

POLÍTICAS INTERNACIONALES, NACIONALES Y DISTRITALES

CLEMENCIA GÓMEZ CABAL, MARISOL VELANDIA PEDRAZA

El programa ampliado de inmunizaciones (PAI) es una acción conjunta de las naciones del mundo y organizaciones internacionales, tendiente a lograr una cobertura universal de vacunación, con el fin de disminuir la morbilidad y la mortalidad causadas por enfermedades inmunoprevenibles. Con esta intervención se reconoce que la vigilancia epidemiológica tiene la capacidad de identificar y vigilar el comportamiento de estos eventos, evaluar el comportamiento generado por el programa e identificar zonas de riesgo.

Además de la anterior definición, puede decirse que el PAI es uno de los programas de Salud Pública que ha mostrado los mejores resultados en la protección de salud en especial la de los niños y, por tanto, que tiene bondades indiscutibles en términos de costo-beneficio.

El PAI en el Mundo

El programa ampliado de inmunizaciones modificó de manera radical el comportamiento de las enfermedades inmunoprevenibles, porque a comienzos de este siglo las infecciones transmisibles de la infancia causaban la muerte prematura a millones de niños en el mundo. Existía una sola vacuna contra la viruela, que permitió erradicar de esta enfermedad a escala mundial. Este importante logro hizo pensar que era posible utilizar esta estrategia para combatir otras enfermedades como el sarampión o la poliomielitis.

Es así como en mayo de 1974, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció el programa ampliado de inmunizaciones para poner al alcance de un mayor número de niños los enormes beneficios de la vacunación. El programa se concentró en seis enfermedades, para lo cual exigió la aplicación de cuatro vacunas diferentes: antisarampionosa, triple bacteriana (DPT), antituberculosa (BCG) y la vacuna oral contra la poliomielitis (VOP).

En la Declaración Mundial Sobre La Supervivencia, La Protección y el Desarrollo del Niño celebrada el 30 de septiembre de 1990 en la Cumbre Mundial A Favor De La Infancia en la ciudad de Nueva York se plantearon medidas específicas relacionadas con la supervivencia, la protección y el desarrollo del niño dentro de las que se plantea la erradicación o eliminación de enfermedades que han afectado a decenas de millones de niños durante los siglos y el mejoramiento de las condiciones de vida de las futuras generaciones. A fin de aprovechar estas oportunidades en la Declaración de la Cumbre Mundial a favor de la Infancia se hace un llamamiento para que se realicen actividades concretas en las siguientes esferas:

- *“Salud infantil: Las enfermedades infantiles evitables tales como sarampión, la poliomielitis, el tétanos, la tuberculosis, la tos ferina y la difteria, que ya se pueden impedir mediante la vacunación, y las enfermedades diarreicas, así como la neumonía y otras infecciones agudas de las vías respiratorias que se puedan evitar o curar eficazmente con medicamentos de costo relativamente bajo, son la principal causa de la muerte de 14 millones de niños menores de 5 años en todo el mundo y cada año dejan 1 millón de niños impedidos. Se puede y se deben adoptar medidas eficaces para combatir esas enfermedades mediante el fortalecimiento de la atención primaria de salud y los servicios básicos de salud en todos los países.”*

El PAI en América

En 1977, en la XXV Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se estableció el programa ampliado de inmunizaciones en la región de las Américas.

Durante estos veinticinco años, ha habido importantes logros, como el aumento significativo de la cobertura de vacunación de menores de un año contra difteria, tétanos, tos ferina, poliomielitis, sarampión y tuberculosis que

han superado el 80% de coberturas en comparación con los años anteriores. Estas coberturas se han traducido en millones de casos de enfermedad evitados y vidas salvadas.

Además, esta región fue pionera en la erradicación de la viruela, en 1971 y de la poliomielititis, en 1991. También se está trabajando en la eliminación del tétano neonatal como problema de salud pública, adoptado en la Cumbre Mundial a favor de la infancia. Actualmente la región está avanzando hacia la erradicación del sarampión para el año 2000.

Los sistemas de vigilancia de enfermedades inmunoprevenibles tienen mayor solidez y se han convertido en la herramienta fundamental para el seguimiento del programa

El PAI en Colombia

El país ha tenido importantes avances y se han logrado las metas propuestas internacionalmente. Es así como en 1991 se erradicó el virus salvaje de la poliomielititis, cuya certificación fue promulgada en 1994. También se ha avanzado de manera extraordinaria en la eliminación del tétano neonatal (TNN) y, en 1993, el país acogió el plan de eliminación del sarampión, que por su impacto pasó, en el término de cinco años (mayo de 1998), a la fase de erradicación.

Patologías como difteria y la tos ferina han descendido a medida que el PAI tuvo un desarrollo sostenido y, hoy en día, se limitan a casos esporádicos.

En 1993, el Ministerio de Salud estableció el Plan de Control de la Hepatitis B, que en la primera fase concedió la prioridad a las áreas y comunidades identificadas como alto riesgo. Allí la vacunación ha permitido disminuir la incidencia y evitar la transmisión, especialmente de madre a hijo. A partir de 1994, se universalizó la vacunación al incluir éste biológico en el esquema regular de vacunación del menor de un año de edad.

En 1995 se inició el Plan de Eliminación de la rubéola y del síndrome de la rubéola congénita (SRC), con la introducción de la vacuna triple viral, y en mayo de 1998 se realizó la primera fase de eliminación de meningitis y otras infecciones invasivas causadas por el *Haemophilus influenzae* tipo B (HiB), al vacunar masivamente a los menores de un año de edad.

Colombia a hecho importantes esfuerzos para incluir nuevos biológicos en el esquema nacional. Es así como se convierte en uno de los países de la región de las américas con esquema de vacunación más completo. En la tabla 1 se presentan los biológicos incluidos en el esquema nacional actualmente aprobado.

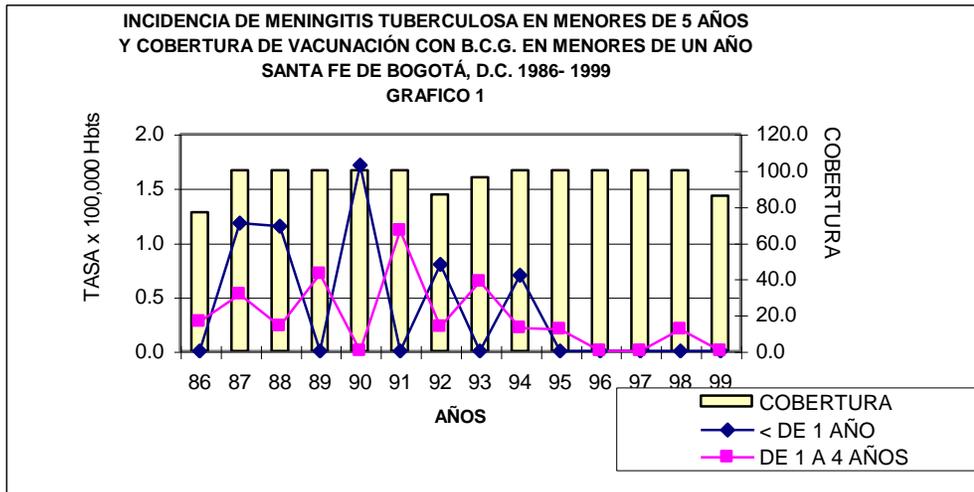
El PAI en Santa Fe de Bogotá, D.C.

En el Distrito Capital, el programa ampliado de inmunizaciones ha tenido un importante desarrollo, siguiendo con los lineamientos definidos por el Ministerio de Salud. A continuación se presentan el comportamiento de las enfermedades inmunoprevenibles y su relación con las coberturas en el período comprendido entre 1986 y 1999.¹

¹ Series Históricas de Salud de Santa Fe de Bogotá, 1986-1996. Secretaria Distrital de Salud.

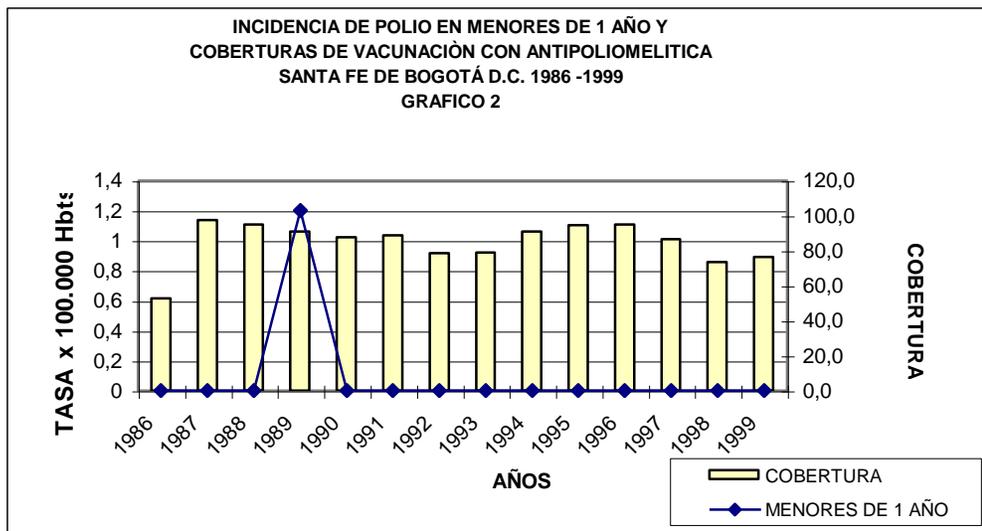
Meningitis Tuberculosa

Tal como se aprecia en el gráfico 1, la meningitis tuberculosa presentó un comportamiento cíclico bianual desde 1986 hasta 1995, año a partir del cual presentan un descenso que tiende a mantenerse estable.



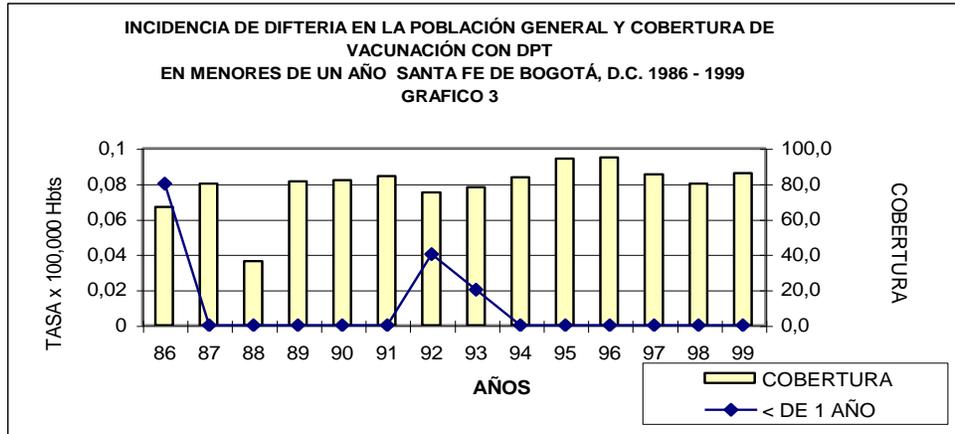
Poliomielitis

El último caso de poliomielitis en Santa Fe de Bogotá ocurrió en 1989. A partir de ese año no se ha vuelto a aislar el polio-virus salvaje en la ciudad. Aunque no se han presentado casos, se debe continuar realizando una vigilancia adecuada y estricta de casos de parálisis flácida aguda, para detectar oportunamente importaciones de polio-virus salvaje. El compromiso es alcanzar coberturas útiles de 95% (Gráfico 2).



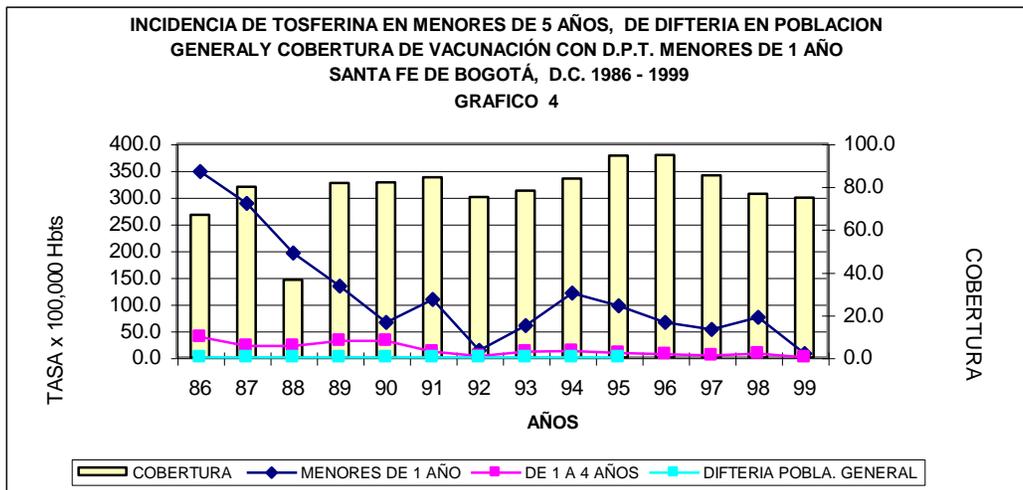
Difteria

Se observa que a pesar de que la cobertura de vacunación no se ha mantenido constante a través de los años, la incidencia en el grupo menor de un año es baja, 0,79 por cien mil habitantes. Sin embargo, es necesario reforzar las medidas de vigilancia y control, debido a que nos encontramos en límites con países como Ecuador en el que se presentó un brote de esta enfermedad desde 1993 hasta 1995, la cual puede extenderse hasta Colombia (Gráfico 3).



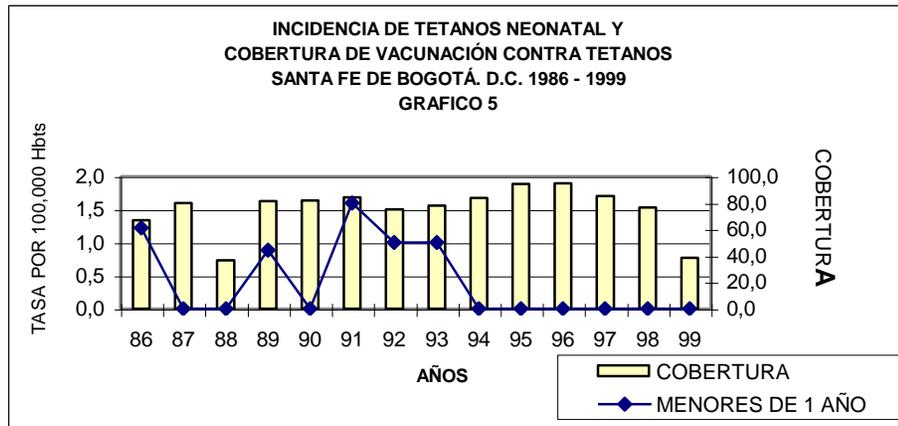
Tos ferina

La tos ferina presenta problemas de diagnóstico tanto clínico como de laboratorio, debido a las características propias del agente causal. A pesar de ello, se observa un descenso en la incidencia a través del periodo analizado en los menores de cinco años, debido a que se ha logrado la cobertura mínima de 80%, necesaria para su control (Gráfico 4).



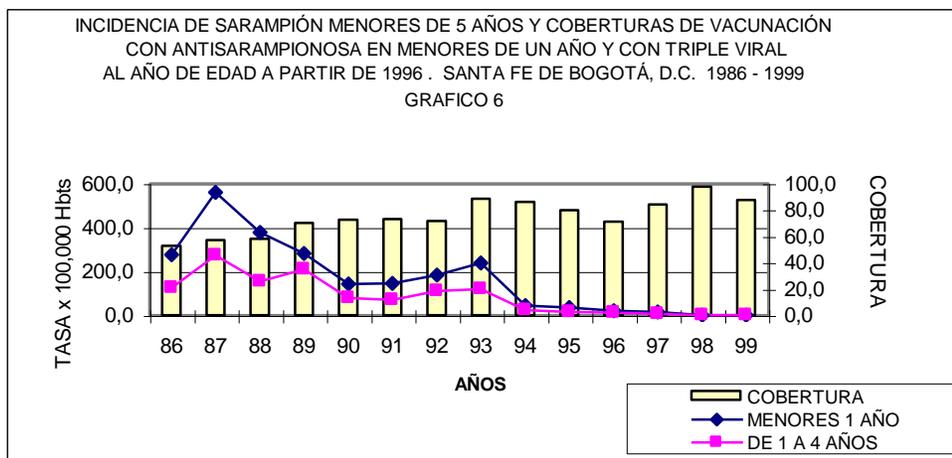
Tétanos Neonatal

En Santa Fe de Bogotá, a partir de 1993, no se notifican casos autóctonos. Sin embargo, el riesgo de que se presente un caso es alto debido al índice de inmigración, especialmente de familias desplazadas que se ubican en zonas marginadas donde el acceso a los programas de vacunación es restringido al igual que la atención oportuna y adecuada del parto. Hasta 1996 se inmunizó al grupo de mujeres en edad fértil con toxoide tetánico; a partir de 1997 con toxoide tetánico y diftérico para proteger a la mujer contra tétanos y difteria. La cobertura vacunal con este biológico es baja debido a que se toma como denominador el total de las mujeres con edad fértil del distrito y no a las mujeres que viven en zonas consideradas de riesgo (Gráfico 5)



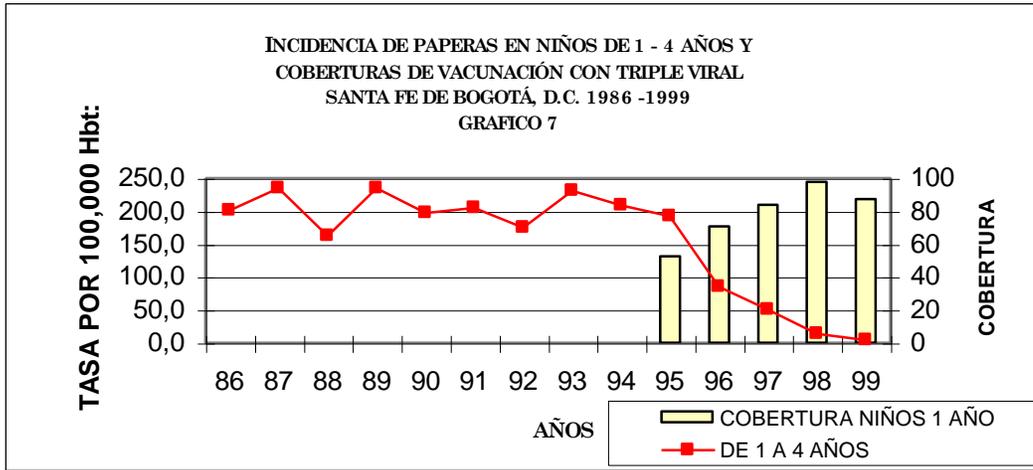
Sarampión

En Santa Fe de Bogotá, a partir de 1993, fecha en la que se realizó la jornada nacional de vacunación contra el sarampión, se observa un descenso en su incidencia en los menores de cinco años, a pesar de que no se ha logrado la cobertura útil para alcanzar los objetivos del plan de erradicación del sarampión. Sumado a lo anterior, existe la probabilidad de ocurrencia de brotes por la cercanía con países del cono sur donde se han presentado brotes epidémicos (Gráfico 6).



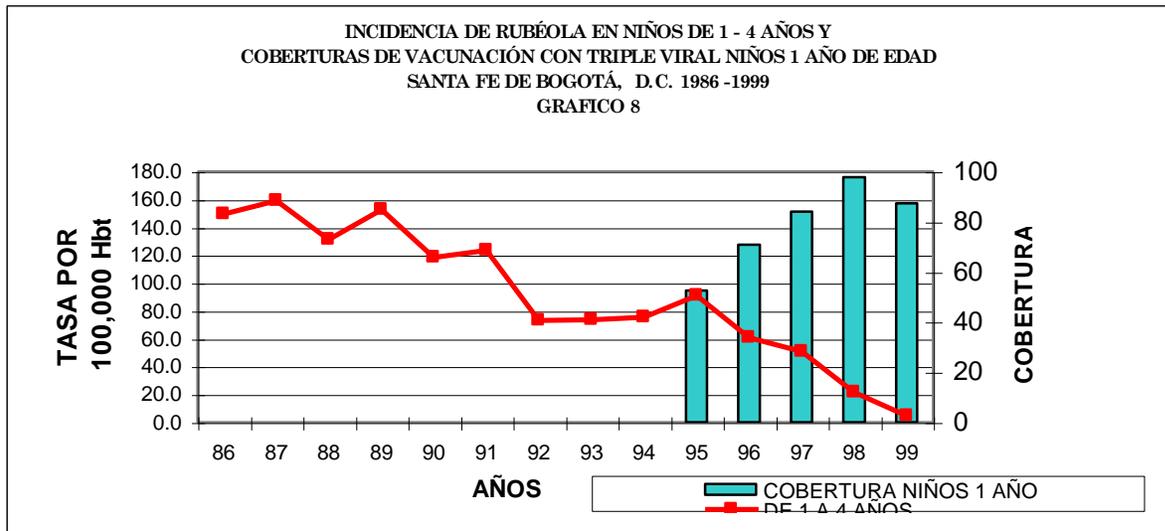
Parotiditis

En Santa Fe de Bogotá la parotiditis continua siendo un problema de salud pública aún cuando se observa una disminución en la incidencia en los últimos dos años, probablemente debido a la inclusión de la vacuna triple viral en el esquema de vacunación del menor de cinco años (Gráfico 7).



Rubéola

En el gráfico 8 se observa que la incidencia ha descendido en los últimos dos años y que la inclusión de la vacuna triple viral muestra su eficacia para el control de dicho evento, siendo el objetivo principal la eliminación del síndrome de rubéola congénita, pues se calcula que cada año nacen en las Américas más de veinte mil niños con SRC, a pesar de que no haya grandes epidemias, hecho que genera un alto costo social.



COMPROMISO DE SANTA FE DE BOGOTA CON EL PAI

Basándose en la resolución 4288 de 1.996 que ejecuta todo lo relacionado en el Plan de Atención Básica (PAB), la Secretaría de Salud ha diseñado una estrategia exclusiva para el fortalecimiento del PAI dentro de este plan con el fin de lograr unas coberturas útiles en vacunación.

Esta estrategia básicamente será desarrollada por la Empresa Social del Estado de primer nivel a través del contrato de ejecución del Plan de Atención Básica 2.000 el cual debe garantizar: el fortalecimiento del PAI en cada una de las 20 localidades, a través de acciones de coordinación local en los diferentes actores que deben apoyar el programa (IPS / ARS / EPS / Comunidades), para el análisis de la información, toma de decisiones y mejoramiento de las coberturas.

De igual manera prestar asistencia técnica a las IPS con servicios de vacunación garantizando el adecuado funcionamiento del programa en cada una de ellas.

Manejo adecuado del biológico desde su transporte, almacenamiento, distribución, aplicación y elaboración de informes. Finalmente diseñar e implementar estrategias de identificación de la población descubierta por el SGSSS para aplicación del biológico y seguimiento del esquema según las directrices dadas por el Ministerio.

Según el Acuerdo 002-1998 del Consejo Distrital de Seguridad Social en Salud, en el cual se fijan políticas para el funcionamiento del PAI en el Distrito Capital estableciendo que todas las Entidades Promotoras de Salud y las Administradoras del Régimen Subsidiado están obligadas a suministrar las vacunas que requieran sus afiliados según lo establece el manual de medicamentos y hacer promoción y prevención en las actividades relacionadas con jornadas Distritales de vacunación. Actualmente esta resolución fue reemplazada por la 0412 de 2000 que se empezará a implementar a partir de junio de ese mismo año. De igual manera también están obligadas a garantizar la vacunación de sus afiliados en forma efectiva y oportuna, por lo cual deben establecer convenios o contratos con IPS pública o privadas para garantizarle a sus afiliados el servicio.

Según la resolución 3997 de 1996 por la cual se establecen las actividades y procedimientos para el desarrollo de las acciones de promoción y prevención en el SGSSS, que serán de obligatorio cumplimiento para las EPS, ARS, IPS y Direcciones Seccionales, Distritales y Municipales en Salud; reglamenta las actividades relacionadas con el PAI como la aplicación del esquema completo y de refuerzos según el esquema único de vacunación establecido por el Ministerio de salud y los que se adicione en un futuro.

El Acuerdo 117-1998 establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de las enfermedades de salud pública en el cual tanto Aseguradores como Prestadores deben focalizar la población afiliada a atender, adecuar una red suficiente para su atención e implementar diferentes estrategias para la divulgación de sus programas e información a sus usuarios.

OBJETIVOS Y METAS DEL PAI

Los objetivos y metas establecidos por el PAI son precisos y se dirigen a población de riesgo prioritaria como menores de cinco años y mujeres en gestación y edad fértil. Los objetivos anteriores están definidos en acuerdos internacionales y, por tanto, se consideran compromisos internacionales de cada país.

Objetivos Generales

- *Reducir la morbilidad y mortalidad por difteria, tos ferina, tétanos y sarampión, prestando servicios de inmunización contra estas enfermedades a todos los niños de la región (se pueden incluir otras enfermedades prevenibles por vacunación siempre y cuando sea pertinente y los recursos lo permitan).*
- *Promover la autosuficiencia de los países en la prestación de servicios básicos de inmunización dentro del marco de los servicios integrales de salud.*

- *Promover la autosuficiencia regional, la producción y control de calidad de las vacunas.*

Objetivos Específicos

- *Mantener la erradicación de la circulación del virus salvaje de la poliomielitis.*
- *Eradicar la transmisión autóctona del virus del sarampión en las Américas para el año 2000.*
- *Eliminar el tétanos neonatal.*
- *Establecer o fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica regional y nacional que incluya las enfermedades prevenibles por vacunación, para que todos los casos sospechosos sean investigados de inmediato y se apliquen las medidas de control pertinentes.*
- *Introducir vacunas nuevas o en la rutina de inmunización a que estén disponibles para su uso en los servicios de salud.*
- *Promover otras prácticas de atención primaria en salud (MS) que sean apropiadas para el PAI y su población objeto.*
- *Llevar a cabo investigaciones que sirvan para alcanzar los objetivos señalados.*
- *Implementar actividades de información y educación en salud para estimular a la población a que exija programas de prevención y vigile que los niños completen sus esquemas.*

Metas

El programa ampliado de inmunizaciones centra su actuar en seis planes que obedecen a la política establecida la Cumbre mundial a favor de la infancia, referidas a mejorar la salud y el de la población infantil, a saber:

- *Consolidación de la erradicación del virus de la poliomielitis.*
- *Eradicación del sarampión para el año 2000.*
- *Eliminación del tétanos neonatal.*
- *Control de la rubéola congénita.*
- *Control de la hepatitis viral.*
- *Control de otras enfermedades inmunoprevenibles tales como la tuberculosis, ferina, difteria, parotiditis, meningitis Haemophilus influenzae y fiebre amarilla.*

BIBLIOGRAFÍA

ACUERDO 002 – 1998 CONSEJO DISTRITAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.

ACUERDO 117- 1998 MINISTERIO DE SALUD

LEAL QUEVEDO y Cols. Vacunas en Pediatría. Editorial Médica Panamericana

MINISTERIO DE SALUD. Resolución 4288 de 1996

MINISTERIO DE SALUD. Resolución 3992 de 1995