contexto de una gran necesidad humanitaria, como es el fenómeno migratorio.
- 97% de refrigeradores precalificados por la OMS - primer país de las Américas en lograr el cumplimiento de esta recomendación internacional.

Por otra parte, se tiene que el PAI es financiado a través del proyecto de inversión "IMPLEMENTACION DE ACCIONES DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES –PAI NACIONAL" BPIN 2018011000202, dicho proyecto se encuentra vigente hasta el año 2022, los recursos para el financiamiento del programa provienen del presupuesto General de la Nación.

El propósito de este proyecto es aumentar la protección de la población colombiana ante la presencia de





Fuente: Programa Ampliado de Inmunizaciones – PAI, Consultado en la bodega de datos del SISPRO, abril de 2020.
 Frente a los eventos inmunoprevenibles en proceso de erradicación eliminación y control, se continúa la reverificación del mantenimiento de la eliminación del sarampión y la rubéola; por parte de la comisión internacional de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Avanzando adicionalmente, en la implementación de los compromisos establecidos con la Asamblea Mundial de la Salud para la certificación de la erradicación mundial de la poliomielitis el país ya cuenta con la tercera dosis de polio inyectable dentro de su esquema de vacunación a partir del primero de abril de la presente vigencia, para los eventos inmunoprevenibles en control en el mes de abril se inició la jornada nacional de vacunación de búsqueda de población susceptible para Fiebre Amarilla y debido a la pandemia se pospuso para 2021 la Campaña nacional de vacunación contra sarampión – rubéola en la cual se espera vacunar alrededor de 6.8 millones de personas de las cohortes de nacidos del 2010 al 2018.

De igual manera es importante agregar que periódicamente el PAI emite diferentes documentos técnicos, lineamientos, circulares, entre otras, que buscan fortalecer la gestión del programa y dar línea técnica para la operación del mismo, entre otros emitidos en 2019 y 2020 se encuentran:

- Lineamientos nacionales para la gestión y administración del PAI 2020, dirigido a las entidades territoriales, EAPB e IPS.
- Lineamiento para la introducción de la tercera dosis de VIP en el esquema nacional de vacunación. Colombia 2020.
- Lineamiento par la introducción de dosis refuerzo de varicela en el esquema para la población de niños y niñas de 5 años.

Desde el programa se implementan espacios de desarrollo de capacidades a los equipos de vacunación en todos los niveles para la gestión y operativización en cada uno de los componentes del programa, así como la asistencia técnica presencial y virtual a las entidades territoriales, para el acompañamiento técnico en el fortalecimiento a la gestión y el logro de los objetivos del programa.

El fortalecimiento de los diferentes componentes descritos a lo largo del presente documento y la inversión para la modernización de los mismos, principalmente en sistemas de información y red de frío, nos ubica como referente regional. Como retos el PAI tiene proyectados varios temas, entre otros, la universalización del esquema con vacuna inyectable de Polio (pendientes refuerzos de 18 meses y 5 años), la campaña de vacunación contra sarampión – rubéola, el cambio del refuerzo de Triple Viral de 5 años a 18 meses y el cual implica programar una jornada de vacunación para alrededor de 2.8 millones de niños; la inclusión de la vacunación contra Hepatitis B para población prioritizada, el cambio de vacuna PCV10 a PVC13, el cambio de dosis de DPT a Pentavalente en el refuerzo de los 18 meses, la inclusión de vacuna hexavalente para Prematuros, lo que implica la gestión respectiva para garantizar los recursos que permitan la sostenibilidad de los cambios propuestos.

3. COMENTARIOS ESPECÍFICOS

A continuación, se realizará la revisión del articulado del proyecto de norma a fin de determinar la conveniencia o pertinencia de este.

3.1. Artículo 1°.- Objeto. La presente Ley tiene por objeto ordenar la modernización y actualización permanente del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) y asegurar su financiamiento, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud.

Comentario. El Nivel nacional dispone de un marco normativo amplio que cimienta un Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) debidamente estructurado y financia su funcionamiento y actualización. Lo cual se describe a lo largo de los antecedentes del presente escrito.

3.2. Artículo 2°.- Principios rectores del PAI. El PAI se regirá por los siguientes principios rectores:

- a) **Universalidad.** La aplicación de vacunas es un derecho al que puede acceder toda la población residente en el territorio nacional sin discriminación alguna. Lo anterior sin perjuicio de que por razones exclusivamente técnico-científicas se priorice la aplicación de vacunas en unos grupos poblacionales determinados o no se recomiende su aplicación en otros.
- b) **Gratuidad.** La aplicación de las vacunas incluidas en el PAI es gratuita para todos los residentes en Colombia.
- c) **Innovación.** Generación de conocimiento que oriente la inclusión de nuevas vacunas, el monitoreo y evaluación del comportamiento de las enfermedades inmunoprevenibles y el impacto de la vacunación a

- Lineamientos técnicos y operativos para el desarrollo de la jornada nacional de vacunación de búsqueda de población susceptible para fiebre amarilla 2020.
- Lineamientos técnicos para el desarrollo de las jornadas de julio y octubre de 2019 y enero, abril de 2020.
- Lineamientos de vacunación contra influenza estacional cepa sur 2020.
- Ruta para manejo hospitalario de personas sospechosas de sarampión para disminuir riesgo de transmisión nosocomial 2020.
- Lineamientos generales para el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) en el contexto de la pandemia de COVID-19. Colombia 2020.
- Recepción de Insumos de interés en salud pública en el marco del COVID-19 (Infografía).
- Lineamientos del Plan Estratégico de Intensificación de la Vacunación en Colombia septiembre-diciembre 2020.

Asimismo, se participa activamente en la actualización de la normatividad, entre otras en 2019 la relacionada con la habilitación del servicio de vacunación según la Resolución 3100 de 2019 por medio de la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.

La gestión y coordinación interprogramática, intra e intersectorial, para mejorar la atención integral en salud de la población, es parte fundamental de la gestión del PAI, contribuyendo con la disminución de las brechas de acceso, trabajo articulado con actores aliados como: Procuraduría, Defensoría del Pueblo, Departamento para la Prosperidad Social (DPS), Personerías, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), Policía de Infancia, Secretarías de Educación, Registraduría, Comisarías de Familia, Iglesias, Pastoral Social, ONG's, y sociedades científicas y académicas, entre otros, promoviendo el desarrollo de capacidades comunitarias y el posicionamiento del programa en la agenda política, así como la coordinación con las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB) del nivel nacional, regional y local para la articulación de estrategias y acciones que propendan al logro de los resultados del programa.

El fortalecimiento de las estrategias en coordinación con otros actores hace parte de las acciones de coordinación del programa, entre otras, con el Ministerio de Educación para realizar en el entorno educativo una estrategia integral para la atención de niños, niñas y adolescentes y de esta manera fortalecer la vacunación contra el VPH, abogacía a los tomadores de decisiones (alcaldes, Asamblea, Concejos, Gerentes de ESE e IPS y EAPB), para fortalecer la gestión territorial, así como apoyo técnico en la revisión de los Planes de Acción en Salud (PAS), desarrollo de las jornadas nacionales de vacunación establecidas para cada vigencia, articulando con aliados y demás actores para el desarrollo de las estrategias y tácticas, las cuales tienen un impacto positivo para el cumplimiento de las metas.

nivel nacional y local.

- d) **Progresividad.** El Estado Colombiano, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, ampliará progresivamente el cubrimiento del PAI en una actualización permanente del mismo, así como cumplir con el retiro de biológicos del esquema de vacunación sólo será procedente por razones técnico-científicas que demuestren su inconveniencia o ausencia de necesidad, buscando prevenir la morbimortalidad por inmunoprevenibles.
- e) **Equidad.** El Estado debe procurar el acceso de las poblaciones más vulnerables del país a los servicios de vacunación, no sólo a los mismos biológicos a los que pueden acceder las personas de mayores ingresos, sino también a las mismas condiciones de seguridad, eficacia, calidad, disminución de riesgos y de efectos colaterales y propiciar la mejor experiencia de usuario posible.
- f) **Responsabilidad solidaria.** La vacunación no sólo representa un derecho de las personas sino también un deber de solidaridad de de la población dadas sus implicaciones en materia de salud pública.

Comentario. En PAI es un programa esencial en salud pública y se presta con sujeción a los principios establecidos en el artículo 2° de la Ley 100 de 1993 y en el artículo 6° de la Ley 1751 de de 2015. La aplicación de las vacunas es un derecho al que puede acceder toda la población objeto del esquema nacional de vacunación.

El país garantiza el esquema nacional de vacunación a toda la población objeto residente en el territorio nacional, independiente de su nacionalidad, entre los cuales se encuentran los niños y las niñas de cero a cinco años, niñas a partir de los 9 años, mujeres en edad fértil (MEF) de 10 a 49 años, gestantes, población susceptible para fiebre amarilla residente o viajera de 1 a 59 años, población adulta de 60 y más años.

Cada año, nuevas vacunas seguras y eficaces se licencian e incorporan al mercado mundial. Además, se están mejorando las vacunas ya existentes y desarrollando nuevas combinaciones, que actualmente, están disponibles pero no incluidas en los programas de vacunación de muchos países. Frecuentemente, los tomadores de decisiones deben pronunciarse sobre intervenciones en salud pública sin contar con los elementos técnicos que les permitan garantizar que sus decisiones son las más adecuadas en función de los costos y del beneficio que ellas aportan y garantizar su sostenibilidad futura. Antes de introducir una nueva vacuna en un programa de vacunación, se debe evaluar si su introducción es factible y sostenible, con base en criterios técnicos previamente definidos para determinar si la introducción corresponde realmente a una inversión prioritaria en salud pública.

En el PAI se establece la población objeto para cada uno de los biológicos con fundamentos en la evidencia epidemiológica y científica, tomando como referencia el análisis de diferentes aspectos tales como:

1. **Evaluación de desempeño del programa:** gestión de avances del programa, sostenibilidad que incluye coberturas de vacunación y presupuesto, cadena de frío funcional, manejo adecuado de vacunas, vacunación segura y vigilancia de enfermedades prevenibles por vacunación.

<p>2. <u>Aspectos políticos y técnicos</u>: prioridad política y de salud pública, carga de la enfermedad, eficacia, seguridad y calidad de la vacuna, criterios económicos y financieros y sostenibilidad financiera.</p> <p>3. <u>Aspectos programáticos y de factibilidad</u>: características de presentación de la vacuna y oferta de la vacuna.</p> <p>Lo anterior se fundamenta en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS)/ Organización Panamericana de la Salud (OPS) a través de diferentes documentos emitidos a lo largo de los años entre los cuales se encuentran: Vaccine Introduction Guidelines: Adding a vaccine to a national immunization programme: decision and implementation¹, Guía práctica para la introducción e implementación de nuevas vacunas², Principios y consideraciones para agregar una vacuna al programa nacional de inmunización³. Colombia cuenta con los lineamientos para la introducción de nuevas vacunas en el Programa Ampliado de Inmunizaciones⁴.</p> <p>En lo relacionado con la innovación, este no se describe actualmente como un principio del PAI; sin embargo, el mejoramiento continuo sí lo es. El IMSPS, el INS, el INVIMA, la OPS-OMS, el Comité Nacional de Prácticas en Inmunización (CNPI), las sociedades científicas, entre otros actores a nivel nacional e internacional han contribuido permanentemente a la investigación, al monitoreo de la vacunación, a la vigilancia epidemiológica de las enfermedades prevenibles por vacuna, al aporte de conocimiento y a la generación de evidencia científica, en la que se ha fundamentado el programa para la introducción de ajustes al esquema nacional y la inclusión de nuevas vacunas, así como de cada uno de los componentes del programa.</p> <p>Por otro lado, en el artículo 6° de la Ley 1751 de 2015 establece el principio de progresividad, en la cual se establece que el Estado promoverá la correspondiente ampliación gradual y continua del acceso a los servicios y tecnologías de salud, la mejora en su prestación, la ampliación de capacidad instalada del sistema de salud y el mejoramiento del talento humano, así como la reducción gradual y continua de barreras culturales, económicas, geográficas, administrativas y tecnológicas que impidan el goce efectivo del derecho fundamental a la salud. Esta siempre ha sido una característica del PAI en el cual, la mejora continua con fundamento científico, la dirección y asesoría de la OMS/OPS y del Comité Nacional de Prácticas de Inmunización (CNPI) y el apoyo gubernamental de política pública y financiero, han promovido la introducción progresiva de nuevos biológicos, así como la modificación del esquema de vacunación, incrementando la protección contra un mayor número de enfermedades prevenibles por vacuna, iniciando en el año 1975 con</p> <p>¹ Cfr., https://www.minsalud.gov.co/Lineamientos/Lineamientos%20para%20la%20Introducci%C3%B3n%20de%20nuevas%20Vacunas.pdf</p> <p>² Cfr., https://www.who.int/immunization/implementation/vaccine_introduction_guidelines_who_2005.pdf</p> <p>³ Cfr., https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/138448/9789243506890_spa.pdf;jsessionid=5897B3C3E43661F4E041322478C63245?sequence=1</p> <p>⁴ Cfr., https://www.minsalud.gov.co/Lineamientos/Lineamientos%20para%20la%20Introducci%C3%B3n%20de%20nuevas%20Vacunas.pdf</p>	<p>cinco vacunas y disponiendo al día de hoy de 21 biológicos para la prevención de 26 enfermedades, para las diferentes poblaciones objeto del programa.</p> <p>La modificación del esquema del programa nacional de vacunación, introducción o retiro de inmunobiológicos del programa: sólo ha sido procedente por razones técnico-científicas que demuestran su conveniencia para la prevención, control, erradicación y eliminación de las enfermedades prevenibles por vacuna y la reducción de la morbimortalidad.</p> <p>También se evidencia el principio de progresividad en la mejora permanente de la disponibilidad, calidad y seguridad de los biológicos e insumos desde su mantenimiento, transporte, red de frío, vacunación sin barreras culturales, administrativas y económicas. Así como, la sistematización nominal, entre muchos otros avances.</p> <p>En el marco de los principios de gratuidad y equidad el esquema nacional de vacunación es gratuito para toda la población objeto residente en Colombia y cualquier persona puede acceder a las vacunas sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición. De igual manera, se reitera que las vacunas e insumos adquiridos por el Ministerio a través del fondo rotatorio de la OPS se encuentran precalificadas por la OMS, garantizando su alta calidad, eficacia y seguridad⁵.</p> <p>La solidaridad es otro principio contenido tanto en el artículo 2° de la Ley 100 como en los artículos 3 de la Ley 1438 de 2011 y 6 de la Ley 1751, que aplican al PAI. En el PAI se ha desarrollado la práctica interinstitucional e intersectorial de mutua ayuda y responsabilidad entre las entidades y organizaciones nacionales, departamentales y locales, EAPB e IPS a fin de que la población objeto acceda a los beneficios del Programa.</p> <p>3.3. Artículo 3°.- Elementos de la modernización y actualización del PAI. El proceso de modernización y actualización del PAI deberá contar como mínimo con los siguientes módulos conforme se describe a continuación:</p> <p>Comentario. El PAI opera a través de 12 componentes establecidos en el Manual Técnico y Administrativo 2015⁶ y en los lineamientos nacionales para la gestión y administración del PAI elaborados por el programa</p>
<p>en cada vigencia⁷ y se enuncian a continuación:</p> <p>1) <u>Normatividad</u>: contar con lineamientos, circulares y documentos técnicos, entre otros, que orienten las competencias de los actores del PAI, con el fin de garantizar una atención integral, segura, eficaz y de calidad a la población objeto.</p> <p>2) <u>Coordinación</u>: da continuidad a la aplicación de estrategias de coordinación interinstitucional e intersectorial para la integración de acciones en el PAI.</p> <p>3) <u>Planificación y Programación</u>: para organizar las actividades, recursos y tiempo para el logro de las actividades planteadas en el PAI.</p> <p>4) <u>Cooperación técnica</u>: proporcionar apoyo a los departamentos, distritos y municipios, para garantizar el fortalecimiento de la capacidad técnica del talento humano y el mejoramiento en el rendimiento de las actividades.</p> <p>5) <u>Estrategias y tácticas</u>: orientar, planificar, monitorear y evaluar las acciones estratégicas del programa.</p> <p>6) <u>Capacitación y talento humano</u>: fortalecer las capacidades técnicas del talento humano que hace parte de PAI y gestionar la idoneidad y suficiencia del mismo para el desarrollo de las acciones.</p> <p>7) <u>Cadena de frío</u>: asegurar la correcta conservación, almacenamiento y transporte de vacunas, bajo estándares de calidad.</p> <p>8) <u>Insumos</u>: gestionar el abastecimiento permanente de las vacunas e insumos del PAI.</p> <p>9) <u>Participación Social, Educación y Comunicación para la salud e Información en salud</u>: para fortalecer la técnica y operativa del PAI a partir del desarrollo de estrategias de participación social, educación y comunicación para la salud e Información en salud.</p> <p>10) <u>Sistema de información</u>: compilar la información de vacunación generada por el PAI a nivel nacional con oportunidad, calidad e integridad.</p> <p>11) <u>Vigilancia en Salud Pública - Eventos Inmunoprevenibles</u>: coordinar las acciones con el grupo de vigilancia epidemiológica del Instituto Nacional de Salud (INS) Instituto para la Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima) para el seguimiento de las enfermedades Inmunoprevenibles y Eventos Supuestamente</p> <p>⁷ Lineamientos para la gestión y administración del programa ampliado de inmunizaciones - PAI - 2020. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PI/ET/lineamientos-nacionales-pai2020.pdf</p>	<p>Atribuidos a Vacunación e Inmunización (Esavi).</p> <p>12) <u>Evaluación</u>: medir, comparar y analizar los resultados obtenidos en los indicadores del programa.</p> <p>Respecto de cada uno de los módulos, de la iniciativa <i>sub examine</i>, se precisa lo siguiente:</p> <p>a) Módulo normativo. Corresponde al conjunto organizado de normas que regula integralmente el PAI.</p> <p>Comentario. La normatividad corresponde a uno de los 12 componentes para la gestión y administración del programa. El PAI, como programa de salud pública del país, se rige por los diferentes mecanismos estatutarios definidos tanto en la Constitución Política como en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS); en tal sentido, lo regulan normas externas como las leyes, decretos, resoluciones, acuerdos, circulares, y normas internas como reglamentos, estatutos, manuales; y demás actos administrativos que en los diferentes niveles jurídicos, civiles y administrativos se generan. El SGSSS está integrado por el Estado, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, quien actúa como organismo de coordinación, inspección y control; las Entidades Promotoras de Salud (EPS), responsables de la afiliación y de garantizar la prestación del Plan Obligatorio de Salud a los afiliados; incluyendo la vacunación y las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), que son los hospitales y clínicas, entre otros, encargadas de prestar la atención a los usuarios, las Entidades Territoriales y la Superintendencia Nacional de Salud.</p> <p>Así mismo, el Programa ha establecido múltiples lineamientos técnicos y administrativos para su gestión.</p> <p>b) Módulo financiero. Corresponde a la contabilización de los recursos actuales que se destinan para el PAI, así como los estudios y recursos requeridos para la ampliación de los beneficios. Este módulo considera como mínimo estudios de costo efectividad y retorno sobre la inversión de la modernización y actualización del PAI.</p> <p>Comentario. Actualmente, el PAI es financiado a través del proyecto de inversión "IMPLEMENTACION DE ACCIONES DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES –PAI NACIONAL" BPIN 2018011000202, dicho proyecto se encuentra vigente hasta el año 2022, los recursos para el financiamiento del programa provienen del presupuesto General de la Nación.</p> <p>El propósito de este proyecto es aumentar la protección de la población colombiana ante la presencia de enfermedades inmunoprevenibles, el proyecto tiene dos objetivos, el primero enfocado en mejorar la oportunidad y la disponibilidad de los biológicos y el segundo en mejorar la operación del programa. Para el cumplimiento de estos objetivos se encuentran descritas varias actividades entre las cuales están las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adquirir los biológicos del Programa ampliado de Inmunizaciones (PAI). • Realizar la gestión de nacionalización y distribución de los biológicos del PAI.

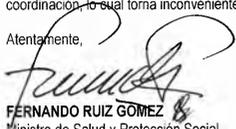
<ul style="list-style-type: none"> • Cubrir costos de almacenamiento de los biológicos, mantenimiento, reposición e innovación de equipos. • Realizar seguimiento y evaluación a planes nacionales de erradicación, eliminación y control de enfermedades inmunoprevenibles. • Definir la programación de metas de vacunación. • Realizar asistencia técnica y gestión administrativa del PAI. • Desarrollar intervenciones integrales en el PAI con enfoque de curso de vida. • Monitorear y mantener el sistema de información PAIWEB. • Diseñar estrategias de comunicación del PAI. <p>La introducción de vacunas al esquema de vacunación, ampliación o modificación del mismo puede producir un aumento considerable en los costos del programa de inmunización, por lo que es necesario realizar análisis de costo-efectividad y determinación del presupuesto que permita la sostenibilidad financiera para asegurar la permanencia, continuidad y cobertura del programa.</p> <p>Con respecto a la financiación de los recursos a nivel territorial, el PAI contempla acciones o estrategias individuales, colectivas y de gestión. Las Entidades Territoriales se financian a través del Fondo Local de salud.</p> <p>Con respecto a las acciones de Gestión de la Salud Pública, la responsabilidad de la gestión de las intervenciones colectivas, la gestión de insumos de interés en salud pública y el desarrollo de capacidades; aspectos propios de la gestión del Programa Ampliado de Inmunizaciones, son financiados con recursos provenientes de la Subcuenta de Salud Pública Colectiva y asignados para la Gestión de la Salud Pública.</p> <p>Entre dichas acciones se financian, entre otros, los procesos de planeación, monitoreo y evaluación del PAI; la Vigilancia en salud pública de las enfermedades Inmunoprevenibles; los monitoreos rápidos de coberturas; el desarrollo de capacidades mediante la asistencia técnica del departamento a sus municipios o del municipio a sus IPS, según sea la competencia; la capacitación del talento humano en salud en los aspectos relacionados con el PAI; la dotación para la red de frío.</p> <p>A su vez, incluye el talento humano que se requiere para garantizar la gestión del Programa Ampliado de Inmunizaciones y la gestión de las intervenciones colectivas contratadas con la ESE o el prestador seleccionado.</p> <p>También, con respecto a la gestión de insumos de interés en salud pública de conformidad con el numeral 5.6 del artículo 5 de la Resolución 518 de 2015, se incluye el fortalecimiento y mantenimiento de la red de frío de la entidad territorial, según las necesidades identificadas, la distribución de insumos del PAI, entre otros.</p>	<p>Con relación a las acciones colectivas; las intervenciones, procedimientos, actividades e insumos para la ejecución del Plan de Intervenciones Colectivas que pueden ser financiados con recursos de la subcuenta de Salud Pública Colectiva, las cuales incluyen entre otras: la conformación y fortalecimiento de redes sociales, comunitarias, sectoriales e intersectoriales para la implementación del PAI; la información en salud; educación y comunicación para la salud orientadas a la promoción de la vacunación; la canalización y desarrollo de jornadas de salud, así como, el apoyo logístico e insumos requeridos para el desarrollo de jornadas de salud y de vacunación, haciendo énfasis que el talento humano para la vacunación intramural y extramural es responsabilidad de las EAPB-IPS.</p> <p>De otra parte, en lo que respecta a las acciones individuales, comunicación, canalización, demanda inducida y el procedimiento de la aplicación de la vacuna o inoculación profiláctica, contra ciertas enfermedades bacterianas y víricas, hace parte de las tecnologías que hacen parte del Plan de Beneficios de Salud y por consiguiente, su fuente de financiación son los recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), y su ejecución se realizará con las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) debidamente habilitadas y contratadas por cada Empresa Administradora de Planes de Beneficios (EAPB) de acuerdo a la población afiliada.</p> <p>Así mismo, la Resolución 3512 de 2019 "[p]or la cual se actualizan los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)", en su artículo 21, señala:</p> <p>Artículo 21. Aplicación de vacunas. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen la aplicación de los biológicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), así como aquellos contenidos en el presente acto administrativo para casos especiales. Es responsabilidad de las EPS o de las entidades que hagan sus veces, garantizar el acceso y la administración de los biológicos del PAI, suministrados por el Ministerio de Salud y Protección Social, según las normas técnicas aplicables.</p> <p>Por lo anterior respecto al PAI con cargo a los recursos del aseguramiento solo se financia la aplicación de las vacunas, pero los biológicos (vacunas) son financiados con cargo a los recursos destinados para la salud pública.</p> <p>c) Módulo de inclusión-exclusión de vacunas. Corresponde a los estudios de carácter técnico-científico que determinan la toma de decisiones para la inclusión-exclusión de nuevos biológicos dentro del esquema de vacunación, debidamente autorizados por el Comité Nacional de Prácticas de Inmunización o aquel que haga sus veces.</p> <p>Comentario. La gestión y decisión relacionada con la introducción, retiro o modificación del esquema nacional de vacunación en el PAI contempla un estudio y análisis multifactorial por parte de las diferentes</p>
<p>instancias y dependencias del Ministerio, además de los órganos asesores y de Vigilancia Epidemiológica⁸.</p> <p>Como se mencionó en los comentarios al artículo 2 de la propuesta, los estudios o análisis de carácter técnico-científico que determinan la toma de decisiones para la introducción, retiro o modificación del esquema nacional de vacunación para la población objeto ha sido determinado por el MSPS, con las recomendaciones del Comité Nacional de Prácticas de Inmunización (CNPI), la OPS/OMS, el INS, el INVIMA y demás órganos asesores y de referencia nacional e internacional.</p> <p>Es importante reconocer que introducir una vacuna tiene un fuerte componente de decisión política, la cual debe basarse en el comportamiento epidemiológico de la población, que le permitan garantizar que la decisión sea la más adecuada en función de la salud pública de la población y, mediante la evaluación de los costos previos a la introducción de la vacunación, se analicen los beneficios esperados y se asegure su sostenibilidad futura en el programa, es decir una vez incluida la vacuna en el esquema se debe garantizar su permanencia.</p> <p>En los lineamientos para la introducción de nuevas vacunas en el PAI se refieren las pautas a seguir⁹, antes de tomar la decisión de introducir una nueva vacuna a un esquema de vacunación o introducir alguna modificación en el mismo respecto a la forma de administración o de presentación de las mismas, se deben considerar los siguientes criterios para decidir sobre la introducción de nuevas vacunas establecidos en los lineamientos del Ministerio, a saber:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluación del desempeño del Programa con el fin de no poner en riesgo la efectividad del mismo. Esta evaluación incluye aspectos tales como gestión y avances del programa, sostenibilidad financiera, cadena de frío, manejo adecuado de vacunas, vacunación segura y vigilancia de enfermedades prevenibles por vacunación. 2. Aspectos políticos y técnicos que conllevan a evaluar: <ul style="list-style-type: none"> • Prioridad política y de salud pública. • Carga de la enfermedad mediante investigación de la incidencia, prevalencia, discapacidad, hospitalizaciones y mortalidad. • Eficacia, calidad y seguridad de la vacuna. Es necesario demostrar características de las vacunas antes de su introducción tales como inmunogenicidad y eficacia, duración de la inmunidad, interacción con otros antígenos, seguridad y eventos adversos esperados, dosis y vía de administración, acondicionamiento y termoestabilidad. Es importante mencionar que la eficacia de la vacuna se mide <p>⁸ Cfr. Resolución 3990 de 2009 modificada parcialmente por la Resolución 2823 de 2011. ⁹ MSPS "Lineamientos para la Introducción de nuevas vacunas en el programa ampliado de inmunizaciones Colombia 2008".</p>	<p>con ensayos clínicos bajo condiciones ideales, mientras que la efectividad se mide en el campo, bajo las condiciones reales del programa.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Criterios económicos y financieros. La introducción de una vacuna produce un aumento considerable en los costos del programa de inmunización, por lo que es necesario evaluar cuidadosamente los costos y beneficios de las nuevas vacunas por medio de análisis económicos, de impacto en el presupuesto y sostenibilidad financiera. (Análisis costo-efectividad y análisis costo-beneficio). • Análisis de sostenibilidad financiera para asegurar la permanencia, continuidad y cobertura del programa. <p>3. Aspectos Programáticos y de factibilidad tales como las características de la presentación de la vacuna y la oferta.</p> <p>Una vez se cuente con el análisis de la información se determina si se recomienda o no la introducción, modificación o retiro del esquema nacional de la vacuna en cuestión.</p> <p>d) Módulo de sistemas de información. Corresponde al sistema de información único y obligatorio que reúne toda la información relacionada con el PAI. Para tal efecto se podrán implementar estrategias de interoperabilidad. La información de este módulo estará disponible en línea de acuerdo con los niveles de acceso que se definan en la reglamentación.</p> <p>Comentario. El PAI contempla dentro de sus componentes un Sistema de Información mediante el cual se compila la información de vacunación a nivel nacional con oportunidad, calidad e integralidad.</p> <p>Actualmente, se dispone a nivel nacional del sistema de información nominal del PAI en su versión WEB 1.0, y a través de la Circular 044 del 19 de noviembre, se emitieron los Lineamientos para su implementación, operación y sostenimiento¹⁰. Este sistema se encuentra implementado en el 97% de las entidades territoriales departamentales y distritales y en el 84% de las instituciones vacunadoras (2.732/2792 instituciones) con 6.600 usuarios activos (corte septiembre 2020). Para esta implementación desde el Ministerio y a través del contrato 1088 de 2014, se adquirieron 997 equipos de cómputo con las características requeridas para la instalación del sistema de información PAIWEB 1.0., para las IPS públicas a nivel nacional con una inversión alrededor de 2.000 millones de pesos.</p> <p>Desde el Plan Decenal de Salud Pública Resolución 1841 de 2013 se estableció como una de sus metas la sistematización y automatización de los procesos y procedimientos del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) en todo el territorio nacional.</p> <p>Actualmente se encuentra en desarrollo la reingeniería del sistema de información nominal PAIWEB 2.0.,</p> <p>¹⁰ Cfr. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Circular%200044%20de%202013.pdf</p>

<p>único y obligatorio a nivel nacional para el PAI.</p> <p>e) Módulo red de frío y almacenamiento. <i>Corresponde a la organización y optimización en todo el territorio nacional de la red de frío y almacenamiento requerida para el desarrollo del programa.</i></p> <p>Comentario. Otro de los componentes del PAI es la Cadena de frío; en el mismo se integran todos los elementos técnicos y normativos para asegurar la correcta conservación, almacenamiento y transporte de vacunas e insumos, bajo estándares de calidad a nivel nacional, departamental y local, garantizando las condiciones definidas por el fabricante.</p> <p>Este componente se ha fortalecido a través de los años mediante diferentes mecanismos, posicionando el país como referencia para la región de las Américas por su capacidad de almacenamiento, usos de tecnologías, estandarización de procesos y sistemas de monitoreo y seguimiento.</p> <p>En el año 2013, el Ministerio de Salud y Protección Social, realizó una inversión alrededor de los \$6.000.000.000 para la construcción y adecuación del centro de acopio nacional, el cual está constituido por dos cuartos fríos de refrigeración y un cuarto frío de congelación, con un área total de 2.084 m² y con capacidad de almacenamiento de 46 millones de dosis de vacunas, con sistemas de refrigeración de última tecnología, monitoreo en tiempo real y alarmas, siendo esta bodega un referente para la región ya que es uno de los más modernos.</p> <p>Desde este Ministerio en los últimos años se ha generado una gran inversión, en cuanto a la adquisición de equipos de almacenamiento de vacunas que cumplen con las características técnicas recomendadas por la OMS (Código PQS), garantizando su correcta custodia y logrando que Colombia sea el primer país en Latinoamérica en lograr que el 97% de sus equipos cuenten con esta condición, es en este sentido que desde el año 2003 se han entregado en todo el territorio nacional un total de 1.800 equipos de refrigeración con alimentación eléctrica, 5.560 cajas térmicas y 3.034 termos porta vacunas con código PQS para el transporte seguro de los biológicos y 189 refrigeradores solares para almacenamiento de vacunas en zonas de población rural dispersa que no cuentan con conectividad eléctrica.</p> <p>En el año 2009 a través del Conpes Social 123 se distribuyeron 10.000 millones de pesos para el fortalecimiento de la red de frío, que permitieron mejorar las condiciones de almacenamiento en los niveles municipales, así mismo, desde el año 2015 se realizó una inversión de \$3.704.000.000, por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, para la cofinanciación de proyectos de fortalecimientos de la cadena de frío que permitió modernizar los centros de acopio de los departamentos del Boyacá, Bolívar, Cauca, Chocó, Huila, Norte de Santander, Nariño y el municipio de Cúcuta. Todas estas inversiones permitieron que actualmente Colombia cuente con una red de 107 cuartos fríos en funcionamiento distribuidos en todas las regiones del país.</p>	<p>Actualmente, desde el nivel nacional se cuenta con la implementación del Sistema de Gestión Energética, mediante el monitoreo de consumos, implementación de planes de mejora y seguimiento al impacto ambiental mediante la medición de la huella de carbono generada por el desarrollo de las actividades propias del almacenamiento de vacunas.</p> <p>Asimismo, se adquirió para la verificación en tiempo real las temperaturas y humedades de los cuartos fríos de refrigeración y congelación termohigrómetros con conectividad y transmisión de datos en red, de tal manera que se verifique permanentemente este proceso, se cuente con información en tiempo real y se establezcan planes de mejora de manera inmediata.</p> <p>Buscando tener la trazabilidad completa de las condiciones de almacenamiento y transporte de los biológico, desde el 2018 se implementó el procedimiento de monitoreo aleatorio de temperatura de la vacuna en el transporte desde el almacén a las entidades territoriales, con el fin de garantizar que se está entregando la vacuna en parámetros adecuados, en este mismo sentido, actualmente se encuentra en proceso la adquisición de más de 2.500 sensores para monitorear el transporte de la totalidad de los envíos realizados desde el Ministerio, así como los recorridos al interior de los departamentos.</p> <p>Desde la parte técnica, se realiza seguimiento a los centros de acopio departamentales y distritales en cuanto a su funcionamiento, contratos de mantenimiento, pólizas, diligenciamiento de formatos, calibración de instrumentos, estado e inventarios de equipos de red de frío; así como capacitaciones en cadena de frío para el fortalecimiento de capacidades del personal encargado de este tema en los territorios. La última capacitación se realizó el pasado 8 y 9 de octubre vía virtual en la que se enlazaron alrededor de 2400 personas de todo el territorio nacional.</p> <p>Por otro lado, se cuenta con un procedimiento estandarizado de notificación de excursiones de temperatura junto con el Instituto de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima)¹¹, con el fin de realizar seguimiento y control a la vacuna que sale de los parámetros adecuados de conservación declarados por el fabricante.</p> <p>El componente de red de frío se articula con el de sistema de información PAIWEB el cual, dentro del proceso de reingeniería, está incluido como un nuevo módulo del sistema y permitirá mejorar el registro de la capacidad de almacenamiento a nivel nacional y territorial, así como el seguimiento al estado de los equipos y su mantenimiento.</p> <p>f) Módulo de movilización y comunicaciones. <i>Corresponde a la estrategia coordinada para efectuar la movilización de los actores y población en torno al PAI y establecer los canales de comunicación adecuados.</i></p> <p>Comentario. Para la gestión técnica y operativa del PAI se dispone del componente de Participación social,</p> <p>¹¹ Cfr. https://www.invima.gov.co/documents/20143/851927/VC-INS-IN032.pdf?c=4ce6989-9741-3caa-df2e-af4aa56c84e</p>
<p>Educación y Comunicación para la salud e Información en salud para el fortalecimiento de estrategias de comunicación, movilización y socialización de los diferentes actores, aliados y la población objeto en torno al programa.</p> <p>Actualmente y a nivel nacional se cuenta con la campaña promocional "Busca ya tus vacunas, es gratis hazlo de una", la cual tiene un amplio reconocimiento a nivel poblacional. A su vez, las EAPB deben dar cumplimiento a actividades de comunicación e información en salud, así como la canalización dentro de la gestión del riesgo en los planes de beneficios</p> <p>g) Módulo de vigilancia epidemiológica. <i>Corresponde al monitoreo permanente en todo el territorio nacional de todos los eventos de interés epidemiológico relacionados con el PAI.</i></p> <p>Comentario. Mediante el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social 780 de 2016 que compila todas las normas reglamentarias preexistentes en el sector de la salud y de manera específica en el título 8 – desarrolla el Sistema de Vigilancia en Salud Pública en la sección 1 - disposiciones generales y 2 – establece el proceso básico de la vigilancia en salud pública, se detallan, entre otros, el objeto, ámbito de aplicación, definiciones, finalidades, principios orientadores responsables y funciones del sistema de vigilancia en salud pública, flujo y análisis de la información.</p> <p>De igual manera y complementario a lo anterior, para la Vigilancia de Eventos Supuestamente Atribuidos a Vacunación o Inmunización (ESAVI), se cuenta con el Protocolo de Vigilancia en Salud Pública para ESAVI Grave - código 298¹² del Instituto Nacional de Salud, el cual se usa para realizar el monitoreo de ESAVI mediante el seguimiento continuo y sistemático, de acuerdo con los procesos establecidos para la notificación, recolección, análisis de los datos que permita generar información oportuna, válida y confiable para orientar medidas de prevención y control.</p> <p>El componente de Vigilancia en Salud Pública del PAI que actualmente tiene contemplado el programa busca coordinar las acciones con el grupo de vigilancia epidemiológica del Instituto Nacional de Salud (INS) e Instituto para la Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima) para el seguimiento de las enfermedades inmunoprevenibles y ESAVI.</p> <p>h) Módulo de evaluación. <i>Corresponde a los estudios de resultado e impacto que deben realizarse en forma permanente respecto del funcionamiento del PAI.</i></p> <p>Comentario. El PAI dispone de un componente de evaluación que contempla la revisión y análisis de los resultados obtenidos en los indicadores del programa. A nivel nacional, departamental y municipal se evalúan los indicadores de coberturas de vacunación para cada uno de los biológicos del PAI, así como demás</p> <p>¹² https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/lineamientos/PRO%20ESAVI.pdf</p>	<p>indicadores para la medición de las diferentes metas y resultados del esquema nacional de vacunación, jornadas nacionales de vacunación, entre muchos otros, establecidos en el programa.</p> <p>i) Módulo de talento humano. <i>Corresponde al personal en salud dedicado a ejecutar la inmunización intra y extramural, el cual deberá ser contratado con la suficiencia necesaria por las Empresas Promotoras de Salud en concordancia con lo dispuesto en el artículo 14° de la Ley 1122 de 2007.</i></p> <p>Comentario. Dentro de la operación actual del PAI se establece para el nivel nacional, un equipo de talento humano interdisciplinario del Ministerio de Salud, para la gestión del Programa en los diferentes componentes; cada entidad territorial departamental, distrital y municipal para la coordinación del programa también cuenta con un equipo que hace sus veces a nivel territorial.</p> <p>Por parte de las EAPB, a través de los planes de beneficios mediante el aseguramiento en salud, se dispone del talento humano para la vacunación en las IPS, requiriéndose la idoneidad y la suficiencia de talento humano a nivel intramural y extramural de acuerdo al número de población afiliada objeto del PAI bajo los parámetros de la normalidad nacional, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 14° de la Ley 1122 de 2007, lo legislado en las normas de habilitación de servicios de salud Resolución 3100 de 2019, la Resolución 3512 de 2019 por la cual se actualizan los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación, entre otras normas que establecen las funciones y responsabilidades de las EAPB- IPS tales como Resolución 1536 de 2015, Decreto No. 780 de 2016, Resolución 3280 de 2018, entre otras.</p> <p>3.4. Artículo 4°.- Responsables del proceso de modernización y actualización permanente del PAI. <i>El Ministerio de Salud y Protección Social como máxima autoridad sanitaria del país en coordinación con el Comité Nacional de Prácticas de Inmunización o aquel que haga sus veces, será la entidad responsable de liderar y coordinar el proceso de modernización y actualización permanente del PAI, al cual deben concurrir todos los actores del sistema general de seguridad social en salud y todas las instituciones y personas de la sociedad.</i></p> <p><i>El presupuesto general de la nación, el presupuesto de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) y el componente de Salud Pública del Sistema General de Participaciones - SGP, concurrirán a la financiación sostenible de la modernización y actualización permanente del PAI. Igualmente, se podrán considerar los aportes y/o donaciones que se efectúen y tramiten en especial para coadyuvar en la cobertura de la población de refugiados en Colombia y la población carcelaria.</i></p> <p><i>El Ministerio de Salud y Protección Social, con base en las recomendaciones dadas por el Comité Nacional de Prácticas de Inmunización o aquel que haga sus veces, expedirá la reglamentación que modifique y actualice el Programa Ampliado de Inmunizaciones asignando responsabilidades a cada uno de los actores involucrados.</i></p> <p>Parágrafo 1. <i>A partir de la vigencia de la presente ley todas las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios tienen la responsabilidad de ofertar los servicios de vacunación a toda la población en general</i></p>

<p><i>indistintamente de la entidad a la cual se encuentren afiliados los usuarios, aplicando estrategia de vacunación sin barreras, que disminuya brechas en la materia y garantice el acceso a la vacunación</i></p> <p>Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social podrá ordenar a las empresas productoras o comercializadoras de bienes de consumo tales como leche, pañales desechables, pañitos húmedos, entre otros, que en sus empaques se incluya el esquema de vacunación vigente en Colombia, como una estrategia para la difusión del Programa Ampliado de Inmunizaciones.</p> <p>Comentario. El Ministerio de Salud y Protección Social es competente para formular, ejecutar, hacer seguimiento y evaluación del programa, de acuerdo a lo establecido en la Ley 715 de 2001:</p> <p>Artículo 42. Competencias en salud por parte de la Nación. Corresponde a la Nación la dirección del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio nacional, de acuerdo con la diversidad regional y el ejercicio de las siguientes competencias, sin perjuicio de las asignadas en otras disposiciones:</p> <p>42.1. Formular las políticas, planes, programas y proyectos de interés nacional para el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud y coordinar su ejecución, seguimiento y evaluación.</p> <p>42.2. Impulsar, coordinar, financiar, cofinanciar y evaluar programas, planes y proyectos de inversión en materia de salud, con recursos diferentes a los del Sistema General de Participaciones.</p> <p>Para ello también se cuenta con el apoyo técnico del Comité Nacional de Prácticas de Inmunización (CNPI) que es un órgano consultivo, no regulador, cuyo objeto es asesorar el Plan Nacional de Inmunizaciones en el área de inmunización y vigilancia en salud pública de las enfermedades inmunoprevenibles para la toma de decisiones por parte del Ministerio de la Protección Social y el cual se encuentra conformado a través de la Resolución 3990 de 2009 modificada parcialmente por la Resolución 2823 de 2011).</p> <p>Es importante mencionar que, de acuerdo a la Guía operativa para los grupos asesores nacionales en inmunizaciones, un Grupo Técnico Asesor Nacional en Inmunizaciones (NITAG por sus siglas en inglés) es un recurso técnico en inmunización que empodera a las autoridades nacionales para tomar decisiones sobre las políticas técnicas del PNI basadas en evidencia. Un grupo balanceado de diversos perfiles e informado brindará recomendaciones imparciales sobre vacunas, problemas relacionados con vacunas, y el programa encaminadas a promover la salud de la población. Tal recurso técnico es particularmente importante en vista del vasto y complejo cuerpo del conocimiento de inmunización, y ayudará a resistir a la presión de los grupos de interés externos.</p> <p>En lo concerniente a la población de refugiados, se reitera que el PAI ha acogido a toda la población migrante con el mismo esquema de vacunación de la población colombiana y como se mencionó anteriormente en el marco de los principios de gratuidad y equidad el esquema nacional de vacunación es gratuito para toda la población objeto residente en Colombia y cualquier persona puede acceder a las</p>	<p>vacunas sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.</p> <p>En cumplimiento a lo establecido en el numeral 22, Orden XXII de la Sentencia T-762 de 2015, el Ministerio de Salud y Protección Social, presentó la consolidación de la regulación del servicio médico penitenciario y carcelario, y el acceso a la salud de las personas privadas de la libertad en establecimientos a cargo del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC). Así, el esquema de salud para la Población Privada de la Libertad (PPL) está regulado por el Decreto 2245 de 2015, en desarrollo de los artículos 65 y 66 de la Ley 1709 de 2014 y modificado por el Decreto 1142 de 2016, el cual articula la afiliación de esta población al Sistema General de Seguridad Social en Salud de quienes pueden conservar su afiliación a los regímenes contributivo, especiales o de excepción y al régimen subsidiado para la población domiciliaria que no pueda acceder a los anteriores regímenes. Ley 1709 de 2014, Decretos 2245 de 2015, 1142 de 2016 y 2296 de 2014; Resoluciones 4005 de 2016 y 5512 de 2016.</p> <p>El modelo de atención en salud para la PPL, está regulado mediante la Resolución 5159 de 2015, la cual fue modificada mediante la Resolución 3195 de 2016, que incluyó como destinatarios a las entidades que administran los regímenes contributivos, especiales o de excepción, para la prestación de servicios, con énfasis en atención intramuros y con un sistema de referencia y contrarreferencia a los servicios de salud extramuros. Resoluciones 5105 de 2015 y 3595 de 2015; Circular 05 de 2016 del MSPS, Circular 002 de 2016 de la SNS, Circular Conjunta 0029 de 2016 y Comunicado general MinJusticia de 2016.</p> <p>En el marco de lo anterior y entre otros lineamientos, manuales y demás, desde el PAI se emitió el documento de Implementación del PAI en la Población Privada de la Libertad.</p> <p>En lo relacionado con los recursos del programa (revisado en el artículo 3, en el literal b., Módulo financiero) es importante mencionar que el PAI se financia:</p> <ul style="list-style-type: none"> Mediante recursos del Presupuesto General de la Nación a través del proyecto de inversión "IMPLEMENTACION DE ACCIONES DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES – PAI NACIONAL" se cubren los costos de adquisición, nacionalización, distribución y almacenamiento de los biológicos e insumos; mantenimiento, reposición e innovación de equipos; asistencia técnica y gestión administrativa, seguimiento y evaluación a planes nacionales de erradicación, eliminación y control de enfermedades inmunoprevenibles; metas de vacunación, monitoreo y sistemas de información PAIWEB, estrategias de comunicación, entre otros. A través de los recursos del SGP, Subcuenta de Salud Pública Colectiva, para las competencias de las entidades territoriales:
<ul style="list-style-type: none"> La Gestión de la Salud Pública en la Entidad Territorial: Talento Humano que desarrolla actividades de carácter operativo, para garantizar la gestión del PAI y la gestión de las intervenciones colectivas contratadas con la ESE o el prestador seleccionado, los procesos de planeación, monitoreo y evaluación del PAI; la Vigilancia en salud pública de las enfermedades inmunoprevenibles; los monitores rápidos de coberturas; el desarrollo de capacidades mediante la asistencia técnica del departamento a sus municipios o del municipio a sus IPS, según sea la competencia; la capacitación del talento humano en salud en los aspectos relacionados con el PAI; la dotación y mantenimiento de la red de frío de la entidad territorial, la distribución de biológicos e insumos del PAI, entre otras. La implementación del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC): Actividades e insumos requeridos para la conformación y fortalecimiento de redes sociales, comunitarias, sectoriales e intersectoriales para la implementación del PAI. La información en salud; educación y comunicación para la salud orientadas a la promoción de la vacunación; la canalización y desarrollo de jornadas de salud, así como, el apoyo logístico e insumos requeridos para el desarrollo de jornadas de salud y de vacunación, haciendo énfasis que el talento humano para la vacunación intramural y extramural es responsabilidad de las EAPB-IPS. <ul style="list-style-type: none"> A través de los recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC): Se financia las acciones individuales correspondientes a la aplicación de las vacunas, que hacen parte de las tecnologías del Plan de Beneficios de Salud y su ejecución se realizará con las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) debidamente habilitadas y contratadas por las Empresa Administradora de Planes de Beneficios (EAPB) de acuerdo a la población afiliada. La Ley 1955 de 2019 (Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022) establece que con los recursos de la Subcuenta de SP no comprometidos al cierre de cada vigencia fiscal (a partir de 2020) se podrá adquirir, distribuir y garantizar el suministro de los biológicos del Plan Ampliado de Inmunizaciones. <p>Adicionalmente, se reitera que los biológicos o vacunas del programa ampliado de inmunización PAI, son suministrados y financiados con los recursos destinados a la Salud Pública. Es importante aclarar respecto del contenido del parágrafo 1 que las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios tienen la responsabilidad de ofertar los servicios de vacunación a toda la población afiliada, en virtud de la cobertura financiada con recursos de UPC, según dispone la Resolución 3512 de 2019 "Por la cual se actualizan los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)", en el artículo 21 antes descrito y las normas que la sustituyan o modifiquen.</p> <p>Hoy concurren a la garantía del PAI recursos del PGN, del SGSSS y del SGP. El proyecto de ley no describe el alcance de la actualización y modernización, pues no advierte la ampliación de los biológicos ni las fuentes de financiación para los mismos.</p>	<p>3.5. Artículo 5º.- Financiación. En la vigencia fiscal siguiente a la aprobación de la presente ley, para efectos de la financiación del PAI, en el Presupuesto General de la Nación, se garantizará, como mínimo, los mismos recursos públicos que se destinaron en la vigencia 2022, en términos reales, con un incremento del 10%. En las dos vigencias fiscales subsiguientes deberá haber también un incremento real del 10 % sobre la vigencia inmediatamente anterior.</p> <p>Con el fin de cofinanciar la modernización y actualización del PAI, la ADRES asignará anualmente un presupuesto para vacunación. Los recursos presupuestados para el efecto en la vigencia 2022, deberán mantenerse en términos reales para la vigencia 2023. Adicionalmente durante la vigencia 2023 la ADRES asignará recursos al rubro de vacunación equivalentes a dos (2) décimas del incremento anual que se autorice de la UPC, de ambos regímenes, los cuales se descontarán de dicho incremento de la UPC. Esta suma se mantendrá en el presupuesto del rubro de vacunación durante las vigencias siguientes. Durante la vigencia 2024, de la misma manera, la ADRES descontará otras dos (2) décimas del incremento anual de la UPC y las asignará al rubro de vacunación.</p> <p>A partir de la vigencia fiscal de 2024, en el Sistema General de Participaciones un (1) punto, de los diez (10) puntos porcentuales destinados para salud pública, se destinará a vacunación. Este se presupuestará sin situación de fondos en las entidades territoriales y se incorporará al rubro de vacunación de la ADRES, para efectos de la compra centralizada de los biológicos e insumos a través del PAI, para su posterior distribución</p> <p>Parágrafo 1º. En ningún caso podrán disminuir, de una vigencia a otra, los recursos presupuestados para el Programa Ampliado de Inmunizaciones</p> <p>Parágrafo 2º. Para efectos de las compras centralizadas la totalidad de los recursos señalados en la presente ley para vacunación serán ejecutados por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>Comentario. El PAI contempla acciones o estrategias individuales, colectivas y de gestión. En el nivel nacional, el programa se financia con recursos provenientes del Presupuesto General de la nación. Con respecto a las acciones de Gestión de la Salud Pública, la responsabilidad de la gestión de las intervenciones colectivas, la gestión de insumos de interés en salud pública y el desarrollo de capacidades; aspectos propios de la gestión del Programa Ampliado de Inmunizaciones son financiados con recursos provenientes de la Subcuenta de Salud Pública Colectiva y asignados para la Gestión de la Salud Pública. Dichas acciones se financian, entre otros, los procesos de planeación, monitoreo y evaluación del PAI; la Vigilancia en salud pública de las enfermedades inmunoprevenibles; los monitores rápidos de coberturas; el desarrollo de capacidades mediante la asistencia técnica del departamento a sus municipios o del municipio a sus IPS, según sea la competencia; la capacitación del talento humano en salud en los aspectos relacionados con el PAI; la dotación para la red de frío, entre otras.</p> <p>A su vez, incluye el talento humano que se requiere para garantizar la gestión del Programa Ampliado de</p>

<p>Imunizaciones y la gestión de las intervenciones colectivas contratadas con la ESE o el prestador seleccionado. También, con respecto a la gestión de insumos de interés en salud pública de conformidad con el numeral 5.6 del artículo 5 de la Resolución 518 de 2015, se incluye el fortalecimiento y mantenimiento de la red de frío de la entidad territorial, según las necesidades identificadas, la distribución de insumos del PAI, entre otros.</p> <p>Con relación a las acciones colectivas; las intervenciones, procedimientos, actividades e insumos para la ejecución del Plan de Intervenciones Colectivas que pueden ser financiados con recursos de la subcuenta de Salud Pública Colectiva, las cuales incluyen entre otras: la conformación y fortalecimiento de redes sociales, comunitarias, sectoriales e intersectoriales para la implementación del PAI; la información en salud; educación y comunicación para la salud orientadas a la promoción de la vacunación; la canalización y desarrollo de jornadas de salud, que incluyen el apoyo logístico e insumos requeridos para el desarrollo de jornadas de salud y de vacunación.</p> <p>De otra parte, en lo que respecta a las acciones individuales, el procedimiento de la aplicación de la vacuna o inoculación profiláctica, contra ciertas enfermedades bacterianas y víricas, hace parte de las tecnologías que hacen parte del Plan Obligatorio de Salud-POS y por consiguiente, su fuente de financiación son los recursos de la Unidad de Pago por Capitación - UPC, y su ejecución se realizará con las Instituciones Prestadoras de Salud - IPS debidamente habilitadas y contratadas por cada Empresa Administradora de Planes de Beneficios - EAPB.</p> <p>El cálculo de las necesidades de biológicos e insumos del programa se realiza tomando como referencia la población objeto, el esquema de vacunación, las dosis a aplicar, las existencias de vacuna, la inclusión de nuevas vacunas, la realización de jornadas, modificaciones de esquema, entre otros. Los costos del programa se afectan positiva o negativamente por el valor del dólar con el cual se hace la transacción, en ese sentido los recursos asignados para el esquema pueden variar, por ejemplo, en 2020 la variación del dólar fue muy amplia con respecto al cálculo con el que se realizaron los costos estimados, lo cual hizo que tuviéramos menor poder adquisitivo en cuanto a vacunas.</p> <p>Por otro lado, la inclusión de nuevas vacunas o las modificaciones de esquema requieren análisis que permitan garantizar la sostenibilidad del cambio en el tiempo con la menor afectación en los indicadores de las otras vacunas con las que ya cuenta el esquema y se debe contemplar el tiempo de adaptación del programa a este cambio. En ese sentido, no necesariamente los recursos requeridos para la modernización del programa equivaldrían al 10% planteado en el artículo 5, sino que pueden ser superiores.</p> <p>Por ejemplo, para la vigencia 2021 se solicitaron recursos por un valor, de acuerdo a la gestión realizada y con base en las reuniones sostenidas con del Departamento Nacional de Planeación y una vez soportadas técnicamente las razones de la necesidad del recurso nos asignaron recursos para garantizar el PAI hasta la primera semana del febrero de 2021, sin embargo, y como se mencionó anteriormente esto puede variar</p>	<p>tomando como referencia el valor del dólar al momento de la compra. En ese sentido se hace necesario que se garantice el recurso para el PAI con base en el requerimiento realizado desde el Ministerio al Departamento Nacional de Planeación calculado sobre los costos de adquisición de vacunas e insumos del esquema y operación del programa, así como la inclusión de nuevos biológicos que garanticen su sostenibilidad y no se disminuya de una vigencia a otra.</p> <p>Los recursos solicitados para la vigencia 2021 no contemplan la vacuna contra la COVID-19, de la cual se desconoce los costos de la misma y las características de la vacuna, en el momento en que con base en el análisis de costo-efectividad de la vacuna se evidencie y recomiende la necesidad de incluir esta vacuna en el esquema nacional de vacunación y la población para la cual estaría dirigida su aplicación, se debe revisar al interior del Ministerio los costos adicionales que se tendrían que contemplar de allí en adelante para garantizar la sostenibilidad la vacuna en el esquema nacional de vacunación, de igual manera, contemplar los otros costos que hacen parte del programa como nacionalización, transporte, costos administrativos para el almacenamiento de los insumos, capacidad de red de frío, talento humano, capacitación, vigilancia en salud pública, entre otros, en todos los niveles y que garanticen el adecuado almacenamiento, transporte, aplicación, monitoreo y evaluación de la introducción de la vacuna con la menor afectación en los otros biológicos ya incluidos en el esquema.</p> <p>Otra situación que se puede presentar en el PAI es la modificación de esquemas, por ejemplo y por recomendación de la OMS/OPS se tiene previsto cambiar el refuerzo de triple viral de los 5 años de edad para los 18 meses, esto implica realizar una jornada de puesta al día para las cohortes de los 2, 3, 4 y 5 años, lo que implica vacunar alrededor de 2.800.000 niños para realizar este cambio de manera satisfactoria, con todos los costos que esto conlleva. En ese sentido, establecer un 10% de aumento no sería un valor estándar que se pudiese plantear ya que cada introducción o modificación de esquema debe ser evaluada de manera particular, por lo que no es conveniente atar o fijar un porcentaje sobre incremento del presupuesto del PAI.</p> <p>Para establecer este incremento es necesario determinar las prioridades para el programa; por ejemplo, si parte de estos recursos serán para la adquisición de la vacuna contra la Covid19, entre otros.</p> <p>Porque solo este punto, además de los costos de adquisición de la vacuna, lleva a replantear las necesidades de coordinación y cooperación a nivel nacional, departamental y local, talento humano, red de frío, capacitación, monitoreo, vigilancia epidemiológica ya que la vacuna se encuentra en el nivel III de estudio entre otros, compra de póliza de seguro por daños a terceros entre otros. También incluye los ajustes en infraestructura y Talento Humano (vacunadores, digitadores) para las EAPB - IPS, así como, coordinadores, técnicos para red de frío y sistemas de información de los entes territoriales, entre muchos otros ajustes. Es importante reconocer que introducir una vacuna tiene un fuerte componente de decisión política. Esta decisión debe basarse en un estudio de costo efectividad, que le permita garantizar que la decisión sea la más adecuada en función de la salud pública de la población y que mediante la evaluación de los costos</p>
<p>previos a la introducción de la vacunación, se analicen los beneficios esperados y se asegure su sostenibilidad futura en el programa, es decir una vez incluida la vacuna en el esquema se debe garantizar su permanencia y cobertura.</p> <p>Se reitera nuevamente que la financiación de los biológicos del PAI, se realiza con recursos de salud pública y diferente a los destinados para el aseguramiento en salud, por lo cual no es procedente descontar porcentajes de la UPC para destinarlos a la modernización o ampliación del PAI. No es conveniente la destinación específica que el proyecto de ley realiza de los recursos de UPC, ya que se desconoce la naturaleza misma de la prima otorgada a las Entidades Promotoras de Salud (EPS), por concepto del aseguramiento en salud y la sostenibilidad del sistema. El SGSSS se encuentra cimentado en un esquema de aseguramiento público colectivo, en donde, la UPC es una prima que reconoce el Estado a las EPS, a quienes se les delegó la administración del riesgo para garantizar el acceso a servicios y tecnologías en salud que se financian con estos recursos. Esta prima se basa en los principios de equidad y solidaridad en donde se mancomunan las necesidades de servicios de la población afiliada, al reconocer la probabilidad de uso en un grupo poblacional con características similares como los son: edad, sexo y ubicación geográfica del afiliado. Con el fin de definir la prima y el valor que le corresponde a cada EPS por sus afiliados, en Colombia se optó por un modelo que utiliza información de periodos anteriores, en aras de proyectar las frecuencias y costos de las posibles necesidades del servicio que se puedan presentar en el año de aplicación, es decir, en el año en el que se gira el valor determinado de la UPC. Por lo tanto, la estimación de la UPC no se expresa como la sumatoria de valores de cada uno de los servicios y tecnologías financiadas o como la suma del gasto individual, sino que corresponde al valor asegurado de los siniestros futuros del grupo igualmente asegurado e incluye la probabilidad de uso de dichos servicios. Se concluye, en este sentido, que destinar dos décimas del incremento anual de la UPC, conlleva a una afectación de la garantía de los servicios y tecnologías financiados con estos recursos ya que la gestión del riesgo considera la totalidad de la población y la totalidad de los recursos presupuestados desde el inicio de cada periodo, afectando a todos los asegurados de las EPS.</p> <p>Así mismo, la iniciativa no determina en ninguno de sus artículos que la prestación del servicio de vacunación y su contratación por parte de las entidades responsables de pago debe hacerse con prestadores de servicios de salud que tengan habilitado este servicio. Lo anterior, teniendo en cuenta que el Sistema Único de Habilitación reglamentado por la Resolución 3100 de 2019 tiene incluido el "servicio de vacunación en el cual se intervienen a los usuarios mediante las acciones de vacunación, definidas por el Estado como parte de las prestaciones de salud pública para lograr la protección de la población, o solicitadas de forma particular por el médico tratante o por el usuario en su decisión de evitar enfermedades inmunoprevenibles".</p> <p>4. POSICIÓN DE VIABILIDAD</p> <p>Como se ha podido apreciar en el desarrollo del pronunciamiento, ya existe un marco normativo amplio que</p>	<p>cimenta el PAI del país, el cual se encuentra debidamente estructurado y que ha alcanzado grandes logros a nivel nacional e internacional, por lo que NO SE CONSIDERA NECESARIA la propuesta objeto de revisión, pues ya se dispone de los componentes y elementos técnicos, administrativos, financieros y de coordinación nacional que permiten su operación y los ajustes de manera inmediata cuando las circunstancias lo indiquen.</p> <p>El PAI es una prioridad política para el Gobierno Nacional, por ello esta Cartera estima fundamental el desarrollo permanente de estrategias y actividades que garanticen de manera oportuna la gestión del programa en cada una de las Entidades Territoriales (ET), con el fin de lograr las coberturas de vacunación en la población objeto con cada uno de los biológicos del esquema, trascendiendo la vacunación de los niños a la familia y la comunidad. En esa dirección y más allá de requerir una norma particular, potencialmente innecesaria debido al amplio marco jurídico existente¹³; el abordaje del PAI requiere que, con soporte en la normatividad existente, desde la práctica y el quehacer intersectorial e interinstitucional se promueva el cumplimiento de las acciones de vacunación en todo el territorio nacional y de este modo superar las barreras de acceso al servicio de vacunación, así como garantizar año a año los recursos financieros necesarios para su operación.</p> <p>A nivel presupuestal, no es conveniente la financiación con cargo a los recursos de la UPC para la financiación del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), desconociendo que la fuente de financiación del PAI está dada con los recursos destinados a la salud pública. El proyecto de ley no precisa el alcance de las ampliaciones del PAI a financiar, por lo cual no es viable pretender destinar recursos de los mecanismos de protección colectiva (aseguramiento en salud financiados con cargo a la UPC y presupuestos máximos) y protección individual (reconocidos por la Adres vía recobro) para la financiación del PAI.</p> <p>Debe tenerse en cuenta que el SGSSS se encuentra cimentado en un esquema de aseguramiento público colectivo, en donde, la UPC es una prima que reconoce el Estado a las EPS, a quienes se les delegó la administración del riesgo para garantizar el acceso a servicios y tecnologías en salud que se financian con estos recursos. Esta prima se basa en los principios de equidad y solidaridad en donde se mancomunan las necesidades de servicios de la población afiliada, al reconocer la probabilidad de uso en un grupo poblacional con características similares como los son: edad, sexo y ubicación geográfica del afiliado.</p> <p>Con el fin de definir la prima y el valor que le corresponde a cada EPS por sus afiliados, en Colombia se optó por un modelo que utiliza información de periodos anteriores, en aras de proyectar las frecuencias y costos de las posibles necesidades del servicio que se puedan presentar en el año de aplicación, es decir, en el año en el que se gira el valor determinado de la UPC. Por lo tanto, la estimación de la UPC no se expresa como la sumatoria de valores de cada uno de los servicios y tecnologías financiadas o como la suma del gasto individual, sino que corresponde al valor asegurado de los siniestros futuros del grupo igualmente asegurado e incluye la probabilidad de uso de dichos servicios. En este sentido, destinar dos décimas del incremento</p>

¹³ Angarita, J. (2018). Colombia: país donde abundan las leyes y escasea la legalidad. *Razón Crítica*, (4), 195-217.

<p>anual de la UPC, conlleva a una afectación de la garantía de los servicios y tecnologías financiados con estos recursos ya que la gestión del riesgo considera la totalidad de la población y la totalidad de los recursos presupuestados desde el inicio de cada periodo, afectando a todos los asegurados de las EPS.</p> <p>En estos términos se expresa la posición del Ministerio de Salud y Protección Social en lo relativo a la iniciativa legislativa de la referencia. Frente a su contenido, se advierte que, además de las razones expuestas hay normatividad de base que regula la materia, incluso a nivel de instancias de gestión y coordinación, lo cual torna inconveniente continuar su curso.</p> <p>Atentamente,</p>  <p>FERNANDO RUIZ GÓMEZ Ministro de Salud y Protección Social</p>	<p>LA COMISION SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA. - Bogotá D.C., a los diecisiete (17) días del mes de marzo del año dos mil veintiuno (2021) - En la presente fecha se autoriza <u>la publicación en Gaceta del Congreso de la República</u>, las siguientes: consideraciones.</p> <p>CONCEPTO: MINISTERIO DE SALUD y PROTECCIÓN SOCIAL REFRENDADO POR: DOCTOR FERNANDO RUIZ GÓMEZ- MINISTRO . NÚMERO DEL PROYECTO DE LEY: N° 197/2020 SENADO. TÍTULO DEL PROYECTO: "POR MEDIO DE LA CUAL SE ORDENA LA MODERNIZACIÓN Y ACTUALIZACIÓN PERMANENTE DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI) EN COLOMBIA" NÚMERO DE FOLIOS: TREINTA Y CUATRO (34) RECIBIDO EN LA SECRETARÍA DE LA COMISIÓN SÉPTIMA DEL SENADO EL DÍA: MIÉRCOLES DIECISIETE (17) DE MARZO DE 2021. HORA: 13:55 P.M.</p> <p>Lo anterior, en cumplimiento de lo ordenado en el inciso 5° del artículo 2° de la Ley 1431 de 2011.</p> <p>El Secretario,</p> <p style="text-align: center;">JESÚS MARÍA ESPAÑA VERGARA SECRETARIO Comisión Séptima del H. Senado de la República</p>
--	---

**CONCEPTO JURÍDICO MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
SOBRE EL PROYECTO DE LEY NÚMERO 254 DE 2020 SENADO**

por medio de la cual se establecen medidas en pro de la atención en salud mental preventiva en el sistema penitenciario en Colombia y se dictan otras disposiciones.

<p>Bogotá D.C.,</p> <p>Doctor JESÚS MARÍA ESPAÑA VERGARA Comisión Séptima Constitucional Senado de la República Carrera 7ª N° 8 – 68 Bogotá D.C.</p> <p>ASUNTO: Concepto sobre el PL 254/20 (S) "por medio de la cual se establecen medidas en pro de la atención en salud mental preventiva en el sistema penitenciario en Colombia y se dictan otras disposiciones"</p> <p>Cordial saludo,</p> <p>Teniendo presente que la iniciativa de la referencia está pendiente de surtir primer debate en esa Corporación, se hace necesario emitir el concepto institucional desde la perspectiva del Sector Salud y Protección Social. Para tal cometido, se toma como fundamento el texto publicado en la Gaceta del Congreso N° 931 de 2020.</p> <p>Al respecto, este Ministerio, en ejercicio de las competencias constitucionales y legales que le asisten, en especial las previstas en el inciso 2° del artículo 208 de la Constitución Política y el numeral 3° del artículo 59 de la Ley 489 de 1998, sin perjuicio de los comentarios que estimen pertinente realizar otras autoridades para las cuales este tema resulte sensible, formula las siguientes observaciones:</p> <p>1. CONTENIDO</p> <p>La propuesta se compone de siete (7) artículos mediante los cuales se busca la garantía de la salud mental de la población privada de la libertad. En ese sentido, se destaca:</p> <p>1.1. La creación de un protocolo y guías de atención en salud mental a dicha población a cargo del Ministerio de Justicia y del Derecho, el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) y acompañamiento de este Ministerio.</p> <p>1.2. La creación de un protocolo de respeto, garantía y fomento de la salud mental del</p>	<p>personal de guardia, a cargo del INPEC con el acompañamiento de este Ministerio.</p> <p>1.3. La creación de un protocolo de promoción de la salud mental por parte de las EPS que aseguran en el sistema carcelario y penitenciario.</p> <p>1.4. La promoción de la vinculación a ese sistema de profesionales en salud mental para la atención de la población privada de la libertad, a cargo del INPEC y de la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (USPEC).</p> <p>1.5. La adición de una función al Consejo Nacional de Salud Mental en la materia.</p> <p>2. CONSIDERACIONES</p> <p>2.1. Comentarios iniciales y de contexto</p> <p>De acuerdo con lo previsto en la Ley 1709 de 2014, las personas privadas de la libertad deben tener acceso a todos los servicios de salud, sin discriminación por su condición jurídica, con la garantía de recibir atenciones basadas en el respeto de la dignidad humana, de prevención, diagnóstico temprano y tratamiento adecuado de todas las patologías físicas y mentales.</p> <p>La privación de la libertad expone a la persona a eventos estresantes de forma permanente, afecta la satisfacción de las necesidades humanas y limita la autonomía en la toma de decisiones, lo que conlleva a la presencia o exacerbación de problemas y trastornos mentales. Igualmente, esta condición genera afecciones en la dinámica de interacción y funcionamiento familiar, de pareja, así como la manifestación o complicación de afectaciones en la esfera psicosocial de las personas que conforman el núcleo familiar, en la medida en que se limita el contacto interpersonal, la capacidad de sostenimiento de la economía familiar y la participación en los procesos de crianza.</p> <p>Por consiguiente, actualmente las personas que se encuentran bajo la custodia y vigilancia del INPEC reciben los servicios de salud con base en el Modelo de Atención en Salud para la población privada de la libertad que elaboró este Ministerio, con apoyo de la USPEC, el cual fue adoptado por medio de la Resolución 5159 de 2015, modificada por la Resolución 3595 de 2016.</p> <p>Este modelo se soporta financieramente con recursos del Presupuesto General de la Nación que se encuentran en el Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad, recursos que son administrados a través de una entidad fiduciaria, la cual, a su vez, se encarga de contratar la prestación de los servicios de salud para estas personas, de acuerdo con las disposiciones establecidas en los Decretos 2245 de 2015 y 1142 de 2016 y modificatorios del Decreto 1069 de 2015, Único del Sector Justicia y del Derecho. El mencionado modelo de atención en salud, dispuesto por la Ley 1709 de 2014 y sus</p>
--	---

<p>decretos reglamentarios, obliga al Fondo Nacional de Salud a garantizar la prestación integral de servicios de salud a las personas privadas de la libertad a cargo del INPEC, teniendo presente que, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 3° Decreto 1142 de 2016 (numerales 1° y 2° del art. 2.2.1.11.1.3 del Decreto 1069), las personas que cumplan con los presupuestos para pertenecer al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción, serán cubiertas por la respectiva entidad responsable de su atención en salud.</p> <p>De otra parte, y con base en lo estipulado en el artículo 65 de la Ley 1753 de 2015, Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018, y en cumplimiento de la Ley 1751 de 2015, estatutaria del derecho fundamental a la salud, este Ministerio ha venido definiendo la política a través de la cual, la población residente en el territorio colombiano recibe la atención integral en salud. Esta política es de obligatorio acatamiento para todos los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y las demás entidades que tienen a su cargo acciones en salud, en el marco de sus competencias y funciones. En la definición de dicha política se han integrado los enfoques de atención primaria en salud (APS), de salud familiar y comunitaria y de articulación de las actividades individuales y colectivas, con mirada poblacional y diferencial.</p> <p>En articulación con lo anterior, mediante la Resolución 3202 de 2016, el Ministerio adoptó el Manual Metodológico para la Elaboración e Implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) y definió el grupo de RIAS a desarrollar. Adicionalmente, con la expedición de la Resolución 3280 de 2018, modificada por la Resolución 276 de 2019, se adoptaron los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y de la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecieron las directrices para su operación, de obligatorio cumplimiento por parte de las Entidades Territoriales, las Entidades Promotoras de Salud, las Entidades Obligadas a Compensar, los prestadores de servicios de salud y demás entidades responsables de las intervenciones relacionadas con la promoción, mantenimiento de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y en general, que desarrollan acciones en salud, de acuerdo con sus competencias, responsabilidades y funciones.</p> <p>Así mismo, estas disposiciones resultan aplicables a los Regímenes de Excepción y Especial como responsables de las intervenciones en materia de promoción, mantenimiento de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y en general, de las acciones en salud que despliegan respecto de la población a su cargo.</p> <p>Los lineamientos técnicos y operativos acogidos en esta resolución definen las directrices para la operación de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud (RPMS), precisando los parámetros para la gestión, las intervenciones poblacionales, colectivas e individuales contenidas en ella, el talento humano requerido para su provisión, los criterios de adaptabilidad y progresividad para la implementación, las orientaciones para la</p>	<p>contratación y los resultados esperados en las personas, familias y comunidades, así como los indicadores para el monitoreo y evaluación de estos.</p> <p>Con la implementación de manera progresiva de RPMS (tres años contados a partir del 1 de enero del 2020) se espera ordenar e integrar las intervenciones individuales, colectivas, poblacionales y las acciones de gestión de la salud pública, requeridas para la promoción de la salud y la gestión oportuna e integral de los principales riesgos en salud de las personas, las familias y las comunidades.</p> <p>Finalmente, y de cara a la población privada de la libertad (PPL) como colectivo, las acciones de promoción de la salud se encuentran bajo la competencia de las entidades territoriales donde se halla ubicado el establecimiento carcelario y/o penitenciario, de ahí que con base en el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC) reglamentado por la Resolución 518 de 2015 y en integración con la USPEC y el INPEC, se deban priorizar las actividades a implementar para esta población con base en lo indicado en la Resolución 3202, entre las que se destacan la adopción de prácticas de cuidado, protección y mantenimiento seguro del ambiente, alimentación saludable, ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, el desarrollo de habilidades sociales y emocionales, la construcción de estrategias de afrontamiento frente a sucesos vitales, la convivencia, el ejercicio del derecho a la salud, entre otras.</p> <p>Con las anteriores consideraciones, que circunscriben la atención en salud de la PPL, esta Cartera entra a analizar la pertinencia del proyecto de ley <i>sub examine</i>.</p> <p>2.2. La norma propuesta</p> <p>Si bien la iniciativa se orienta a establecer medidas en pro de la atención en salud mental preventiva en el sistema penitenciario en Colombia, pretendiendo la creación e implementación de "un protocolo y guías de atención integral para la promoción, prevención y seguimiento en materia de salud mental para la población privada de la libertad dentro del sistema penitenciario y carcelario del país", se tiene que ello unido al resto del articulado y a la exposición de motivos, permite inferir el interés de la propuesta en proporcionar un marco normativo que posicione las acciones promocionales y preventivas en materia de salud mental en el contexto del modelo de salud del sistema penitenciario y carcelario. El mismo hace especial énfasis en la definición de medidas de garantía del derecho a la salud mental del personal de guardia al señalar la necesidad de adoptar un protocolo de respeto, garantía y fomento del derecho a la salud mental del personal de guardia que labora dentro del sistema penitenciario y carcelario del país. Por otra parte, se resalta de la iniciativa la incorporación de las Entidades Promotoras de Salud que prestan sus servicios dentro del sistema penitenciario y carcelario, las cuales, con la vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, deberán crear un protocolo de promoción, prevención y seguimiento a la</p>
<p>salud mental de la población privada de la libertad. Finalmente, se destaca la adición de las competencias del Consejo Nacional de Salud Mental definidas en la ley 1816 de 2013 al designarle la proposición de "lineamientos, programas y políticas tendientes a garantizar el ejercicio del derecho a la salud mental de la población privada de la libertad en Colombia como una medida de resocialización efectiva".</p> <p>2.3. Iniciativas internacionales relacionadas con modelos de atención en los centros penitenciarios</p> <p>Si se tiene en cuenta la problemática, una rápida revisión de varios modelos internacionales asociados con la prestación de servicios de salud a la PPL, exterioriza, entre otros, el modelo español (Modelo de atención sanitaria en las prisiones ordinarias, deficiencias de la coordinación en Andalucía y en la asunción de responsabilidades de las administraciones implicadas Asociación Pro Derechos Humanos de Andalucía 2008. Autora: María Isabel Mora Grande. Abogada, Coordinadora general de la APDHA), el modelo inglés, o el caso argentino (Ejecución de la pena privativa de la libertad - Ley 24.660 de 1996 Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de Argentina), a lo que se suma las experiencias demostrativas de Zaragoza, del País Vasco y de Andalucía. En ese orden, es factible hacer las siguientes consideraciones:</p> <p>2.3.1. El perfil epidemiológico permite identificar que tanto en España como en el Reino Unido y en la Argentina (Medidas privativas y no privativas de la libertad -El Sistema Penitenciario, Manual de instrucciones para la evaluación de la justicia penal- Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, Nueva York, 2010), dan cuenta que la mayor carga de enfermedad se concentra en patologías asociadas a la enfermedad mental, el abuso y la dependencia a las sustancias psicoactivas, enfermedades transmisibles (hepatitis, VIH, TBC), así como las enfermedades no transmisibles (Diabetes, Tabaquismo, Hipertensión, etc.). Vale la pena resaltar que, en gran medida el perfil descrito guarda similitud con lo encontrado en la población privada de la libertad en Colombia. Por ende, resulta conveniente la revisión de las experiencias ligadas con la implementación de estrategias de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, en aras de conocer, las mejores prácticas.</p> <p>2.3.2. Las experiencias revisadas comparten una estructura afín en términos de la coordinación entre la asistencia especializada prestada por el servicio de salud extramural y los servicios clínicos o intramurales (Calidad asistencial en Sanidad Penitenciaria. Análisis para un modelo de evaluación - JM Arroyo, P Astier. Centro Penitenciario de Zaragoza * Subdirección Médica del Hospital Clínico de Zaragoza), para garantizar particularmente, la continuidad de la atención (Coordinación de Sanidad Penitenciaria).</p>	<p>2.3.3. Un común denominador que se hace plausible en la revisión tiene que ver con la comprensión y validación de la premisa que, asume la sanidad penitenciaria como parte de la sanidad pública y enmarcada en el sistema de salud general. Igualmente se identifica que las experiencias exitosas consideraron la replanificación inteligente, de los servicios, a través de la designación de un operador del modelo con la participación de las autoridades penitenciarias, y la coordinación de responsables sanitarios y otros grupos de interés (Grupo de trabajo de calidad asistencial en prisiones. Programa de Calidad Asistencial en Prisiones. CAPRI. Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria. GSK, Madrid 2003).</p> <p>2.3.4. Otro punto que se identifica en la revisión y más relacionado con elementos de gestión y planeación, es el consenso alcanzado en términos del establecimiento de objetivos alcanzables y estrategias globales para la sanidad penitenciaria nacional, así como el acogimiento de los lineamientos del "Prisión Health Delivery Plan" que involucra el desarrollo local en cada centro penitenciario de las estrategias nacionales de salud mental, del abuso de drogas, de la atención primaria (incluyendo asistencia farmacéutica), de la promoción de la salud y el control de los riesgos y de los eventos adversos (Marshall T, Simpson S, & Stevens A. Health care needs assessment in prisons: a toolkit. Journal of Public Health Medicine 2001; 23: 198-204).</p> <p>De otro lado, se resalta que, en el proceso de desarrollo de los modelos de sanidad penitenciaria se involucran los avances tecnológicos y las estrategias de última generación para garantizar mayor resolutiveidad al interior de los centros penitenciarios, evitando así la referencia al nivel extramural. Se ha incluido la formación de los profesionales de la salud en aspectos asociados con las características del sistema penitenciario, el perfil socio sanitario de los internos, las características propias de la atención intramural, entre otros asuntos relevantes.</p> <p>2.3.5. Se comparte la implementación de sistemas de información para la gestión de la atención de manera articulada y verificando resultados periódicamente a través de indicadores epidemiológicos que orientan la planeación de los servicios (Reed J, Lyne M. The quality of health care in prison: results of a year's programme of semistructured inspections. British Medical Journal 1997; 315: 1420-1424). La asistencia sanitaria que se provee en los servicios de salud penitenciarios se coordina con la red hospitalaria para lograr una continuidad real de los servicios y los cuidados.</p> <p>En tal sentido, y como resulta obvio se ha institucionalizado la existencia una sola historia clínica electrónica a disposición del talento humano anexo en la prestación de los servicios. De esta manera, tienen acceso en tiempo real al historial completo de los pacientes, incluyendo la evolución de aquellas condiciones atendidas en los servicios de urgencias de la red hospitalaria, de las personas ingresadas en los servicios de referencia, de las atendidas en consultas especializadas, así como a los</p>

<p>resultados de exámenes diagnósticos, al igual que acontece en los demás centros de atención primaria. Es más, se cuenta con disponibilidad de datos epidemiológicos de cada centro penitenciario, facilitando, que la autoridad ejerza su responsabilidad en materia de salud pública al interior del medio penitenciario.</p> <p>2.3.6. Por último, y con respecto a los <i>servicios de salud mental y atención al consumo de sustancias psicoactivas</i>, se identifica la definición de dos estructuras para garantizar la atención: la extrahospitalaria y la hospitalaria. Desde el punto de vista de la organización de la prestación de los servicios, al igual que ocurre con los restantes centros de salud, la asistencia a la salud mental en cada centro penitenciario se encuentra adscrito a su red de salud mental correspondiente. De otra parte y teniendo presente la alta carga que representan los problemas asociados al uso de sustancias psicoactivas, se ha creado un grupo de trabajo que analiza la situación a profundidad, para establecer respuestas más integrales.</p> <p>2.4. <i>Sobre el modelo de atención en salud de la población privada de la libertad y las normas que lo soportan</i></p> <p>Como se pudo evidenciar en el acápite 2.1., el país posee una amplia y suficiente arquitectura normativa para garantizar la prestación de servicios de salud a la PPL de manera integral, incorporando la salud mental. A continuación, se describen otras disposiciones relevantes y sus principales características:</p> <p>2.4.1. Ley 1709 de 2014, "por medio de la cual se reforman algunos artículos de la Ley 65 de 1993, de la Ley 599 de 2000, de la Ley 55 de 1985 y se dictan otras disposiciones": mediante esta norma se reformaron, entre otros, ciertos preceptos de la ley 65 de 1993 -Código Penitenciario y Carcelario-, relativos a la prestación de los servicios de salud de las PPL. Así, el artículo 65 determina que la PPL tiene acceso a todos los servicios de salud, sin discriminación por su condición jurídica, y se le debe garantizar la prevención, el diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado de las patologías físicas o mentales que padezcan. Igualmente, estableció que todos los centros de reclusión deben contar con una Unidad de Atención Primaria y de Atención Inicial de Urgencias en Salud Penitenciaria y Carcelaria.</p> <p>A su turno, el artículo 66 dispone que el Ministerio, con la USPEC, deben diseñar un modelo de atención en salud especial, integral, diferenciado y con perspectiva de género para la PPL, incluida la que se encuentra en prisión domiciliaria, el cual sería financiado con recursos del Presupuesto General de la Nación (PGN). Para ello creó el Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad como una "cuenta especial de la Nación, con independencia patrimonial, contable y estadística, sin personería jurídica", encargado de contratar la prestación de los servicios de salud de todas las personas privadas de la libertad.</p>	<p>2.4.2. Decreto 2245 de 2015, "por el cual se adiciona un capítulo al Decreto 1069 de 2015, Único Reglamentario del Sector Justicia y del Derecho, en lo relacionado con la prestación de los servicios de salud a las personas privadas de la libertad bajo la custodia y vigilancia del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC)": el artículo 2.2.1.11.4.2.1 del citado acto administrativo contempla con respecto al modelo de atención en salud para la población privada de la libertad que <i>esté</i> debía ser especial, integral, diferenciado, con perspectiva de género y contar como mínimo con una atención intramural y extramural y una política de atención primaria en salud.</p> <p>De igual forma, que debía incluir todas las fases de la prestación de los servicios de salud, esto es, la promoción de la salud, el diagnóstico, la gestión del tratamiento y la rehabilitación, así como las intervenciones colectivas e individuales de salud pública. A su vez, el artículo 2.2.1.11.6.1, consagra algunas disposiciones sobre el tratamiento diferenciado en la atención en salud para las mujeres, niñas y niños menores de tres años, mujeres gestantes y lactantes, adultos mayores, personas con especiales afecciones de salud como portadores de VIH o enfermedades en fase terminal, población con patologías mentales y personas consumidoras de sustancias psicoactivas.</p> <p>2.4.3. Decreto 1142 de 2016, "por el cual se modifican algunas disposiciones contenidas en el Capítulo 11 del Título 1 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1069 de 2015 Decreto Único Reglamentario del Sector Justicia y del Derecho, y se adoptan otras disposiciones". Entre otros cambios, se hallan los referentes a:</p> <ol style="list-style-type: none"> i. Conservar la afiliación del interno, con su grupo familiar, al Régimen Contributivo de salud o al régimen especial o de excepción al que perteneciera, mientras cumpla con las condiciones para pertenecer a dichos regímenes; ii. Definir que las personas privadas de la libertad en prisión domiciliaria que no cumplan con las condiciones para pertenecer a los regímenes contributivos de salud, especiales o excepción, serían cubiertos a través del régimen subsidiado. <p>2.4.4. Resolución 5159 de 2015, "por medio de la cual se adopta el Modelo de Atención en Salud para la población privada de la libertad bajo la custodia y vigilancia del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC)": el modelo construido conjuntamente entre el Ministerio de Salud y Protección Social y la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (USPEC), prevé que todos los centros de reclusión deben contar con una Unidad de Atención Primaria y de Atención Inicial de Urgencias en Salud Penitenciaria y Carcelaria, en donde se prestarán los servicios definidos en el Modelo de Atención en Salud. Así mismo, indica que cada interno será atendido en esa unidad una vez ingrese al centro de reclusión, con el fin de realizarse una</p>
<p>valoración integral y orientar los programas de salud pertinentes. Es la puerta de entrada al servicio que, además, es de obligatorio cumplimiento para el (la) interno/a</p> <p>2.4.5. Resolución 3595 de 2016, "por medio de la cual se modifica la Resolución 5159 de 2015 y se dictan otras disposiciones": ajusta el Modelo de Atención en Salud al incluir a las Entidades Promotoras de Salud y a las entidades que administran regímenes especiales o de excepción como destinatarias del modelo, estipula que dichos entes deben cumplir con el modelo de salud intramural y que para ello, deben articularse financiera y operativamente con el Prestador Primario de Salud Intramural, en coordinación con el INPEC y la USPEC.</p> <p>De modo particular, la implementación del referido modelo corresponde a las responsabilidades legales de la USPEC, quien coordinadamente con el INPEC, debe adelantar los trámites pertinentes ante el Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad, según lo señalado en el numeral 6 del artículo 2.2.1.11.3.2 del Decreto 1142 de 2016 y en el Anexo Técnico de la Resolución 3595 de 2016.</p> <p>Ahora bien, centrándonos en el "Modelo de Atención en Salud", es preciso destacar los siguientes aspectos:</p> <ol style="list-style-type: none"> i. Se fija, dentro de otros procesos de atención en salud intramural, la modalidad de <u>telemedicina</u> a cargo de los prestadores de servicios de salud primarios intramurales, para ciertos servicios priorizados en función de variables como población de internos, el perfil epidemiológico de los establecimientos, las condiciones de seguridad y dificultad en la accesibilidad a la red pública o privada. Lo anterior, con el propósito de mejorar el acceso a los servicios con oportunidad y calidad, contribuir a la eficiencia y a la disminución de los costos de la atención en salud, al reducirse el número de traslados de pacientes a instituciones de mayor complejidad, descongestionar los servicios bajo la modalidad presencial y disminuir los tiempos de espera para recibir la atención. <p>En cuanto a la red prestadora de servicios de salud extramural, la norma la define como el conjunto articulado de prestadores que trabajan de manera organizada y coordinada, que buscan garantizar la calidad de la atención en salud y ofrecer una respuesta adecuada a las necesidades de la población interna, en condiciones de accesibilidad, continuidad, oportunidad, integralidad y eficiencia en el uso de los recursos. No sobra mencionar que la red incluye prestadores de servicios de salud primarios extramurales (ubicados por fuera de los establecimientos de reclusión, a través de los cuales los usuarios acceden al servicio cuando no es posible la atención por parte del prestador de servicios de salud primario intramural). El oferente debe garantizar que este prestador sea el más cercano al establecimiento de reclusión,</p>	<p>salvo criterio favorable de calidad de otro prestador. Igualmente, incluye los prestadores complementarios extramurales (se encuentran ubicados por fuera de los establecimientos de reclusión y requieren de recursos humanos, tecnológicos y de infraestructura de mayor tecnología y especialización), los cuales no se hallan disponibles en la red de prestadores de servicios de salud primarios intramurales y extramurales.</p> <ol style="list-style-type: none"> ii. En cuanto a las <u>condiciones de calidad</u>, cabe indicar que las unidades de atención primaria y de atención Inicial de urgencias de los centros de reclusión en los cuales el operador contratado preste los servicios de salud en ámbito intramural, deberán acogerse a los lineamientos sobre la calidad en la prestación de los servicios de salud previstos en la normatividad nacional vigente, en especial en la Resolución 256 de 2016 (por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud), aunque, para ello, se permiten presupuestos especiales definidos en el Manual Técnico Administrativo de Prestación y el Manual Técnico Administrativo del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC), expedido por la USPEC. Donde no se establecen excepciones sobre las anteriores exigencias es en lo relacionado con los servicios extramurales, puesto que, el operador de dichos servicios debe cumplir con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad definido en la norma precitada, y las normas que la desarrollen, modifiquen o sustituyan. iii. En lo que tiene que ver con el <u>sistema de referencia y contra referencia</u> el cual, en el contexto del modelo de atención en salud de la población privada de la libertad, debe entenderse como el conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicas y administrativas que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a la población interna; se tiene que, de un lado, la referencia será comprendida como el traslado de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud a otro prestador, para la atención o complementación diagnóstica, por contar con mayor tecnología y especialización; por otra parte, la contra referencia, se concibe como la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor da al prestador que remitió, es decir, es la remisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir, de la información sobre la atención prestada a este en la institución receptora o del resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica iv. En lo concerniente a las <u>acciones de salud pública</u>, el modelo contempla que las personas privadas de la libertad tienen derecho, sin discriminación, a disfrutar el más alto nivel de salud posible y, por ende, ser partícipes de las políticas que en materia de salud pública se desarrollen en el país. Establece, además, las responsabilidades de los actores en materia de salud pública, esto es, de la USPEC, el INPEC, de las entidades territoriales y de los prestadores de servicios de salud.

A su vez, el modelo prevé que tanto la USPEC como el INPEC en su condición de garantes de determinantes ambientales mínimos y de las actividades colectivas (Plan de Intervenciones Colectivas), deben adoptar la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, de forma que, el operador pueda adoptarla gradualmente.

v. Sobre el **seguimiento y evaluación**, la Resolución 5159 de 2015 asigna en el artículo 3 la competencia de la implementación del modelo de atención en salud a la USPEC en coordinación con el INPEC, para lo cual deben adoptar los manuales técnico administrativos que se requieran y adelantar los trámites necesarios ante el Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad. Igualmente, el Anexo de la Resolución 3595 de 2016 (Por medio de la cual se modifica la Resolución 5159 de 2015 y se dictan otras disposiciones) determina los siguientes componentes del seguimiento: I. Sistemas de Información. II. Auditoría para el mejoramiento de la calidad. III. Gestión del riesgo. IV. Cumplimiento de acciones en salud pública. V. Satisfacción de usuarios y VI. Seguimiento administrativo. Es más, esta última resolución define que la prestación de servicios de salud a la PPL debe ponerse en marcha bajo el nuevo modelo de atención establecido en la misma.

Por último, resulta relevante señalar que el modelo, además de describir sus aspectos estructurantes (enfoque y fases, componentes, características, infraestructura, etc.) específica para su implementación, que el operador garantice en cada unidad primaria de atención la disponibilidad de al menos un médico general con experiencia y conocimientos en salud mental y manejo de adicciones, encargado de cuidar y tratar de la salud física y mental de los internos, para lo cual se deberá implantar un modelo de atención en salud mental, soportado por médicos generales orientados y asesorados por especialistas en salud mental.

Un resto del equipo de salud se deberá conformar con enfermeras, auxiliares de enfermería, odontólogo, auxiliar de odontología, psicólogo y trabajador social, lo cual corresponde al equipo de atención primaria que desarrolla las mismas funciones que un servicio ambulatorio, en la medida en que la población objeto del moldeo, depende en gran medida del operador para el cuidado y mantenimiento de su salud.

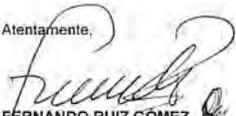
Desde luego, el modelo se basa en la conformación de un equipo intramural que asume la atención y el cuidado de la salud de la población penitenciaria en un trabajo colaborativo y de corresponsabilidad con la población objeto. A su vez, los principios que soportan el modelo obligan a desarrollar en las Unidades de Atención Primaria (UPA) y Atención Inicial de Urgencias en Salud de cada establecimiento penitenciario, un entorno saludable que incluya los derechos humanos y legales de los internos y del personal del INPEC.

¹ La UPA se asimila al Prestador Primario definido en el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS).

la población privada de la libertad.

En estos términos se presenta la posición del Ministerio de Salud y Protección Social en lo relativo a la iniciativa legislativa de la referencia.

Atentamente,



FERNANDO RUIZ GÓMEZ
Ministro de Salud y Protección Social

El modelo parte de reconocer la interacción entre los/as internos/as y el entorno penitenciario en su conjunto, buscando la provisión de servicios integrales de atención hacia la generación de una cultura del cuidado de la salud, modificando favorablemente factores estructurales y de la conducta individual y colectiva. Esto último, en total coherencia y armonía con el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), aplicable a la población general.

Adicionalmente, no se debe desconocer que la Resolución 3595 de 2016 estipula, en el artículo 3, la *garantía en el acceso y pago de los servicios de salud*, que con el fin de articular la atención en salud, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las entidades que administran los regímenes de excepción y especiales, deberán tener en cuenta que: i. Las Unidades de Atención Primaria y Atención Inicial de Urgencias, son la puerta de entrada a la atención en salud que se brindará a sus afiliados que hagan parte de la población privada de la libertad, ii. Para la prestación de los servicios de salud intramurales a sus afiliados, considerarán a los operadores de las Unidades de Atención Primaria y de Atención Inicial de Urgencias en salud penitenciaria y carcelaria, para la prestación de dichos servicios, y iii. Cuando se presten servicios de salud a sus afiliados, que hagan parte de la población privada de la libertad, a través de las Unidades de Atención Primaria y de Atención Inicial de Urgencias en salud Penitenciaria y Carcelaria, se reconocerán los servicios en los términos de los mecanismos financieros y operativos convenidos y según lo previsto en la normatividad vigente. Lo anterior, busca hacer coherente los principios rectores que orientan el modelo con los principios de la Atención Primaria en Salud.

De esta forma, existe normatividad para atender la salud integral de los reclusos y las medidas que se pretenden desarrollar tanto para la PPL como para la población de guardia ya están contenidas en protocolos específicos en desarrollo del modelo que ha sido adoptado. Es más, las funciones del Consejo Nacional de Salud Mental ya están adecuadas al reto de: "3. Plantear acciones de articulación intersectorial y transectorial que impacten la prevención y la atención integral en salud mental" (Ley 1616 de 2013, art. 30).

En ese orden, no es tan claro que deba incentivarse algún grupo poblacional pues surgirían incluso y, en primer lugar, los sujetos de especial protección de que trata el artículo 11 de la Ley 1751 de 2015, sin desconocer la importancia de desplegar políticas hacia la población privada de la libertad, como efectivamente se ha hecho a partir de la regulación citada.

3. CONCLUSIÓN

Por las razones expuestas, continuar con el curso del proyecto de ley deviene inconveniente, en la medida en que lo propuesto ya se encuentra en su gran mayoría previsto en la normatividad vigente aplicable para la prestación de los servicios de salud de

Comisión Séptima Constitucional Permanente

LA COMISION SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA. - Bogotá D.C., a los diecisiete (17) días del mes de marzo del año dos mil veintiuno (2021) - En la presente fecha se autoriza la publicación en Gaceta del Congreso de la República, las siguientes: consideraciones.

CONCEPTO: MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
REFRENDADO POR: DOCTOR FERNANDO RUIZ GÓMEZ – MINISTRO
NÚMERO DEL PROYECTO DE LEY: N° 254/2020 SENADO.
TÍTULO DEL PROYECTO: "POR MEDIO DE LA CUAL SE ESTABLECEN EN PRO DE LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL PREVENTIVA EN EL SISTEMA PENITENCIARIO EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"
NÚMERO DE FOLIOS: SEIS (01) FOLIOS
RECIBIDO EN LA SECRETARÍA DE LA COMISIÓN SÉPTIMA DEL SENADO EL DÍA: MIÉRCOLES DIECISIETE (17 DE MARZO DE 2021).
HORA: 14.32 P.M.

Lo anterior, en cumplimiento de lo ordenado en el inciso 5° del artículo 2° de la Ley 1431 de 2011.

El Secretario,



JESÚS MARÍA ESPAÑA VERGARA
SECRETARIO

**CONCEPTO JURÍDICO ADRES SOBRE EL PROYECTO DE LEY NÚMERO 010 DE 2020
SENADO - 425 DE 2020 CÁMARA**

por medio de la cual se dictan disposiciones orientadas a garantizar el Derecho Fundamental a la Salud dentro del Sistema General de Seguridad Social, de conformidad con la Ley 1751 de 2015, y la sostenibilidad del Sistema de Salud.

<p>Bogotá D.C.,</p> <p>Doctores ORLANDO ANÍBAL GUERRA DE LA ROSA Secretario Comisión Séptima Constitucional Permanente Cámara de Representantes Comision.septima@camara.gov.co</p> <p>JESÚS MARÍA ESPAÑA VERGARA Secretario Comisión Séptima Constitucional Permanente Senado de la República comision.septima@senado.gov.co Ciudad</p> <p>Asunto: Comentarios de la ADRES sobre el Proyecto de Ley No. 010 de 2020 Senado – 425 de 2020 Cámara "Por medio de la cual se dictan disposiciones orientadas a garantizar el Derecho Fundamental a la Salud dentro del Sistema General de Seguridad Social, de conformidad con la Ley 1751 de 2015, y la sostenibilidad del Sistema de Salud".</p> <p>Respetados Secretarios,</p> <p>De manera atenta, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES presenta las siguientes consideraciones -dentro del marco de sus competencias- sobre el articulado del Proyecto de Ley No. 010 de 2020 Senado – 425 de 2020 Cámara "Por medio de la cual se dictan disposiciones orientadas a garantizar el Derecho Fundamental a la Salud dentro del Sistema General de Seguridad Social, de conformidad con la Ley 1751 de 2015, y la sostenibilidad del Sistema de Salud".</p> <p>1. Artículo 17. Financiación del Plan de Beneficios.</p> <p>El artículo 17 de la ponencia publicada en las Gacetas 1449 de 2020 y 1465 de 2020 dispone:</p>	<p>"Artículo 17. Financiación del Plan de Beneficios. El Ministerio de Salud y Protección Social, en un plazo de dieciocho meses (18) contados a partir de la vigencia de la presente ley, definirá los servicios y tecnologías en salud que por su alto volumen de prescripción, seguridad y bajo costo se deberán financiar con cargo a la UPC y determinará la forma de financiación de las tecnologías de alto costo y baja frecuencia de uso que no queden financiadas por la UPC".</p> <p>Frente a este, se hace oportuno mencionar que el apartado no tiene en consideración los presupuestos máximos de que trata el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019¹ para lo que concierne a los recursos destinados para la gestión de los servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a los recursos de la UPC. A saber,</p> <p>"ARTÍCULO 240. EFICIENCIA DEL GASTO ASOCIADO A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y TECNOLOGÍAS NO FINANCIADOS CON CARGO A LOS RECURSOS DE LA UPC. Los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a los recursos de la UPC serán gestionados por las EPS quienes los financiarán con cargo al techo o presupuesto máximo que les transfiera para tal efecto la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES). El techo o presupuesto máximo anual por EPS se establecerá de acuerdo a la metodología que defina el Ministerio de Salud y Protección Social, la cual considerará incentivos al uso eficiente de los recursos. En ningún caso, el cumplimiento del techo por parte de las EPS deberá afectar la prestación del servicio. Lo anterior, sin perjuicio del mecanismo de negociación centralizada contemplado en el artículo 71 de la Ley 1753 de 2015. En todo caso, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) considerarán la regulación de precios, aplicarán los valores máximos por tecnología o servicio que defina el Ministerio de Salud y Protección Social y remitirán la información que este requiera. La ADRES ajustará sus procesos administrativos, operativos, de verificación, control y auditoría para efectos de implementar lo previsto en este artículo.</p> <p>PARÁGRAFO. Las EPS podrán implementar mecanismos financieros y de seguros para mitigar el riesgo asociado a la gestión de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a los recursos de la UPC".</p> <p>¹ Por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022. "Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad".</p>
<p>En este sentido, de no incluirse lo antes mencionado en el presente artículo y al tratarse de una norma que entraría en vigencia con posterioridad a la Ley 1955 de 2019, se considera que la figura de los presupuestos máximos y su procedimiento asociado tendrían que reafirmarse en un nuevo acto administrativo que sea expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>2. Artículo 18. Componentes de la Unidad de Pago por Capitación – UPC</p> <p>El artículo 18 de la ponencia publicada en las Gacetas 1449 de 2020 y 1465 de 2020 dispone:</p> <p>"Artículo 18. Componentes de la Unidad de Pago por Capitación -UPC- El Ministerio de Salud y Protección Social definirá el valor anual de la UPC, la cual tendrá un componente fijo y uno variable. Para determinar el componente fijo se realizarán estudios actuariales y se reconocerá un monto por cada persona de acuerdo con la clasificación o respectivo ajustador del riesgo. Este componente fijo deberá ser suficiente para la adecuada protección integral de la salud de los afiliados y beneficiarios. Adicionalmente, se reconocerá un componente variable de incentivos, con base en los siguientes aspectos: (i) la progresividad en la implementación de las rutas obligatorias de promoción y mantenimiento de la salud y materno perinatal y las que se definan como prioridad de cada EAPB de conformidad con las necesidades y problemas en salud de su población afiliada. (ii) El cumplimiento de indicadores de resultados en salud, definidos en las Rutas de Atención Integral, obligatorias y las adoptadas por cada EAPB. Las fuentes de información definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social deberán reflejar los resultados obtenidos para efectos de determinar el reconocimiento de los incentivos.</p> <p>Parágrafo. Los recursos que se obtengan por el componente variable deberán ser reconocidos de igual forma a la red de prestadores involucrada en la atención de la población de cada una de las Rutas de Atención Integrales de Salud".</p> <p>En relación con el parágrafo, Partiendo del hecho de que actualmente existe el mecanismo de giro directo (regulado en el artículo 29 de la Ley 1438 de 2011², el artículo 10 de la Ley 1608 de 2013³ y el artículo 239 de la Ley 1955 de 2019) y que no se ha determinado una división entre el componente fijo y variable de la UPC, se</p> <p>² Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. ³ Por medio de la cual se adoptan medidas para mejorar la liquidez y el uso de algunos recursos del Sector Salud.</p>	<p>requiere que se precise si los recursos que se obtengan por el componente variable serán objeto de giro directo y, asimismo, se definan las reglas de este por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>3. Capítulo V. Transaccionalidad y Mecanismos de Pago</p> <p>Teniendo en cuenta que la estructura y normativa que regula el funcionamiento de la ADRES instaure dentro de sus obligaciones el reconocimiento y pago de distintos conceptos, así como el adelanto de las transferencias que correspondan a los diferentes agentes del Sistema, respetuosamente se sugiere incluir en el articulado del Proyecto de Ley la distinción entre estos reconocimientos o transferencias que hace la ADRES y los mecanismos de pago que se encuentran contenidos en el capítulo V de la iniciativa, puesto que entre la ADRES y las EPS o IPS no media un acuerdo de voluntades. Lo anterior, a fin de evitar que se pretenda extender a la ADRES las reglas aplicables a las relaciones contractuales de la EPS y las IPS.</p> <p>4. Artículo 32. Agrupadores de Eventos en Salud.</p> <p>El artículo 32 de la ponencia publicada en las Gacetas 1449 de 2020 y 1465 de 2020 dispone:</p> <p>"Artículo 32. Agrupadores de Eventos en Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social diseñará un instrumento que permita a partir de uno o varios agrupadores, integrar procedimientos, intervenciones, actividades y tecnologías, en función de los ciclos de atención y a partir de diagnósticos de episodios para el manejo de la enfermedad.</p> <p>Este instrumento será utilizado como herramienta para evaluar la gestión clínica en función de los resultados en salud y facilitar el intercambiar la información en la transaccionalidad entre los agentes del sistema. Lo anterior sin perjuicio de la autonomía médica".</p> <p>Sobre el particular se solicita comedidamente que se aclare si el tema de los agrupadores de eventos en salud va a ser empleado también para la verificación de las reclamaciones por concepto de salud que son presentadas por las IPS.</p>

<p>5. Artículo 40. Creación y objeto del Fondo de Garantías del Sector Salud</p> <p>El artículo 40 de la ponencia publicada en las Gacetas 1449 de 2020 y 1465 de 2020 dispone:</p> <p>"Artículo 40. Creación y objeto del Fondo de Garantías del Sector Salud. Créase el Fondo de Garantías del Sector Salud como una entidad del nivel descentralizado, de naturaleza única, adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, con personería jurídica, autonomía administrativa, presupuestal y patrimonio independiente, sometida al derecho público y vigilada por la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo con su objeto y naturaleza. Deberán inscribirse obligatoriamente en el Fondo, las EPS y de forma voluntaria los prestadores de servicios y otros proveedores de servicios y tecnologías en salud.</p> <p><i>El Fondo tiene por objeto garantizar la continuidad de prestación de servicios de salud al usuario cuando esta pueda verse amenazada por la imposibilidad de pago de obligaciones por parte de las EAPB o prestadores de servicios como resultado de problemas financieros.</i></p> <p>Parágrafo 1. Las operaciones del Fondo se regirán por esta Ley, por las normas del derecho privado y por el reglamento que expida el Gobierno Nacional dentro de los seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley</p> <p>Parágrafo 2. El Gobierno Nacional reglamentará, dentro de los seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley, las condiciones de amparo del seguro de acreencias para las IPS y proveedores de servicios y tecnologías en salud, con el fin de cubrir el pago de las obligaciones en los montos que se definan, garantizando en todo momento que exista un riesgo asegurable para el Fondo".</p> <p>Actualmente, la Dirección de Liquidaciones y Garantías de la ADRES tiene a su cargo "Impartir las directrices para la ejecución de las acciones, acciones, operaciones y mecanismos dirigidos al desarrollo de los mecanismos previstos en el artículo 41 del Decreto-ley 4107 de 2011, de acuerdo con lo establecido en la normativa vigente" y, asimismo, entre las funciones de la entonces Subcuenta de Garantías se encuentran las siguientes:</p> <p>"a) Procurar que las instituciones del sector salud tengan medios para otorgar la liquidez necesaria para dar continuidad a la prestación de servicios de salud;</p>	<p>b) Servir de instrumento para el fortalecimiento patrimonial de aseguradores y prestadores de servicios de salud y de garantía para el acceso a crédito y otras formas de financiamiento;</p> <p>c) Participar transitoriamente en el capital de los aseguradores y prestadores de servicios de salud;</p> <p>d) Apoyar financieramente los procesos de intervención, liquidación y de reorganización de aseguradores y prestadores de servicios de salud".</p> <p>De acuerdo con lo anterior, estas funciones dejarían de estar en cabeza de la ADRES y pasarían al Fondo propuesto en el proyecto de Ley, razón por la cual se hace perentorio mencionar de qué manera se realizaría esta transición.</p> <p>6. Artículo 42. Funciones del Fondo de Garantías del Sector Salud.</p> <p>El artículo 42 de la ponencia publicada en las Gacetas 1449 de 2020 y 1465 de 2020 dispone en su numeral 42.1:</p> <p>"Artículo 42. Funciones del Fondo de Garantías del Sector Salud. Para desarrollar el objeto el Fondo tendrá las siguientes funciones: 42.1 Servir de instrumento para el fortalecimiento patrimonial que permita el acceso a crédito y otras formas de financiamiento".</p> <p>La implicación inmediata de este apartado sería la eliminación de competencias de la ADRES, en especial las contenidas dentro del Decreto Ley 4107 de 2001⁴ y el Decreto 1681 de 2015⁵ en concordancia con lo establecido en el artículo 14 del Decreto 1429 de 2016⁶, las cuales actualmente se encuentran bajo el cargo de la Dirección de Liquidaciones y Garantías.</p> <p>7. Sugerencia</p> <p>⁴ Por el cual se determinan los objetivos y la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social y se integra el Sector Administrativo de Salud y Protección Social ⁵ Por el cual se reglamenta la Subcuenta de Garantías para la Salud del Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA. ⁶ Por el cual se modifica la estructura de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES - y se dictan otras disposiciones.</p>
<p>Se sugiere incluir en el proyecto de Ley que se distinga entre los reconocimientos o transferencias que hace la ADRES de los mecanismos de pago que se encuentran en el capítulo V, puesto que entre la ADRES y las EPS o IPS no media un acuerdo de voluntades. Lo anterior, a fin de evitar que se pretenda extender a la ADRES las reglas aplicables a las relaciones contractuales de la EPS y las IPS.</p> <p>8. Consideraciones Finales</p> <p>Por todo lo expuesto, esta Administradora solicita muy respetuosamente la consideración de los argumentos aquí expresados debido al efecto que las disposiciones generarían en el funcionamiento del SGSSS.</p> <p>Adicionalmente, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES manifiesta la disposición de colaborar con la actividad legislativa dentro de los parámetros constitucionales y legales.</p> <p>Cordialmente,</p>  <p>JORGE GUTIÉRREZ SAMPREDO Director General</p>	<p style="text-align: center;">Comisión Séptima Constitucional Permanente CSP-CS-COVID-19-0181-2021 Bogotá D.C., 19 de marzo de 2021</p> <p>PARA: DOCTOR GREGORIO ELJACH PACHECO, SECRETARIO GENERAL, H. SENADO DE LA REPÚBLICA. DE: JESÚS MARÍA ESPAÑA VERGARA, SECRETARIO-SÉPTIMA DE SENADO.</p> <p>ASUNTO: PUBLICACIÓN DEL CONCEPTO.</p> <p>Respetado Doctor:</p> <p>Para lo de su competencia y con base en lo dispuesto en el inciso quinto del artículo 2º de la Ley 1431 de 2011, remito a su despacho en medio impreso e igualmente en medio magnético, para su publicación en la Gaceta del Congreso de la República,</p> <p>COMENTARIOS: ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD- ADRES. REFRENDADO POR: DOCTOR JORGE GUTIÉRREZ SAMPREDO -DIRECTOR GENERAL. NÚMERO DEL PROYECTO DE LEY: N° 10/2020 SENADO y 425/2020 CÁMARA. TÍTULO DEL PROYECTO: "POR MEDIO DE LA CUAL SE DICTAN DISPOSICIONES ORIENTADAS A GARANTIZAR EL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD DENTRO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL, DE CONFORMIDAD CON LA LEY 1751 DE 2015, Y LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA DE SALUD" "MENSAJE DE URGENCIA" NÚMERO DE FOLIOS: SEIS (01) FOLIOS RECIBIDO EN LA SECRETARÍA DE LA COMISIÓN SÉPTIMA DEL SENADO EL DÍA: MIÉRCOLES DIECISIETE (17) DE MARZO DE 2021. HORA: 18.26 P.M. Cordialmente,</p>  <p>JESÚS MARÍA ESPAÑA VERGARA SECRETARIO - COMISIÓN SÉPTIMA</p>

LA COMISION SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA. - Bogotá D.C., a los diecisiete (17) días del mes de marzo del año dos mil veintiuno (2021) - En la presente fecha se autoriza la publicación en Gaceta del Congreso de la República, las siguientes: consideraciones.

COMENTARIOS: ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD- ADRES.

REFRENDADO POR: DOCTOR JORGE GUTIÉRREZ SAMPRADO -DIRECTOR GENERAL.

NÚMERO DEL PROYECTO DE LEY: N° 10/2020 SENADO y 425/2020 CÁMARA.

TÍTULO DEL PROYECTO: "POR MEDIO DE LA CUAL SE DICTAN DISPOSICIONES ORIENTADAS A GARANTIZAR EL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD DENTRO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL, DE CONFORMIDAD CON LA LEY 1751 DE 2015, Y LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA DE SALUD" "MENSAJE DE URGENCIA"

NÚMERO DE FOLIOS: SEIS (01) FOLIOS

RECIBIDO EN LA SECRETARÍA DE LA COMISIÓN SÉPTIMA DEL SENADO EL

DÍA: MIÉRCOLES DIECISIETE (17) DE MARZO DE 2021.

HORA: 18.26 P.M.

Lo anterior, en cumplimiento de lo ordenado en el inciso 5° del artículo 2° de la Ley 1431 de 2011.

El Secretario,


JESÚS MARÍA ESPAÑA VERGARA
 SECRETARIO

CONTENIDO

Gaceta número 162 - Viernes, 19 de marzo de 2021

SENADO DE LA REPÚBLICA

CONCEPTOS JURÍDICOS

Págs.

Concepto jurídico Ministerio de Salud y Protección Social sobre el Proyecto de ley número 197 de 2020 Senado, por medio de la cual se ordena la modernización y actualización permanente del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) en Colombia.....	1
Concepto jurídico Ministerio de Salud y Protección Social sobre el Proyecto de ley número 254 de 2020 Senado, por medio de la cual se establecen medidas en pro de la atención en salud mental preventiva en el sistema penitenciario en Colombia y se dictan otras disposiciones.	10
Concepto jurídico Adres sobre el Proyecto de ley número 010 de 2020 Senado, 425 de 2020 Cámara, por medio de la cual se dictan disposiciones orientadas a garantizar el Derecho Fundamental a la Salud dentro del Sistema General de Seguridad Social, de conformidad con la Ley 1751 de 2015, y la sostenibilidad del Sistema de Salud.	14