VACUNACIÓN PAI EN EL CONTEXTO DEL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA Y DEL MUNICIPIO DE ANGELÓPOLIS (1.984 - 1.993), (1.994 – 2.003)

LINA MARIA ZULETA VANEGAS
MARIA TERESA QUINTERO TOBON
HERNANDO HURTADO QUINTERO

CINDE – UNIVERSIDAD DE MANIZALES
MAESTRÍA EN EDUCACIÓN Y DESARROLLO HUMANO
SABANETA
2006

VACUNACIÓN PAI EN EL CONTEXTO DEL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA Y DEL MUNICIPIO DE ANGELÓPOLIS (1.984 - 1.993), (1.994 – 2.003)

LINA MARIA ZULETA VANEGAS
MARIA TERESA QUINTERO TOBON
HERNANDO HURTADO QUINTERO

Tesis de Maestría para optar el título de magíster en educación y desarrollo humano

Asesora
Elvigia Posada

CINDE – UNIVERSIDAD DE MANIZALES
MAESTRÍA EN EDUCACIÓN Y DESARROLLO HUMANO
SABANETA
2006

Nota de aceptación

_____

_____

_____

_____
Presidente del Jurado

_____
Jurado

_____
Jurado

Medellín, _____

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
LISTA DE TABLAS	viii
LISTA DE CUADROS	x
LISTA DE FIGURAS	xi
LISTA DE ANEXOS	xiii
INTRODUCCIÓN	14
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
1.1 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	18
2. OBJETIVOS	19
2.1 OBJETIVO GENERAL	19
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
3. MARCO REFERENCIAL	20
3.1 CONTEXTO	20
3.1.1 Departamento de Antioquia	20
3.1.1.1 Actividad económica	20
3.1.1.2 Vías de Transporte	21
3.1.1.3 Referente histórico de la salud en Antioquia	21
3.1.2 Municipio de Angelópolis	25
3.1.2.1 Objetivos generales del Municipio de Angelópolis	27
3.2 MARCO LEGAL	28
3.2.1. Ley 100 de 1993	30
3.2.2 Resolución 3997 de 1996.	30
3.2.3 Resolución 4288 de 1996	31
3.2.4 Acuerdo 117 de 1998	32

3.2.5 Resolución 412 de febrero de 2000 32
3.2.6 Resolución 3384 de diciembre de 2000 33
3.3 EJES TEMATICOS 35
3.3.1 La Política 35
3.3.1.1 La política pública desde la perspectiva sociológica 35
3.3.1.2 Las políticas públicas desde la perspectiva política 41
3.3.1.3 las políticas públicas desde la perspectiva del derecho 44
3.3.1.4 las políticas públicas desde la perspectiva de la economía 45
3.4 LA CALIDAD DE VIDA 47
3.5 LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA 53
3.5.1 Estructura de la vigilancia epidemiológica. 53
3.5.2 Objetivos generales de la vigilancia epidemiológica 53
3.5.3 Control epidemiológico de enfermedades inmunoprevenibles 55
3.6. ESTRATEGIAS DE VACUNACIÓN 58
3.6.1 Vacunación institucional 58
3.6.2 Casa a casa 58
3.6.3 Por concentración 59
3.6.4 Jornadas Nacionales de Vacunación 59
3.6.5 Operación barrido 59
3.6.6 Canalización 60
3.6.7 Equipos móviles polivalentes 60
3.7 PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD. 62
4. METODOLOGÍA 65
4.1 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN 65
4.1.1 Tipo de estudio 65
4.1.2 Fuentes de información 65
4.1.3 Recolección y presentación de la información. 66
4.1.4 Plan de análisis 66

4.2 ENTREVISTAS 67
4.3 ANÁLISIS DOCUMENTAL 67
4.4 ANÁLISIS DE ENTREVISTAS 67
4.5 CREDIBILIDAD, VALIDEZ Y CONFIABILIDAD 68
4.5.1 Credibilidad 68
4.5.2 La validez 68
4.5.3 La confiabilidad 68
4.6 ESCENARIOS 68
4.7 REFLEXIONES ÉTICAS DEL ACTUAL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD 69
4.7.1 Consideraciones éticas 70
4.7.2 Consideraciones al respecto del consentimiento informado 71
4.8 PLAN DE DIVULGACIÓN 72
5. ANÁLISIS DE RESULTADOS 73
5.1 ANÁLISIS CUANTITATIVO DE LAS COBERTURAS DE VACUNACIÓN EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA 73
5.1.1 Comportamiento de las enfermedades inmunoprevenibles 73
5.1.2 Número de casos de enfermedades inmunoprevenibles en el departamento de Antioquia 74
5.1.3 Comportamiento de las coberturas de vacunación 76
5.1.4 Presupuesto de ingresos por habitante 78
5.1.5 Correlación entre tasa de incidencia de inmunoprevenibles y cobertura de vacunación 79
5.1.6 Correlación entre tasa de incidencia de inmunoprevenibles e ingreso por habitante 79
5.1.7 Correlación entre coberturas de vacunación e ingreso por habitante 80
5.1.8 Comportamiento de la mortalidad por enfermedades inmunoprevenibles 81

5.2 ANÁLISIS CUANTITATIVO DE LAS COBERTURAS DE VACUNACIÓN EN EL MUNICIPIO DE ANGELOPOLIS 83
5.2.1 Comportamiento de las enfermedades inmunoprevenibles 83
5.2.2 Comportamiento de las coberturas de vacunación 85
5.2.3 Presupuesto de ingresos por habitante 86
5.2.4 Correlación entre tasa de incidencia de inmunoprevenibles y cobertura de vacunación 88
5.2.5 Correlación entre tasa de incidencia de inmunoprevenibles e ingresos por habitante 88
5.2.6 Correlación entre coberturas de vacunación e ingresos por habitante 89
5.2.7 Comparación entre el departamento de Antioquia y el municipio de Angelópolis 89
5.3 DISCUSIÓN 90
6. CONCLUSIONES 108
7. RECOMENDACIONES 110
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 113
BIBLIOGRAFIA 118
ANEXOS 119

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Comparación de la mediana de la tasa de incidencia de las enfermedades inmunoprevenibles antes y durante la reforma del sector salud. Antioquia, 1984-2003	75
Tabla 2. Comparación del número de casos de enfermedades inmunoprevenibles antes y durante la reforma del sector salud. Antioquia, 1984-2003	75
Tabla 3. Análisis de tendencia de la tasa de incidencia de enfermedades inmunoprevenibles antes y durante la reforma del sector salud. Antioquia, 1984-2003	76
Tabla 4. Comparación de la mediana de la cobertura de vacunación antes y durante la reforma del sector salud. Antioquia, 1984-2003	77
Tabla 5. Comparación del número de personas vacunadas antes y durante la reforma de salud. Antioquia, 1984-2003	77
Tabla 6. Análisis de tendencia de las coberturas de vacunación antes y durante la reforma del sector salud. Antioquia, 1984-2003	78
Tabla 7. Correlación entre tasas de incidencia de enfermedades inmunoprevenibles vs coberturas de vacunación antes y durante la reforma del sector salud y total del período. Antioquia, 1984-2003	79
Tabla 8. Correlación entre tasas de incidencia de enfermedades inmunoprevenibles vs ingresos por habitantes antes y durante la reforma del sector salud y total del período. Antioquia, 1984-2003	80
Tabla 9. Correlación entre las coberturas de vacunación vs. ingresos por habitantes antes y durante la reforma del sector salud y total del período. Antioquia, 1984-2003	80
Tabla 10. Comparación de la mediana de la tasa de mortalidad por enfermedades inmunoprevenibles antes y durante la reforma del sector salud. Antioquia, 1984-2003	82
Tabla 11. Comparación del número de defunciones por enfermedades inmunoprevenibles antes y durante la reforma de salud. Antioquia, 1984-2003	82

Tabla 12. Comparación de la mediana de la tasa de incidencia de las enfermedades inmunoprevenibles antes y durante la reforma del sector salud. Angelópolis 1984-2003 85

Tabla 13. Comparación del número de casos de las enfermedades inmunoprevenibles antes y durante la reforma del sector salud. Angelópolis 1984-2003 85

Tabla 14. Comparación de la mediana de la cobertura de vacunación antes y durante la reforma del sector salud. Angelópolis, 1984-2003 86

Tabla 15. Comparación del número de personas vacunadas antes y durante la reforma de salud. Angelópolis. Antioquia, 1984-2003 86

Tabla 16. Análisis de tendencia de las coberturas de vacunación antes y durante la reforma del sector salud. Angelópolis. Antioquia, 1984-2003 87

Tabla 17. Correlación entre tasas de incidencia de enfermedades inmunoprevenibles vs coberturas de vacunación antes y durante la reforma del sector salud y total del período. Angelópolis, 1984-2003 88

Tabla 18. Correlación entre tasas de incidencia de enfermedades inmunoprevenibles vs ingresos por habitantes antes y durante la reforma del sector salud y total del período. Angelópolis, 1984-2003 88

Tabla 19. Correlación entre las coberturas de vacunación vs ingresos por habitantes antes y durante la reforma del sector salud y total del período. Angelópolis, 1984-2003 89

Tabla 20. Comparación de la mediana de las tasas de incidencia y de las coberturas de vacunación entre el departamento de Antioquia y el municipio de Angelópolis. 1984-2003 89

Tabla 21. Efectos de la aplicación de la política pública actual de prevención en enfermedades inmunoprevenibles 97

Tabla 22. Factores externos que influyen en la aplicación de la política pública actual de prevención en enfermedades inmunoprevenibles 102

LISTA DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1. Esquema único de vacunación PAI	61
Cuadro 2. Esquema de vacunación	62
Cuadro 3. Tabla comparativa entre promoción de la salud y prevención de la enfermedad.	64

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Tasa de incidencia de sarampión vs. cobertura de vacunación. Antioquia, 1984 - 2003	73
Figura 2. Tasa de incidencia de rubéola vs. cobertura de vacunación. Antioquia, 1984 – 2003	73
Figura 3. Tasa de incidencia de parotiditis vs. cobertura de vacunación. Antioquia, 1984 – 2003	73
Figura 4. Tasa de incidencia de poliomielitis vs. cobertura de vacunación. Antioquia, 1984 – 2003	73
Figura 5. Tasa de incidencia de tuberculosis vs. cobertura de vacunación. Antioquia, 1984 - 2003	74
Figura 6. Tasa de incidencia de difteria vs. cobertura de vacunación. Antioquia, 1984 - 2003	74
Figura 7. Tasa de incidencia vs. cobertura de vacunación. Antioquia, 1984 - 2003	74
Figura 8. Tasa de incidencia de tosferina vs. cobertura de vacunación. Antioquia, 1984 - 2003	74
Figura 9. Tendencia de la ejecución presupuestal de ingresos por habitante en pesos a valor de 2003. Antioquia, 1984 - 2003	78
Figura 10. Defunciones por sarampión. Antioquia, 1989 - 2003	81
Figura 11. Defunciones por poliomielitis. Antioquia, 1984 - 2003	81
Figura 12. Defunciones por tuberculosis. Antioquia, 1983 - 2003	81
Figura 13. Defunciones por difteria. Antioquia, 1984 - 2003	81
Figura 14. Defunciones por tétanos. Antioquia, 1984 - 2003	81
Figura 15. Tasa de incidencia de rubéola vs. cobertura de vacunación. Angelópolis, Antioquia. 1984 - 2003	83
Figura 16. Tasa de incidencia de parotiditis vs. cobertura de vacunación. Angelópolis, Antioquia. 1984 - 2003	83

Figura 17. Tasa de incidencia de poliomielitis vs. cobertura de VOP. Angelópolis, Antioquia. 1984 - 2003 83

Figura 18. Tasa de incidencia de sarampión vs. cobertura de vacunación. Angelópolis, Antioquia. 1984 - 2003 84

Figura 19. Tasa de incidencia de difteria vs. cobertura de vacunación DPT. Angelópolis, Antioquia. 1984 - 2003 84

Figura 20. Tasa de incidencia de tétanos vs. cobertura de DPT. Angelópolis, Antioquia. 1984 - 2003 84

Figura 21. Tasa de incidencia de tos ferina vs. cobertura de vacunación. Angelópolis, Antioquia. 1984 - 2003 84

Figura 22. Tasa de incidencia de TB vs. cobertura de BCG. Angelópolis, Antioquia. 1984 - 2003 84

Figura 23. Tendencia de la ejecución presupuestal de ingresos por habitante en pesos a valor de 2003. Angelópolis, 1984 - 2003 87

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO Para usuarios del servicio de vacunación	119
ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO Para personal Directivo, Administrativo y Operativo	120
ANEXO 3. GUÍA DE ENTREVISTA PARA PERSONAL ADMINISTRATIVO DEL SECTOR SALUD	121
ANEXO 4. GUÍA DE ENTREVISTA PARA EL PERSONAL OPERATIVO DEL SERVICIO DE VACUNACIÓN	123
ANEXO 5. GUÍA DE ENTREVISTA PARA DIRECTOR LOCAL DE SALUD, GERENTES DE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E IPS	124
ANEXO 6. GUÍA DE ENTREVISTA PARA USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE VACUNACIÓN	126
ANEXO 7. SIGLAS	127

INTRODUCCIÓN

Para abordar la vacunación PAI- Plan Ampliado de Inmunización,- es importante primero tener en cuenta los temas relacionados con la vigilancia epidemiológica, como elemento fundamental de la Salud Pública son asuntos que mantienen su vigencia en el tiempo, ya que están directamente conectados con el bienestar del colectivo, como una responsabilidad del Estado, de garantizar la salud como derecho inalienable de los ciudadanos. Este derecho exige una obligación positiva de propiciar las condiciones, bienes y servicios que hacen posible la conservación y recuperación de la salud cubriendo las necesidades inherentes a este proceso. Las necesidades no solamente deben ser interpretadas como carencias, sino también como potencias, pues impulsan a construir las capacidades para lograr lo que se quiere obtener; por lo tanto, las necesidades se refieren a valores y pueden ser interpretadas con carácter social, pues adquieren sentido y contenido en la cultura.

Esta condición de discurso inacabado, exige integrar permanentemente las condiciones fluctuantes del proceso salud enfermedad y pretende insistir en encontrar explicaciones y nuevas soluciones a las realidades, partiendo del análisis de los diagnósticos de situación de salud de las poblaciones.

Es importante partir de un diagnóstico en salud, para identificar las necesidades reales en este aspecto, por tal motivo la presente investigación pretende generar nuevas propuestas para el mejoramiento de las condiciones de salud en el contexto, dada la importancia de la gestión de los entes territoriales como unidades de desarrollo.

Otro elemento fundamental para abordar la vacunación, como expresión de la salud pública y de las políticas públicas es dimensionar este proceso social, desde la perspectiva del Estado y desde la demanda real de la sociedad, propendiendo por una construcción participativa desde el conocimiento y desde la gestión política, para que estas demandas se traduzcan en resultados, en las cuales medie un proceso de concertación del Estado con los ciudadanos.

La política como resultado tiene que ver con la forma de interpretar los cambios sociales y de incidir en la sociedad mediante la aplicación de éstas (decisiones del gobierno, luego con la dinámica política propiamente dicha: condiciones de estabilidad y de cambio en la sociedad. Finalmente con la gobernabilidad que el sistema cumpla sus funciones, que haya tranquilidad, que haya seguridad y que haya legitimidad).

En este sentido la investigación pretende aportar elementos para el dimensionamiento de las políticas públicas en salud relacionadas con la vacunación propiciando la participación activa de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según el informe sobre situación de las enfermedades inmunoprevenibles en Colombia, Antioquia y Medellín[1], la vacunación contra las enfermedades inmunoprevenibles ha sido reconocida como una de las estrategias costo-efectivas más importantes y trascendentales en materia de salud pública del siglo XX. Colombia, había mantenido en forma regular coberturas elevadas de vacunación, siendo ejemplo para Latinoamérica, después de la promulgación de la Ley 10 de 1.990 y la Ley 100 de 1.993, se descentralizaron responsabilidades y competencias a los diferentes entes territoriales en materia de educación y salud, para lo cual estos no estaban preparados administrativa ni técnicamente, ya que no contaban con los recursos humanos y físicos para asumir tales compromisos. Lo que pudo observarse en el tiempo fue un descenso significativo en las coberturas de vacunación y una falta de control de los organismos de dirección, vigilancia y control del sistema.

Según una investigación realizada por el Departamento de pediatría y puericultura de la Universidad de Antioquia "Implementación del Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI en Medellín, antes y después de la Ley 100 y su relación con las coberturas de vacunación, desde el 99 hasta el año 2.000", se pudo concluir que el perfil epidemiológico de las enfermedades inmunoprevenibles tuvo grandes variaciones en los últimos 20 años, debido al impacto del Programa Ampliado de inmunización -PAI- , sobre la incidencia y prevalencia de estas enfermedades. Hubo una política agresiva de erradicación de poliomielitis con la cual se dio la implementación de diferentes estrategias de vacunación, se había logrado la erradicación de la poliomielitis, se avanzó en la eliminación del tétanos neonatal; en 1.993 se acogió el plan de erradicación del sarampión. Otras enfermedades como la difteria y la tosferina empezaron a descender. A partir de éste mismo año, se denominó a la hepatitis B como de alto riesgo y se formuló una política de vacunación para menores de un año.

Paralelamente, "En Colombia desde 1.980, las coberturas de vacunación habían aumentado, llegando a cifras mayores del 95% en algunos biológicos. Desde 1.997, con la descentralización del servicio de vacunación, se ha visto una disminución en las coberturas, por debajo del 80% hasta 1.999".[2] Según lo acordado en el recinto de Quirama, en marzo de 2.004[3] en donde se reunieron representantes del sector salud, se concluyó que la Ley 100 de 1.993 no es una Ley de salud Pública y no se hizo para resolver los problemas de salud pública del país, concepto reconocido en diferentes ocasiones por los autores de la Ley. Algunos de los diagnósticos, precisados en el documento anteriormente citado aducen que:

"Los indicadores de la situación de salud revelan un aumento de los casos de las enfermedades trasmitidas por vectores, particularmente el dengue y la fiebre amarilla. Un descenso en la cobertura de vacunación con especial énfasis entre 1.998 y 2.000. Aumento de la mortalidad materna, cumplimiento deficiente de las acciones de promoción y prevención reglamentadas en la Resolución 412 del 2.000 y la caída de las acciones de vigilancia epidemiológica. Se observa un deterioro progresivo y decidido del estado en su papel y responsabilidad frente a la salud pública del país.
No existe una política de salud pública claramente establecida en el país y es ésta una de las graves ausencias en estos diez años de vigencia del sistema general de seguridad social en salud."[4]

Haciendo referencia a la vacunación como política pública, Pediatría Social del Departamento de pediatría y Puericultura de la Universidad de Antioquia, realizó un estudio comparativo de las coberturas y funcionamiento del PAI en el área metropolitana del Valle del Aburrá, antes y después de la Ley 100, de 1.993 donde se concluyó que la implementación de la Ley 100, había tenido hasta 1.998 un efecto negativo sobre el servicio de vacunación y que las EPS, ARS y ESS no habían asumido la responsabilidad de vacunar a su población afiliada y en otra investigación realizada por la misma institución[1], se encontró que las coberturas en Medellín cayeron desde 1.995, principalmente desde 1.999, coincidiendo con la descentralización del PAI y la escasez de biológicos en éste mismo año.

Además de la disminución en las coberturas de vacunación, debido a la implementación de la Ley 100, deben considerarse otras características que pueden afectar dichas coberturas, tales como las dificultades de implementación en las políticas por los entes municipales encargados de administrar los dineros que deben destinarse a salud, la descentralización administrativa que generó un caos en la comunicación en salud, el suministro de biológicos que en algunos casos fueron insuficientes debido al caos administrativo y otros fenómenos tales como el desplazamiento y la violencia y circunstancias socio - culturales y económicas, que tienen que ver con el desarrollo social de la comunidad, y eventualmente afectar las pretensiones de la Ley.

De acuerdo con lo anteriormente expuesto se formulan las siguientes preguntas: ¿Cuáles son las relaciones entre la aplicación de las políticas públicas en salud, reflejadas en las coberturas de vacunación a través de los períodos anotados (1.984 -1.993), (1.994 - 2.003)?

¿Cuál es la incidencia de morbilidad por inmunoprevenibles a través de los dos períodos anotados. (1.984 -1.993), (1.994 - 2.003)?

---

[1] Implementación del programa ampliado de inmunización PAI, antes y después de la Ley 100 y su relación con las coberturas de vacunación desde 1.990 hasta el año 2.000, (Restrepo, Serna),

¿Cuál es la incidencia de las enfermedades inmunoprevenibles y su relación con las coberturas de vacunación alcanzadas con cada uno de los biológicos del PAI en el departamento de Antioquia y en el municipio de Angelópolis?

1.1 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

El diseño de la investigación comienza con un interrogante. La idea inicial se va configurando hasta convertirse en un objeto susceptible de ser investigado desde determinada óptica teórica, perspectiva metodológica y disciplinar. La idea inicial se concreta en preguntas de investigación y se conecta con perspectivas teóricas y enfoques metodológicos.

En la presente investigación se busca conocer las condiciones que han influido en las coberturas de vacunación y su relación con la incidencia de enfermedades inmuno prevenibles, en el Departamento de Antioquia y en el Municipio de Angelópolis en los periodos de tiempo: 1.984 -1.993, 1.994 y 2.003.

Se precisan las preguntas de investigación:

¿Cómo ha sido la aplicación de las políticas públicas y la relación con las coberturas de vacunación y la incidencia de la morbilidad a través de los períodos anotados 1.984 – 1. 993, 1.994 y 2.003?

¿Cuál es la incidencia de las enfermedades inmunoprevenibles y su relación con las coberturas de vacunación alcanzadas con cada uno de los biológicos del PAI en el departamento de Antioquia y en el Municipio de Angelópolis?

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar las coberturas de vacunación PAI y la relación con la incidencia de enfermedades inmunoprevenibles, con respecto a la aplicación de la política publica de vacunación, en el departamento de Antioquia y en el municipio de Angelópolis en los períodos de tiempo comprendidos entre 1.984 - 1.993, 1.994 - 2.003.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar en el Sistema general de Seguridad Social en Salud, los cambios en la aplicación de las políticas de salud y su influencia en las coberturas de vacunación PAI en el departamento de Antioquia y en el municipio de Angelópolis en los períodos de tiempo comprendidos entre 1.984 - 1.993, 1.994 - 2.003.

- Identificar, en el Sistema general de Seguridad Social en Salud, los cambios en la aplicación de las políticas de salud y su influencia en la incidencia de las enfermedades inmunoprevenibles en el departamento de Antioquia y en el municipio de Angelópolis en los períodos de tiempo comprendidos entre 1.984 - 1.993, 1.994 - 2.003.

3. MARCO REFERENCIAL

3.1 CONTEXTO

3.1.1 Departamento de Antioquia

Cuenta la historia que a la llegada de los españoles a América, lo que ahora es denominado como el territorio antioqueño, estaba habitado por diferentes tribus indígenas tales como Katíos, Nutabes, Cunas, Tahamíes y Quimbayas, en su mayoría pertenecientes a la gran familia Caribe.

Los reconocimientos más tempranos de la región antioqueña tuvieron lugar en la zona de Urabá, visitada por primera vez por Rodrigo de Bastidas, quien pasó por este lugar en 1501 y 1502, acompañado por Juan de la Cosa. En 1504, Juan de la Cosa hizo una nueva expedición, y al llegar al pueblo de Urabá, al oriente del golfo,

se enteró de la existencia del pueblo de Darién. Los españoles saquearon ambas aldeas y dejaron fama de "alteradores y destructores de la tierra, pues su afán no era tanto de servir a Dios, ni al rey, sino de robar".[5] Los pasos de Rodrigo de Bastidas y Juan de La Cosa fueron seguidos por Alonso de Ojeda, quien construyó una fortaleza que llamó San Sebastián de Urabá.

Atraviesan el departamento de sur a norte dos cordilleras, la central y la Occidental y a su vez tres grandes ríos las bañan, el Magdalena, Cauca y Atrato, ésta da origen a otras regiones geográficas con características especiales, el Valle del Magdalena, que es selvático, húmedo y caluroso. El Altiplano de Rionegro y Sonsón donde hay tierras muy fértiles y se presenta el mayor desarrollo, por lo densamente poblada y además por la actividad minera. El Valle del Cauca, en cambio es poco aprovechado ya que existe mucha erosión. El Valle del Atrato, es húmedo, cubierto de selva y pantanos y es poco poblado, pero hacia su desembocadura se presenta la Zona de Urabá, compuesta de todo el golfo del Darién y su principal actividad se fortalece en el puerto marítimo de Turbo.

3.1.1.1 Actividad económica

Antioquia es rica en recursos mineros, como carbón, petróleo, hierro, cobre, plomo, asbesto, zinc y mármol. Además hay bastantes fábricas de Cemento. En la agricultura se cultiva: maíz plátano, café, yuca, caña de azúcar, fríjol y arroz. En la industria se ha prosperado más en el área textil y mecánica.

3.1.1.2 Vías de Transporte

Antioquia cuenta con una red de carreteras de más de 2.800 Kilómetros. Está atravesada por la rama principal de la cordillera occidental que une la frontera ecuatoriana con la zona atlántica. Posee dos aeropuertos; uno nacional situado en Medellín y otro Internacional situado en el municipio de Rionegro.

Antioquia tiene un territorio aproximado de 62.879 Km2 dividido en 125 municipios. Entre las municipios más turísticos están: Arboletes, Bello, Caucasia, Puerto Triunfo, Cocorná, el Retiro, Envigado, Guarne, Itagüí, Jardín, La Ceja, La Pintada, La Unión, Marinilla, Puerto Berrío, Rionegro, San Jerónimo, Santa Fe de Antioquia, Santa Rosa, Santuario, Sonsón, Yarumal.

3.1.1.3 Referente histórico de la salud en Antioquia

Diferentes hechos han marcado el desarrollo de la Salud Pública en el país y por ende en cada una de sus regiones. En Antioquia desde finales del siglo XVII, se iniciaron las instituciones hospitalarias con un sentido más de caridad y hospicio que de asistencia a la salud, factor común en el desarrollo mundial. Igualmente en los primeros años de este siglo cuando se organiza en 1938 la Junta Nacional de Salud, se dan los primeros pasos para las Secretarías y los Centros de Higiene en las diferentes municipalidades, con un enfoque de tipo preventivo, pero dirigido muy especialmente al grupo materno-infantil.

Transcurre el tiempo y se piensa en la necesidad de la integración preventivo-asistencial, porque son acciones concluyentes la una de la otra y deben realizarse por un sector gubernamental que dirija sus recursos a la atención integral del individuo. Surgen entonces y con este objetivo las Secretarías Departamentales de Salud. Las acciones se cumplen y el proceso de atención sigue su desarrollo, pero se hace necesario un ordenamiento y manejo con criterios técnico y buscando la accesibilidad del mayor número de personas a las acciones del sector.

A principios de la década del 40, aparece dentro de la organización gubernamental y como una manifestación de la apropiación del estado con la salud, la SECRETARIA DE SALUD, HIGIENE Y BIENESTAR SOCIAL, del Departamento de Antioquia, concomitante con la creación a nivel nacional del Ministerio de Trabajo, Higiene y Prevención social. En los municipios existían, las Inspecciones Municipales de Higiene, dirigidas en ese entonces con criterios pocos técnicos y n 11 Centros de Higiene y algunas comisiones sanitarias compuestas por personal dependiente de los mismos centros y atendidas por inspectores sanitarios. Apareció entonces la Ley 19 de 1958, que en su artículo 1º consideraba la estabilidad y preparación técnica de los funcionarios y empleados, el ordenamiento nacional de los servicios públicos y la descentralización de aquellos que pudieran funcionar más eficazmente bajo la dirección de las autoridades locales. Se autorizaba a los

gobiernos departamentales para celebrar contratos, fijando por Decreto Nacional de 1960, los requisitos para los mismos. Por la época se celebró en Medellín el Primer Congreso Colombiano de Salud Pública, que recomendaba en sus conclusiones "Integrar los servicios preventivo asistenciales física y funcionalmente"[6], por la dicotomía existente entre los servicios de salud representada por los Centros de salud enfocadas a la prevención y la atención al grupo de madres y niños y los hospitales con servicios de asistencia, con aportes de la Beneficencia de Antioquia.

Específicamente en Salud, se encuentra la Ley 12 de mayo de 1963, sobre Plan Hospitalario Nacional y en el artículo 1º dice: "Con el fin de atender las necesidades en salud y de fomentar las iniciativas en este campo, la Nación contribuirá económica y técnicamente a la construcción de hospitales, centros de salud, orfanatos, ancianatos, casas de rehabilitación, asilos y demás entidades de asistencia pública, así como a las ampliaciones, reformas, dotaciones y sostenimiento de los ya existentes". El Decreto Extraordinario 3224 de diciembre 19 de 1963, define la Asistencia Pública, el Servicio de salud Público, señala quién puede prestar la asistencia pública y ofrece, la organización básica para la prestación del servicio de salud, de acuerdo a los niveles nacional, regional y local y estipula en el artículo 8º la celebración de contratos entre los distintos niveles.

En virtud de estos antecedentes legales, aparece el primer contrato firmado entre el señor gobernador y el Ministro de Salud en el cual las partes se comprometían a cooperar para el sostenimiento, ampliación y creación de los organismos necesarios para la prestación del servicio de Salud Pública. Estas actividades las realizaría el Departamento de Antioquia por intermedio de la Secretaría Departamental de Salud Pública cumpliendo las funciones de: fomento de la salud, protección de la salud, recuperación y rehabilitación de la salud, con acciones que se desarrollarían sobre el individuo, la familia y la comunidad, buscando la participación activa y permanente de los grupos más afectados por problemas de salud. Se empieza a considerar la importancia de la participación de la comunidad. Aparece entonces la SECRETARÍA DE SALUD PUBLICA, con una estructura organizativa y como hecho trascendente, por la introducción de los aspectos preventivos, con un enfoque más apropiado de la salud pública. Existían en esta década, los distritos de salud, que pudieran considerarse los primeros albores de la regionalización.

En 1964, el gobierno Departamental, con el propósito de resaltar los méritos de personas fallecidas que hubieran contribuido al progreso intelectual, moral, social y material de la sociedad, decreta que todos los 107 centros de salud dependientes de la Secretaría Departamental de Salud Pública, fueran denominados con el nombre de médicos ilustres ya fallecidos. En 1966 el Ministerio de Salud dicta el Decreto 1499 sobre las normas generales, técnicas, estructura, funciones y la coordinación de los servicios de salud en el país. Surge entonces en el departamento "el contrato Antioquia"[7] del 5 de julio de 1966, en el cual la Nación, el Departamento y la Beneficencia de Antioquia, integraron el SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUA y definieron el patrimonio, la estructura, la conformación

de la Junta Seccional (por un representante del gobierno nacional, un representante de la provincia Eclesiástica de Antioquia, dos representantes de la Beneficencia de Antioquia y dos representantes de la Asamblea Departamental. Igualmente se definía la dirección a cargo de un Jefe del Servicio que dependía de la Junta, la coordinación mediante contratos o convenios de integración con entidades públicas y privadas, las funciones de las entidades asistenciales y la supervisión.

Se inició entonces la difícil tarea de reglamentar y estructurar el Servicio, proceso arduo y prolongado, porque con la reglamentación se inició también el programa de planificación en el sector o escalonamiento de los servicios, por intermedio de un plan de construcciones, remodelaciones y dotaciones hospitalarias y un plan de adiestramiento y formación de personal, tanto en servicios como a través de comisiones especiales.

Para 1.993 se realizó la implementación de la Ley 100 y son muchas las evaluaciones realizadas por los expertos con respecto a sus avances y debilidades, éstas se reflejan particularmente en lo relacionado con la accesibilidad efectiva, la calidad de la atención que recibe la población, el flujo y aplicación de los recursos económicos y en especial, la desarticulación de los diferentes actores para garantizar unos indicadores de salud pública positivos y acordes al grado de inversión de recursos y el desarrollo que ha obtenido el País en los últimos años.[8]

Para alcanzar y mantener un nivel adecuado de salud en la población Antioqueña, se deben dedicar esfuerzos a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, las acciones tendientes a ello hacen parte de los diferentes planes de beneficio, pero hay uno en particular, el **Plan de Atención Básica (PAB)**, que influye preponderantemente en el mejoramiento y mantenimiento de la salud pública en el departamento en niveles que favorezcan el desarrollo

En el transcurso de estos años la Nación, el Departamento de Antioquia y los Municipios han destinado a la ejecución de acciones planteadas en el Plan de Atención Básica, recursos cuantitativamente superiores a los que se dispusieron en cualquier otra época, sin que ello haya significado un avance efectivo en el logro de las metas de salud pública y en los niveles de bienestar. Al contrario, se observa el resurgimiento de algunas enfermedades que se consideraban controladas, los estilos de vida de la población poco o nada se han modificado, la violencia en todas sus expresiones se ha posicionado como un problema de salud pública que aporta el mayor número años de vida perdidos prematuramente, la morbimortalidad por enfermedades cardiovasculares y por algunos tumores siguen en franco aumento, sin olvidar los serios problemas originados por un inadecuado manejo del ambiente y de los recursos naturales.[9]

El Plan de Atención Básica -PAB- incluye aquellas acciones de salud pública mediante las cuales se busca garantizar un entorno sano, orientar y coordinar a la

población para el mantenimiento de la salud, la prevención de la enfermedad y brindar el conocimiento sobre el uso oportuno y adecuado de los servicios ofrecidos a través de los planes establecidos por la Ley de Seguridad Social en Salud.

El Plan de Gobierno **"Antioquia Nueva, un Hogar para la Vida"**, ha definido como macroproblema en salud: *"La deficiente situación de salud, que limita el desarrollo humano integral de la población antioqueña...",* siendo sus principales causas el bajo impacto de las acciones de salud pública, la falta de cobertura universal en el aseguramiento, falta de organización de la red de servicios, escasa participación social, incumplimiento en las acciones de inspección, vigilancia y control y la deficiente capacidad de gestión de los diferentes actores para garantizar la salud de la población.

Por lo anterior es imperativo para el Departamento, fortalecer el desarrollo del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS-. Un componente fundamental dentro de esta tarea es la que tiene que ver con la gestión del Plan de Atención Básica, la cual debe propiciar e impulsar la coordinación de los diferentes actores para el desarrollo de un trabajo sinérgico en materia de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que conlleve a un cambio cultural positivo en los comportamientos cotidianos y en los estilos de vida no saludables que manifiesta nuestra población.

El primer gran logro en este sentido es la suscripción del **"Pacto por la Salud Pública en Antioquia"**, firmado por el Gobernador de Antioquia, el Director Seccional de Salud, el Alcalde de Medellín y los representantes en el Consejo Territorial de Seguridad Social de las Direcciones Locales de Salud, Empresas promotoras de Salud EPS y las Empresas Administradoras del régimen Subsidiado ARS-, con ámbito departamental, en el cual han acordado: *"...Realizar de manera articulada acciones de promoción de la salud, detección temprana, protección específica y atención oportuna, mediante el fortalecimiento de mecanismos para: la inducción de la demanda, sensibilización a la población frente a deberes y derechos, educación al personal de salud, monitoreo y vigilancia en salud pública, notificación obligatoria oportuna y organización de la Red de servicios, para alcanzar en el próximo cuatrienio las metas priorizadas, las cuales conllevan a impactar favorablemente la esperanza y calidad de vida de nuestras comunidades".*

3.1.2 Municipio de Angelópolis

En 1541 uno de los lugartenientes que cumplía órdenes del Mariscal Jorge Robledo Cruz, descubrió el territorio de lo que hoy es el Municipio de Angelópolis. En el ano de 1887, los hermanos *Joaquín* y *Petrona Franco* solicitaron permiso al cura de Amagá, de donde eran procedentes, para levantar una capilla en las tierras donde ya habitaban gran número de personas y fue precisamente en donde hoy aparece la cabecera urbana de Angelópolis.

El día 8 de julio del *ano* de 1896, que en ese entonces Angelópolis era corregimiento del Municipio de Amagá, fue erigido mediante *Ordenanza* #16 *de lB Honorable Asamblea Departamental* como nuevo municipio del Departamento de Antioquia.

Su tradición y desarrollo lo ha basado en la explotación de minerales como el carbón, las arenas y las arcillas, y en forma paralela la actividad agropecuaria (cana, café, y ganado vacuno y porcino). El Municipio de Angelópolis se encuentra hacia el extremo más norte de la región del suroeste antioqueno, en limites con la parte suroccidente del Municipio de Medellín, los municipios de la Estrella, Caldas, Heliconia, Armenia, Titirlbí y Amagá. Geográficamente corresponde a una cuenca intramontañosa de la Cordillera Central Colombiana caracterizada por su complejidad geológica y riquezas naturales.

A él se llega desde Medellín por la denominada Troncal del Café, ya sea pasando por el sector de "Pasonivel en el Municipio de Amagá, a una distancia de 52 Km., o por la nueva vía de acceso desde el Parque a la Locería" del Municipio de Caldas, a 35 kilómetros aproximadamente. Esto indica que, Angelópolis es el municipio del suroeste antioqueno más cercano de la Ciudad de Medellín y su área metropolitana. Angelópolis posee una extensión de 86 kilómetros cuadrados y una temperatura promedio de 21 grados centígrados.

Según el DANE la población proyectada para junio de 1998 era de 6729 habitantes, de los cuales 2200 se encontraban en el área urbana, 1229 habitantes en el Corregimiento de la Estación y 3300 habitantes en el resto del área rural.

La pirámide poblacional de Angelópolis es expansiva, casi estática hasta los 19 años de edad, a pesar de que la fertilidad desciende progresiva pero ajustadamente; este comportamiento es análogo al del Departamento de Antioquia. Aquí la tasa de crecimiento es negativa y la migración hacia el área metropolitana del Valle de Aburrá muy pronunciada de jóvenes en edad productiva principalmente.

Sin contar con los recursos provenientes de la cofinanciación, para el año de 1998 la alcaldía municipal recibió $1002'000.000, distribuidos así: $755'000.000 por transferencias de la nación; $123'000.000 por situado fiscal; $124'000.000 por recursos propios provenientes del impuesto predial, de industria y comercio, principalmente, y circulación y tránsito, degüello de ganado menor y mayor,

servicios públicos, FOVIS, licencias de construcción, y otras rentas menores. Los recursos provenientes de las regalías mineras también se consideran de menor magnitud. El Municipio de Angelópolis es de Sexta Categoría (Ley 136 de 1994).

De acuerdo con el Plan de Ordenamiento Territorial de la Cuenca Carbonífera Del Sinifaná los Usos del Suelo para el Municipio de Angelópolis corresponden a *Zonas* de *Explotación Agropecuaria* con potencial industrial a lo largo y ancho de todo el territorio; *Zonas mineras* en explotación entre el área urbana y el corregimiento La Estación, y con potencial carbonífero hacia la parte norte del área urbana y la vereda Santa Ana; un *Corredor turístico* y *de recreo* aledaño al área urbana hacia la vereda Santa Rita; *Áreas forestales* - protección, producción, recuperación y protección de cuencas - hacia las partes altas y todo el extremo oriental y un *Área restrictiva* por limitaciones ambientales aledaña al área urbana.

Igualmente, el presente plan de desarrollo pretende enmarcarse y contribuir al desarrollo del Proyecto Antioquia Visión Siglo XXI, el cual definió a la Región del Suroeste antioqueño como una *Potencia Agroindustrial a nivel mundial* y *en paz con 18 naturalezas.*

El área urbana de Angelópolis se localiza hacia la parte central del municipio a una altura de 1900 metros sobre el nivel del mar. El Corregimiento La Estación se localiza hacia la parte sur en límite con el Corregimiento La Clarita del Municipio de Amagá, y a una anura de 1500 metros sobre el nivel del mar. Es el corregimiento minero del municipio, reportando unas 20 minas de carbón activas, y algunas de minerales industriales como arenas y arcillas. El Corregimiento de Santa Ana localizado a 1000 metros sobre el nivel del mar y hacia el extremo oeste, en límites con los municipios de Titiribí y Armenia, presenta en la actualidad poca población y tiene vocación agropecuaria. El área rural está complementada por las diez (10) veredas existentes: Santa Rita, Santa Bárbara, La Clara, El Nudillo, El Barro, San Isidro, Cienaguita, Cascajala, Promisión y El Romeral. El Municipio de Angelópolis judicialmente depende de Titiribí, notarialmente a Amagá y pertenece a la Diócesis de Caldas.

Las organizaciones comunitarias son las Juntas de Acción Comunal Urbana, del Corregimiento La Estación y de las veredas; la Asociación de Padres de Familia del Liceo San José, La Asociación Municipal de Mujeres; El Cabildo Verde EI Romeral; El Copaco, Las Precooperativas Carbohorizontes, La Bonita y Bellavista; y El Comité Municipal de Cafeteros.

3.1.2.1 Objetivos generales del Municipio de Angelópolis

En el nuevo marco Institucional Colombiano, la función de la Alcaldía Municipal de Angelópolis debe orientarse al logro de los siguientes objetivos generales:

- Solucionar las necesidades básicas insatisfechas en salud, educación, saneamiento ambiental, agua potable, vivienda, recreación, cultura, y deporte, con especial énfasis en la población minera, la niñez, la mujer, la tercera edad, y los discapacitados, en concurrencia, complementariedad, y coordinación con los demás' entes territoriales, la Nación, ONG's y empresas del sector privado, en los términos que defina la ley.

- Garantizar la eficiente prestación de los servicios públicos de Educación, Salud. Transporte, Seguridad, los Servicios Públicos Domiciliarios y la Asistencia Técnica Agropecuaria.

- Planificar y promover el desarrollo territorial, social, comunitario. económico, cultural y ambiental del municipio.

- Adecuar la estructura administrativa de la Administración Municipal con el fin de cumplir con los requerimientos de eficiencia y eficacia en ejercicios de sus competencias.

- Gestionar la consecución de recursos para la ejecución de proyectos y obras que demande el progreso municipal.

Los postulados planteados desde la norma, y en el marco del modelo actual de Seguridad Social en Salud en Colombia, Ley 100 de 1993, la seguridad social se define como una política de Estado donde se le esta garantizando a la población el amparo contra contingencias de salud y económicas, con un enfoque integral del concepto de salud. Se propone un sistema de aseguramiento de la salud de los individuos, sus familias y de la población en general, que garantiza la posibilidad de acceder a los servicios de salud, para lo cual se dimensiona el régimen de beneficios compuesto por los diferentes planes que contemplan las actividades, los procedimientos y las intervenciones en salud, cuya base fundamental es el Plan Obligatorio de Salud, POS y el Plan de Atención Básica, PAB como complementaria del POS.

Se constituyen como pilares fundamentales de la reforma: la afiliación y el mecanismo de aseguramiento a la garantía de la asistencia en salud, el libre mercado de prestación de servicios de salud y los conceptos de promoción y prevención como marco de referencia del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Este modelo plantea un avance filosófico significativo, ya que genera un espacio específico para la promoción de la Salud, al asignar recursos para este efecto y determinar una responsabilidad de los diferentes actores involucrados: los aseguradores, el propio Estado y la comunidad.

Desde la Ley 10 de 1990 que reestructuró el Sistema Nacional de Salud, y con la Constitución Nacional de 1991, en su artículo 49, se consagraron las bases para lo que hoy se conoce como Plan de Atención Básica -PAB-. Ellas establecieron los llamados Servicios básicos de Atención y señalaron cuatro características fundamentales: universalidad, gratuidad, obligatoriedad y el carácter colectivo.

El esquema fundamental plantea que el PAB es responsabilidad del Estado el cual contempla los siguientes principios: su definición se hace sobre las condiciones para la salud más que para la atención de los enfermos, se centra en la colectividad más allá del individuo, involucra en el sistema la acción intersectorial y la participación comunitaria, promociona la salud como parte integral de los individuos y las comunidades y busca estimular los factores protectores a través de la promoción de la salud y evitar los factores de riesgo presentes a través de la prevención de la enfermedad, a la vez que vigila e investiga el comportamiento tanto de los factores de riesgo como de los eventos de salud y enfermedad de la población. Además tiene como base principal la construcción de una cultura de la salud que posibilite el autocuidado y permita la participación comunitaria, ciudadana y social, para el conocimiento de su problemática y la solución de sus problemas de salud.

3.2 MARCO LEGAL

Para entender el modelo de organización que rige la implementación del PAI en Colombia, se cita textualmente lo que dice a este respecto el Informe Quincenal Epidemiológico Nacional[10].

"*El Estado colombiano tiene la obligación de garantizar la ejecución de las acciones de salud pública para la población. Esta responsabilidad está* a *cargo del Ministerio de Salud y sus organismos adscritos en el nivel nacional y de las direcciones departamentales y municipales en el nivel territorial. En el actual sistema de salud, se ha establecido un trabajo coordinado y horizontal para desarrollar su función, como se detalla* a *continuación.*

La Dirección de Salud Pública del Ministerio de Salud diseña las políticas, elabora la normatización, dirige y desarrolla la vigilancia en salud pública y dirige y ejecuta los programas de prevención y control en las enfermedades definidas como de mayor impacto sobre la salud de la población colombiana.

El Instituto Nacional de Salud, organismo técnico nacional adscrito al Ministerio de salud, se encarga de la vigilancia en salud, la producción de insumos y la

investigación biomédica, de acuerdo con las orientaciones del Ministerio. Además, dirige y coordina la Red Nacional de Laboratorios que se encarga de realizar las pruebas de laboratorio necesarias para identificar los problemas departamentales de salud pública.

Las direcciones departamentales de salud coordinan estas acciones en su territorio; orientan, adaptan y asesoran la política impartida por el Ministerio a *los municipios.*

Las direcciones municipales de salud son las encargadas de la prevención y el control en su territorio; trabajan con la población y coordinan los diferentes actores de la seguridad social.

El paso de un modelo vertical, como el del Sistema Nacional de Salud (Ley 10 *de 1990) donde la responsabilidad de la prestación, el aseguramiento y la financiación de las acciones en salud pública correspondía al Estado - desde el orden nacional, principalmente, y con ejecución directa por los departamentos -* a *un modelo horizontal, con responsabilidades ordenadas por niveles hasta el municipio* y *con prestación, aseguramiento* y *financiación de actores públicos* y *privados, está resultando en el deterioro de las acciones en salud pública.*

El escenario teórico, planteado en la actualidad, presenta grandes vacíos en su desarrollo: el orden municipal, encargado de la entrega final a *la población de las acciones en promoción de la salud, prevención, control* y *vigilancia de enfermedades, que coordinaba actores* y *sectores para su cabal ejecución, nunca estuvo capacitado para este desarrollo.*

El orden departamental que contaba con la mayor fortaleza técnica para orientar y acompañar los desarrollos requeridos localmente, ha venido desmantelándose y *sufriendo una grave disminución en el número de profesionales técnicos capacitados durante largos años y que, en el mejor de los casos, han sido reemplazados por personal sin capacitación ni experiencia,* a *través de los numerosos procesos de reestructuración que* se *vienen realizando en este orden territorial, en la DSSA disminución de funcionarios y en Medellín cambio constante de responsables sin experiencia.*

En el orden nacional, la orientación de las acciones de salud pública presenta cada vez mayor complejidad. El diseño de políticas públicas, de coordinación de numerosos actores públicos y privados en la Intersectorialidad, la vigilancia y *la monitorización de los planes de atención en las acciones individuales* y *colectivas de promoción* y *prevención, entre otros, hace cada vez más difícil la ejecución de los programas de salud pública* y *acompañar, asesorar* y *orientar acciones* y *modelos de atención* y *vigilancia, desde el Ministerio de Salud*".

3.2.1. Ley 100 de 1993

Es el Sistema de Seguridad Social Integral, creado por la ley 100/93, el que garantiza los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana. En este contexto legal, en que la seguridad social en salud es un servicio público obligatorio y esencial, la atención integral a la población se debe prestar en las fases de:

Promoción de la salud, que comprende la información, educación y fomento de la salud. Prevención de la enfermedad y de otras contingencias o riesgos.
Diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno. Rehabilitación.

Todo lo anterior en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia, lo cual está previsto en el Plan Obligatorio de salud (POS).

Desde el punto de vista normativo la Ley 100 de 1993, en su artículo 165 describe los contenidos como acciones dirigidas a la colectividad o aquellas dirigidas a los individuos en el caso de altas externalidades y señala como componentes: la información, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico precoz y control de las consideradas altas externalidades en salud Pública.

El Decreto 1938 de 1994 reglamenta el Plan de beneficios en el SGSSS y precisa los contenidos del Plan.

El Decreto 1891 de 1994, reglamenta en primera instancia las acciones de promoción y fomento de la salud y las de prevención de la enfermedad, objeto de las acciones del PAB y en su segunda parte reglamenta su financiación y la gestión de los recursos de promoción.

Así el Ministerio de Salud, mediante las Resoluciones siguientes define y reglamenta los contenidos del PAB y define las responsabilidades de los diferentes entes territoriales, fija además los criterios para su administración y financiación y las diferentes fuentes de recursos.

3.2.2 Resolución 3997 de 1996

Determina las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de obligatorio cumplimiento por parte de las EPS, ARS e IPS públicas. Esta resolución define:

Promoción de la salud: Integración de las acciones que realizan la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y los sectores sociales y productivos con el objeto de garantizar, más allá de la ausencia de la enfermedad, mejores

condiciones de salud físicas, psíquicas y sociales de los individuos y las colectividades.

Prevención de la enfermedad: Conjunto de acciones que tienen por fin la identificación, control, reducción de los factores de riesgo biológicos, del ambiente y del comportamiento, para evitar que la enfermedad aparezca, o se prolongue, ocasione daños mayores o genere secuelas evitables. Dentro de los contenidos define las actividades de promoción y prevención y aquí están contemplados los programas de prevención de enfermedades inmunoprevenibles definidas en el PAI como la aplicación del esquema único nacional.

Esta Resolución contempla aspectos importantes tales como: plantear la promoción de la salud desde el enfoque de los estilos de vida, reglamenta las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, P y P, parcialmente se aproxima al abordaje del ciclo vital del individuo, plantea un record de actividades, no tiene guías ni protocolos unificados, en su aplicación se media la gestión de las aseguradoras por ejecución mínima de dinero: 10 % de la unidad de pago por capitación UPC, para el caso del régimen subsidiado.

Precisa, además actividades para alteraciones del crecimiento y desarrollo, valoración de la función auditiva y visual en menores de 12 años, PAI, alteraciones del aparato estomatológico, prevención de las enfermedades relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, prevención de ETS, ECCV, cáncer de cervix, mama y estómago, prevención de alcoholismo, tabaquismo y fármaco dependencia, prevención de enfermedades crónicas y degenerativas.

3.2.3 Resolución 4288 de 1996

Define el Plan de Atención Básica como un conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos, de promoción de la salud, prevención de la enfermedad. Vigilancia en salud pública y control de factores de riesgo dirigidos a la colectividad, establece las características del PAB y define los contenidos del PAB. Específicamente para el PAI los contenidos que establece se refiere a:

a. Acciones de promoción: En el ámbito de salud integral de niños, niñas y adolescentes. Información pública acerca de los derechos y deberes de la población en el SGSSS y el uso adecuado de los servicios de salud. La acción comunitaria y participación social, por medio de las organizaciones o alianzas de usuarios y veedurías ciudadanas.

b. Acciones conducentes a orientar a la población hacia la prevención y detección precoz:

- Identificar la población que no haya sido cubierta con acciones preventivas.

- Orientar a la población identificada en riesgo o no cubierta por éstas acciones preventivas para que accedan a los servicios de prevención primaria.
- Realizar seguimiento de la población que es atendida en los servicios de detección precoz hasta lograr diagnóstico definitivo y tratamiento oportuno.
- Reafirma que la vacunación según el esquema único nacional del PAI esta incorporado a los planes de salud tanto del contributivo como subsidiado y con cargo de los recursos del subsidio a la oferta para la población vinculada.
- Acciones de vigilancia en salud pública y control de factores de riesgo en relación con:
  - Prevención de las enfermedades inmunoprevenibles.
  - Investigación y control de brotes y epidemias,

3.2.4 Acuerdo 117 de 1998

Establece que las Entidades Promotoras de Salud (EPS), las Entidades Adaptadas y Transformadas y las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) son responsables del obligatorio cumplimiento de actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública en su población afiliada.

La demanda inducida hace referencia a la acción de organizar, incentivar y orientar a la población hacia la utilización de los servicios de protección específica y detección temprana y la adhesión a los programas de control. Protección específica hace referencia a la aplicación de acciones y/o tecnologías que permitan y logren evitar la aparición inicial de la enfermedad mediante la protección frente al riesgo; una de estas actividades es la vacunación según el esquema recomendado por el PAI. En el artículo 10 define que las EPS, entidades adaptadas, transformadas y ARS deben mantener una ficha actualizada con la información de actividades y procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento realizadas a cada afiliado, en el PAI se refiere específicamente a la historia de inmunizaciones.

3.2.5 Resolución 412 de febrero de 2000

Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Tiene como objetivo general contribuir al fortalecimiento de la gestión de las EPS en relación con estas actividades mediante el monitoreo de indicadores trazadores para orientar la asistencia técnica, aplicar oportunamente correctivos y propender por el mejoramiento continuo de la calidad del servicio de promoción en función de

las condiciones establecidas en las normas técnicas, logrando coberturas adecuadas en las actividades de promoción.

Deroga la Resolución 3997. En cuanto a vacunación establece la Norma Técnica según el PAI, es decir, se acoge a las metas y objetivos trazados por este Programa.

La Resolución 412 de 2000, que plantea 4 aspectos básicos de trabajo:

- Demanda inducida: Acciones de información y educación para cumplir con las actividades de protección específica y detección temprana.

- Norma Técnica: asociada a programas de protección específica y detección temprana, guías de atención respecto de enfermedades de alta prevalencia.

- Protección específica: Protección frente a un riesgo para evitar la enfermedad.

- Detección temprana: Identificación temprana de las enfermedades.

Para la implementación de la 412 el Ministerio de Protección Social estableció unas matrices de programación que son responsabilidad de las aseguradoras, para esta se utiliza como fuente la estructura poblacional de los afiliados y estas matrices se convierten en requisito indispensable para la contratación con los entes municipales. La fuente de información principal para el Sistema son los RIPS, registro individual de procedimientos en salud, los cuales van directamente ligados a los códigos CIE, Clasificación Internacional de Enfermedades, para establecer los diagnósticos y a los CUPS, Códigos Únicos de Procedimientos en salud, para establecer los planes de tratamiento. Esta información debe reportarse a las Direcciones Locales y Seccionales de Salud y estas al Ministerio. El manejo de los códigos y la implementación de un sistema único de información ha sido una de las principales falencias del SGSSS.

3.2.6 Resolución 3384 de diciembre de 2000

Modifica parcialmente la Resolución 412. Establece que las administradoras de los regímenes contributivo y subsidiado deberán diseñar estrategias de prestación de servicios que garanticen el acceso de la población afiliada, con oportunidad y calidad, a las actividades, procedimientos e intervenciones contenidas en las normas técnicas y guías de atención, reafirma que los servicios del PAI están exentos de copagos y cuotas moderadoras.

Sobre la remisión de informes establece que: El Régimen Contributivo debe enviar en medio físico y magnético a la Dirección de Salud Publica del Minsalud y simultáneamente a las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud, la

información de actividades realizadas en Protección específica. Detección Temprana y Atención de enfermedades de Interés en Salud Publica de cada trimestre del año en los siguientes 30 días calendario al vencimiento del trimestre. El régimen subsidiado deberá hacer lo mismo con dicha información pero la enviará únicamente a las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud.

Existen indicadores que permiten desarrollar unos mecanismos de intervención adecuados para fortalecer la gestión de las EPS logrando que los afiliados a las EPS y ARS se beneficien de lo establecido legalmente.

Los indicadores son trazadores, o sea que tienen capacidad de representar directa ó indirectamente un evento o comportamiento, en consecuencia con un número limitado de indicadores tendremos una idea clara de los hechos relacionados con la demanda inducida y el cumplimiento de las actividades de realización obligatoria en promoción. Los tipos de indicadores que se diseñaron son:

- Indicadores de cumplimiento de actividades de protección especifica v detección temprana: Expresan la concentración de actividades realizadas en un tiempo en relación con lo programado para realizar en el mismo periodo de tiempo. El numerador son las actividades realizadas en cada uno de los servicios a evaluar, se extrae del RIPS. El denominador es el número estimado de actividades a desarrollar por la EPS en un tiempo determinado, la cifra puede ser para el total de la población y lo que no se realice es lo que le falta a la EPS por desarrollar seria un indicador de potencialidad o puede ser con base en la meta esperada a cubrir donde el indicador será de cumplimiento.

- Indicadores de Calidad en la Atención. Que comprenden a:

  - Indicadores de Falla en la Atención: que según la Resolución 3384 del 29 diciembre de 2000 se les cambia el nombre por indicadores centinela: corresponden al padecimiento cuya ocurrencia o presencia sirve de señal de aviso acerca de la necesidad de mejorar la calidad de la atención. Se comportan como índices negativos de la calidad de la atención y parten del supuesto que en el sistema de salud haya funcionado satisfactoriamente y que se pudo haber evitado tres tipos básicos de condiciones:

  Enfermedad innecesaria, Incapacidad innecesaria, Muerte prematura.

  Para utilizar los indicadores centinela, se tiene en cuenta los siguientes criterios:

  - La patología es de fácil diagnóstico y su evolución se puede modificar con intervención oportuna.
  - La patología es considerada evitable o innecesaria.

- La patología es de evolución rápida de manera que su presencia se relaciona con la gestión de la EPS.
- La presencia de una patología de estas en la EPS sugiere la necesidad de un estudio a profundidad que permita establecer los puntos críticos determinantes en la ocurrencia del evento, que se debe controlar para evitar la aparición de nuevos casos.

- Indicadores de cumplimiento del proceso de atención. Verifican el cumplimiento de la EPS de las condicione mínimas recomendadas para la atención de enfermedades de interés en salud pública, se escoge un procedimiento por evento que se considere punto critico para la atención y que sea condición fundamental para garantizar la calidad de la atención. El numerador es el número de veces que se ha realizado un procedimiento de atención en personas con enfermedad de interés en salud pública y que se considere trazador para ese evento. El denominador es el número de personas de la EPS con ese diagnóstico.[11]

Como se observa existen muchas leyes, decretos y resoluciones para el cumplimiento de las política, la aplicación y el cumpliendo de estas será la base para lograr una buena cobertura en salud, y así obtener una alta calidad de vida en la población.

3.3 EJES TEMATICOS

3.3.1 La Política

La vacunación como uno de los aspectos más importantes del Plan de Atención Básica en el Sistema General de la Seguridad Social, se debe analizar desde diferentes aspectos, entre ellos el planteamiento de políticas públicas, con el fin de dimensionar este proceso social desde las perspectivas del Estado y desde la demanda real de la sociedad, propendiendo por una construcción participativa desde el conocimiento y desde la gestión política, para que estas demandas se conviertan en resultados plasmados en políticas públicas basadas en la concertación del Estado con sus ciudadanos. Para ello se manejaran los aspectos teóricos conceptuales desde las perspectivas de la sociología, la política, el derecho y la economía, con el fin de allegar elementos de análisis que permitan conceptuar sobre la situación de la vacunación y sus coyunturas actuales.

3.3.1.1 La política pública desde la perspectiva sociológica

Cuando se plantea el desarrollo de un tema como el de “políticas públicas”, desde la perspectiva de la sociología, es necesario retomar algunos aspectos teóricos conceptuales sobre lo público, sobre la política y la relación entre políticas y sociedad.

Por lo general cuando se hacen análisis políticos, desde el esquema Estado - sociedad civil, sobre la responsabilidad de la crisis social y de gobernabilidad de los pueblos, se señala como responsable al aparato estatal y a los sistemas de representación, olvidando hacer el análisis desde la dimensión de lo público, lo cual, nos lleva a replantear algunos aspectos de la representación y de lo público.

Sobre lo público: La representación debe ser pública por excelencia, sostiene María Teresa Uribe de Hincapié[12] porque tiene lugar en la esfera de la política y del Estado, porque se ocupa de asuntos colectivos y comunes que conciernen tanto al pueblo como a la autoridad que de allí emana, porque es visible y transparente es decir, tiene lugar en público y para el público; porque sus prácticas son discursivas y deliberativas y por que en principio está abierta y accesible a todos los ciudadanos individualmente considerados o a grupos de ellos.

Para lograr esta representación pública se requiere cumplir con tres aspectos fundamentales:

- La existencia de un pueblo soberano -*el Demos*- y la elección por éste de su representantes y gobernantes, mediante la conformación de un *corpus* público de ciudadanos -*Demos*-. En Colombia se hace evidente una gran debilidad en este aspecto por la ausencia de un sentido de lo público que le otorgue a los sujetos algún grado de cohesión e integración.

- La existencia de un fuerte sentido de lo público que permita superar las débiles identidades políticas y ciudadanas y las fuertes identidades socio culturales, situación que de no lograrse, generaría una representación sin el carácter de lo común y colectivo, y se caracterizaría más por dimensiones privadas y domésticas.

  De acuerdo con lo anterior es preciso redimensionar el concepto de identidad, para trascender la apropiación socio espacial, referida a territorio particular para complementarse con lo socio comunicacional, es decir, además de ocuparse del patrimonio histórico, desarrollar estrategias respecto a escenarios informacionales y comunicacionales donde también se renuevan las identidades.

  Si se asumen cambios en la interacción social como el paso de lo popular a la sociedad civil, de lo nacional a lo global necesariamente tendrá que admitirse el cambio de las políticas como representación de las identidades. Las identidades modernas eran territoriales y casi monolingüísticas, las identidades

posmodernas son transterritoriales y multilingüísticas, donde prevalece la producción industrial de cultura y comunicación tecnológica. Se trasciende de una definición socio espacial de identidad por una socio comunicacional, ya que se supera lo cultural y político y se tienen en cuenta los escenarios informacionales y comunicacionales en los cuales también se renuevan las identidades.

- La existencia de un ciudadano participativo y dinámico, que se vincule con los procesos sociales en la defensa de lo que es de todos. Actualmente se presenta un ciudadano de baja intensidad o imaginario, como lo plantea Fernando Escalante Gonzalbo.

Para lograr estos tres aspectos se requiere de la formación de una cultura ciudadana y una cultura política como formación pedagógica, es decir un ciudadano con información, conocimiento y accesibilidad a lo público y a la República. Una pedagogía que le permita a los ciudadanos conocer los derechos y recursos que le ofrece un sistema democrático para ejercer su soberanía, vigilar y controlar a las autoridades y reclamar justicia, protección, colaboración y eficiencia del Estado y sus burocracias. Ser ciudadano connota ser un habitante portador de derechos que un Estado le reconoce, denota la inclusión en la comunidad política.

De otra parte, Nestor García Canclini plantea en su obra *Consumidores y ciudadanos*, que ser ciudadano no tiene que ver solamente con los derechos reconocidos por los aparatos estatales o la pertenencia a una nación, esta relacionado con prácticas sociales y culturales que dan sentido de pertenencia y hacen sentir diferentes a quienes poseen una misma lengua, semejantes formas de organizarse y satisfacer las necesidades. Ser ciudadano no solo hace referencia a los derechos a la igualdad, sino también a la diferencia. Los derechos se conciben como algo que se construye y cambia en relación con prácticas y discursos. La ciudadanía trasciende los derechos y reclama el reconocimiento del otro como sujeto con intereses válidos y pertinentes. Como estrategia política reivindica los derechos de acceder y pertenecer al sistema sociopolítico, con el derecho a participar en la reelaboración del sistema.[14]

En el contexto anterior, la definición de los individuos como ciudadanos plantea un supuesto político democrático fundamental: La representación gubernamental de los intereses ciudadanos. Para el ejercicio de la ciudadanía debe tenerse en cuenta el principio normativo democrático de la primacía de los derechos humanos fundamentales sobre cualquier otro interés político.

Sobre la política: Se plantea, desde el pensamiento de occidente, que se entiende por política o de que se habla cuando hablamos de política.

Plantea Jaime Rafael Nieto[15] que existen dos tendencias para interpretar la política, la primera, según Hannah Arendt y los clásicos griegos Platón y Aristóteles, “la

política es ante todo acuerdo, consenso, pacto, convivencia...". Se trata de hacer un esfuerzo entre los integrantes de una sociedad por llegar a un pacto de convivencia, de definir unos acuerdos y unas reglas de juego, es decir un consenso, buscando criterios de justicia, de vida y de bienestar, como concepto desde el deber ser. La segunda tendencia de interpretar la política como conflicto, lucha, contradicción, confrontación, entender la política en su expresión más extrema, la guerra, y a lo cual, en contraposición Michel Foucault plantea en su libro *La genealogía del racismo*, "si la guerra es la continuación de la política por otros medios, también cabe lo otro, en términos de que la política es la continuación de la guerra por otros medios".

Ante estas dos miradas de la política es importante aclarar que no es ni uno ni lo otro, la política es las dos cosas al mismo tiempo y como ocurre en todas las sociedades es una confrontación permanente entre el poder y el orden. Ese acuerdo que se da en el conflicto nos permitiría definir la política como *la interacción de sujetos entre los cuales se resuelven las relaciones de poder para lograr un orden colectivo, buscando un equilibrio entre la relación de mandar y obedecer*, en éste equilibrio, los hombres actúan concertadamente y el Estado sirve de garante de la estabilidad de este acuerdo o consenso, haciendo las veces de eje articulador de la sociedad, en nuestro caso el modelo republicano, mediante sus tres ramas del poder público: el legislativo, el ejecutivo y el judicial, instituyen las reglas de juego de esa sociedad evitando que ella se disuelva en medio de sus conflictos, fruto de su propias contradicciones.

Las relaciones entre el Estado -poder político- y los ciudadanos dependen de cómo se ejerce ese poder político y de la posibilidad que tienen los ciudadanos para formar la voluntad colectiva pública y de fiscalizar el ejercicio del poder político. Sobre el primer aspecto –ejercicio del poder- se encuentran diversos estilos que van desde el autoritarismo y negación de la voluntad ciudadana, hasta el democrático basado en la valoración de las libertades ciudadanas -derechos colectivos sociales y económicos-, estilos que serán determinantes para la formulación y construcción de *políticas públicas*, ya que dependerán de la voluntad política de las tres ramas del poder del Estado, en cuanto al segundo aspecto, -la voluntad colectiva pública y la fiscalización del poder político-, encontraremos diferentes aproximaciones como la del Estado benefactor en los años 40's, en el cual la política pública estaba orientada fundamentalmente al asistencialismo, en el cual los ciudadanos recibían asistencia sin participación y compromiso en la resolución de sus necesidades sociales o las del Estado neoliberal cuya acción principal se centra en la función neo-reguladora al concederle toda su función de los servicios sociales públicos a los actores privados y al libre juego del mercado.

Al plantear las posibles formas de relación entre los ciudadanos y el Estado, en la conceptualización de políticas públicas, es preciso mencionar la participación entendida como un proceso social de intervención de los sujetos en la definición del destino colectivo. Se reconoce la Participación. Política y la Participación Social.

Es importante anotar que la participación puede darse en la esfera de lo público a través de la Participación Política, entendida como la intervención de individuos u organizaciones en la esfera pública en función de intereses globales, donde prevalece el bien común y de la Participación Ciudadana, entendida como el lugar de encuentro entre la sociedad civil y la política, entre el mundo de las identidades y los intereses particulares y el mundo de los agentes políticos, donde se establece la relación entre la sociedad y el Estado.

La participación también puede presentarse en la esfera de lo privado a través de la Participación Comunitaria: entendida como el esfuerzo de una comunidad territorial para mejorar la calidad de su hábitat y en general de sus condiciones de vida. Y finalmente la Participación Social entendida como la posibilidad de agrupamiento de personas y grupos por intereses similares con el objeto de reivindicarlos, defenderlos o negociarlos.

Retomando las formas de relación entre el Estado y los ciudadanos, para el caso Colombiano, María Teresa Uribe de Hincapié[17] plantea que la matriz Estado/céntrica y su vigencia por más de cincuenta años no estuvieron asociadas como piensan algunos neoliberales con un fuerte intervensionismo estatal o con un gran despliegue de políticas sociales orientadas hacia el bienestar. Por lo contrario lo que operó fue una alta discrecionalidad del ejecutivo central y una flexibilidad pragmática en la aplicación de la política económica. En cuanto al bienestar se refiere a que en nuestro medio el gasto social ha sido mezquino, por decir lo menos, y las políticas sociales una quimera. Las altas tasas de pobreza y las necesidades básicas insatisfechas no permiten opinar que en Colombia ha existido un Estado de bienestar ni una real participación ciudadana en los procesos políticos.

Plantea además que el Estado colombiano está asociado con un patrón estatista de politización que a la postre despolitizó el país al privatizar lo público y convertir al Estado en un aparato incapaz de mantener una forma de control social distinta al uso de la fuerza, debilitándolo por la vía del patrón estatista de politización.

Comenta además, que en los últimos años se han presentado algunos cambios positivos al inscribirse en lo público actores, temas y expresiones socioculturales históricamente pertenecientes al ámbito de lo privado, irrumpiendo en las relaciones de poder con el Estado y expresando un gran potencial movilizador y convocante, sometiendo al debate y la reflexiones públicas conflictos privados y sociales. Ejemplo de ello son: los movimientos feministas y de homosexuales, agrupaciones cristianas, los movimientos étnicos y grupos culturales, entre otros, movimientos que han dotado de identidades políticas a los actores que se representan y a quienes se sienten convocados por ellos. Hoy es común verlos participar en las discusiones políticas y hacer propuestas y contrapropuestas de programas y proyectos a los diferentes gobiernos.

Además, se debe destacar el cambio que se dio en la Carta Magna en 1991, declarando a Colombia como un Estado Social de Derecho, lo que le imprime un carácter social al Estado, como determinante en la directriz política para la actividad de los poderes públicos. El concepto de Estado social como idea regulativa, obliga al Estado a buscar la justicia social y a promover la igualdad de oportunidades para los diferentes grupos sociales en lo relacionado con el pleno goce de sus derechos. El estado social de derecho también significa rescatar el concepto de lo público, aceptar que lo público –incluido el Estado- se construye desde la sociedad civil. Lo público como lo concertado para el bien común y no la suma de bienestares individuales o de grupos, sino más bien, la capacidad de pensar y construir en pro del bienestar del colectivo e incluso de la especie.

La Constitución de 1991 afirma también la identidad como principio básico del concepto de nación, la diversidad como principio inherente al concepto de sociedad civil y la participación como elemento que establece nexos entre la nación, la sociedad civil y el Estado[18].

Volviendo a la conceptualización general sobre política, la polarización de propuestas de relación Estado/ciudadanos nos lleva a buscar un modelo en el cual el ciudadano participe en la construcción de su ciudadanía en su sentido más amplio, tanto en lo social como en lo económico, en el que lo público es lo que es de todos y lo defiende desde el interés colectivo y lo orienta hacia el bienestar general y el bien común, en el que el ciudadano además, supere desde esta nueva cultura la concepción individualista y construya su individualidad como un servicio a los demás, que reconozca al otro como sujeto y trabaje colectiva y solidariamente por el bien de todos, construya acuerdos y consensos y los proyecte como ser social en la formación de voluntades colectivas públicas, para que de una manera organizada y con ciudadanos informados se establezca una relación participativa con un Estado que asuma un papel más activo y dinámico con los ciudadanos en la gestación y construcción de un orden social, en el cual la sociedad y el Estado se organizan a partir de la lógica y las políticas estatales, mediante la formulación de políticas públicas, convirtiendo a éstas en los instrumentos fundamentales de la intervención del Estado.

Logrando con esta interacción Estado/ciudadanía la búsqueda de una distribución social equitativa de recursos, que se adecuen a las necesidades de una realidad concreta, como determinante social, así como a la democratización de los procesos decisorios para la asignación de los mismos, en segundo lugar estaría relacionado con la transformación de los procesos individuales en la toma de decisiones, para tratar de que ellas sean predominantemente favorables a la calidad de vida y al bienestar. Es decir, lograr el empoderamiento de las comunidades, como un proceso de aprehensión de la realidad y su participación en los procesos de solución de los problemas que trascienden de lo personal a lo colectivo. El tercer aspecto apunta a los mecanismos de decisión colectiva y de producción de decisiones sociales, asumiéndose como una tarea política, como se planteó anteriormente, que

se inscribe en el terreno de lo cultural y lo ético, que reclama para sí el reconocimiento del derecho a la vida, al bienestar social, desde la corresponsabilidad, la cogestión y la equidad, entendida como un asunto público, que deviene de lo político y de las relaciones de poder que convocan el encuentro de voluntades y la gestación de consensos.
En general se podría concluir, desde la sociología, que la representación de lo social en el ámbito de las políticas públicas nos ubica en lo institucional, en los principios, en las prácticas y en los procedimientos a través de los actores, las fuerzas sociales y los individuos que actúan en la sociedad civil, adquieren su identidad en lo público, en lo que les es común y logran que sus intereses, proyectos y demandas sean reconocidas, visualizadas y convertidas en políticas públicas y en acciones por los entes administrativos. Es en la dimensión de lo público donde los sistemas de representación y Estado/ciudadanía pueden expresar todos sus principios, valores, conocimientos e identidad política que les permiten los mínimos niveles de convivencia y visión de futuro, estableciéndose unos elementos fundamentales para la participación tales como: el pluralismo, la tolerancia, el respeto por la diferencia, el amparo de derechos y libertades y la conciencia de la responsabilidad colectiva, la cual supone la proliferación de proceso participativos y el afianzamiento de la libertad y del bienestar.

3.3.1.2 Las políticas públicas desde la perspectiva política

La política, para Armando Estrada Villa[19] debe mirarse desde la filosofía -como la naturaleza de lo político, el problema del poder y del gobierno -; desde la ciencia -como la razón de ser de la política, su esencia y sus consecuencias -y desde la actividad- como lo que hacen los políticos para conquistar y mantener el poder, y la acción de carácter colectivo que busca la solución de los problemas de la comunidad, mediante su dirección, su control y su regulación-.

Dimensiones de la política:

La política se puede mirar en tres dimensiones: como estructura, como proceso y como resultado.

La política como estructura incluye las reglas, el orden, la organización del trabajo político, y la organización del Estado desde sus funciones -ejecutivo, legislativo y judicial - y desde su organización territorial -centralizado y federalizado -.

La política como proceso en relación con la secuencia de los actos y de las conductas políticas, que le dan la dinámica a la acción política. Teniendo en cuenta el contexto cultural en el cual se hace la política o socialización política, como son los valores y la comunicación (los medios y las formas de comunicación política) y de otra parte los actores políticos, los individuos, los partidos, los grupos de

ciudadanos, los grupos económicos y los medios. El proceso tiene que ver con la construcción del consenso y con la lucha por el poder.

La política como resultado es tener políticas públicas y tiene que ver con la forma de interpretar los cambios sociales y de incidir la política en la sociedad mediante las políticas públicas (decisiones del gobierno), luego con la dinámica política propiamente dicha (condiciones de estabilidad y de cambio en la sociedad) y finalmente con la gobernabilidad (que el sistema cumpla sus funciones, que haya tranquilidad, que haya seguridad y que haya legitimidad).

El sistema político:

El sistema político se caracteriza por su capacidad de control o de coerción, es la capacidad de exigir a la población comportamientos generales sean forzados o no y lograr que la gente haga lo que el sistema definió aunque considere que no está de acuerdo.

El sistema político opera en la comunidad, con pertenencia por la nación, y esa comunidad política se constituye en un escenario en que se desenvuelve el sistema, lo cual le permite al Estado ejercer el control y la coerción, estableciendo una relación de poder y de obediencia. El sistema político también se desarrolla en el escenario que le brinda la cultura política, el régimen político, la legislación vigente y las autoridades existentes.

El sistema político inicia su funcionamiento recibiendo información, demandas, los procesa, toma decisiones y genera resultados. Estas demandan para que tengan éxito deben *articularse* en la sociedad civil a través de organizaciones formales o no, o de quienes las representan, que en un momento dado conforman grupos de interés para plantear cambios con fuerza de exigencia para que el sistema se movilice, cambie. Las demandas también pueden *agregarse* por los grupos institucionales, los partidos políticos, los grupos religiosos y las fuerzas militares, se constituyen en canales de acceso, planteando solicitudes al sistema para que éste decida.

Actualmente se requiere que las solicitudes surjan de una sociedad civil dinámica, informada, participativa, que se constituya en una organización orientada más hacia la sociedad, que hacia lo estatal, llegando en ocasiones mas allá de las solicitudes a realizar acciones que remplazan al Estado mismo.

El sistema *capta* la información a través de sus poderes ejecutivo, legislativo o judicial, *las procesa* y luego las canaliza *generando normas*, generalmente a través del Congreso de la República. En general el procesamiento se hace basado en las funciones del Estado: expedir normas, aplicar normas y exigir normas. En cuanto a los *resultados* el sistema político genera políticas públicas desde el Estado, quien

debe tener la capacidad de dar una respuesta coherente a lo solicitado o demandado.

El sistema de políticas públicas:

Las políticas públicas son las decisiones que toman los organismos del Estado para atender las demandas que plantea la comunidad, mediante la utilización de unos instrumentos para la obtención de unos fines.
La definición de unas políticas públicas bien estructuradas le permite a un Estado una mejor utilización de los recursos públicos, permite mirar la acción estatal y construir mejores agendas y evaluar los resultados que producen estas políticas.

El proceso de las políticas públicas:

El proceso de la elaboración de políticas públicas tiene cinco etapas.

La primera etapa es la iniciación, la cual comienza por la agenda, seleccionando la alternativa más necesaria o mejor e incorporarla o ingresarla a la agenda.

La segunda es la elaboración, como una etapa más avanzada en el que se han tenido en cuenta los estudios previos, el presupuesto, la coherencia con el sistema, la pertinencia, entre otros que permitan depurar la selección de una alternativa viable.

La tercera corresponde a la toma de las decisiones, que por lo general en nuestro país corresponde al COMPES a nivel nacional, al Congreso o al Presidente de la República, a los ministerios y a nivel departamental y local a las asambleas y a los Consejos, a los gobernadores y los alcaldes. Se busca que a esas instancias llegue la mayor información, que sea consistente, coherente, para que la decisión sea la acertada.

La cuarta etapa tiene que ver con la aplicación o implementación de las políticas. Se tendrán en cuenta los recursos, la capacidad administrativa, la coordinación del proyecto, el papel de la burocracia, para que la aplicación sea aceptada realmente y no se presenten entrabamientos que imposibiliten su implementación.

Por último la etapa de la producción o de resultados que quedan de la política pública. Esta política pública es el resultado de la utilización de la estructura política y de la dinámica y la acción política. Esta etapa se debe evaluar con indicadores de eficiencia, de eficacia, de legitimidad, con el fin de determinar si se mantiene la política pública, si se modifica o se reestructura. Estas evaluaciones las deben hacer, según la constitución, Planeación Nacional y las planeaciones departamentales y municipales.

3.3.1.3 Las políticas públicas desde la perspectiva del derecho

Es importante abordar el concepto de políticas públicas en salud desde la aproximación del derecho y la legislación vigente, para el efecto se toma algunas apreciaciones que hace el doctor Carlos Gaviria Díaz[20] al respecto del derecho a la salud en Colombia.

Para captar el derecho a la salud, se debe enmarcar dentro del contexto de los Derechos Humanos. Este término nace en el siglo XVIII, con la aparición de lo que políticamente es el liberalismo, con el triunfo del Naturalismo Racionalista. En ese siglo se formulan los derechos del hombre y del ciudadano, con el triunfo de la Revolución Francesa (1789), con cierta pretensión de derechos humanos.

Su universalidad se extrae del triunfo del racionalismo según el cual se afirma que estos derechos en el campo de la ética y de la política tienen una validez idéntica a la de las verdades matemáticas y lógicas, verdades que no lo son en un determinado tiempo y en un determinado lugar, sino que son verdades siempre en todo momento y en cualquier sitio y es esa la pretensión bajo la cual se formula dicha tabla de derechos.

El fundamento empírico para lograr la formulación de estos derechos es la idea del hombre y el hombre en si mismo y sobre todo la dignidad humana. Los derechos del hombre y del ciudadano son un corolario de la dignidad humana.

El hombre nace con una serie de derechos que el Estado no le otorga, sino que tiene que reconocérselos, constituyéndose en límites al ejercicio del poder político.

Estos son los derechos de primera generación, concebidos como las condiciones que el hombre requiere para afirmarse como una criatura digna, entre ellos se destaca el que recoge la Constitución Política colombiana: los hombres nacen libres e iguales ante la Ley. El hombre para afirmarse como tal necesita ser libre y tratado en igualdad de circunstancias como los otros.

Se entiende el derecho a la libertad, el derecho a la igualdad, a la libertad de conciencia y de expresión, el derecho al debido proceso, el derecho a la propiedad etc., se afirman como derechos universales.

La segunda generación de derechos tiende entonces a darles un sustento material a los derechos de primera generación.

En esta condición surge un segundo paradigma de la dignidad humana. Para que el hombre sea digno no es suficiente que se afirme que nace libre e igual que los otros, sino además que esa persona para afirmar todas esas calidades llamadas derechos, necesita de condiciones materiales que la hagan posible y viable su ejercicio.

En general los derechos de primera generación son derechos de aplicación inmediata, es decir que están consagrados en la Constitución, desde la concepción del hombre como una criatura digna. Se incluye en este aspecto el recurso de la tutela, mediante la cual cualquier ciudadano que considere violado un derecho fundamental acude directamente al juez para que le proteja esos derechos.

De otra parte los derechos de segunda generación no son aplicables directamente sino que están sometidos a un desarrollo gradual y progresivo que depende del legislador, constituyéndose éste en un mediador entre el constituyente y el ciudadano.

En el caso particular del derecho a la salud, el ciudadano tiene el derecho pero depende de los términos en que el legislador le confiera el derecho, diferenciando entre el verdadero derecho y las políticas públicas o estatales.

Los jueces han apelado a un mecanismo que les permite darle validez inmediata a los derechos a la salud, estableciendo la conexidad, según la cual afirmar el derecho a la vida equivale a afirmar el derecho a la salud. Por esta razón cuando la salud está en íntima conexidad con el derecho a la vida es un derecho de aplicación inmediata, independientemente de la existencia de recursos económicos. En tal sentido la Corte Constitucional ha venido construyendo jurisprudencia sobre los derechos de conexidad a los largo de diferentes sentencias.

3.3.1.4 Las políticas públicas desde la perspectiva de la economía[21]

Para tener una mejor perspectiva sobre el concepto de políticas públicas es importante abordar el tema desde los conceptos de la teoría económica, con el fin de comprender los alcances de la propuesta de políticas públicas frente a los lineamientos económicos que orientan actualmente al Estado.

El tema de la economía sería imposible tocarlo sin incluir aspectos teóricos conceptúales preconizados por Adam Smith en el siglo XVlll y que han marcado la teoría económica hasta nuestros días. Estas teorías de Smith se han interpretado desde distintos autores, como en el caso de Carl Marx quien plantea una discusión con Smith sobre los problemas del valor del trabajo, las características del trabajo productivo y la formación de precios; resumiéndose en como se determina el valor y cuales son las características de determinación del valor.

Luego Milton Friedman a finales de los 70 plantea la libertad del mercado para que su dinámica regule la economía para propiciar su desarrollo de una manera más eficiente sin la intervención del Estado.

De otra parte Amartya Sen y otros autores refutan la afirmación de Friedman proponiendo releer a Smith desde el enfoque de la teoría de los sentimientos

morales. Desde ésta teoría Smith plantea que “nunca podemos ser absolutamente egoístas, siempre tenemos que pensar en los otros” y agrega que “el otro es fundamental en la manera como organizamos nuestra vida”, así es muy claro que mientras se está en la vida social el sistema de precios no funciona. Él sistema de precios es muy bueno cuando se trata de mercancías, pero muy frágil cuando se trata de servicios como el de la educación y la salud, se hace necesario recurrir a la relación con los otros, a la convivencia colectiva, a la decisión social para determinar como gobernamos las sociedades.

Actualmente se plantea que la economía es una institución liberada del núcleo –es la lógica del contrato, es la lógica de los precios-. Vermon Smith (premio nobel del 2002) dice “Si queremos pensar la sociedad, tenemos que liberarnos de los precios, tenemos que liberarnos del mercado; no podemos construir sociedades desde el punto de vista de la teoría económica, si no nos liberamos del núcleo; si no nos liberamos de la dinámica de los precios”, y comenta que la fijación de los precios tiene problemas cuando los bienes son complejos, como en el caso de la salud y de la educación, ya que no es fácil determinar la sustancia de lo que se está transando, de la naturaleza del bien. Estos autores, los Smith, y los grandes maestros de la teoría económica, plantean que no es posible construir políticas públicas en los campos de la salud y de la educación si pretendemos que la lógica del mercado opere esos mundos y si pretendemos aprisionar la educación y la salud en el núcleo, es fundamental liberarlas.

El economista Jorge Iván González[22], comenta que para hablar de políticas públicas en salud es necesario liberarlas del núcleo (lógica de los precios). No es posible pensar en la autofinanciación de la salud y de la educación, o se plantea el objetivo como política fundamental del Estado o no funciona. Manifiesta que para Adam Smith y para Bentham era importante el resultado final: la economía debe preocuparse por el bienestar final de las personas. “la máxima felicidad para el mayor número de personas” eso es lo público, el gran ideal ético.

González plantea también que existe una gran dicotomía entre el mundo financiero y el mundo de la política social. Dice que la política social no puede seguir siendo un residuo de lo financiero. Los gobiernos en vez de plantear los diagnósticos como: hay un problema financiero, monetario y cambiario que está restringiendo los márgenes del manejo de la política económica interna, plantea mejor que hay una gran burocracia estatal, hay un gasto público excesivo y ese gasto público está generando dificultades y desequilibrios macroeconómicos. Desde este pensamiento monetarista y neoliberal es muy difícil construir políticas públicas.

Para construir políticas públicas, dice González[23] es fundamental el bienestar de la población y este pensamiento debe orientar el manejo monetario y financiero. Primero se piensa en la política pública, en función de los grandes objetivos del Estado y posteriormente se determina cómo lo hace, con base en los fundamentos

éticos. Si se tiene decidido lo público y lo tiene claro, puede decir si se necesita la intervención del estado o no.

Plantea, además que el gran problema actual es el desarrollo de la tecnocracia con gran poder internacional (según Stieglitz)[24], una tecnocracia que empieza a desconocer la teoría económica de los grandes teóricos de la economía pasados y presentes, se están orientado fundamentalmente a formar modelos matemáticos, entrando en contradicción, involucrando dimensiones tan complejas como la salud y la educación en el núcleo. Se debe volver a la construcción teórica de la economía, que como Stieglitz dice: "Volvamos a Benth, pensemos como construimos sociedades con un índice de felicidad que vaya mejorando"[25].

Articulando los análisis desde las perspectivas anteriores: sociología, política, derecho y economía, se concluye que para lograr que la vacunación sea para el Estado un tema fundamental de su política pública, es necesario comprender que la relación estado/ciudadano llegue a un proceso de concertación, a partir de demandas de una comunidad informada y organizada, con fuerza de exigencia a través de un proceso político que permita generar por medio de los diferentes actores, resultados plasmados en políticas públicas que propendan por el bienestar y la dignidad humana.

Para dimensionar la política pública de la vacunación el eje fundamental debe ser el bienestar y la calidad de vida de la población como una responsabilidad del Estado, ésta no debe estar sujeta a los movimientos del mercado porque la salud no puede considerarse una mercancía.

3.4 LA CALIDAD DE VIDA

Siendo conocedores de que una buena cobertura en vacunación evita la aparición de enfermedades inmunoprevenibles y que al lograr esto se mejorará la salud en la población obteniendo así una mejor calidad de vida, nos parece importante hacer una reflexión sobre está ya que la salud es solo un indicador para lograrla.

Para entender la complejidad del concepto calidad de vida se debe retomar apartes de lo que ha sido la evolución humana, la cual presenta tres estadios evolutivos generales. El primero se refiere a la evolución biológica, o sea las transformaciones anátomo-fisiológicas que a través del tiempo dieron origen a los primeros miembros de nuestra especie. Siguió luego la evolución social, caracterizado por la producción de los diversos productos culturales, y que corresponde al Homo sociologicus de que hablaba Ralph Dahrendorf.[27]

En el primer caso se vivía la ley de la selva, el hombre cazaba y era cazado; la siguiente etapa, iniciada con la organización de grupos primitivos, ha dado lugar a la compleja sociedad de hoy. Imperaba el derecho consuetudinario en los más

primitivos y la ley escrita en los más desarrollados. Sobre la tercera fase o evolución espiritual, el ser humano vivirá atendiendo a los conceptos morales y los valores éticos. Aquí se vivirá bajo la ley de la conciencia.
Para una mejor calidad de vida indudablemente es muy importante el aporte que hace en las personas una buena salud, y al respecto la OMS (Organización Mundial de la Salud) define la salud como "el bienestar físico, psíquico y social. Y la protección de la salud significa la educación y la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la curación de todas las formas de pérdida de salud y la reinserción social de las personas, individual y colectivamente."[28]

Los individuos se clasifican según su edad en diversos grupos y clases, las clases de edad nos remiten, en un momento del tiempo, a la división que se opera, en el interior de un grupo, entre los sujetos, en función de una edad social: definida por una serie de derechos, privilegios, deberes, formas de actuar... -en suma, por una 'esencia social'- y delimitada por una serie de momentos de transición -que difieren históricamente: matrimonio, servicio militar, primera comunión, certificados de escolaridad...-. A su vez, cada grupo social establece una serie de normas de acceso -más o menos codificadas y ritualizadas en forma de "ritos de paso"- de una clase de edad a otra. Esta división de clases de edad, por tanto, es variable históricamente: no depende de una serie de "naturalezas psicológicas" previas, sino que se construye en el seno de cada grupo social en función de sus condiciones materiales y sociales y, sobre todo, de sus condiciones y estrategias de reproducción social.[29] Paralelamente estos grupos requieren para lograr una mejor calidad de vida satisfacer lo que algunos autores denominan indicadores sociales de calidad de vida, que han sido clasificados y representados en los elementos sociales, ambientales, poblacionales que más influencian la calidad de vida y el bienestar de la población y éstos son:[30]

- Aspectos del ambiente físico- biológico, referidos a los elementos del ambiente natural-ecológico en que se vive: el clima, condiciones geográficas, etc.
- Elementos del ambiente social que se refieren a todos los elementos que conforman lo que llamamos "sociedades de tipo humano" que implican estructuras, funciones, actividades, relaciones, familia, convivientes, seguros sociales.
- Bienes y servicios disponibles en relación a la situación económica, personal y familiar: accesibilidad de bienes y servicios.
- Seguridad de las personas.
- Igualdad o desigualdad de oportunidades sociales y grado de participación de la población en los asuntos sociales y comunitarios.
- La accesibilidad física, geográfica, económica, cultural, educacional, artística, empleo y trabajo, vivienda, etc.
- La percepción objetiva y subjetiva de la calidad de vida y el bienestar por el individuo y la comunidad
- Situación de salud (nivel-estructura) individual y colectiva

- Desarrollo de la personalidad, cultura y educación
- Trabajo y empleo
- Situación económica, personal y familiar
- Reposo, deporte, vida cultural y artística, distracciones.
- Nivel de vida de la comunidad: grupos, familias, individuos
- Modos de vida-estilos de vida: hábitos, costumbres, comportamientos, creencias

Se debe definir el término bienestar, que se ha identificado con "desarrollo económico", "con la riqueza familiar o individual", "con el nivel de vida", "con el estado de salud", "con la longevidad individual", con la calidad y cantidad de los "servicios médicos", con los "ingresos o salarios" con "la satisfacción de necesidades y deseos "y con la existencia de la llamada "felicidad"[31], elementos todos que individual o conjuntamente pueden ser sentimientos transitorios y que se traducen en calidad de vida como expresión del bienestar, pero que no pueden ser estudiados en forma simplista y descriptiva sino como, el resultado de ese complejo de elementos expuestos[32]: A propósito, También se debe ampliar la expresión necesidades básicas como un conjunto de factores que son esenciales para que todo ser humano se pueda incorporar en forma efectiva a su propia cultura. La alimentación, la habitación, la salud, la educación, el empleo, el esparcimiento y el uso del ocio. Constituyen la precondición para llegar a una sociedad aceptable, en la cual tenga sentido hablar de libertad y realización personal. Generalmente se distinguen cinco grupos de necesidades humanas:

- Las necesidades fisiológicas, o sea las ligadas directamente a la supervivencia de la especie
- La necesidad de seguridad, o sea la de estar y sentirse protegido contra los diversos peligros que atentan contra la persona**.**
- La necesidad de sociabilidad, o sea la de sentirse aceptado y amado por su familia o por el grupo de personas con las que convive.
- La necesidad de estima y consideración, en donde la estima y autoestima son necesarias para el fortalecimiento de la personalidad .
- La necesidad de autodesarrollo, que van desde la instrucción, lo cognitivo, hasta la potencialidad productiva y laboral individual y comunitaria.[33]

La calidad de vida depende de las posibilidades que tengan las personas de satisfacer adecuadamente sus necesidades humanas entonces la pregunta será ¿cuáles son esas necesidades fundamentales? Para dar inicio a la respuesta se hará un recorrido por lo que son necesidades y satisfactores**.** Es indispensable hacer una distinción entre ambos conceptos por motivos tanto epistemológicos como metodológicos. La persona es un ser de necesidades múltiples e interdependientes. Las necesidades humanas deben entenderse como un sistema en el que ellas se interrelacionan e interactúan. Simultaneidades, complementariedades y compensaciones son características propias del proceso de satisfacción de las necesidades.

Las necesidades humanas pueden dividirse conforme a múltiples criterios, y las ciencias humanas ofrecen en este sentido una vasta y variada literatura. Se combinarán dos criterios posibles de división: según categorías existenciales y según categorías axiológicas. Esta combinación permite reconocer, por una parte, las necesidades de Ser, Tener, Hacer y Estar; y, por la otra, las necesidades de Subsistencia, Protección, Afecto, Entendimiento, Participación, Ocio, Creación, Identidad y Libertad. Por ejemplo, alimentación y abrigo no deben considerarse como necesidades, sino como satisfactores de la necesidad fundamental de Subsistencia. Del mismo modo, la educación (ya sea formal o informal), el estudio, la investigación, la estimulación precoz y la meditación son satisfactores de la necesidad de Entendimiento. Los sistemas curativos, la prevención y los esquemas de salud, en general, son satisfactores de la necesidad de Protección:[34]

No existe una correspondencia biunívoca entre necesidades y satisfactores. Un satisfactor puede contribuir simultáneamente a la satisfacción de diversas necesidades; a la inversa, una necesidad puede requerir de diversos satisfactores para ser satisfecha. Ni siquiera estas relaciones son fijas. Pueden variar según el momento, el lugar y las circunstancias. Una vez diferenciados los conceptos de necesidades y de satisfactores, es posible formular dos postulados adicionales:

a) las necesidades humanas fundamentales son pocas, delimitadas y clasificables.
b) las necesidades humanas fundamentales son las mismas en todas las culturas y en todos los períodos históricos. Lo que cambia a través del tiempo y de las culturas es la manera o los medios utilizados para la satisfacción de las necesidades.

Cada sistema económico, social y político adopta diferentes estilos para la satisfacción de las mismas necesidades humanas fundamentales. En cada sistema éstas se satisfacen (o no) a través de la generación (o no generación) de diferentes tipos de satisfactores. Uno de los aspectos que define una cultura es su elección de satisfactores. Las necesidades humanas fundamentales de un individuo que pertenece a una sociedad consumista son las mismas del que pertenece a una sociedad ascética. Lo que cambia es la cantidad y calidad de los satisfactores elegidos, y/o las posibilidades de tener acceso a los satisfactores requeridos. Lo que está culturalmente determinado no son las necesidades humanas fundamentales, sino los satisfactores de esas necesidades. El cambio cultural es consecuencia -entre otras cosas- de abandonar satisfactores tradicionales para reemplazarlos

Una política de desarrollo orientada a la satisfacción de las necesidades humanas, trasciende la racionalidad económica convencional, porque compromete al ser humano en su totalidad. Las relaciones que se establecen -o que pueden establecerse- entre las necesidades y sus satisfactores hacen posible construir una filosofía y una política de desarrollo auténticamente humanistas.[35]

Las necesidades revelan de la manera más apremiante el ser de las personas, ya que éste se hace palpable a través de ellas en su doble condición experimental: como carencia y como potencialidad. Comprendidas en un amplio sentido, y no limitadas a la mera subsistencia, las necesidades patentizan la tensión constante entre carencia y potencia tan propia de los seres humanos. Concebir las necesidades tan sólo como carencias (por ejemplo, tengo necesidad de alimento porque carezco de él, o tengo necesidad de afecto porque nadie me quiere) implica restringirlas a lo puramente fisiológico o subjetivo, que es precisamente el ámbito en que una necesidad asume con mayor fuerza y claridad la sensación de ¿falta de algo? Sin embargo, en la medida en que las necesidades comprometen, motivan y movilizan a las personas, son también potencialidades y, más aún, pueden llegar a ser recursos. La necesidad de participar es potencial de participación, tal como la necesidad de afecto es potencial de recibir afecto pero también de darlo.

Acceder al ser humano a través de las necesidades permite tender el puente entre una antropología filosófica y una opción política; tal parece ser la voluntad que animó los esfuerzos intelectuales de hombres como Karl Marx o Abraham Maslow, por mencionar sólo dos ejemplos. Comprender las necesidades como carencia y potencia previene contra toda reducción del ser humano a la categoría de existencia cerrada.

Si se quiere evaluar un medio social cualquiera en función de las necesidades humanas, no basta con comprender cuáles son las posibilidades que pone a disposición de los grupos o de las personas para realizar sus necesidades. Es preciso examinar en qué medida el medio reprime, tolera o estimula que las posibilidades disponibles o dominantes sean recreadas y ampliadas por los propios individuos o grupos que lo componen. Son los satisfactores los que definen la modalidad que una cultura o una sociedad imprime a las necesidades. Los satisfactores no son los bienes económicos disponibles, sino que están referidos a todo aquello que, por representar formas de Ser, Tener, Hacer y Estar, contribuyen a la realización de la satisfacción de las necesidades humanas. Pueden incluir, entre otras cosas, formas de organización, estructuras políticas, prácticas sociales, condiciones subjetivas, valores y normas, espacios, comportamientos y actitudes; todas en una tensión permanente entre consolidación y cambio.

La alimentación es un satisfactor, pero también puede serlo una cierta estructura familiar (que satisface la necesidad de Protección) o un cierto régimen político (que satisface la necesidad de Participación). Un mismo satisfactor puede realizar distintas necesidades en culturas distintas, o vivirse de distinta manera en contextos diferentes a pesar de que esté satisfaciendo las mismas necesidades. El hecho de que un mismo satisfactor tenga efectos distintos en diversos contextos no sólo depende del contexto, sino también en buena parte de los bienes que el medio genera, de cómo los genera y de cómo organiza el consumo de esos bienes. En la civilización industrial, los bienes (entendidos como objetos y artefactos que aumentan o merman la eficacia de un satisfactor) se han convertido en elementos

determinantes. La forma en que se ha organizado la producción y apropiación de los bienes económicos en el capitalismo industrial ha condicionado de manera abrumadora el tipo de satisfactores dominantes.[36]

Hay que repensar el contexto social de las necesidades humanas de una manera radicalmente distinta de como ha sido habitualmente pensado por los planificadores sociales y los elaboradores de políticas de desarrollo. Ya no se trata de relacionar las necesidades solamente con los bienes y servicios que presuntamente las satisfacen, sino de relacionarlas además con prácticas sociales, tipos de organización, modelos políticos y valores que repercuten sobre la forma en que se expresan las necesidades. Incluir los satisfactores como parte del proceso económico implica reivindicar lo subjetivo más allá de las puras preferencias en materia de objetos y artefactos. Bastará tan sólo con proponerlo para que se pueda detectar de qué modo los satisfactores y bienes disponibles o dominantes limitan, condicionan, desvirtúan (o, por el contrario, estimulan) nuestras posibilidades de vivir las necesidades humanas. Podemos, sobre esa base, pensar las formas viables de recrear y reorganizar los satisfactores y bienes de manera que enriquezcan nuestras posibilidades y reduzcan nuestras frustraciones.

Los satisfactores, por una parte se modifican al ritmo de la historia y, por otra, se diversifican de acuerdo a las culturas y las circunstancias, es decir, de acuerdo al ritmo de las distintas historias:[37]

- Aparecen entonces, los pseudo-satisfactores, que son elementos que estimulan una falsa sensación de satisfacción de una necesidad determinada. Pueden en ocasiones aniquilar, en un plazo mediato, la posibilidad de satisfacer la necesidad a que originalmente apuntan. Su atributo especial es que generalmente son inducidos mediante la propaganda, la publicidad y otros medios de persuasión.

- Los satisfactores inhibidores son aquellos que por el modo en que satisfacen generalmente sobresatisfacen una necesidad determinada dificultan seriamente la posibilidad de satisfacer otras necesidades. Su atributo es que salvo excepciones, se hallan ritualizados en el sentido de que suelen emanar de hábitos arraigados.

Los satisfactores singulares son aquellos que apuntan a la satisfacción de una sola necesidad, siendo neutros con respecto a la satisfacción de otras necesidades. Son característicos de los planes y programas de desarrollo, cooperación y asistencia. Su principal atributo es el de ser institucionalizados, ya que tanto en la organización del Estado como en la organización civil, su generación suele estar vinculada a instituciones, sean estas Ministerios, otras reparticiones públicas o empresas de diverso tipo. Los satisfactores sinérgicos son los que al satisfacer una necesidad determinada estimulan y contribuyen a la satisfacción simultánea de otras necesidades.

El Desarrollo a Escala Humana no excluye metas convencionales como crecimiento económico para que todas las personas puedan tener un acceso digno a bienes y servicios. Las necesidades humanas fundamentales pueden comenzar a realizarse desde el comienzo y durante todo el proceso de desarrollo; o sea, que la realización de las necesidades no sea la meta, sino el motor del desarrollo mismo. Ello se logra en la medida en que la estrategia de desarrollo sea capaz de estimular permanentemente la generación de satisfactores sinérgicos. Integrar la realización armónica de necesidades humanas en el proceso de desarrollo significa la oportunidad de que las personas puedan vivir ese desarrollo desde sus comienzos, dando origen así a un desarrollo sano, autodependiente y participativo, capaz de crear los fundamentos para un directo mejoramiento de la calidad de vida. A la que se le puedan sumar el crecimiento económico, la solidaridad social y el crecimiento de las personas y de toda la persona.

3.5 LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

La vigilancia epidemiológica es el método que se basa en el registro continuo para hacer un seguimiento del estado de salud y factores de riesgo en una población definida, para conocer su evolución y poder adoptar medidas de intervención.

3.5.1 Estructura de la vigilancia epidemiológica.

La Vigilancia Epidemiológica se basa en redes, las cuales tienen diferentes niveles o apartados. Es una estructura piramidal, jerárquica y centralista.
La recogida de datos se realiza por personas o instituciones que recogen la información de forma periódica o continua. Una vez recogidos se transmiten a un centro para su procesamiento.

Hay un centro de tratamiento de datos que se debe transformar con información para obtener los resultados de interés colectivo. Se debe conocer la situación de la población en general para luego hacer la difusión de éstos. La información generada debe básicamente servir para la toma de decisiones y la formulación de políticas públicas desde los gestores del territorio.

3.5.2 Objetivos generales de la vigilancia epidemiológica

- Detectar nuevas enfermedades o enfermedades exóticas.
- Determinar la importancia real de una enfermedad y su evolución.
- Evaluar los resultados de un plan de intervención.
- Establecer una jerarquía de la importancia de las diversas enfermedades.

El control de las enfermedades transmisibles depende de la integridad de los sistemas de respuesta y estos a su vez se apoyan en medidas de vigilancia epidemiológica eficaces. Así dijo la Organización Panamericana de la Salud (OPS) al citar un estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS), agregó que "es preciso contar con un sistema de vigilancia funcional para obtener información que sirva de base a la determinación de las enfermedades transmisibles de prioridad. Así mismo, en cualquier país dicho sistema es un instrumento indispensable para la toma de decisiones sanitarias. Los datos generados por los sistemas de vigilancia proporcionan información que puede aplicarse a la hora de sentar prioridades, diseñar políticas, movilizar y adjudicar recursos y pronosticar brotes o epidemias."[38]

En la actualidad, muchos países llevan a cabo actividades de vigilancia en torno a las enfermedades transmisibles con el fin de monitorear las que se asocian con una elevada carga de morbilidad, detectar brotes de enfermedades tendientes a convertirse en epidemias y seguir los adelantos hacia las metas de control o erradicación establecidas en el ámbito nacional o internacional, expresó la Revista Panamericana de Salud Pública de la OPS en referencia al estudio de la OMS. "No obstante, las actividades de vigilancia se han desarrollado sin uniformidad, según el ritmo de las amenazas planteadas por enfermedades específicas y las respuestas dadas por los países individualmente. Por añadidura, los sistemas de vigilancia están desactualizados, con el resultado de que recogen datos en cantidades abrumadoras en el nivel central sin que se efectúe con ellos ningún tipo de análisis de utilidad para la toma de decisiones"[39], dijo la publicación.

No cabe duda que la coordinación de las actividades de vigilancia y respuesta redunda en una reducción de costos y mayor eficiencia en el nivel nacional. Esta coordinación puede lograrse por medio de cuatro elementos:

- El adiestramiento del personal de salud en epidemiología
- El fortalecimiento de los laboratorios
- El mejoramiento de la infraestructura de comunicaciones
- Una mayor atención al sector de la salud, en sus componentes público y privado, que representa la primera línea de las actividades de vigilancia

Las autoridades de salud pública deben prestar mayor atención a fuentes de información ajenas al componente gubernamental o público del sector salud, entre ellas las que proceden de organizaciones no gubernamentales y los medios de comunicación. Corresponde hacer un esfuerzo especial por desarrollar indicadores de calidad para evaluar el sistema. Para ello debe tenerse en cuenta no solo la necesidad que los indicadores sean genéricos y universales, sino también la diversidad de los sistemas de vigilancia y los contextos específicos en que operan, dijo finalmente la Revista en relación al estudio de la OMS. La OPS es la Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la salud.

La Vigilancia epidemiológica (VE) constituye una estrategia eficaz de control de las enfermedades epidémicas. La clave de todo el sistema de salud reposa sobre la calidad de los datos de base y en su utilización para la toma de decisiones rápidas y apropiadas. El rol de la VE es primordial para la planificación, la gestión, la distribución y la movilización de los recursos, la detección y la reacción precoz a las epidemias, así como también para la evaluación y la medida del impacto de los programas de prevención[40].

3.5.3 Control epidemiológico de enfermedades inmunoprevenibles

En las últimas décadas se han alcanzado logros importantes en la lucha contra las enfermedades infecciosas prevenibles por vacunación. El impacto de los programas de vacunación en las Américas, ha colocado a la inmunización en un lugar preponderante en el programa mundial para el crecimiento económico sostenible y la reducción de la pobreza.[41]

Los grandes cambios demográficos acompañados de los progresos en las condiciones de vida, han tenido grandes influencias en el perfil de morbilidad en todos los grupos poblacionales.[42]

El programa ampliado de inmunizaciones - PAI- fue creado en 1.974 y como resultado, cerca del 80% de todos los niños del mundo en 1.995, fueron vacunados contra difteria, tétanos, tosferina, poliomielitis, sarampión y tuberculosis. El programa ampliado de inmunizaciones PAI, existe en Colombia, desde 1.979, con el propósito de impactar la morbilidad y la mortalidad por las enfermedades inmunoprevenibles. En los años 80 se buscó, a través de la vacunación y la vigilancia epidemiológica, disminuir la incidencia de algunas enfermedades.[43]

En Colombia, la aplicación sistemática de vacunas en menores de cinco años, adolescentes y mujeres en edad fértil, debe ser una prioridad en todas las instituciones que prestan servicios de salud a estos grupos poblacionales y las Direcciones Locales de Salud, deben enfatizar la vigilancia de las coberturas de esta acción preventiva, ya que persisten como causa importante de morbilidad.[44]

Si se analiza cada una de las enfermedades inmunoprevenibles, la poliomielitis paralítica y su incidencia en los países en vía de desarrollo, empezó a descender sólo después que se realizó la vacunación rutinaria de todos los menores de un año a finales de la década de los 70. En el año 2.000 en la Asamblea Mundial de la Salud todos los países del planeta ratificaron el compromiso de erradicar la transmisión para el año 2.005.

Una de las estrategias de vacunación que apoya la consolidación del plan de erradicación de la poliomielitis, es la aplicación de la dosis adicional al recién nacido

desde las seis horas de vida y hasta los 29 días. El número de partos extrainstitucionales, el déficit de biológicos y la poca importancia que los funcionarios de salud le dan a ésta dosis, son factores que contribuyen para que no se alcance el 100% de la cobertura. Para modificar ésta situación, se debe vigilar y controlar de manera estricta a todos los actores que son responsables de aplicar los esquemas de vacunación incluyendo las dosis del recién nacido.[45]
Para el sarampión, en Colombia, el plan de erradicación de ésta infección se inició en 1.993, con la jornada Nacional de Vacunación dirigida a la población entre uno y quince años. La vigilancia epidemiológica de los casos sospechosos, se constituye en una estrategia clave, para alcanzar las metas propuestas.

Para el tétanos neonatal y no neonatal, la vacunación intensiva en todos los grupos de edad, ha dado lugar a una tendencia descendiente en la frecuencia de caos de tétanos, sin embargo la calidad en los controles prenatales, y los partos extrainstitucionales, son factores que han incidido en la no cobertura del 100% de la población susceptible; Además, las instituciones de salud, deben velar porque las instituciones que prestan servicios de salud de urgencias dispongan de manera permanente de antitoxina y toxoide tetánico para la atención de las personas con heridas potencialmente tetanógenas.

La difteria, es una enfermedad que ha venido disminuyendo en forma sostenida en todo el mundo, registrándose la última gran epidemia en 1.990, en los Países de la antigua Unión Soviética.[46] En Antioquia, no se registran casos desde 1.994, puede deberse a la estrategia de canalización y a las jornadas nacionales de vacunación.

Para la rubéola, en América y Colombia las repercusiones reales de la rubéola y la rubéola congénita no han sido bien evaluadas, el sistema de vigilancia epidemiológica ha sido incipiente y la mayoría de los casos son diagnosticados sólo por signos y síntomas clínicos. En Antioquia, se observa una tendencia a disminuir el número de casos, gracias a la incorporación de la vacuna triple viral en el esquema regular de vacunación de Colombia, a partir de 1.995. Para lograr el control del síndrome de la rubéola congénito, todas las Direcciones de salud Municipales deben vigilar el cumplimiento de la norma establecida a nivel Nacional, de vacunar con triple viral, a todas las mujeres en el posparto y posaborto inmediato.
La parotiditis, se considera una infección endémica en Colombia. Presenta tendencia a descender, gracias a la incorporación de la triple viral para los menores de cuatro años, en el esquema regular de vacunación.

En Colombia, respecto a la infección por el virus de la Hepatitis B, se han presentado nuevos casos en zonas consideradas no endémicas. La vacuna se empezó a aplicar en el Departamento durante 1.992, sólo en los municipios identificados como de alto riesgo en Urabá, Dabeiba y frontino. En ese mismo año, se incluyó la vacuna en el esquema de vacunación nacional para todos los menores de un año.

La tuberculosis, es una infección que en los últimos treinta años tuvo tendencia a disminuir; sin embargo el deterioro paulatino en la vigilancia y control de ésta enfermedad, en la década de los 90, el incremento de la pobreza, la malnutrición y la dificultad de acceso a los servicios de salud por los conflictos armados entre otros, ha propiciado el aumento en los últimos años de los casos confirmados de tuberculosis. Si además, pensamos en que el VIH, SIDA, puede ser un factor que aumenta el incremento de la infección en éstos pacientes.

Todo, lo descrito, hizo que la OMS declarará la tuberculosis como una emergencia sanitaria mundial. Por lo tanto, el gobierno nacional, debe garantizar que en todas las direcciones locales de salud, se disponga del tratamiento acortado supervisado, que fue establecido por la OMS en 1.989 como la intervención más eficaz, para reducir los costos, la multirresistencia y la disminución de los períodos de transmisibilidad. La confirmación diagnóstica se realiza a través de baciloscopias seriadas, en donde se aisla el bacilo. Los contactos íntimos de pacientes bacilíferos, tienen un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad, por lo tanto se deben realizar medidas preventivas como la quimioprofiláxis, la vacunación y la detección oportuna, pues son claves para reducir la incidencia y cortar la cadena de transmisión, por esto el porcentaje de contactos estudiados, se constituye en un parámetro de evaluación del funcionamiento del programa.[47]

En el Boletín informativo del PAI (2.003)[48], la OMS y la OPS, hacen las siguientes recomendaciones, acerca de la vigilancia epidemiológica que se debe realizar, para disminuir y/o erradicar las enfermedades inmunoprevenibles:

- Los países deberán mantener niveles altos de coberturas de vacunación rutinaria, en forma homogénea (Mayor o igual al 95%), en los servicios de salud.
- Deberán efectuarse campañas nacionales de seguimiento oportuno basadas en el número de personas susceptibles.
- Deberá mejorarse la vigilancia epidemiológica local, mediante el fortalecimiento de las actividades de búsqueda activa de casos, para permitir la identificación oportuna y la investigación de casos sospechosos.
- Los países deberán identificar las zonas de alto riesgo, mediante la identificación de ciertos parámetros como coberturas menores del 95%, la presencia de poblaciones indígenas y migratorias, las zonas fronterizas, las zonas de difícil acceso y las que tienen una elevada densidad poblacional o turismo intenso.
- Deberán mejorarse, a todos los niveles, los sistemas de información y la calidad de los datos.
- Las poblaciones en riesgo deberán vacunarse, entre otros los trabajadores de la salud, las personas empleadas en el turismo, los profesores, el personal militar y las personas encarceladas.
- Los países deberán garantizar que se administren en forma regular y oportuna, las vacunas y otros suministros que harán posibles las actividades de vacunación en forma permanente.

- Deberán fortalecerse a todos los niveles la supervisión y el monitoreo, asignándoles una alta prioridad a los municipios o zonas de alto riesgo.
- Los países deberán poner en práctica una estrategia constante de información, educación y comunicación para fortalecer las actividades regulares del PAI.
- Los países deberá, coordinar actividades fronterizas.
- El personal de operaciones deberá estar informado acerca de la vigilancia, las normas y los procedimientos de vacunación.

3.6 ESTRATEGIAS DE VACUNACIÓN

En Colombia, existen unas estrategias de vacunación, con las que se busca alcanzar coberturas útiles de vacunación, dentro de ellas están[49]:

3.6.1 Vacunación institucional

Es la vacunación que se realiza dentro de los organismos de salud, con el objetivo de atender la demanda espontánea. Para tener un buen programa Institucional o Regular que aproveche todas las oportunidades de vacunación, este debe incluir lo siguiente: permanente suministro de biológicos y jeringas, adecuada ubicación y señalización del servicio de vacunación, ofrecer diariamente el servicio de vacunación durante 8 horas y considerar la posibilidad de extenderlo a los fines de semana y festivos, en acuerdo con los comités de participación ciudadana y la comunidad en general, a fin que se pueda prestar el servicio al mayor número de personas posibles.

3.6.2 Casa a casa

Es la prestación del servicio de vacunación en la vivienda del usuario por agentes de salud. Se utiliza esta estrategia en caso de brotes, cuando se necesita elevar coberturas en corto tiempo y cuando la población vive muy dispersa, generalmente en combinación con las estrategias de concentración y equipos móviles polivalentes. Para realizar un desarrollo adecuado de esta estrategia de vacunación, se debe realizar un mapa con el número y el área geográfica a visitar, identificar el modo y el número de elementos de transporte necesarios, programar el rendimiento (en áreas rurales se puede visitar hasta 25 viviendas y en zonas urbanas hasta 50 viviendas diariamente), calcular el número de dosis necesarias de cada biológico, calcular el número de vacunadores necesarios y evaluar la posibilidad de utilizar voluntarios, estimar el costo del trasporte, viáticos, y/o refrigerios de los vacunadores, establecer la duración de las visitas y adecuar la cadena de frío.

3.6.3 Por concentración

Consiste en hacer la vacunación en un lugar determinado, día y hora señalados y previa promoción en la población. Esta estrategia podrá ser utilizada en lugares donde no haya agentes formales de salud permanentes y para áreas de mediana y gran dispersión. Para el éxito de su aplicación se deben tener en cuenta los siguientes pasos, promocionar la actividad a realizar, ubicar un lugar adecuado y accesible al mayor número de personas en coordinación con los comités de participación ciudadana y demás asociaciones comunitarias, asegurar como mínimo tres visitas durante el año, con un intervalo de tiempo entre ellas que permita garantizar la continuidad de los esquemas de vacunación.

3.6.4 Jornadas Nacionales de Vacunación

Es la movilización masiva y ordenada de la población en un día o en un corto período de tiempo, con el fin de aplicar el mayor número posible de dosis de vacuna, contando con la participación de los más diversos estamentos comunitarios intra y extrasectoriales y con una acción muy definida de los medios de comunicación.

3.6.5 Operación barrido

Es la vacunación intensificada casa a casa, de la población objetivo presente y residente en los domicilios de los municipios definidos como de alto riesgo. Aunque inicialmente se utilizó en el plan de erradicación de la poliomielitis, esta estrategia es aplicable como medida de control de otras enfermedades.

3.6.6 Canalización

Es la estrategia que busca detectar la totalidad de los susceptibles en un área determinada para obtener su total cubrimiento. Participan en su ejecución el mayor número de funcionarios de salud y miembros de la comunidad.

3.6.7 Equipos móviles polivalentes

Consiste en la conformación de grupos multidisciplinarios que se desplazan a las áreas más desprotegidas y dispersas para prestar múltiples servicios de salud.

Varios factores deben ser tenidos en cuenta al escoger la edad de vacunación. Estos incluyen riesgos específicos de enfermar según grupo de edad, madurez del sistema inmune y capacidad a una edad dada para responder a una vacuna específica y a la interferencia por parte de la inmunidad pasiva transferida por la madre.[50]

El programa ampliado de inmunizaciones, PAI, es una acción conjunta de las naciones del mundo y de los organismos internacionales, interesados en apoyar acciones tendientes a lograr coberturas universales de vacunación, con el fin de lograr disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad causadas por las diferentes enfermedades inmunoprevenibles

Para lograr, lo anteriormente propuesto, el PAI busca:

- Reducir la mortalidad y morbilidad causadas por las enfermedades inmunoprevenibles, en la población a través de la vacunación.
- Sentar las bases que garanticen la continuidad del Programa Ampliado de Inmunizaciones, asegurando el apoyo financiero nacional, para que toda la población continúe teniendo acceso a los servicios de vacunación.
- Erradicar la circulación del virus salvaje de la poliomielitis.
- Reducir las tasas de incidencia en un 90%, de las otras enfermedades inmunoprevenibles objeto del PAI.

Además, las metas planteadas son:

- Vacunar el 100% de los menores de un año con antipolio, DPT, BCG, antisarampión, fiebre amarilla.
- Vacunar el 100% de los susceptibles de 1 a 4 años, que no fueron vacunados durante su primer año de vida con antipolio, DPT, BCG y antisarampión.
- Vacunar el 100% de las gestantes con toxoide tetánico.
- Vacunar con toxoide tetánico al 100% de las mujeres en edad fértil en todas las áreas endémicas de tétanos neonatal.
- Además el PAI, pretende realizar entonces la inmunización masiva a la población general, ya sea de forma activa o pasiva.

La inmunización activa es aquella que se refiere a la producción de anticuerpos en respuesta a la administración de una vacuna, en cuyo caso es artificial. La inmunización natural se adquiere luego de padecer la enfermedad; Mientras que la inmunización pasiva, se refiere a la transferencia de inmunidad temporal mediante la administración de anticuerpos o antitoxinas preformadas en otros organismos, en cuyo caso es artificial. La natural es la transferencia de anticuerpos maternos al feto.

Siempre se busca que a través de la vacunación, se logren coberturas óptimas, de inmunización. Estas coberturas, son definidas como el porcentaje de población vacunada que se requiere para cortar la cadena de transmisión de una enfermedad determinada. La cobertura óptima varía según la enfermedad. Para las inmunoprevenibles objeto del PAI, se aceptan las siguientes coberturas mínimas para menores de un año.[51]

- Poliomielitis 90%
- Difteria 80%
- Tos ferina 80%
- Tétanos 100%
- Sarampión 95 – 100%

Los esquemas de vacunación, se establecen, para responder a unas necesidades específicas de la población beneficiaria, de acuerdo al perfil epidemiológico de las enfermedades inmunoprevenibles.

- Para 1.995, el esquema único de vacunación PAI era el siguiente:

Cuadro 1. Esquema único de vacunación PAI

VACUNACIÓN CONTRA	VACUNA	EDAD
TUBERCULOSIS	BCG	RECIÉN NACIDO
DIFTERIA, TÉTANOS Y TOS FERINA	DPT (TRIPLE)	2 MESES
POLIOMIELITIS	ANTIPOLIO	2 MESES
SARAMPIÓN	ANTISARAMPIÓN	9 MESES
TÉTANOS	TOXOIDE TETÁNICA	EMBARAZADAS

- El esquema de vacunación, para el 2.004, sufre algunas variaciones, aquí señaladas:

Cuadro 2. Esquema de vacunación

VACUNACIÓN CONTRA	VACUNA	EDAD
TUBERCULOSIS	BCG	RECIÉN NACIDO
DIFTERIA, TÉTANOS Y TOS FERINA	DPT (TRIPLE)	2, 4 y 6 MESES
HEPATITIS B	H.B.	2, 4 Y 6 MESES
HEMOPHILUS INFLUENZA	H.I.B	2, 4 Y 6 MESES
POLIOMIELITIS	ANTIPOLIO	2, 4 y 6 MESES

SARAMPIÓN FIEBRE AMARILLA	ANTISARAMPIÓN ANTIFIEBRE AMARILLA	12 MESES
TÉTANOS	TOXOIDE TETÁNICA	EMBARAZADAS

3.7 PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Hacia mediados del siglo XX se empezó a sistematizar el terminó de Promoción de la salud; pero la humanidad hace muchos años ha realizado practicas que hoy se pueden definir como promoción. Henry Sigerist, fue quien formulo en 1945 la Promoción de la salud (PS) como uno de los grandes frentes y objetivos de la práctica de la medicina social.[52]

En la década de los ochenta, en Canadá se firmo la Carta de Ottawa, donde se definió que la promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar, una persona o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las actitudes físicas. Se plantea que las condiciones y requisitos para la salud son la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad.[53]

Así mismo, en la Carta de Ottawa se plantean cinco componentes para lograr la participación activa en la promoción de la salud:

- La elaboración de una política publica sana.
- El esfuerzo de la acción comunitaria logrado a través del empoderamiento.
- El desarrollo de actitudes personales.
- La creación de ambientes favorables.
- La organización de los sistemas de salud.

En estos componentes están incluidos la comunidad, el individuo y el Estado como responsables de la promoción de la salud para lograr una mejor calidad de vida.

Para Saúl Franco y col. el principal actor de la PS es la población; es toda persona que se esfuerce por hacer de su vida y de la vida de los otros agradable, el segundo actor lo constituyen los agentes del sector salud y el tercer actor son las instituciones privadas o publicas, nacionales o internacionales.[54]

En 1992 se realizo en Colombia La conferencia Internacional de la Promoción de la Salud, en ella, según el Dr. Saúl Franco, se trato de hacer una latino americanización o una versión tercermundista del concepto de promoción de la

salud. La PS en América Latina, busca la creación de condiciones que garanticen el bienestar general como propósito fundamental para el desarrollo.

La región esta marcada por la inequidad y las condiciones de vida de los más pobres se deterioran cada vez más. El desafío para la PS consiste en transformar las relaciones excluyentes conciliando los intereses económicos y los propósitos sociales de bienestar para todos y trabajar para la solidaridad y la equidad, condiciones indispensables para la salud y el desarrollo.[55]

El concepto de prevención de la enfermedad también fue introducido por Sigerist en 1945. La prevención tiene que ver con la causalidad de la enfermedad y se define como la aplicación de medidas que incluyen aspectos médicos y de otras disciplinas que tienen como finalidad impedir la aparición de la enfermedad -Prevención primaria-, curarla -Prevención secundaria- y resolver las capacidades perdidas -Prevención terciaria-

La prevención de la enfermedad es un proceso en el cual se realizan todo tipo de actividades, procedimientos y acciones que conducen a evitar y prevenir la enfermedad. Las acciones van desde identificar las posibles causas de la dimensión individual como son las físicas, mentales, afectivas y sociales, así como el entorno externo que puede provocar y mantener la enfermedad de la población. El fin de la prevención es minimizar y reducir los riesgos desencadenantes del proceso de la enfermedad, si esta es inminente se procede a tratarla y curarla a tiempo para evitar complicaciones y contagios ; en el tratamiento y la rehabilitación también se debe actuar de manera preventiva para evitar las posibles complicaciones.

Cuadro 3. Tabla comparativa entre promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

	PROMOCIÓN DE LA SALUD	PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD
DEFINICIÓN DEL TERMINO	Proporcionar a los pueblos los medios para mejorar su salud y Ofrecer un mayor control sobre si mismo.	Es un proceso en el cual se realizan todas las actividades procedimientos y acciones para evitar y prevenir la enfermedad.

OBJETIVOS	-Desarrollar condiciones favorables para la salud. y la vida. -Actuar sobre los determinantes de la salud.	-Disminuir el nivel de los factores de riesgo o la probabilidad de que ocurra una enfermedad
COMPONENTES	-Políticas publicas saludables. -Ambientes saludables. -Participación social. -Desarrollo de aptitudes personales -Reorganización de los sistemas de salud	-Prevención primaria. -Prevención secundaria. -Prevención terciaria. -Rehabilitación.
ACTORES	-Población. -Agentes del sector salud. -Instituciones públicas y privadas.	El estado a través del personal de la salud.
POBLACIÓN OBJETO	Comunidad e individuos.	Individuos o grupos susceptibles de adquirir enfermedades específicas.
ESTRATEGIAS	-información. -Educación. -Comunicación para la salud.	-Información. -Educación. -comunicación para la salud

*Modificado de García C y Tobón.[56]

4. METODOLOGÍA

4.1 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

La investigación se desarrollará con base en la epidemiología, como herramienta para abordar el análisis de las coberturas de vacunación PAI y su relación con las enfermedades inmunoprevenibles en el departamento de Antioquia y en el Municipio de Angelópolis en los periodos establecidos.

4.1.1 Tipo de estudio

El análisis epidemiológico descriptivo, será abordado a través de la investigación cuantitativa, documental, soportada en un estudio explicativo.[57]

Desde lo epidemiológico en la parte explicativa la presente investigación pretende describir las coberturas de vacunación y busca encontrar los efectos de la aplicación de las políticas, en las coberturas de vacunación y en la incidencia de las enfermedades inmunoprevenibles.

Las enfermedades inmunoprevenibles consideradas para el presente estudio fueron sarampión, rubéola, parotiditis, tétanos, tosferina, difteria, poliomielitis y tuberculosis (TB), abarcando enfermedades tradicionalmente cubiertas por el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) así como también las que recientemente fueron incluidas. La comparación se hizo entre el período antes de la aplicación de la reforma del sector salud: 1984-1993 y el período durante la aplicación de la reforma del sector salud: 1994 a 2003.

4.1.2 Fuentes de información

Los datos fueron obtenidos de fuentes secundarias: la morbilidad por enfermedades inmunoprevenibles se obtuvo de los boletines anuales de actividades de la Dirección seccional de Salud de Antioquia (D.S.S.A), disponibles hasta 1.994, los datos de los años posteriores 1.995 – 2.003 se obtuvieron del Anuario estadístico de Antioquia de la Oficina de Planeación departamental, la

Información de personas vacunadas se obtuvo de la base de datos disponible en la oficina de salud pública de la D.S.S.A, la ejecución presupuestal de ingresos se obtuvo del anuario estadístico de Antioquia, la información de morbilidad por enfermedades inmunoprevenibles y los datos de población considerados, fueron las proyecciones de población del departamento nacional de estadísticas DANE.

4.1.3 Recolección y presentación de la información

Las siguientes fueron las variables recolectadas: tasas de incidencia de enfermedades inmunoprevenibles, tasa de mortalidad de enfermedades inmunoprevenibles, coberturas de vacunación con biológicos del Programa Ampliado de inmunizaciones y la ejecución presupuestal de ingreso por municipio y por el total de los municipios en Antioquia. La proporción de incidencia de las enfermedades inmunoprevenibles se calculó teniendo en cuenta como numerador el número de casos nuevos de la enfermedad en la población total para cada año, dividido por el total de la población a mitad de período del mismo año, multiplicado por 100.000 habitantes. La tasa de mortalidad se calculó tomando como numerador el total de defunciones por enfermedades inmunoprevenibles en la población general para cada año, dividido por el total de la población a mitad de período del mismo año multiplicado por 100.000. La cobertura de vacunación para cada biológico se hizo teniendo en cuenta como numerador el total de menores de un año vacunados para cada año, dividido por la población menor de un año, multiplicado por 100. El presupuesto de ingresos por habitante se hizo mediante la división del total de la ejecución presupuestal en pesos a valor de 2003 de cada año, dividida por el total de la población a mitad de período de ese mismo año.

4.1.4 Plan de análisis

La base de datos se elaboró en Microsoft Excel (Microsoft Corp., Rendomd, WA). El procesamiento de la información se realizó en el programa SPSS® versión 10 para Windows 98 (Statistical Package for the Social Sciences). Inc. - Chicago, ILL). La diferencia de la mediana entre dos grupos se hizo mediante la prueba de Mann-Withney. El análisis de correlación se hizo mediante la prueba de Spearman. El análisis de tendencia de las tasas de incidencia y de la mortalidad de las enfermedades, de la cobertura de vacunación y de los ingresos por habitante se realizó para cada período (antes y durante la reforma de salud) y la significancia estadística se hizo mediante la prueba chi cuadrado de la tendencia. El nivel de significancia aceptado fue $p < 0.05$.

4.2 ENTREVISTAS

Para recoger los aportes de los diferentes actores del Sistema general de Seguridad Social en salud, se realizaron entrevistas semiestructuradas individuales en el departamento de Antioquia y en el municipio de Angelópolis, las cuales buscaban recoger la opinión de ellos. El contacto se hizo con las siguientes fuentes de información:

Personal Administrativo: Director Local de Salud, Gerente de la Empresa Social del Estado, Gerente de las ARS, Personal de la Dirección Seccional de Salud.

Personal operativo: promotores de salud, vacunadores y auxiliares de enfermería.
Usuarios (padres o acudientes) que utilizan el servicio de vacunación de la Empresa social del Estado del municipio.

Se combinaron preguntas abiertas y cerradas, donde los entrevistados tuvieron la posibilidad de hablar del tema propuesto, sin respuestas o condiciones impuestas por el investigador.[58]

Este tipo de entrevista no requiere un orden estricto en la formulación ya que no se sigue una secuencia obligatoria, y su formulación debe ser en términos familiares.

4.3 ANÁLISIS DOCUMENTAL

Para la revisión documental se realizó un análisis de contenido a través de ejes temáticos, basados en la revisión de la normatividad vigente, relacionadas con las inmunizaciones en el actual sistema General de Seguridad Social en Salud, los datos disponibles de la Dirección Seccional de Salud de Antioquia al respecto del tema para el municipio y el departamento en los períodos de tiempo establecidos, se hace una revisión de la parte conceptual de las estrategias de prevención que han sido implementadas en el país a lo largo de los períodos de tiempo y además se revisa la parte conceptual relacionadas con las políticas publicas.

4.4 ANÁLISIS DE ENTREVISTAS

Una vez realizadas las entrevistas se hizo el proceso de transcripción de las mismas para luego proceder a hacer un análisis relacionando la parte conceptual, y la realidad de contexto.

4.5 CREDIBILIDAD, VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

4.5.1 Credibilidad

La credibilidad de la investigación esta basada en criterios de validez y confiabilidad. La legitimación del conocimiento se realiza a través de consensos fundamentados en el dialogo y la intersubjetividad.

4.5.2 La validez

La validez hace referencia al grado de coherencia lógica interna de los resultados y a la ausencia de contradicciones de resultados de otras investigaciones o estudios bien establecidos. Validez interna (grado en el cual los resultados reflejan la situación estudiada) y validez externa (nivel de aplicación de las conclusiones a grupos similares).

Este estudio tiene validez porque el cien por ciento de los datos fueron tomados de las fuentes que tienen el total de la información para el Departamento y todos sus municipios con son la Dirección Seccional de Salud de Antioquia y el DANE, de manera que refleja la situación de cobertura de vacunación PAI, y la morbilidad por enfermedades inmunoprevenibles en el Departamento de Antioquia y el municipio de Angelòpolis.

4.5.3 La confiabilidad

La credibilidad implica que un estudio se pueda repetir con el mismo método sin alterar los resultados, es una medida de replicabilidad de los resultados La confiabilidad tiene dos dimensiones: la externa (investigadores independientes, al estudiar una realidad en tiempos o situaciones diferentes, llegan a los mismos resultados) e interna (varios investigadores al observar la misma realidad concuerdan en sus conclusiones)

Las estrategias planteadas para lograr la confiabilidad, validez y verificabilidad de la información será la complementación de la información desde lo epidemiológico con el análisis conceptual, partiendo de la premisa, de que los actores sociales son portadores de lógicas diversas que son necesarias de conocer para obtener resultados contextualizados.

En la investigación se pudo realizar esta complementación ya que se tuvo acceso a diferentes actores tanto del nivel directivo, operativo y de usuarios del servicio de vacunación, (padres y acudientes) lo que permitió la visión desde varias perspectivas sociales y su relación con los resultados estadísticos.

4.6 ESCENARIOS

Departamento de Antioquia y Municipio de Angelópolis.

4.7 REFLEXIONES ÉTICAS DEL ACTUAL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Es importante partir del concepto de ética como la posibilidad de reflexionar y repensar acerca de los actos y comportamientos de los seres humanos. El pensamiento ético, como plantea Beatriz Peña[59] implica un movimiento reflexivo, una crítica constante que no puede perder de vista la época y el estado de las cosas en el cual se encuentra inmerso, y la necesidad de hacer valoraciones.

Además de contextualizar las acciones, se precisa otro planteamiento desde la teoría Kantiana la cual dice que: "una acción esta correcta si la voluntad del individuo es movida por el imperativo categórico, a saber, por el principio de tratar siempre a otras personas como fines y nunca meramente como medios. El Kantismo, como afirma Garret Thompson[60], se aferra a la noción del deber que motiva una determinada acción.

Infortunadamente la reforma de la seguridad social en Colombia estuvo basada en consideraciones de tipo económico y político olvidando las condiciones de contexto en las cuales se desenvolvían las comunidades objeto de esta Ley. Un elemento importante para analizar desde la ética es la responsabilidad que le compete al Estado en el dimensionamiento de las políticas públicas emanadas a través de esta Ley y la responsabilidad de los prestadores de servicios de salud los cuales conocen su quehacer y cómo deben hacerlo, pero el sistema los limita por consideraciones de tipo económico y el paciente finalmente queda "asfixiado" entre la ética del deber ser y los imperativos de la normatividad que atan, no sólo las manos sino las mentes de quienes operativizan un Sistema, que convierte a los individuos en medios para alcanzar unos fines, que no consultan la realidad de la población colombiana.

En el Sistema General de Seguridad Social en Salud, Ley 100 de 1993 se introducen algunos elementos en la estructura del Sistema de Salud dentro de los cuales se precisan varias instancias de participación desde diferentes actores del sistema quienes están encargados del direccionamiento, vigilancia y control del Sistema, los que realizan la parte operativa y de gestión. El modelo como tal, plantea limitaciones e iniquidades que se traducen en el dimensionamiento de Planes obligatorios de Salud diferentes para las personas según el tipo de afiliación al

sistema -régimen contributivo y régimen subsidiado-. El planteamiento desde la ética sería cuestionar la justicia de un sistema de salud que considera la salud como una mercancía y que posibilita el fortalecimiento de iniquidades en el acceso a servicios de salud e iniquidades en acceso a servicios de calidad, como plantea Jaime Escobar Triana[61].

4.7.1 Consideraciones éticas

La investigación está apoyada en la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, referida a las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Concierne a esta investigación el Capítulo I, del Titulo II, de los aspectos éticos con seres humanos y el Capítulo II, de la investigación en comunidades; Ya que la investigación se realizará en el Departamento de Antioquia y en el Municipio de Angelópolis, con los respectivos consentimientos, según lo establecido en el Artículo 18 del Capítulo II.

Al respecto del Capítulo I, del Titulo II, Artículo 11, la investigación planteada, se considera sin riesgo, ya que en este estudio se emplearon técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y no se realizaron intervenciones o modificación intencionada de variables biológicas o fisiológicas.

Es importante precisar que tanto las entrevistas como la observación no participante realizadas, nos permitieron un acercamiento al conocimiento cultural e identificación de patrones socioculturales, desde los cuales deben tenerse en cuenta consideraciones éticas de respeto por las diferencias culturales y conceptuales, al respecto de asuntos de salud de las personas participantes de la investigación.

Para realizar esta investigación se tuvo en cuenta, el Código de Nuremberg, 1947, con los principios éticos fundamentales respeto por las personas, justicia y beneficencia; la declaración de Helsinki, 1987 y la propuesta de Normas Éticas Internacionales para las investigaciones biomédicas con sujetos humanos propuestas por el Consejo de Organización Internacional de las Ciencias Biomédicas (CIOMS) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicadas por la OPS/OMS, 1996. Además, la Resolución 008430 del Ministerio de Salud de Colombia respecto al consentimiento informado de las autoridades de grupos específicos. La investigación acogió los principios y guías éticos para la protección de sujetos humanos de investigación, propuestos en el informe Belmont, dentro de los cuales se resalta el respeto por las personas, el beneficio y la justicia.

- <u>Aplicación del principio de Respeto</u>

La investigación respetó la autonomía de cada uno de las personas, y sus decisiones libres acerca de la participación y, respeto por su capacidad de deliberar acerca de los temas propuestos, con libertad, sin realizar juicios de valor al respecto de sus opiniones, desde los investigadores.

- Aplicación del principio de Beneficencia

Según lo planteado en el informe Belmont, las personas son tratadas éticamente, no sólo respetando sus condiciones y protegiéndolas del daño, sino también haciendo esfuerzos para asegurar su bienestar, expresado concretamente en tres acciones precisas: no hacer daño, aumentar los beneficios y disminuir los posibles daños lo más que sea posible. Consideramos que la investigación no generó daño alguno a los participantes ni a la comunidad en general, por el contrario los resultados obtenidos con la investigación podrán redundar en el redimensionamiento de políticas públicas relacionadas con vacunación en el departamento y en el municipio. Se podrán identificar condiciones socios culturales, algunas de las cuales podrán trabajarse desde los Planes de Desarrollo y así incidir positivamente en las coberturas de vacunación del Municipio.

- Aplicación del Principio de Justicia

En ésta investigación, los resultados obtenidos serán objeto de análisis para la reformulación de políticas públicas relacionadas con vacunación, como se planteó anteriormente. El Principio de Justicia, además del análisis anterior, se aplicó pues los beneficios del cambio de políticas públicas, no serían únicamente para los participantes en la investigación, sino para la comunidad en general.

- Aplicación del principio de confidencialidad

A todas las personas participantes en la investigación se les garantizó la confidencialidad de las apreciaciones que expresaron durante las entrevistas. Se considera que la parte administrativa de las Direcciones Seccionales y Locales pueden expresar algún temor al emitir opiniones al respecto del Sistema General de Seguridad Social en Salud, por tal motivo al hacer las transcripciones de las entrevistas estas identidades se mantuvieron en el anonimato y se utilizaron códigos para identificar a los informantes.

4.7.2 Consideraciones al respecto del consentimiento informado

Aunque nadie duda de la importancia del consentimiento informado, existe una gran controversia sobre la naturaleza y la posibilidad de un consentimiento informado.

Sin embargo prevalece de manera muy general el acuerdo de que el procedimiento debe costar de tres elementos información, comprensión y voluntariedad. Las personas que aceptaron ser entrevistadas, leyeron previamente el consentimiento informado y firmaron o colocaron su huella dactilar en caso de no saber firmar. Se pidió autorización para realizar las grabaciones de las entrevistas.

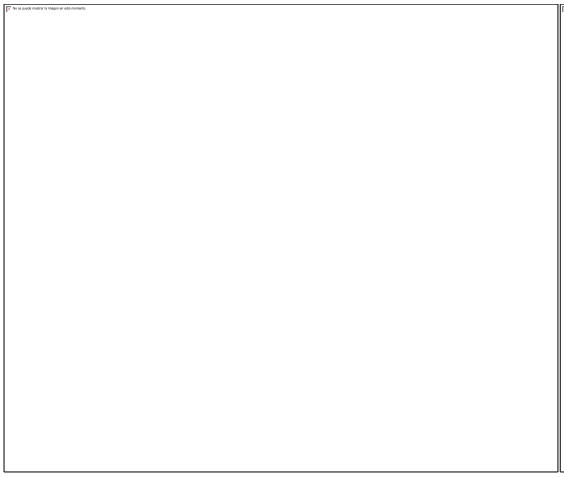
4.8 PLAN DE DIVULGACIÓN Los resultados de esta investigación se divulgarán mediante una presentación de resultados y hallazgos a los diferentes actores sociales del departamento y del municipio. Con una conferencia a la comunidad universitaria y académica del CINDE y de la Facultad de Enfermería de la U de A. Se publicará un artículo en la revista de La Facultad de Enfermería.

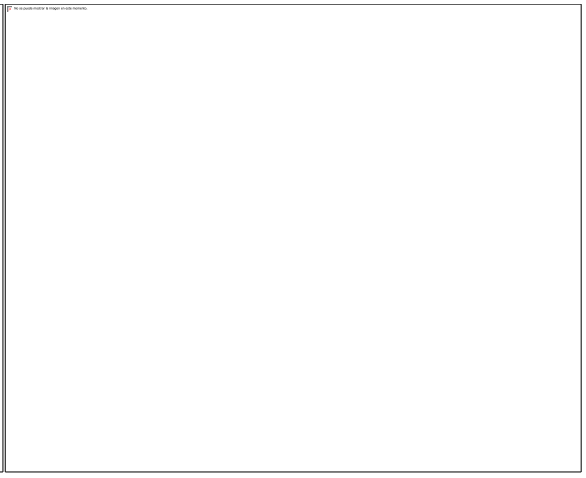
5. ANÁLISIS DE RESULTADOS

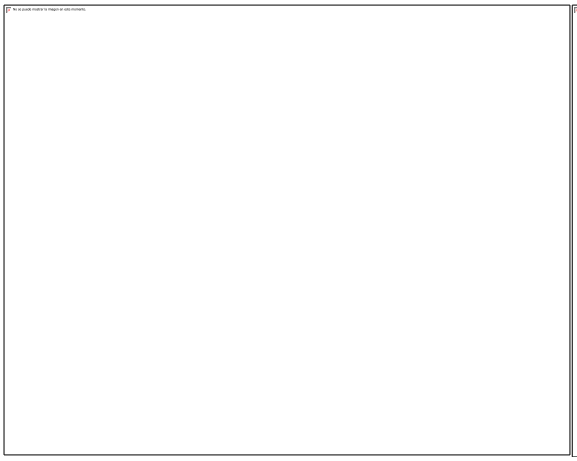
5.1 ANÁLISIS CUANTITATIVO DE LAS COBERTURAS DE VACUNACIÓN EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA

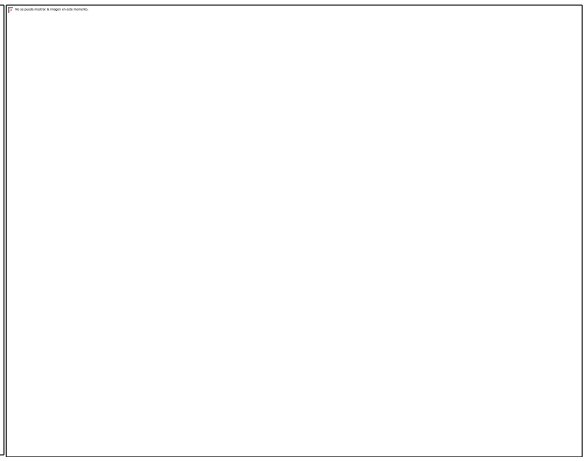
5.1.1 Comportamiento de las enfermedades inmunoprevenibles

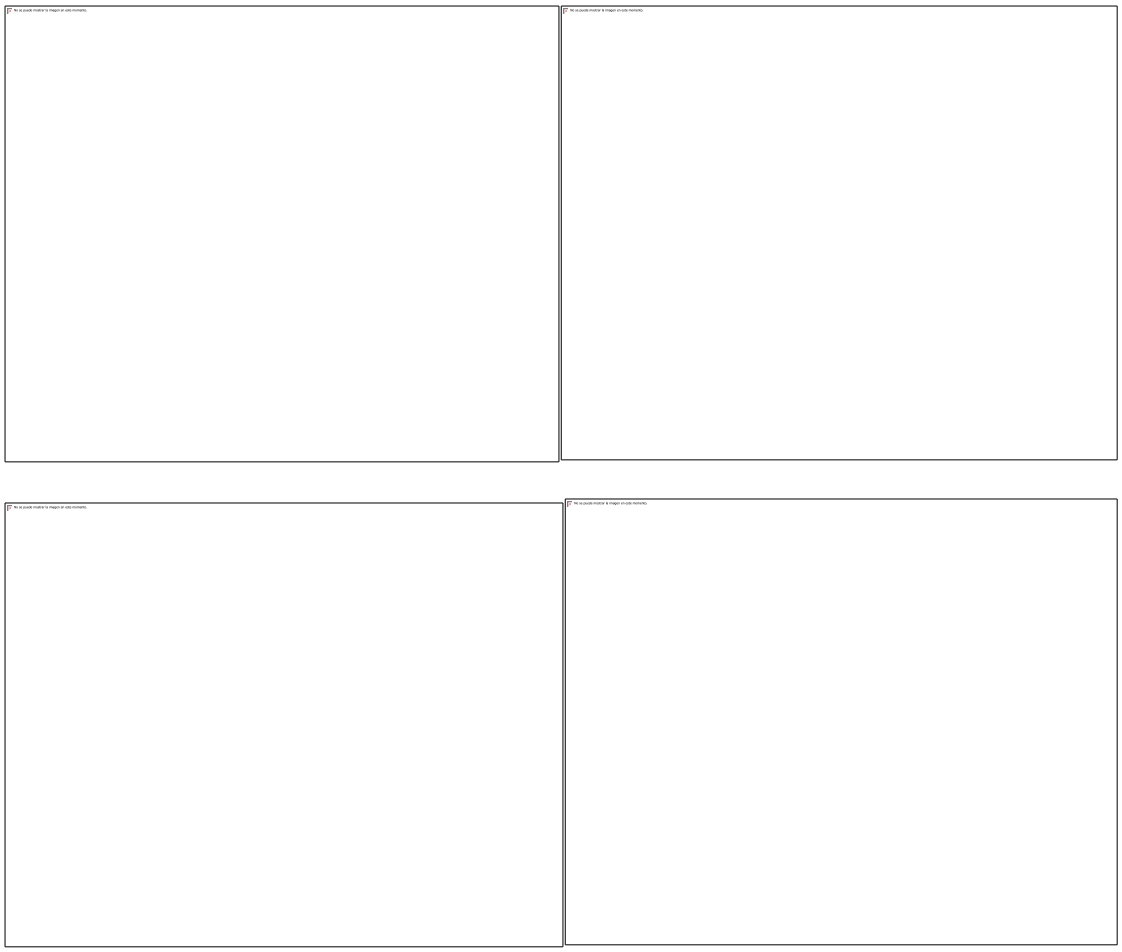
El comportamiento de las enfermedades inmunoprevenibles en el departamento de Antioquia durante los períodos considerados muestra en general una tendencia al descenso, incluso en algunas de ellas se llegó al control. La Poliomielitis no notifica casos desde 1989, el Sarampión desde 1999 y la Difteria desde 1994. Un comportamiento diferente presenta la Tuberculosis, enfermedad que presenta una tendencia al descenso hasta 1999, para luego comenzar un leve ascenso que se mantiene hasta el final del segundo período estudiado. (Figuras 1-8).











5.1.2 Número de casos de enfermedades inmunoprevenibles en el departamento de Antioquia

El total de casos de enfermedades inmunoprevenibles registrados entre 1984 y 2003 en el departamento de Antioquia, se muestra en la Tabla 1., las enfermedades con mayor número de casos fueron Parotiditis, Tuberculosis, Rubéola y Sarampión. Al comparar la mediana de la tasa de incidencia de las mismas entre el período antes y durante la reforma del sector salud, se encontró que disminuyó para todas las enfermedades. Diferencias que fueron estadísticamente significativas en cada una de ellas.

Tabla 1. Comparación de la mediana de la tasa de incidencia de las enfermedades inmunoprevenibles antes y durante la reforma del sector salud. Antioquia, 1984-2003

Enfermedad	Total casos 1984-2003	Mediana de la tasa de incidencia		Valor de p
		Antes	Durante	
Sarampión	15733	35.6	0.3	0.000
Rubéola	36994	54.0	14.05	0.019
Parotiditis	34994	55.1	6.9	0.001
Poliomielitis	29	0.0	0.0	0.095
Tuberculosis	35577	51.4	30.5	0.000
Difteria	180	0.5	0.0	0.000
Tétanos	569	1.2	0.2	0.000
Tos ferina	6279	8.8	5.0	0.006

Comparando el número absoluto de casos entre 1984 y 1993 y entre 1994 y 2003, se encontró en el primer período disminución de todas las enfermedades inmunoprevenibles a excepción de rubéola y parotiditis que por el contrario aumentaron debido a que aun no estaban incluidas las vacunas para su control en el PAI. En el segundo período todas las enfermedades inmunoprevenibles disminuyeron en porcentajes más elevados que en el primer período para todas las enfermedades a excepción de tuberculosis. Tabla 2.

Tabla 2. Comparación del número de casos de enfermedades inmunoprevenibles antes y durante la reforma del sector salud. Antioquia, 1984-2003

Enfermedad	No de vacunas			Aumento entre 1984/1993 %	Aumento entre 1993/2003 %
	1984	1993	2003		
Sarampión	1443	964	0	33,2	100.0
Rubéola	1795	3143	79	*42.8	97.5
Parotiditis	2337	4027	166	*41.9	95.9
Poliomielitis	5	0	0	100.0	NA
Tuberculosis	2396	1642	1539	31.5	6.3
Difteria	35	7	0	80,0	100.0
Tétanos	99	20	4	79,8	80.0
Tos ferina	421	250	109	40.6	56.4

* Aumentó el número de casos. NA no aplica porque ya estaba controlada

Tabla 3. Análisis de tendencia de la tasa de incidencia de enfermedades inmunoprevenibles antes y durante la reforma del sector salud. Antioquia, 1984-2003

Enfermedad	Antes		Durante	
	Chi^2	Valor de p	Chi^2	Valor de p
Sarampión	204.7	0.00000	872.5	0.00000
Rubéola	-	-	12522	0.00000
Parotiditis	-	-	9975.8	0.00000
Poliomielitis	12.86	0.0003	NA	NA
Tuberculosis	650.1	0.00000	128.59	0.00000
Difteria	54.7	0.00000	NA	NA
Tétanos	127.9	0.00000	12.16	0.00049
Tosferina	309.5	0.00000	70.9	0.00000

NA: ambas enfermedades estaban en control

Al analizar el comportamiento de la tasa de incidencia, se encontró una tendencia negativa estadísticamente significativa para ambos períodos para todas las enfermedades inmunoprevenibles. Como no se registraron casos de Poliomielitis y Difteria durante la reforma del sector salud no son aplicables los cálculos estadísticos. La tendencia de Rubéola antes de la reforma fue al ascenso del número de casos al inicio del período para luego descender durante tres años para darse un nuevo aumento de casos en 1993, contrario al comportamiento durante la reforma donde hubo una tendencia siempre negativa y estadísticamente significativa (Chi^2 =12871.4, p=0.00000) durante todo el período, con una reducción de casos del 97.5% (Tabla 1 y 3). La Parotiditis presenta, antes de la reforma ascenso en el número de casos durante tres años. Durante la reforma la tendencia siempre fue negativa y estadísticamente significativa (Chi^2=9975.8, p=0.00000), con una reducción del 95.9% de los casos (Tablas 2 y 3).

5.1.3 Comportamiento de las coberturas de vacunación

El total de personas vacunadas entre 1984 y 2003 se muestra en la tabla 4. Al comparar la mediana de la cobertura entre el período antes y durante la reforma del sector salud, se encontró un aumento significativo solo para la vacunación anti-sarampión (p=0.01). Contrario a lo que se observa con las medianas de las coberturas de vacunación contra Poliomielitis, Difteria, Tétanos, Tosferina y Tuberculosis las cuales descendieron en el segundo período. Diferencias que no fueron estadísticamente significativas, a excepción de TB (p=0.038). Rubéola y Parotiditis no se pueden comparar con datos anteriores, porque no se aplicaban en el PAI antes de la reforma. Tabla 4.

Tabla 4. Comparación de la mediana de la cobertura de vacunación antes y durante la reforma del sector salud. Antioquia, 1984-2003

Vacunas	Total vacunas 1984-2003	Mediana de la cobertura de vacunas		Valor de p
		Antes	Durante	
Anti-sarampión	1.865.088	88.1	92.2	0.01
Anti-rubéola	930.946	-	90.7	-
Anti-parotiditis	930.946	-	90.7	-
Anti-polio	1.844.622	93.9	85.1	0.5
BCG	2.132.861	111.5	100.9	0.038
DPT	1.776.004	84.7	82.5	0.71

Entre 1984 y 1993 se observó un aumento en el número de personas vacunadas contra Sarampión, Poliomielitis, Tuberculosis, Difteria, Tétanos y Tosferina. Entre 1994 y 2003 solo aumentó en 9.7% el número de personas vacunadas contra Sarampión, porcentaje muy bajo comparado con el período antes de la reforma que fue 30.8%. El número de personas vacunadas contra Poliomielitis, Tuberculosis, Difteria, Tétanos y Tosferina en este período presentaron un descenso. No se hizo comparación para rubéola y parotiditis, porque se incluye en el programa de vacunación en 1995.Tabla 5.

Tabla 5. Comparación del número de personas vacunadas antes y durante la reforma de salud. Antioquia, 1984-2003

Vacunas	No de personas vacunadas			Aumento entre 1984/1993 %	Aumento entre 1993/2003 %
	1984	1993	2003		
Anti-sarampión	66756	96531	106920	30.8	9.7
Anti-rubéola	-	-	106920	-	-
Anti-parotiditis	-	-	106920	-	-
Anti-polio	72990	99516	90929	26.7	-9.4
BCG	88393	110580	100578	21.0	-9.9
DPT	71888	97978	91603	26.6	-6.9

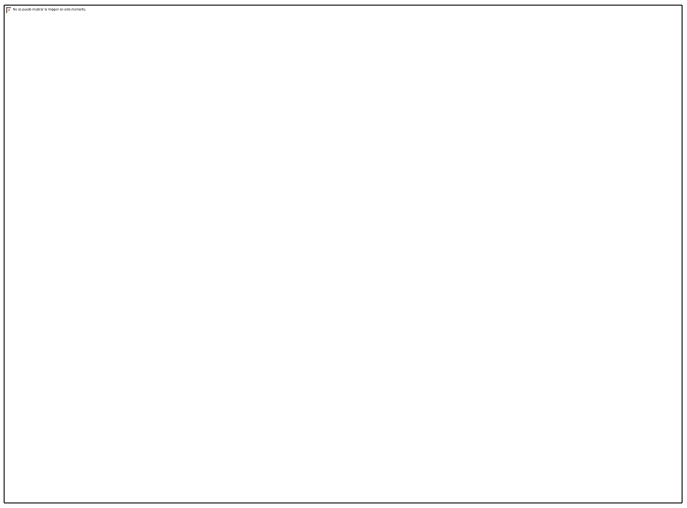
Se encontró una tendencia de las coberturas de vacunación contra sarampión positiva estadísticamente significativa en ambos períodos ($p<0.05$). Las coberturas de vacunación contra Poliomielitis, Tuberculosis, Tosferina, Difteria y Tétanos presentaron una tendencia positiva estadísticamente significativa antes de la reforma del sector salud ($p<0.05$) y negativa estadísticamente significativa en el período de la reforma ($p<0.05$). La tendencia de las coberturas de vacunación contra rubéola y parotiditis fue positiva estadísticamente significativa en el período forma de la salud. Tabla 6

Tabla 6. Análisis de tendencia de las coberturas de vacunación antes y durante la reforma del sector salud. Antioquia, 1984-2003

Vacunas	Antes		Durante	
	Chi^2	Valor de p	Chi^2	Valor de p
Anti-sarampión	7722.3	0.00000	458.8	0.00000
Anti-rubéola	-	-	458.8	0.00000
Anti-parotiditis	-	-	458.8	0.00000
VOP	4603.1	0.00000	816.0	0.00000
BCG	1871.8	0.00000	4144.2	0.00000
DPT	5947.7	0.00000	3413.4	0.00000

5.1.4 Presupuesto de ingresos por habitante

En el período considerado existe una tendencia al ascenso del ingreso por habitante en pesos a valor de 2003 en el departamento de Antioquia. Figura 9.



La mediana de la ejecución presupuestal de ingresos por habitante en el período antes de la reforma del sector salud fue 171.5 pesos a valor de 2003 y de 352.5 pesos a valor de 2003 durante la reforma del sector salud. Diferencia estadísticamente significativa (p=0.000).

Analizando la tendencia de la ejecución presupuestal de ingresos por habitante se encontró una tendencia positiva estadísticamente significativa antes de la reforma (Chi^2 =33.6, p=0.00000). Después de la reforma del sector salud esta tendencia aunque positiva no fue estadísticamente significativa (Chi^2 =1.98, p=0.158).

5.1.5 Correlación entre tasa de incidencia de inmunoprevenibles y cobertura de vacunación

Antes del período de la reforma hubo correlación negativa estadísticamente significativa entre tasas de incidencia y coberturas de vacunación en Difteria, Tétanos y Tosferina y positiva para Sarampión y Poliomielitis. En Tuberculosis la correlación también fue negativa pero no estadísticamente significativa. Durante la reforma del sector Salud las correlaciones fueron positivas para Sarampión, Tuberculosis, Tétanos y Tosferina, siendo estadísticamente significativas para Tuberculosis y Tétanos. Solo Rubéola y Parotiditis fueron correlaciones negativas, aunque no estadísticamente significativas. Poliomielitis y Difteria como están bajo control no se analizan. Para el total del período 1984-2003 las correlaciones fueron negativas para sarampión, rubéola, Parotiditis, Difteria, Tétanos y Tosferina pero sólo estadísticamente significativas para Rubéola y Parotiditis. Para Poliomielitis y Tuberculosis la correlación fue positiva y estadísticamente significativa para esta última enfermedad. (Tabla 7)

Tabla 7. Correlación entre tasas de incidencia de enfermedades inmunoprevenibles vs coberturas de vacunación antes y durante la reforma del sector salud y total del período. Antioquia, 1984-2003

Enfermedad	Antes		Durante		Total	
	Coeficiente de Spearman	Valor de p	Coeficiente de Spearman	Valor de p	Coeficiente de Spearman	Valor de p
Sarampión	0.49	0.894	0.285	0.424	-0.438	0.053
Rubéola	-	-	-0.231	0.521	-0.653	0.002
Parotiditis	-	-	-0.345	0.328	-0.825	0.000
Poliomielitis	0.123	0.734	NA	NA	0.004	0.986
Tuberculosis	-0.127	0.726	0.758	0.011	0.454	0.044
Difteria	-0.893	0.001	NA	NA	-0.198	0.403
Tétanos	-0.970	0.000	0.663	0.037	-0.053	0.826
Tosferina	-0.707	0.022	0.200	0.580	-0.135	0.569

5.1.6 Correlación entre tasa de incidencia de inmunoprevenibles e ingreso por habitante

Antes del período de la reforma hubo correlación negativa estadísticamente significativa entre tasas de incidencia y el ingreso por habitante para Tuberculosis, Difteria y Tétanos. En Poliomielitis y Sarampión la correlación fue positiva pero no estadísticamente significativa. Durante la reforma del sector salud las correlaciones fueron positivas para Sarampión y Tuberculosis, pero no fueron estadísticamente significativas. Rubéola, Parotiditis, Tétanos y Tosferina tuvieron correlaciones

negativas, aunque no estadísticamente significativas. Poliomielitis y Difteria como están bajo control no se analizan. Para el total del período 1984-2003 todas las correlaciones fueron negativas y estadísticamente significativas. (Tabla 8)

Tabla 8. Correlación entre tasas de incidencia de enfermedades inmunoprevenibles vs ingresos por habitantes antes y durante la reforma del sector salud y total del período. Antioquia, 1984-2003

Enfermedad	Antes		Durante		Total	
	Coeficiente de Spearman	Valor de p	Coeficiente de Spearman	Valor de p	Coeficiente de Spearman	Valor de p
Sarampión	0.188	0.602	0.370	0.293	-0.825	0.000
Rubéola	-	-	-0.565	0.089	-0.624	0.003
Parotiditis	-	-	-0.503	0.138	-0.708	0.000
Poliomielitis	0.507	0.135	NA	NA	-0.607	0.005
Tuberculosis	-0.891	0.001	0.430	0.214	-0.901	0.000
Difteria	-0.740	0.014	NA	NA	-0.902	0.000
Tétanos	-0.854	0.02	-0.449	0.193	-0.917	0.000
Tosferina	-0.622	0.055	-0.588	0.074	-0.764	0.000

5.1.7 Correlación entre coberturas de vacunación e ingreso por habitante

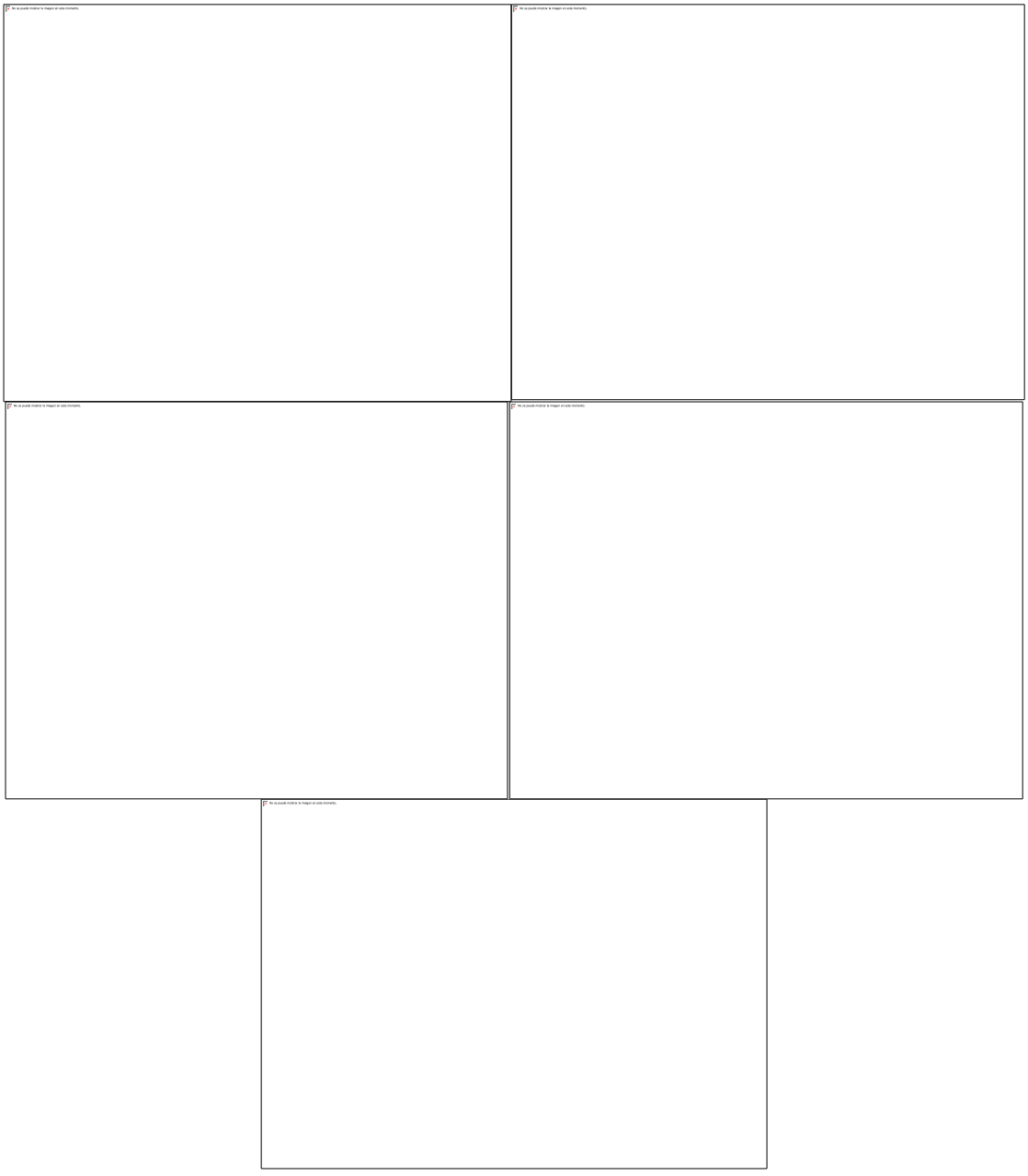
Antes del período de la reforma hubo correlación positiva para todas las enfermedades inmunoprevenibles y fue estadísticamente significativa para Sarampión, Difteria, Tétanos y Tosferina. Durante la reforma del sector salud las correlaciones fueron negativas para Sarampión, Poliomielitis, Tuberculosis, Difteria, Tétanos y Tosferina, ninguna estadísticamente significativa. Para el total de ambos períodos, comprendidos entre 1984-2003 todas las correlaciones fueron negativas y estadísticamente significativas. (Tabla 9)

Tabla 9. Correlación entre las coberturas de vacunación vs ingresos por habitantes antes y durante la reforma del sector salud y total del período. Antioquia, 1984-2003

Vacunas	Antes		Durante		Total	
	Coeficiente de Spearman	Valor de p	Coeficiente de Spearman	Valor de p	Coeficiente de Spearman	Valor de p
Anti-sarampión	0.770	0.009	-0.285	0.425	-0.579	0.007
Anti-rubéola	-	-	0.115	0.751	-0.785	0.000
Anti-parotiditis	-	-	0.115	0.751	-0.785	0.000
VOP	0.552	0.098	-0.553	0.097	-0.146	0.539
BCG	0.309	0.385	-0.552	0.098	-0.405	0.077
DPT	0.915	0.000	-0.600	0.67	-0.039	0.870

5.1.8 Comportamiento de la mortalidad por enfermedades inmunoprevenibles

El comportamiento de las defunciones por enfermedades inmunoprevenibles registrados entre 1984 y 2003 muestra un claro descenso de las mismas como se puede observar en las figuras 10-13. No ocurrieron defunciones por Rubéola y Tosferina. La Parotiditis causó una sola defunción.



El total de defunciones por Sarampión, Poliomielitis, Tuberculosis, Difteria y Tétanos registrados entre 1984 y 2003 se muestra en la tabla 10. Las enfermedades con mayor número de defunciones fueron Tuberculosis y Tétanos. Al comparar la

mediana de la tasa de mortalidad entre el período antes y durante la reforma del sector salud, se encontró que disminuyó para todas las enfermedades. Diferencias que fueron estadísticamente significativas para todas las enfermedades a excepción de difteria (Tabla 10).

Tabla 10. Comparación de la mediana de la tasa de mortalidad por enfermedades inmunoprevenibles antes y durante la reforma del sector salud. Antioquia, 1984-2003

Enfermedades	Total de muertes 1984-2003	Mediana de la tasa de mortalidad		Valor de p
		Antes	Durante	
Sarampión	64	0.0938	0.0000	0.000
Poliomielitis	29	0.0756	0.0000	0.009
Tuberculosis	2605	2.8162	2.3538	0.019
Difteria	16	0.0221	0.0000	0.105
Tétanos	221	0.3258	0.0558	0.000

Comparando el número absoluto de defunciones para Sarampión, Tuberculosis y Tétanos entre 1984 y 1993 y entre 1994 y 2003, se encontró en el primer período disminución del 87% para Sarampión, del 35.3% para Tuberculosis y del 91.3% para Tétanos. En el segundo período esta disminución fue del 100% para Sarampión y del 14.6% para Tuberculosis. Tétanos permaneció todo el período con un promedio de 3 casos. Tabla 11

Tabla 11. Comparación del número de defunciones por enfermedades inmunoprevenibles antes y durante la reforma de salud. Antioquia, 1984-2003

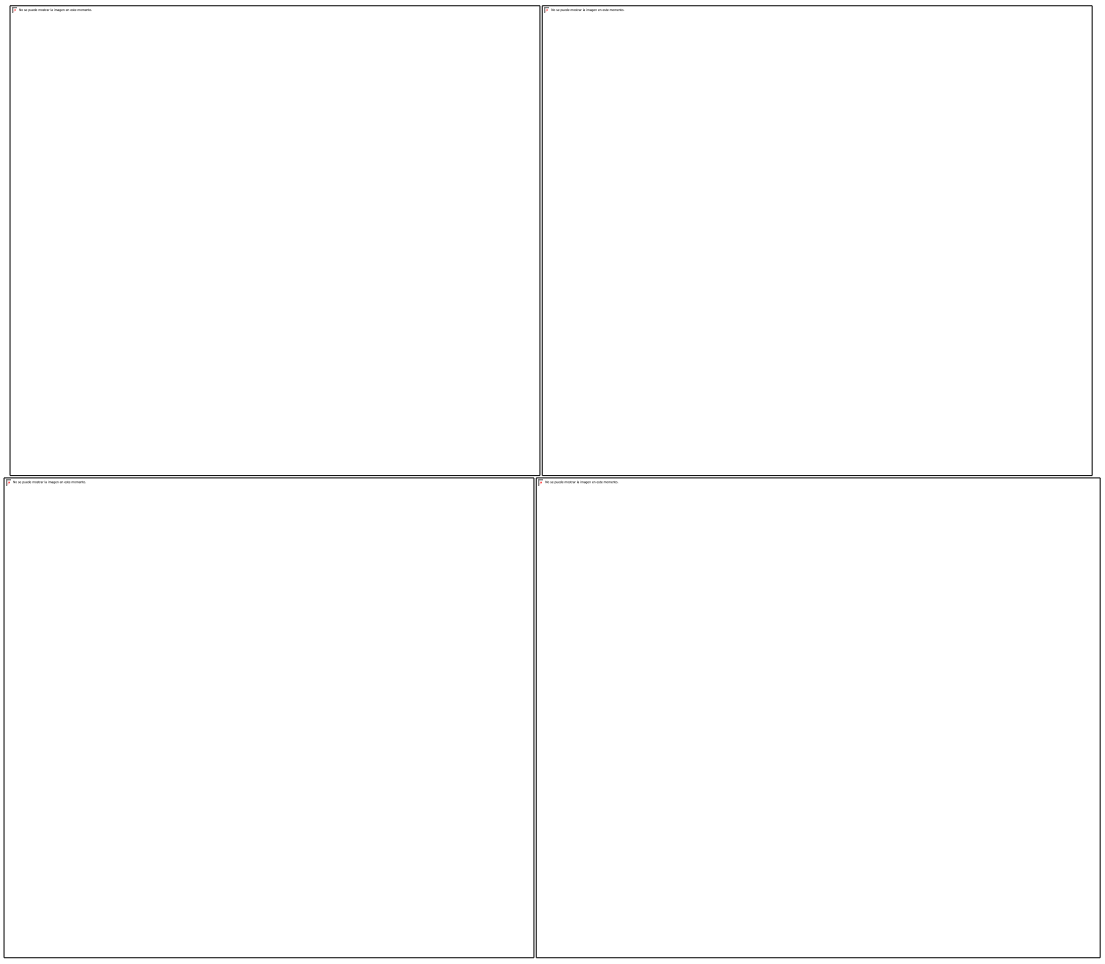
Enfermedad	No de defunciones			Disminución entre 1984/1993 %	Disminución entre 1993/2003 %
	1984	1993	2003		
Sarampión	15	2	0	87.0	100
Tuberculosis	190	123	105	35.3	14.6
Tétanos	46	4	5	91.3	-

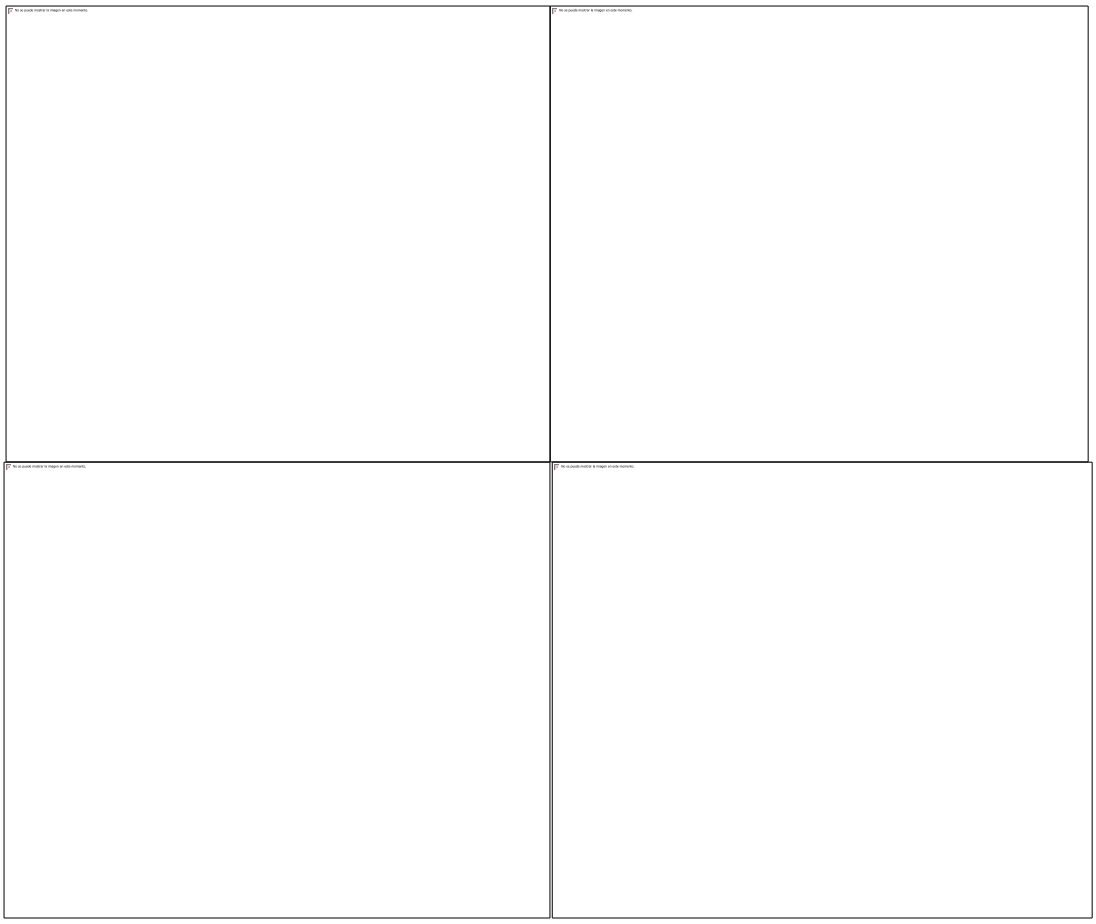
Al analizar la tendencia de las defunciones se encontró una tendencia negativa estadísticamente significativa antes de la reforma para Sarampión (Chi^2 =22.9 p=0.00000 y Tuberculosis (Chi^2 = 115.3 p=0.00000). En el segundo período la tendencia es también al descenso siendo significativa para Tuberculosis (Chi^2= 9.6 p=0.0019) y el tétanos aunque con tendencia negativa, esta no fue estadísticamente significativa (Chi = 0.58 p=0.44). En cuanto al Sarampión en este período hubo control de la enfermedad.

5.2 ANÁLISIS CUANTITATIVO DE LAS COBERTURAS DE VACUNACIÓN EN EL MUNICIPIO DE ANGELOPOLIS

5.2.1 Comportamiento de las enfermedades inmunoprevenibles

En el período de estudio las enfermedades inmunoprevenibles registradas fueron sarampión, rubéola, parotiditis, tuberculosis. De tosferina se registra un solo caso en 1993. No se presentaron casos de poliomielitis, tétanos y difteria (Figuras 15-22).





El total de casos de enfermedades inmunoprevenibles registrados entre 1984 y 2003 se muestra en la tabla 12. Las enfermedades con mayor número de casos fueron Parotiditis, Tuberculosis, Rubéola y Sarampión. Al comparar la mediana de la tasa de incidencia de las mismas entre el período antes y durante la reforma del sector salud, se encontró que disminuyó para todas las enfermedades. Por el número pequeño de casos no soporta análisis estadístico.

Tabla 12. Comparación de la mediana de la tasa de incidencia de las enfermedades inmunoprevenibles antes y durante la reforma del sector salud. Angelópolis 1984-2003

Enfermedad	Total casos 1984-2003	Mediana de la tasa de incidencia	
		Antes	Durante
Sarampión	12	0.0	0.0
Rubéola	62	41.8	0.0
Parotiditis	89	31.1	7.6
Poliomielitis	0	0.0	0.0
Tuberculosis	13	16.1	0.0
Difteria	0	0.0	0.0
Tétanos	0	0.0	0.0
Tosferina	1	0.0	0.0

El análisis de los casos antes y después de la reforma del sector salud se muestra en la Tabla 13, en la que se puede observar que el mayor número de casos se presentaron antes de la reforma.

Tabla 13. Comparación del número de casos de las enfermedades inmunoprevenibles antes y durante la reforma del sector salud. Angelópolis 1984-2003

Enfermedad	Total casos 1984-2003	Número de casos		Porcentaje de disminución
		Antes	Durante	
Sarampión	12	12	0	100.0
Rubéola	62	50	12	76.0
Parotiditis	89	63	26	66.6
Poliomielitis	0	0	0	-
Tuberculosis	13	12	1	91.6
Difteria	0	0	0	-
Tétanos	0	0	0	-
Tosferina	1	1	0	-

5.2.2 Comportamiento de las coberturas de vacunación

El total de personas vacunadas entre 1984 y 2003 se muestra en la tabla 14. Al comparar la mediana de la cobertura entre el período antes y durante la reforma del sector salud, se encontró un aumento significativo para Sarampión (p=0.007) y BCG (p=0.004) y aunque la cobertura para Poliomielitis, Tosferina, Difteria y Tétanos (DPT) aumentaron esta diferencia no fue estadísticamente significativa. Las coberturas de vacunación contra Rubéola y Parotiditis no se pueden comparar porque solo estuvieron disponibles en el PAI a partir de 1995.

Tabla 14. Comparación de la mediana de la cobertura de vacunación antes y durante la reforma del sector salud. Angelópolis, 1984-2003

Vacunas	Total vacunas 1984-2003	Mediana de la cobertura de vacunas		Valor de p
		Antes	Durante	
Anti-sarampión	2693	78.6	101.3	0.007
Anti-rubéola	1315	-	98.4	-
Anti-parotiditis	1315	-	98.4	-
VOP	2939	89.2	102.3	0.08
BCG	2615	71.3	98.3	0.004
DPT	2963	87.6	102.9	0.063

Para Angelópolis el total de personas vacunadas durante la reforma (1994-2003) aumentó con respecto a lo ocurrido antes de la implementación de la misma (1984-1993). Tabla 15.

Tabla 15. Comparación del número de personas vacunadas antes y durante la reforma de salud. Angelópolis. Antioquia, 1984-2003

Enfermedad	No de vacunas 1984-1993	No de vacunas 1994-2003	Porcentaje de aumento
Anti-sarampión	1203	1490	19.3
Anti-rubéola	-	1315	-
Anti-parotiditis	-	1315	-
VOP	1342	1597	15.9
BCG	1144	1471	22.2
DPT	1338	1598	16.3

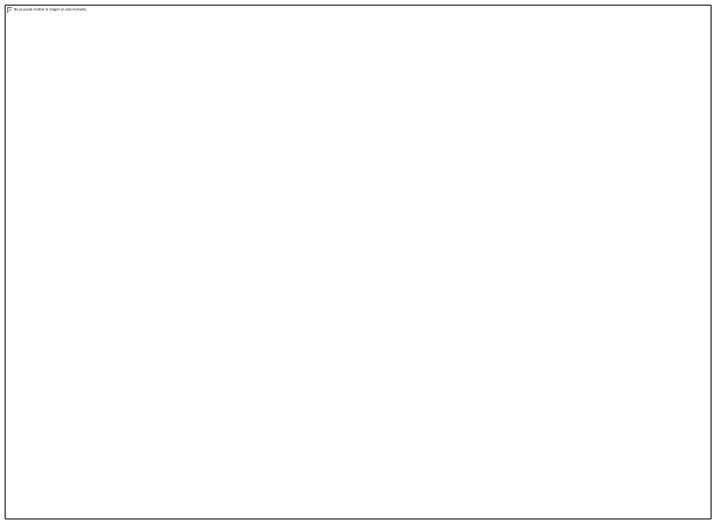
La tendencia de las coberturas de vacunación antes de la reforma fue positiva estadísticamente significativa para las enfermedades consideradas. Durante la reforma del sector salud la tendencia fue negativa para todas las vacunas con excepción de BCG. Tendencia que no fue estadísticamente significativa. Tabla 16.

Tabla 16. Análisis de tendencia de las coberturas de vacunación antes y durante la reforma del sector salud. Angelópolis. Antioquia, 1984-2003

Vacunas	Antes		Durante	
	Chi^2	Valor de p	Chi^2	Valor de p
Anti-sarampión	14.17	0.00017	0.78	0.3
Anti-rubéola	-	-	0.060	0.80
Anti-parotiditis	-	-	0.060	0.80
VOP	9.26	0.002	1.063	0.3
BCG	7.8	0.005	0.71	0.6
DPT	13.69	0.00021	0.935	0.3

5.2.3 Presupuesto de ingresos por habitante

En el Municipio de Angelópolis el en el período considerado existe una tendencia al ascenso del ingreso por habitante a pesos de 2003. Figura 23.



La mediana de la ejecución presupuestal de ingresos por habitante en el período antes de la reforma de salud fue 115.6 pesos a valor de 2003 y de 377.4 pesos a valor de 2003 durante la reforma del sector salud. Diferencia estadísticamente significativa (p=0.000).

La tendencia de la ejecución presupuestal de ingresos por habitante fue positiva estadísticamente significativa antes y durante la reforma del sector salud (Chi^2 =5745, p=0.00000 y Chi^2 =314.64, p=0.00000) respectivamente.

5.2.4 Correlación entre tasa de incidencia de inmunoprevenibles y cobertura de vacunación

Se consideraron solo las enfermedades con mayor número de casos: Sarampión, Rubéola, Parotiditis y Tuberculosis, para garantizar un análisis estadístico. Antes y después de la reforma hubo correlación negativa solo para Tuberculosis. Para el total de ambos períodos, comprendidos entre 1984-2003 las correlaciones fueron negativas para todas las enfermedades, pero solo estadísticamente significativas para Tuberculosis. (Tabla 17)

Tabla 17. Correlación entre tasas de incidencia de enfermedades inmunoprevenibles vs coberturas de vacunación antes y durante la reforma del sector salud y total del período. Angelópolis, 1984-2003

Enfermedad	Antes		Durante		Total	
	Coeficiente de Spearman	Valor de p	Coeficiente de Spearman	Valor de p	Coeficiente de Spearman	Valor de p
Sarampión	0.055	0.881	NA	NA	-0.381	0.098
Rubéola	NA*	NA*	0.157	0.665	-0.349	0.132
Parotiditis	NA*	NA*	0.006	0.986	-0.320	0.169
Tuberculosis	-0.438	0.206	-0.058	0.873	-0.588	0.006

NA: no aplicable no se presentaron casos. NA*: no se aplicaba estas vacunas

5.2.5 Correlación entre tasa de incidencia de inmunoprevenibles e ingresos por habitante

La correlación entre la incidencia y los ingresos fue positiva para sarampión, rubéola y parotiditis antes de la reforma. Durante la reforma fue negativa. Para el total del período 1984-2003 las correlaciones fueron negativas para todas las enfermedades, pero estadísticamente significativas solo para Tuberculosis y Rubéola. (Tabla 18)

Tabla 18. Correlación entre tasas de incidencia de enfermedades inmunoprevenibles vs ingresos por habitantes antes y durante la reforma del sector salud y total del período. Angelópolis, 1984-2003

Enfermedad	Antes		Durante		Total	
	Coeficiente de Spearman	Valor de p	Coeficiente de Spearman	Valor de p	Coeficiente de Spearman	Valor de p
Sarampión	0.314	0.377	NA	NA	-0.293	0.211
Rubéola	0.166	0.647	-0.874	0.001	-0.476	0.034
Parotiditis	0.264	0.461	-0.912	0.000	-0.429	0.059
Tuberculosis	-0.638	0.047	0.058	0.873	-0.646	0.002

NA: no aplicable no se presentaron casos

5.2.6 Correlación entre coberturas de vacunación e ingresos por habitante

Antes de la reforma las dos enfermedades cubiertas por el PAI tuvieron correlación positiva y estadísticamente significativa. Durante la reforma fue negativa la correlación a excepción de Rubéola. Para el total de ambos períodos, comprendidos entre 1984-2003 todas las correlaciones fueron positivas y estadísticamente significativas. (Tabla 19)

Tabla 19. Correlación entre las coberturas de vacunación vs ingresos por habitantes antes y durante la reforma del sector salud y total del período. Angelópolis, 1984-2003

Vacunas	Antes		Durante		Total	
	Coeficiente de Spearman	Valor de p	Coeficiente de Spearman	Valor de p	Coeficiente de Spearman	Valor de p
Anti-sarampión	0.709	0.022	-0.345	0.328	0.602	0.005
Anti-rubéola	NA*	NA*	0.042	0.907	0.711	0.000
Anti-parotiditis	NA*	NA*	-0.042	0.907	0.711	0.000
BCG	0.745	0.013	-0.067	0.855	0.686	0.001

NA*: no se aplicaba estas vacunas

5.2.7 Comparación entre el departamento de Antioquia y el municipio de Angelópolis

La mediana de las tasas de incidencia fueron mayores para el departamento de Antioquia en los dos períodos y la mediana de las coberturas de vacunación fueron mayores en el periodo antes de la reforma en el departamento, pero inferiores durante la reforma. Tabla 20.

Tabla 20. Comparación de la mediana de las tasas de incidencia y de las coberturas de vacunación entre el departamento de Antioquia y el municipio de Angelópolis. 1984-2003

Enfermedad	Mediana de la tasa incidencia				Mediana de las coberturas de vacunación			
	Antioquia		Angelópolis		Antioquia		Angelópolis	
	Antes	Durante	Antes	Durante	Antes	Durante	Antes	Durante
Sarampión	35.6	0.3	0.0	0.0	88.1	92.2	78.6	101.3
Rubéola	54.0	14.05	41.8	0.0	-	90.7	-	98.4
Parotiditis	55.1	6.9	31.1	7.6	-	90.7	-	98.4
Poliomielitis	0.0	0.0	0.0	0.0	93.9	85.1	89.2	102.3
Tuberculosis	51.4	30.5	16.1	0.0	111.5	100.9	71.3	98.3
Difteria	0.5	0.0	0.0	0.0	84.7	82.5	87.6	102.9
Tétanos	1.2	0.2	0.0	0.0	84.7	82.5	87.6	102.9
Tos ferina	8.8	5.0	0.0	0.0	84.7	82.5	87.6	102.9

5.3 DISCUSIÓN

En Colombia durante 15 años y hasta 1993 funcionó el Sistema Nacional de Salud y a partir de ese año se da paso a la Reforma de éste sector. El análisis comparativo del comportamiento de la incidencia y de la mortalidad por algunas enfermedades inmunoprevenibles, las coberturas de vacunación y el ingreso por habitante, entre los periodos 1.984 – 1.993 y 1.994 – 2.003, permitió mostrar los efectos del cambio en la aplicación de las políticas en salud. Este estudio se realizó para el departamento de Antioquia y el municipio de Angelópolis.

Los resultados mostraron que en el departamento de Antioquia la incidencia de Sarampión, Rubéola, Parotiditis, Poliomielitis, Tuberculosis, Difteria, Tétanos y Tosferina ha sido al descenso entre 1984 y 2003, llegando incluso al control del Sarampión, la Difteria y la Poliomielitis. La Rubéola y la parotiditis se analizan en el segundo período, dado que en el primero aun no estaba incluida su vacunación en el programa ampliado de inmunizaciones.

Se observó una disminución estadísticamente significativa de las medianas de las tasas de incidencia de todas las enfermedades, en el período de la reforma y además durante la reforma del Sector Salud todas las enfermedades inmunoprevenibles, a excepción de la TB, disminuyeron en porcentajes más elevados que en el primer período. Se debe tener en cuenta que la TB, es una infección que en los últimos treinta años tuvo tendencia a disminuir; sin embargo el deterioro paulatino en la vigilancia y control de ésta enfermedad, en la década de los 90, el incremento de la pobreza, la malnutrición y la dificultad de acceso a los servicios de salud por los conflictos armados entre otros, ha propiciado el aumento en los últimos años de los casos confirmados de tuberculosis.

Estos hallazgos son compartidos por el municipio de Angelópolis, en el cual disminuyó la mediana de la tasa de incidencia de las enfermedades inmunoprevenibles en el período de la reforma y el mayor número de casos se presentó antes de la misma. Se aclara que en este municipio no se presentaron casos de Poliomielitis, Tétanos y Difteria.

Pero este comportamiento no ha sido igual para las coberturas de vacunación, en el departamento de Antioquia, que después de haber tenido una tendencia significativa al ascenso, bajo el Sistema Nacional de Salud, decrece en el período de la reforma, donde solo aumentó en forma significativa la cobertura para la vacunación contra el Sarampión, las otras vacunas que siempre han hecho parte del PAI contra enfermedades como poliomielitis, difteria, tétanos, tosferina y tuberculosis han descendido en forma significativa en el período de la reforma.

En general, las políticas actuales en salud poseen canales poco eficientes que no permiten tener claridad en la información; luego de la implementación de la Ley 100, no es el Servicio Seccional de Salud el responsable de la aplicación de los

biológicos y del control de ellos, ésta responsabilidad pasó a ser de las E.S.E., E.P.S e I.P.S y con esa fragmentación del sistema se observó un cambio que permitió que de alguna manera se tomaran decisiones que en algunos casos no estaban dentro de la norma, y que afectarían en alguna medida las coberturas de vacunación, como por ejemplo la pérdida de biológicos por el mal manejo de la cadena de frío por desconocimiento o por ausencia de los Sistemas de Vigilancia y Control.

El actual Sistema de Seguridad Social, dividió las responsabilidades. Los entes que tienen que hacer la vigilancia y el control y las propuestas al régimen, son los Ministerios y las Secretarías de Salud Departamental y Local, además se normatizó contratar la vigilancia y el control con otras empresas, lo que generó un caos administrativo y operativo, pues logísticamente no se estaba preparado para ello. Cuando se fragmenta el Plan de Atención Básica (PAB) y el Plan Obligatorio de salud (POS), se convierte en un proceso difícil, pues separar la prestación de servicios clínicos, de la Promoción y la Prevención (P y P) impide que se tenga una cobertura adecuada en la prestación de servicios de salud básicos.

En cuanto a la aplicación de la Ley 10 de 1.990 y la Ley 100 de 1.993, se puede decir también, que se descentralizaron responsabilidades y competencias a los diferentes entes territoriales en materia de salud, para lo cual no estaban preparados administrativa, ya que no contaban con los recursos humanos y físicos para asumir tales compromisos. Lo que pudo observarse en el tiempo fue un descenso significativo en las coberturas de vacunación y una falta de control de los organismos de dirección, vigilancia y control del sistema.

Mantener la coordinación de las actividades de vigilancia y control, redunda en una reducción de costos y mayor eficiencia en cada nivel. La Vigilancia epidemiológica (VE) constituye una estrategia eficaz de control de las enfermedades epidémicas, por lo tanto es menester de cada instancia velar por su cumplimiento. La clave de todo el sistema de salud reposa sobre la calidad de los datos de base y en su utilización, para la toma de decisiones rápidas y apropiadas. El rol de la VE es primordial para la planificación, la gestión, la distribución y la movilización de los recursos, la detección y la reacción precoz a las epidemias, así como también para la evaluación y la medida del impacto de los programas de prevención[62].

El programa ampliado de inmunizaciones, en su esencia, no tuvo cambios significativos luego de la implementación de la Ley 100, el cambio se presentó en quien debe aplicar dicha política de salud. Antes de la implementación del nuevo régimen de seguridad social, la Dirección Seccional de salud de Antioquia, era quien manejaba administrativamente todos los procesos inherentes a la vacunación, incluyendo la capacitación requerida del personal que laboraba en los servicios de cada Municipio; hacía también la vigilancia y el control de los biológicos, e implementaba el monitoreo de ellos. Mantenía un control administrativo y epidemiológico, pues sólo a través de éste ente se realizaban las jornadas, la

canalización y las diferentes estrategias de vacunación y control epidemiológico de los casos nuevos y sus contactos. Asegurándose de ésta manera, la no duplicación en los datos de cobertura de vacunación, pues la información era transmitida y recogida sólo en forma vertical. Hoy, se corre el riesgo de tener datos de cobertura inadecuados, pues distintos entes pueden estar informando con duplicidad la cobertura de la misma población.

Se destaca que en este último período se ha incluido la vacunación contra rubéola y parotiditis en el PAI, con una tendencia positiva en sus coberturas a nivel nacional. En el municipio de Angelópolis, aunque hubo un aumento en el número de personas vacunadas durante la reforma, la tendencia que había sido positiva durante el período antes de ésta pasa a tener una tendencia negativa para todas las vacunas a excepción de la vacuna contra la Tuberculosis.

En el departamento de Antioquia no se encontró una correlación consistente entre las tasas de incidencia de las enfermedades inmunoprevenibles y las coberturas de vacunación, en ninguno de los períodos. Se debe esperar una correlación negativa, pero antes de la reforma se observó en solo cuatro de las enfermedades y después de la reforma, solo en las nuevas vacunas contra la Rubéola y la Parotiditis. Para todo el período esta correlación fue negativa para todas las enfermedades, menos para Poliomielitis y Tuberculosis (en este último caso fue estadísticamente significativa). En el municipio de Angelópolis la correlación fue consistente entre las tasas de incidencia y las coberturas de vacunación para el total del período.

Se observó en el departamento de Antioquia una correlación negativa entre el ingreso por habitante y la tasa de incidencia de algunas de las enfermedades inmunoprevenibles tanto antes y durante la reforma. En Angelópolis la situación fue semejante.

Las coberturas de vacunación en Antioquia tuvieron una correlación positiva con respecto al ingreso por habitante antes de la reforma, situación que cambió durante la misma y que se reflejó en el total del período en el que la correlación para todas las vacunas fue negativa. En Angelópolis la situación, aunque la correlación cambió de positiva antes de la reforma, a negativa durante, no se reflejó en todo el período. Esta situación puede ser debida a que aunque se disponga de un mayor ingreso por habitante en muchos de los municipios del departamento, este ingreso no está derivado al programa de vacunación. Estos resultados muestran un retroceso en el programa de vacunación con mayor debilidad en las coberturas de vacunación contra Poliomielitis, Tuberculosis, Difteria, Tétanos y Tosferina y de éstas la de mayor problema es la Tuberculosis con disminución estadísticamente significativa de las coberturas entre los dos períodos.

Hasta el momento la tendencia de la incidencia y de la mortalidad de las enfermedades inmunoprevenibles ha continuado en descenso a pesar de que existe una tendencia negativa en las coberturas de vacunación. Esto se puede explicar en

parte porque se están cumpliendo las coberturas de vacunación óptimas exigidas por el Ministerio de Protección Social en algunas de ellas. Las coberturas de vacunación contra sarampión deben estar entre 95% y 100% y durante la reforma la mediana de la cobertura fue 92.2%. De Difteria debe ser 80%, durante la reforma la mediana fue 82.5% y de Tosferina es 80%, durante la reforma fue 82.5%. Las coberturas de vacunación contra Poliomielitis y Tétanos si son inferiores a lo establecido. Se exige para Poliomielitis que la cobertura sea del 90%, la mediana durante la reforma fue del 85.1% y de Tétanos el 100%, durante la reforma fue de 82.5%.

Vale la pena analizar, el porqué algunas coberturas de vacunación, se han reportado inferiores a lo dispuesto, sin presentarse una incidencia significativa. En estos casos, se debe tener en cuenta la calidad de vida, las condiciones de vida y los determinantes de la salud que pueden haber influido en dichos resultados, tanto para el Departamento de Antioquia, como para el Municipio de Angelópolis. La salud es el resultado de las interacciones entre los procesos biológicos, ecológicos, culturales y sociales que se dan en una comunidad, es el producto de la relación que se establece entre el ser humano y el ambiente en que se desarrolla, depende también de las condiciones naturales en que este vive, el clima, el suelo, la ubicación geográfica entre otros.

La situación de salud de los diferentes conjuntos sociales es una de las maneras a través de las cuales se expresan los procesos más generales que caracterizan una sociedad. Por lo tanto está determinada por la estructura y dinámica de la sociedad, por el desarrollo de sus fuerzas productivas y de sus relaciones sociales, por el modelo económico y la forma en que éste se inserta en el Sistema económico internacional, por la organización particular del Estado y de las relaciones políticas que la caracterizan, en un momento dado de su historia.[63]

Según la OPS, la compleja trama de relaciones que existe entre la salud y el desarrollo, obliga a que sean discutidos conjuntamente. Esa necesidad de asociar el análisis acerca de ambos temas, no puede ser encarada a partir de las ópticas tradicionales que contemplaban estos procesos como paralelos o como antagónicos. Se debe entender que la salud es un componente fundamental del proceso de desarrollo y no sólo pertenece a este concepto, lo económico, sino también todas las dimensiones objeto de preocupación de los sectores sociales. La salud y los servicios prestados en torno a ella, deben cumplir con los principios de equidad, igualdad, respeto, participación y gratuidad a los que obliga la Ley.

De continuar el descenso de las coberturas de vacunación se va a permitir la acumulación de susceptibles que en contacto con personas infectadas desencadenaría brotes difíciles de controlar que pueden ser prevenidos.

Al contrastar los resultados cuantitativos, con la opinión de algunos actores se encuentra, que coinciden con las afirmaciones que hacen algunos críticos del

sistema de seguridad social en salud, los cuales de forma explícita expresan que han percibido el deterioro de las coberturas de vacunación durante la aplicación de la actual reforma de la salud.

"…en cambio el sistema de ahora es muy vertical lo que no ha permitido una buena impregnación. El anterior era muy claro en vigilancia y control, o sea hacia muy fácil el seguimiento, en el de ahora no…". EPA 1

Para estos actores las políticas con respecto a la vacunación no han cambiado, cambiaron los actores responsables, se fragmentó el sistema, se dispersaron y se diluyeron las responsabilidades y la vigilancia y control no se hizo.

"… es que ya la población los tenemos repartidos en todos los actores, entonces usted tiene que responder un poquito por el contributivo, usted por el vinculado, usted por el subsidiado; para hacerle una suma de valores para poder obtener coberturas y no es como anteriormente, que usted a un solo actor le pedía coberturas, deme coberturas…" EPO 4

Afirman que fue la implementación y no la legislación la que fracasó. A esto se sumó también los problemas en el suministro de vacunas en algunos años.

"…la política es clara, como te lo decía ahorita, o sea es muy clara, el país realmente no cambió, cambió quién la administra, quien la vigila, o sea el Ente hacía todo, el sistema Nacional de salud era uno solo y hacia todo:" EPA1

Han existido entonces dificultades de implementación en las políticas, la descentralización administrativa, las debilidades en el suministro de biológicos y otros fenómenos como el desplazamiento, la violencia y las circunstancias sociales, políticas y económicas, tienen que ver con el desarrollo social de la comunidad y en última instancia afectan las pretensiones de la Ley.

"…pero por ejemplo el conflicto y el desorden público hacen que no seamos equitativos, ni haya equidad para todos, entonces las seis veredas de San Luis, o de Argelia que están desocupadas, para ellos no hubo equidad en el programa, ellos reciben el programa de vacunación en el albergue o en el Municipio donde están desplazados, pero ellos no fueron porque no teníamos carreteras ni vías a todos los lugares, porque no teníamos vacunadores… y sin miedo que se metan a todas partes, porque igual aquí, en Angelópolis, les decimos que no se metan en la boca del lobo, usted llega hasta donde lo dejen entrar los actores, y si le piden el termo con las vacunas entréguelo y se devuelve y hay lugares así…" EPO4

"…puede ser de pronto la violencia, porque muchas veces no llegan a muchas partes, entonces los niños que viven por allá en partes lugares, no tienen el esquema de vacunación. Por eso, porque no pueden llegar hasta allá a Vacunarlos…" EPU 2

Al respecto sobre el desplazamiento, en un estudio sobre este tema, Carlos Tassara se refiere al asunto "Cuando una persona es obligada a desplazarse, sufre una violación a sus derechos humanos. El derecho a la vida, a la integridad personal, a la libre circulación, a la vivienda digna, a la educación, a la salud, a la propiedad

privada y a todo lo demás, pues el desplazado pasa de ser una persona (con todos los derechos inherentes a ella por el simple hecho de pertenecer a la especie humana) a ser un objeto que estorba los intereses de quienes provocan tal situación"[64]

Es así como las condiciones de calidad de vida de la población desplazada, son inadecuadas impidiendo el libre desarrollo de la personalidad en sociedad. El 83% de los hogares en condición de desplazamiento y un 73% de los de estrato uno sufren de necesidades básicas insatisfechas[65,] por lo que para la compra de alimentos, la dependencia de la solidaridad de los vecinos o familiares es muy importante como fuentes de satisfacción de las necesidades básicas. La situación de las familias genera un círculo vicioso en donde las menores capacidades laborales y oportunidades de generación de recursos, conllevan a ingresos que no permiten acceder al consumo mínimo de bienes.

Por su parte la violencia es una de las principales causas del desplazamiento, y hace que este produzca efectos muy serios en la vida de los hogares y en cada uno de los miembros que la componen, atendiendo a sus especificidades de género y edad[67]:

- La mujer debe constituirse en cabeza de hogar de manera forzada e ingresa obligatoriamente a las filas de la economía informal. Se registra un aumento sensible en la jefatura femenina del hogar que pasa al 26.6% (frente al 16.3% del estudio del Episcopado); algo más de la cuarta parte de los hogares con vínculo rural.
- Los hijos interrumpen bruscamente sus estudios y sólo una quinta parte puede continuar asistiendo a la escuela primaria.
- Los hombres, si sobreviven a la persecución, quedan privados de su trabajo habitual y de las pocas seguridades con que contaban.
- Todos deben abandonar su parcela y vivienda, fruto de esfuerzos de muchos años y sitio donde era posible, aunque de manera precaria, la reproducción de la economía campesina.
- Los hogares se ven obligados a padecer un rápido proceso de desorganización-reorganización familiar, que con frecuencia provoca el traslado abrupto de responsabilidades y la pérdida de la satisfacción de sus mínimas necesidades. De ello son víctimas, especialmente, los niños y niñas, quienes no acceden a los servicios de salud, porque si no se está enfermo, no se requiere de ellos; es de vital importancia, educar a la comunidad acerca de las actividades de promoción de la salud, como aquellas que actúan directamente sobre la calidad y las condiciones de vida del grupo poblacional infantil. Además, en la búsqueda de la sobrevivencia física, las actividades de prevención, se ubican en primera instancia y dentro de ellas la vacunación para prevenir las enfermedades inmunoprevenibles.

De todo lo anterior se puede acotar que ante este fenómeno, hay una dispersión de las familias desplazadas, las cuales en la mayoría de las oportunidades no tienen acceso a la atención en salud y por ende las posibilidades de la atención desde el P.A.I, se reducen.

Los hallazgos observados en el departamento de Antioquia son el reflejo de lo que puede estar ocurriendo en los municipios requiriendo de una intervención urgente para que las coberturas de vacunación y la inversión en este proceso se adecuen, pero se requiere que estén involucrados todos los actores bajo la vigilancia y control eficiente de los entes correspondientes. En Angelópolis hay muy buena cobertura de vacunación, pues el Hospital cubre los requerimientos de vacunación de toda la población.

"…en este sentido, nosotros, eso es para todo el mundo por igual. Que se nos enferme una persona o se nos desate un brote o una epidemia, nos sale mejor vacunar una persona, así no la pague la E.P.S, que dejarla de vacunar, nosotros consideramos que es mejor tener toda la población vacunada…". EPA2.

Si se piensa en la Metas de Desarrollo del Milenio, reducir la mortalidad infantil en menores 5 años, es una de ellas, siendo la cobertura de vacunación una de las herramientas para lograrlo. Por lo tanto, se debe velar por una política de desarrollo orientada a la satisfacción de las necesidades humanas, que trascienda la racionalidad económica para que comprometa al ser humano en su totalidad. Las relaciones que se establecen -o que pueden establecerse- entre las necesidades y sus satisfactores hacen posible construir una filosofía y una política de desarrollo auténticamente humanistas. El Desarrollo a Escala Humana no excluye metas convencionales como crecimiento económico, para que todas las personas puedan tener un acceso digno a bienes y servicios de salud. Las necesidades humanas fundamentales pueden comenzar a satisfacerse desde el comienzo y durante todo el proceso de desarrollo; o sea, que la realización de las necesidades no será la meta, sino el motor del desarrollo mismo; si se tiene la población infantil sana, se puede entonces asegurar un mañana mejor.

Por lo tanto, lograr las coberturas óptimas de vacunación es un compromiso de todos los actores partícipes del Sistema de seguridad social, ya sea como usuarios como oferentes del servicio.

Como elementos que refuerzan y evidencian los hallazgos encontrados en la presente investigación, se transcriben otros apartes de las entrevistas y encuestas realizadas a algunos de los actores, relacionándolos a su vez con la problemática que ellos identifican:

Tabla 21. Efectos de la aplicación de la política pública actual de prevención en enfermedades inmunoprevenibles

PROBLEMÁTICA IDENTIFICADA	OPINIÓN QUE LA SOPORTA
División de responsabilidades en la aplicación de la política. En varios actores se diluyen las responsabilidades y por lo tanto se hace más difícil para el ente territorial realizar vigilancia y control.	⇨ *"Las política, como política antes de la ley 100 y ahora, puede que sean casi iguales (…) la política no nos ha cambiado frente a la vacunación, lo que nos ha cambiado han sido los actores que han ingresado al sistema general de seguridad social que tienen que ejecutar esa política. El Sistema Nacional de Salud ha sido solo un ejecutor, y por eso la ejecución era fácil, ahora ya con todos esos actores el sistema se complica, pero no es la política como política, es la ejecución la que ha traído tropiezos en este nuevo sistema" EPA 5* ⇨ *" (…) Es que el manejar muchos actores, hace que una Dirección Local de Salud o un Departamento tenga que hacer muchas mas gestiones y no sea capaz de encasillarlos a todos a que cumpla las políticas.." EPA 1* ⇨ *"La debilidad mas grande es que al tener muchos actores hace que la parte de vigilancia y control también se disperse, y como la parte e control y vigilancia y las sanciones quedan centralizadas en la Supersalud, no hay acciones que se ejecuten o son demoradas a los que incumplan sus responsabilidades" EPA 1* ⇨ *"Cuando la Dirección Local de Salud es muy chiquita es el vacunador que hace el programa el que tiene junto con la enfermera jefe del hospital y con el gerente hacer vigilancia de cómo se esta prestando el servicio de vacunación en los centros o puestos de salud. Si el municipio es mas grandecito la Dirección Local de Salud tiene alguien mas que hace esa vigilancia y en lagunas ocasiones el mismo vacunador vigila una IPS, aunque no sea él quien tiene que cumplir con la función de vigilancia y control pero la asume y nosotros le damos herramientas y le decimos: no, usted no la hace como vigilancia y control usted va para*

	que revise y mire como la cadena de frió se esta manejando..." EPA 3 ⇨ *"En ciudades grandes si hay dificultad con lo de vigilancia y control, estas ciudades tienen tantas IPS que las personas que tienen en su planta para coordinar el programa de vacunación no alcanzan a hacer todo el trabajo que tienen que hacer. No hay vigilancia permanente en el terreno frente a la ejecución del programa, como si lo pueden hacer los municipios medianos o pequeños" EPA 1*
Al haber tantos intermediarios se dificulta un manejo efectivo de los recursos económicos asignados al cumplimiento de la política	⇨ *"El que haya una financiación por diferentes fuentes y la plata se quede en intermediarios, por ejemplo el Departamento o la Dirección Local de Salud no compra las jeringas para toda la población objeto del programa, sino para la población vinculada y subsidiada, y las del régimen contributivo lo hacen otros actores, entonces ya en las compras se diluye la responsabilidad" EPA 4* ⇨ *"Cuando entran muchos actores, los otros actores, el contributivo, y el subsidiado, no se comprometen a hacer una vacunación casa a casa, porque para ellos es mas barato esperar a que el usuario llegue a un centro de vacunación (…) a ellos no les interesa hacer estrategias extramurales (…) ellos no tienen metido en la cabeza las plantillas que tienen para programar la vacunación". EPA 2* ⇨ *"El programa de vacunación como muchos otros de la salud publica se deberían de regresar al Sistema Nacional de salud, y uno sueña que haya un fondo nacional en el que por ejemplo las ARS, los vinculados, la plata que llegue para atender la vacunación, si todo eso se manda a un solo fondo nacional, y a los departamentos les dicen, vea esta es la plata para que usted vacune todos esos muchachitos susceptibles y los que le*

	van a nacer este año, y usted define si le alcanza o no, o busca mas recursos, si eso se hiciera, uno haría maravillas y se podría mostrar cobertura" EPA 2 ⇨ *"Es súper importante que la financiación para el programa de vacunación sea una financiación Nacional, no una financiación repartida en actores porque la plata se queda en los actores y en los intermediarios con los que hacen contacto todos esos actores, entonces la EPS contrata con una IPS y esa IPS subcontrata con una cooperativa y termina la plata por no llegar al programad e vacunación y se queda en otro lado" EPA 1*
La información requerida por los entes territoriales para ejercer su función de vigilancia y control esta diluida entre varios actores y no todos la asumen e interpretan de la manera adecuada. **Los sistemas de información no funcionan adecuadamente**	⇨ *"Ya tenemos que recoger la información de muchos actores, anteriormente la recogíamos de un solo actor que eran los hospitales públicos que hacían siempre el programa de vacunación" EPA 1* ⇨ *"El problema que tenemos con los denominadores es que a una persona el contributivo la cuenta, y si la señora tiene doble carné o triple carné, la cuenta el vinculado y la cuenta el subsidiado, entonces usted la cuenta tres veces, pero al final le falta gente y usted no sabe donde esta. Y cuando cuenta el vinculado, el subsidiado y el vinculado por separado es un mundo de muchachitos y cuando usted cuenta los que nacen, no son todos esos, y cuando los vacunadores van a contar casa a casa son menos. Entonces donde esta la vacunación, las coberturas, que se nos hizo, nosotros no matamos todos esos muchachitos menores de un año…" EPA 2* ⇨ *En un municipio todos los muchachitos deben tener su historia de vacunación, analizando la cobertura por esa historia que es la que nos habla de cobertura y como se llama el muchachito y en que vereda vive y no es el numero denominador que nos da el DANE el que*

	nos habla de cobertura, porque el DANE le cuenta 800 muchachitos, pero cuando usted va a tener la historia de esos muchachitos por las veredas, por todos los caminos que se han recorrido los vacunadores, ellos dicen, yo no tengo los 800, no tengo sino 650, o tengo es 900, entonces cuando usted dice: muéstreme cobertura, le muestran es la historia, porque ellos tienen es la historia y saben cuantos tienen vacunaditos" EPO 2 ⇨ *"Pero hay otras metas, por ejemplo que todos los municipios tengan un sistema de información sistematizado, que cumplan la entrega de la información " EPO 1*

PROBLEMÁTICA IDENTIFICADA	OPINIÓN QUE LA SOPORTA
La mala interpretación de política por parte de algunos actores, afecta lo confiabilidad de las coberturas	⇨ *"Para los demás actores aunque hagan primeras, segundas o terceras rondas, para ellos es lo mismo y lo meten en el mismo costal y todo lo cuentan como cobertura, y no solamente la tercera dosis que son las verdaderas coberturas, entonces las plantillas no se acomodan a lo que en el programa de vacunación, uno pide como coberturas " EPO 4* ⇨ *"Si todos hiciéramos demanda inducida, y no solos por decirle al usuario, acuérdese que se tiene que vacunar, con un aviso, con un volante, sino verdadera demanda inducida de ir a buscarlo a su vivienda y inducirle el servicio, eso nos daría unas buenas coberturas de vacunación, pero las ARS, IPS se quedan en unas estrategias de muy poco valor, que no van a tener buenos resultados, porque la demanda inducida de ellos se queda en la institución. En cambio la demanda inducida que exigimos en el PAB es que tiene que ser vivienda a vivienda, y ahí hace demanda inducida el subsidiado. El vinculado y el contributivo. Cuando es el mismo actor se logran tener coberturas sino no" EPA 6*
Las políticas se establecen en el nivel nacional, pero no hay	▪ *" El nivel nacional dentro de las políticas dice, vacunemos a todo el mundo, (..) pero se queda*

muy buen acompañamiento ni directrices de cómo operativizarlas, de acuerdo a la realidad de cada región, esto obliga al municipio a adaptar la política a su capacidad y propia realidad	*muy cortico cuando no nos dice o espera que el departamento lo haga, hay que hacerlo casa a casa, definir periodos para hacer canalización en todo el país, hasta allá no llega eso le toca hacerlo al nivel departamental. Las políticas son nacionales, ya en la ejecución uno acomoda las estrategias para que esas políticas en el departamento le vallan saliendo mejor" EPA 2* ▪ *"El país define la política, vamos a hacer esta jornada, vamos a hacer este refuerzo, y estas son las decisiones que nos entregan a nosotros, nos entregan unos lineamientos para trabajar en un año, y usted dice, bueno y estos lineamientos como se los voy a entregar a mis municipios, yo tengo 125, allá piensan que esto es fácil y que con solo decir háganlo, se hace. No, hay darle mas la receta al municipio, aterrizarla mas a la parte operativa, y como lo vamos a evaluar, pero que no todo nos lo dan del nivel nacional, usted como va a evaluar y con que plantilla, y se la vamos a mandar y vos te quedas esperando, y no te llegan entonces ya sabes que no esperas, y que saquémoslo y entreguémoslo para que todos lo hagan." EPA 2* "El departamento tiene autonomía, y hace lineamientos para que la Dirección Local los haga en sus propios municipios, pero hay lineamientos que el municipio nos dice, vea este lineamientos yo lo voy a acomodar de esta manera, usted que piensa, o ayúdeme, o como lo hago mejor para que me de buenos resultados, entonces ellos tienen autonomía" EPO 3
PROBLEMÁTICA IDENTIFICADA	**OPINIÓN QUE LA SOPORTA**
No hay coherencia entre los datos que soportan las coberturas a nivel Nacional y los de los diferentes entes territoriales	⇨ *"Entonces uno dice: algo esta pasando con la cobertura de nosotros, la gente si esta trabajando y tenemos la gente vacunada, y lo podemos demostrar, pero el denominador y el indicador nacional es cobertura útil, y no se ve porque tenemos un denominador que no nos sirve; entonces el programa es eficiente, claro,*

	es que no tengo casos, y el caso que aparece hay que ver, esta vacunado, no esta vacunado, era renuente, era desplazado que no llego, o todavía no tenían el esquema completo…" EPA 2 ⇨ *"que nos dejen contar los niños que tenemos en cada municipio, (…) que nos dejen contar cuantos muchachitos nacen y sobre esos evaluar el programa de vacunación y que no nos impongan un denominador que no existe" EPA 4*

Tabla 22. Factores externos que influyen en la aplicación de la política pública actual de prevención en enfermedades inmunoprevenibles

PROBLEMÁTICA IDENTIFICADA	OPINIÓN QUE LA SOPORTA
Factores sociales y políticos como el difícil o lejano acceso geográfico a los sitios de vacunación, el conflicto armado que vive el país, la situación de desplazamiento como consecuencia de ello, violan el principio de equidad, gratuidad y obligatoriedad	⇨ *"Aunque digan que el programa y el esquema es para todos y es obligatorio, existe de todo. Existe población vinculada, subsidiada y contributiva, que esta en la selva y que esta en lugares inaccesibles geográficamente y que si inicialmente pudieron llegar hasta allá para darle el carné del sisben o del contributivo ya no pueden ir para darle la vacuna. Igual ellos pueden salir a reclamar su carné, pero no consultan, no vienen y se quedan si esquema, entonces es gente que esta y no ha llegado a vacunarse, o esta por fuera del sistema, o nunca la hemos contado, y gente que creemos que esta allá, pero que no esta, porque se esta como desplazado a otro departamento y ya no tiene acceso (…) el desplazamiento afecta las coberturas de vacunación" EPU 2* ⇨ *El conflicto ó el desorden publico hace que no seamos equitativos ni haya equidad para todos, entonces los desplazados reciben el programa de vacunación en el albergue o en el Municipio donde están desplazados, pero los vacunadores no habían ido porque no habían carreteras ni vías, además no tenemos vacunadores y ellos no se pueden meter a todas partes, porque igual aquí les decimos que no se metan a la boca del*

	lobo, usted llega hasta donde lo dejan entrar los actores, si le piden el termo con las vacunas entréguelo y se devuelve (…) últimamente no hemos tenido dificultades porque estamos organizados, van identificados, con la bata blanca, el termo es una muy buena carta de presentación para los grupos armados, y generalmente nos dejan entrar, y cuando no los quieren dejar entrar dicen: bueno, entonces la próxima vez os traes fiebre amarilla, y listo" EPA 3 ⇨ *Para lograr las coberturas influye el desorden, influye mucho el sembrado de minas antipersonales, porque entonces el vacunador solo pueden entrar por un sendero, o por un camino, el cuando llega a un lugar donde hay sembrado de minas antipersonales, el líder lo espera a la entrada de la vereda y le dice: solo te podes entrar por este camino, y si él necesita desviarse de ese camino para llegar a otras viviendas, esas viviendas se van a quedar sin visitar, porque él no se puede salir del camino. La minas, el desorden publico, el que por ejemplo no tengamos transporte de manera permanente para todos los lugares, cuando están los pares, cuando no dejan salir ni entrar a los transportadores. Ha habido problemas de transporte, los vacunadores se mueven con las motos de algunos de los programas de vacunación o los mueven los promotores de saneamiento o los carros administradores o las ambulancias, pero aun así hay lugares a los que no pueden ir, los grupos avisan: este mes que sigue no se puede ir a tales y tales lugares, nosotros les avisamos cuando, o espere que pasen estos meses para que puedan ir..."EPA 5* ⇨ *"Un factor que es muy importante que interfiere con las coberturas es que la gente no tiene plata no porque tenga que pagar la vacuna, ni pagar la jeringa, ni pagar por el servicio, y uno cuenta casos especiales de la mamá que no tiene plata para pagar el chivero y salir desde su vereda con tres muchachitos (…) y se quedan allá sin la*

	vacuna, y ahí es donde uno dice que por no hacer una vacuna casa a casa aunque a veces el vacunador llega y la mamá no sale y eso hace que también tengamos dificultades con la cobertura" EPO 2 ⇨ *"yo creo que es porque piensan que tienen que pagar, es de pronto falta de información y de que las mamás se informen. Porque de pronto se basan en que… no es que de pronto me cuesta y no van…"EPU 3*

PROBLEMÁTICA IDENTIFICADA	OPINIÓN QUE LA SOPORTA
Los mecanismos de participación comunitaria a pesar de estar definidos no son muy efectivos	⇨ *"Desde el nivel Nacional se habla de un componente social que es la participación. Todas las organizaciones comunitarias, a las cuales hay que convocarlas" EPO 3* ⇨ *"La comunidad participa, a las juntas de acciones comunales se les invita a que evalúen cuales son los problemas que tienen sus comunidades y ellos dicen: no, es que por aquí el vacunador casi no viene, entonces como podemos hacer para que el vacunador llegue más. Se participa a través de organizaciones comunitarias , asociaciones de usuarios, veedurías, juntas de acción comunal, comité de salud, vigías, ellos hacen demandas al programa de vacunación" EPU 4*

PROBLEMÁTICA IDENTIFICADA	OPINIÓN QUE LA SOPORTA
La falta de recurso humano interfiere grandemente en el logro de las coberturas de vacunación	⇨ *"Tenemos dificultades para tener un recurso humano estable, capacitado, idóneo, responsable, con sentido de pertenencia que quiera y que este enamorado del programa para que responda por las coberturas de vacunación, porque el recurso humano nos lo han cambiado, cuando en el 95 se empezó a implementar la ley 100 en Antioquia, los vacunadores que estaban*

	en la ESE pasaron a la D.L.S y luego los volvieron a pasar a la ESE. Cuando la ley de reestructuración de todas las empresas, la ley 617 y todas las que han pasado de reestructuración, el primer recurso que miraban los gerentes de las instituciones para recortar era el vacunador porque lo podían reemplazar por una auxiliar de enfermería, porque la auxiliar es multifuncional, la podían poner a hacer turnos, hacer disponibilidades, era el primer recurso del que echaban mano para cubrir una licencia una incapacidad o una falta de recurso humano en la institución, y el vacunador no lo podían poner a hacer eso, por eso fue un recurso humano que fue saliendo de las instituciones" EPA 2 ⇨ *" A pasado algo, y es que posteriormente se fueron dando cuenta de que era muy importante tener un vacunador porque era especifico para ese programa, y como ya no lo tenían en la planta de cargos surgió la nueva forma de contratación de servicio que son las asociaciones de trabajo o las cooperativas, (…) y eso ha hecho que el recurso humano no ha sido estable en el programa en todos los municipios, allí donde ha estado estable uno ve que el programa va mas adelante que otros, tiene mejores resultados" EPO 3* ⇨ *"El recurso humano sabemos que esta cualificado y uno ve que hay mejoría después del diplomado porque aprendieron a evaluar mas el programa, están mas interesados en saber como se planea, como hacer la cohorte, como hacen la diferencial, en tener un gerencial actualizado" EPA 1*
PROBLEMÁTICA IDENTIFICADA	**OPINIÓN QUE LA SOPORTA**
Predomina la lógica de la facturación y del mercado por encima del derecho a la salud y de las obligaciones del Estado	⇨ *"Con todas las leyes de reestructuración, también a las enfermeras y a los mismos vacunadores se les ha recargado con otras cosas, con todos los procesos de facturación entonces las enfermeras jefes miran que tienen que recuperar facturación y facturación y se les ha olvidado que a veces el vacunador es el que tiene la programación para donde va, repite las veredas, no las repite? Como esta la cadena de frío? Que paso con la gente? Muchas*

	enfermeras no tienen el empoderamiento de estar pendientes de un programa de vacunación" EPA 4
Se detecta que el servicio de vacunación se presta con calidad técnica y humana	▪ *"aquí siempre tengo información antes y después. Que puedo hacer antes de vacunarlos y es darles dolex y después hielito. Siempre me explican lo que puedo hacer antes y después" EPU 3* ▪ *"Si, porque aquí siempre me explican, incluso me ponen la fecha en la que debo volver" EPU 3* ▪ *"las personas que lo manejan (el servicio de vacunación), son excelentes" EPU 1*

Comentarios Finales

La estrategia de vacunación es considerada en atención primaria en salud como la mejor en cuanto a costo-efectividad para la reducción y/o control de las enfermedades inmunoprevenibles. En Colombia la ley 715 de 2001 hace de nuevo énfasis en la salud pública, y resalta la importancia de contar con coberturas útiles en vacunación como un indicador de eficiencia administrativa. Además la circular externa del Ministerio de La Protección Social Nº 18 de 2004, establece las prioridades en salud pública y define como primera prioridad nacional la "reducción de las enfermedades inmunoprevenibles, prevalentes de la infancia y mortalidad infantil".

Pero las metas señaladas a nivel Nacional han sido de difícil logro para algunos municipios, para lo cual se aducen algunas razones, entre ellas las siguientes: actualmente en Colombia se trabaja con las proyecciones del censo de población DANE 1993, la poca coherencia entre los denominadores poblacionales con el descenso de la tasa de fecundidad, la disminución en los nacimientos según estadísticas vitales y el proceso de desplazamiento permanente de la población en el país. Esta situación inquieta a algunos gobernantes municipales, al no alcanzar coberturas útiles en vacunación, por lo que muchos aducen que se les está evaluando con denominadores poblacionales poco coherentes con la realidad municipal.

El indicador a través del cual es posible evaluar el cumplimiento de las metas que se han trazado en el PAI, es el porcentaje de coberturas alcanzadas por biológico y por municipio en menores de 5 años. El desempeño óptimo para este indicador es el porcentaje en coberturas iguales o superiores al 95%.

6. CONCLUSIONES

- La tendencia de la incidencia y de la mortalidad de las enfermedades inmunoprevenibles en los períodos de tiempo comprendidos entre 1.984 – 1.993, 1.994 – 2.003, para el departamento de Antioquia, ha continuado en descenso, luego de la implementación de la Ley 100, a pesar de que existe una tendencia negativa en las coberturas de vacunación.

- En el departamento de Antioquia no se encontró una correlación consistente entre las tasas de incidencia de las enfermedades inmunoprevenibles y las coberturas de vacunación, en ninguno de los períodos. En el municipio de Angelópolis la correlación fue consistente entre las tasas de incidencia y las coberturas de vacunación para el total del período.

- La aplicación de la Ley 10 de 1.990 y de la Ley 100 de 1.993, generó cambios en la forma de acceder y ofrecer servicios de salud. Con la aplicación de dichas políticas, se descentralizaron responsabilidades y competencias a los diferentes entes territoriales en materia de salud, lo que generó en el tiempo un descenso en las coberturas de vacunación y una falta de control de los organismos de dirección, vigilancia y control del sistema epidemiológico; además se observa un cumplimiento deficiente de las acciones de promoción y Prevención reglamentadas en la Resolución 412 y la caída de las acciones de vigilancia epidemiológica, que podría desencadenar la acumulación de susceptibles que en contacto con personas infectadas produciría brotes difíciles de controlar.

- Algunos de los ciudadanos, actores partícipes del sistema de salud, describen la aplicación de las políticas en salud, (implementación de la Ley 100 de 1.993) con las siguientes características: dilución de la responsabilidad, otrora en manos del Estado, dando como resultado un aumento preocupante en algunas enfermedades transmisibles, (TB) además, de forma explícita expresan que han percibido el deterioro de las coberturas de vacunación durante la aplicación de la actual reforma de la salud para algunas regiones.

- Los denominadores poblacionales son un inconveniente para el establecimiento de coberturas, ya que llevan a un cálculo irreal de las coberturas de vacunación al basarse en un censo nacional de población realizado hace más de 10 años, del cual se han venido realizando proyecciones, que no parecen estar acordes con los procesos demográficos del país en la última década.

- Los entes territoriales carecen de un sistema de vigilancia y control de las coberturas, lo que no permite generar permanentemente información para la acción, y para la toma de decisiones en la reorientación de actividades o implementación de estrategias que modifiquen el comportamiento de los indicadores.

- El proceso de descentralización y la reforma del sistema de salud de 1993, mas las reformas administrativas exigidas en la aplicación de la política publicas de reducción de enfermedades inmunoprevenibles, se pueden considerar como factores externos al PAI que han tenido algún tipo de impacto negativo, en las coberturas de vacunación

7. RECOMENDACIONES

- La educación para la salud, es tarea apremiante, debe buscar la transformación de los procesos individuales en la toma de decisiones, para tratar de que ellas sean predominantemente favorables a la calidad de vida y al bienestar; haciendo énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

- La aplicación sistemática de vacunas en menores de cinco años, adolescentes y mujeres en edad fértil, debe ser una prioridad en todas las instituciones que prestan servicios de salud a estos grupos poblacionales. Las Direcciones Locales de Salud, las EPS, IPS, ARS, deben aplicar la vigilancia epidemiológica estricta para las enfermedades inmunoprevenibles, fortaleciendo las acciones encaminadas a aumentar las coberturas de vacunación, como acción preventiva, ya que estas enfermedades pueden constituirse en importante causa de morbilidad.

- Fortalecer la vigilancia epidemiológica de los casos sospechosos, se constituye en una estrategia clave, que se debe implementar, para alcanzar las metas de vacunación propuestas. Deberá mejorarse la vigilancia epidemiológica local, mediante el fortalecimiento de las actividades de búsqueda activa de casos, para permitir la identificación oportuna y la investigación de casos sospechosos.

- Los profesionales de salud, deben trabajar en el Departamento de Antioquia y sus Municipios, identificando las zonas de alto riesgo, mediante algunos parámetros como coberturas menores del 95% para los biológicos, la presencia de poblaciones indígenas y migratorias, las zonas fronterizas, las zonas de difícil acceso y las que tienen una elevada densidad poblacional o turismo intenso, para aumentar en dichas zonas las acciones del PAI. Para realizar un desarrollo adecuado de esta estrategia de vacunación, se debe realizar un mapa con el número y el área geográfica a visitar, identificar el modo y el número de elementos de transporte necesarios, programar el rendimiento (en áreas rurales se puede visitar hasta 25 viviendas y en zonas urbanas hasta 50 viviendas diariamente), calcular el número de dosis necesarias de cada biológico, calcular el número de vacunadores necesarios y evaluar la posibilidad de utilizar voluntarios, estimar el costo del trasporte, viáticos, y/o refrigerios de los vacunadores, establecer la duración de las visitas y adecuar la cadena de frío.

- El departamento de Antioquia y en su nombre la Dirección Seccional de salud, debe garantizar la capacitación y actualización permanente del personal que trabaja en los servicios de vacunación, velará por la administración y el control del suministro de biológicos y otros insumos, en forma regular y oportuna, a los Municipios, E.P.S. I.P.S. y A.R.S. que tienen a cargo ésta función, para que se hagan posibles las actividades de vacunación en forma permanente.

- Se propone fortalecer la gestión del Plan de Atención Básica, la cual debe propiciar e impulsar la coordinación de los diferentes actores para el desarrollo de un trabajo sinérgico en materia de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que conlleve a un cambio cultural positivo en los comportamientos cotidianos y en los estilos de vida no saludables que manifiesta nuestra población. La Promoción de la Salud deberá buscar la creación de condiciones que garanticen el bienestar general como propósito fundamental para el desarrollo.

- La disminución en las coberturas debe llevar a establecer como prioridad, la evaluación permanente de las acciones desarrolladas en cada uno de los entes territoriales, por eso en necesario establecer para cada uno de ellos un plan en el cual de forma periódica se estén implementando verificaciones de las coberturas de vacunación en terreno para identificar rápidamente las dificultadas y así proceder a ejecutar acciones de apoyo o correctivas oportunamente

- No basta para el Municipio establecer el cumplimiento de coberturas y un análisis de factores determinantes, es necesaria la auto evaluación del funcionamiento del PAI para que se planteen planes de respuesta que permitan modificar las situaciones encontradas.

- La reducción de las enfermedades prevalentes en la infancia es considerada la primera prioridad nacional, y los objetivos del PAI se alcanzan mediante la conjugación de recursos humanos, técnicos y administrativos, como también por el establecimiento y clara definición de estrategias que permitan vacunar a la totalidad de susceptibles. Por esto es necesario enmarcar estrategias de vacunación donde componentes como la participación de la comunidad, la educación en salud y la coordinación intra y extra sectorial, se encuentren involucrados tanto en su aspecto conceptual como material.

- Es necesario medir la real gestión en el nivel local con el acompañamiento y asistencia técnica de las autoridades de salud regionales y Nacionales; puesto que la distribución de los recursos está directamente ligada al compromiso municipal de alcanzar coberturas útiles en vacunación, como una forma de demostrar la eficiencia de cada ente territorial.

- Todas las personas e instituciones que participan de las actividades del PAI, deben estar permanentemente informadas de los avances en los planes establecidos, así como de las actividades que se realicen en la evaluación de coberturas de vacunación. Estos procesos de retroalimentación son parte fundamental de la articulación de los diferentes actores y del mantenimiento de canales de comunicación.

- Es importante valorar la buena orientación y motivación que se debe dar a padres y acudientes del menor, con el fin de aportar al logro de resultados satisfactorios en las coberturas del PAI y aprovechar las oportunidades perdidas en vacunación, función en la cual juega un papel relevante el profesional de enfermería.

- Por lo tanto, lograr las coberturas óptimas de vacunación, son un compromiso de todos los ciudadanos partícipes del sistema de seguridad social, ya sea como usuarios o como ofertares de servicios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ARANGO, A. Situación de las enfermedades inmunoprevenibles en Colombia, Antioquia y Medellín. Abril – mayo de 2.004. EN: Periódico momento médico. ASMEDAS

2. RESTREPO, G.A.; SERNA, Z. Lorena. Implementación del programa ampliado de inmunizaciones PAI en Medellín, antes y después de la Ley 100 y su relación con las coberturas de vacunación, desde el 99 hasta el año 2.000. Departamento de pediatría y puericultura, Universidad de Antioquia. 2.001, p. 17-18.

3. Diez años del sistema general de seguridad social en salud balance futuro. Cartilla de seguridad social No. 7. Abril de 2.004. Facultad Nacional de Salud Pública. Pág. 31

4. Ibíd.

5. D.S.S.A. Lineamientos para la Gestión del Plan de Atención Básica Municipal 2004-2007.

6. GÓMEZ, Clemencia. Breve historia de Antioquia. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia, 2002. p. 120

7. D.S.S.A. Informe Quincenal Epidemiológico Nacional Vol. 14, (julio de 2000): p. 7

8. RESTREPO G, Andrea et.al. La implementación del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) en Medellín antes y después de la Ley 100 y su relación con las coberturas de vacunación desde 1990 hasta el año 2000. Medellín: Ed. Barcelona. p. 9-14

9. URIBE DE HINCAPIÉ, MARIA TERESA. Nación, ciudadano y soberano. Medellín: Ed. Corporación Región, 2001. p 143-50

10. GARCÍA CANCLINI, Nestor. Ciudadanía e Identidad**.** Barcelona, España: Ed. VIQ. Año 1.989. p. 235

11. TRUJILLO H, Mónica. Protocolo Seminario de Ciencias sociales, Consumidores del siglo XXI, ciudadanos del XVIII.

12. NIETO, Jaime Rafael. Conceptos básicos sobre políticas públicas. Conferencia preparatoria del proyecto interinstitucional de Gestión de Políticas Públicas. En: Revista F.N.S.P (#: 1 2002: Medellín) Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública. Univ. de Antioquia, 2002.

13. FOUCAULT, Michel. Un diálogo sobre el poder. España: ed. Alianza ,1.995. p. 75

14. URIBE. Op.cit., p 132-4

15. ROSERO, Gloria. Gobiernos escolares. Un espacio para la democracia y el liderazgo juvenil. Medellín: Ed. Demosparte, 2002. p 29.

16. ESTRADA VILLA, Armando. Políticas Públicas y Sistemas Políticos. 2002: Medellín. En: revista de la Facultad Nacional de Salud Pública. Univ. de Antioquia, 2002.

17. GAVIRIA DIAZ, Carlos. El derecho a la salud en Colombia. En: seminario de políticas públicas. 2002. Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública. Univ. de Antioquia, 2002.

18. GONZÁLEZ, Jorge Iván. Economía y política públicas: por una liberación del núcleo. 2002: Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública. Univ. de Antioquia, 2002.

19. Ibíd. p. 69

20. GONZÁLEZ, Op.cit., p. 214

21. STIEGLITZ, citado por: GONZÁLEZ, Jorge Iván. Economía y política públicas: por una liberación del núcleo 2002: Medellín. Facultad Nacional de Salud Pública. Univ. de Antioquia, 2002.

22. STIEGLITZ, Op.cit., p. 140

23. DAHRENDORF, Ralph. Izquierda punto cero. Madrid: Ed. Paidós Ibérica, 1.996. p. 142

24. SALOMÓN J.A. et al. Methods for life expenctancy and healthy life expectancy uncertainty análisis. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2002. p 448

25. MISHAN, J. Los costes del desarrollo. Barcelona: Ed. Oikos - Tau, 1991. p. 246

26. Ibid, p. 336

27. Definición de bienestar

28. FROMN, E. Psicoanálisis de la sociedad contemporánea. México: F.C.E., 1990. p.255

29. GARCÍA – DURÁN, J y PIUG. La calidad de vida en España. Hacia un estudio de indicadores sociales, Madrid: moneda y crédito, 1990. p. 589

30. Ibid, p. 418

31. VISADLE, A; HOOPENHAYN, M.. Desarrollo a escala humana. Santiago : P.E.T. p. 229

32. Ibíd. p. 328

33. VISADLE. Op.cit 300 p.

34. Ibíd. p. 35

35. O.P.S. La vigilancia epidemiológica un reto para las Americas.

36. D.S.S.A. Boletín informativo PAI. Programa Ampliado de Inmunización en las Américas. Año XXV. Nº5 (Octubre 2003) p. 1

37. D.S.S.A. En: Revista epidemólógica de Antioquia. Vol. 25, Nº 1 – 3 (Enero – Septiembre de 2000). p. 112

38. Ibid. P. 112

39. D.S.S.A Op Cit. Pag. 111

40. Ibid. p. 113

41. Ibid. p. 118

42. Ibid. p. 122 - 123

43. D.S.S.A**.** Boletín informativo PAI. Programa ampliado de inmunización en las Américas. Año XXV, Número 5. Octubre 2.003. p. 1

44. OMS – OPS. UNICEF. Manual de Normas técnico – administrativas del programa ampliado de inmunizaciones. Colombia: OMS – OPS. UNICEF, 1991. p. 53- 57

45. OMS – OPS. UNICEF. Op.cit., p. 23

46. Ibid. p. 25

47. FRANCO S., OCHOA M. La promoción de la salud y la Seguridad social. Bogota: Corporación Salud y Desarrollo, 1995. p. 302

48. Primera conferencia Internacional para la promoción de la salud. Carta De Ottawa. Ottawa. Noviembre 1986.

49. FRANCO y OCHOA. Op.cit., p. 200

50. Ministerio de Salud Colombia. Organización Panamericana de la Salud. Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Santa fe de Bogota. Noviembre 1992. Ministerio de Salud Pública. 140-142 p.

51. GARCÍA C., TOBÓN O. Promoción de la Salud, Prevención de la Enfermedad y Plan de Atención Básica en Salud. Qué los acerca? Qué los separa?. En: Hacia la promoción de la salud. Departamento de salud Pública. Facultad de áreas de la salud. Salud Pública. Universidad de Caldas. Manizales. Diciembre 2000. 7-21.P

52. HERNÁNDEZ, S. Roberto et.al. Metodología de la investigación. Editorial Mc Graw Hill. México. 2.003 p. 121

53. MINAYO, M.C.O. Desafío do conhecimiento. Pesquisa Qualitativa em saúde. Río de Janeiro Brasil: Hucitec Abrasco, 1.999. p. 90-158

54. PEÑA, Beatriz. Problemas Bioéticos y dilemas éticas contemporáneos en salud**.** Ciudad: Barcelona. 2002 p.75

55. THOMPSON, Garret. “La comprensión de la comprensión”. EN: Discusiones filosóficas. Vol.3. 2.003 p. 117 - 156

56. ESCOBAR T. Jaime. Dilemas éticos contemporáneos en salud. Bogotá**:** ed. Universidad Nacional de Colombia. 2002 p. 93.

57. OPS. Op.cit.

58. Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. La administración estratégica. Ciudad: Washington, D.C. OPS. OMS., 1.995. p. 6

59. TASSARA, Carlos et.al. El desplazamiento por la violencia en Colombia. CISP. En colaboración con: ACNUR, Servicio Nacional de Pastoral Social. Medellín: 1998. p. 212

60. Estudio nutricional de alimentación y condiciones de salud de la población desplazada por la violencia en seis subregiones (entre ellas Antioquia) del país. PMA Programa Mundial de Alimentos /OPS/OMS Organización Panamericana

de la Salud - Organización Mundial de la Salud/ECHO Oficina de Ayuda Humanitaria de la Comunidad Europea .A cargo de la UNION TEMPORAL ECONOMÉTRICA S A- SEI S A Bogotá-Colombia. 2006. p. 24

61. Ibíd. p.

62. "Un País que Huye: Desplazamiento y Violencia en una Nación Fragmentada" compilación de los boletines de la Consultoría para el Desplazamiento Forzado y los Derechos Humanos (CODHES), UNICEF-Colombia. 1999. p. 357

BIBLIOGRAFIA

ARANGO, A. Situación de las enfermedades inmunoprevenibles en Colombia, Antioquia y Medellín. En: Periódico momento médico. ASMEDAS. Nº 7 (Abril – mayo de 2.004).

CAVAROZZI, Marcelo. Transformaciones de la política en América Latina. Análisis político. Bogota: ed. Bona Nova**,** 1993. p. 300

COLOMBIA. Ministerio de salud Colombia. Organización Panamericana de la Salud. Declaración de la Conferencia Internacional de promociona de la Salud. En: Conferencia Internacional de Promociona del a Salud. Santa fe de Bogota: Ministerio de Salud Colombia, 1992. p. 227

FOUCAULT, Michel. La arqueología del saber. 18 ediciones. México: Ed. Siglo XXI, 1.997. p. 25

GARCÍA, Mery Constanza. Aproximaciones conceptuales para diferenciar promociona de la salud de la prevención de la enfermedad. En: Avances en Enfermería. Nº 5 (Diciembre 1998) p. 8 - 113

GARCÍA C, TOBÓN O. Promoción de la salud, Prevención de la enfermedad, atención primaria en salud y plan de atención basca. En: Hacia la promoción de la salud. Año 5 (2000) p 7-21

LUHMAN, Niklas. Teoría política en el Estado de bienestar. Madrid: Alianza, 1993. pág 167

RESTREPO, G.A.; SERNA, Z. Lorena. Implementación del programa ampliado de inmunizaciones PAI en Medellín, antes y después de la Ley 100 y su relación con las coberturas de vacunación, desde el 99 hasta el año 2.000. Medellín: Departamento de pediatría y puericultura, Universidad de Antioquia, 2.001. P. 17-78.

D.S.S.A. En: Revista Epidemiológica de Antioquia. Vol. 25 Nº 1–3 (Enero – Septiembre de 2.000) p. 11 - 89

ANEXO 1
CONSENTIMIENTO INFORMADO
Para usuarios del servicio de vacunación

Los investigadores Lina Maria Zuleta, Maria Teresa Quintero y Hernando Hurtado, estudiantes de la maestría en educación y desarrollo humano del CINDE en convenio con la universidad de Manizales, estamos realizando un estudio para analizar e Identificar las coberturas de vacunación PAI en el departamento de Antioquia y en el Municipio de Angelópolis y las condiciones sociales, culturales y políticas, que las han influido en los períodos de tiempo comprendidos entre 1.984 – 1.993, 1.994 – 2.003.

Con ésta investigación, pretendemos aportar conocimientos al respecto de las coberturas de vacunación, que le permita incidir en su plan de desarrollo y en la aplicación de políticas públicas.

Los datos recogidos mediante las entrevistas serán manejados con máxima discreción y confidencialidad, sólo pretenden servir de base para el análisis de la situación de la vacunación y no tendrán ninguna relación con el Sisben.

Usted esta en libertad de no contestar las preguntas que a su juicio no deba hacerlo, sin tener que explicar a las investigadoras sus motivos. La decisión de participar o no en el estudio no le limitará su posibilidad de que su hijo sea vacunado.

Agradecemos su interés y disponibilidad, para que en un esfuerzo conjunto se construya el conocimiento, el cual debe ser la base de la planeación municipal. Queremos solicitarle la posibilidad de gravar, porque esto facilita la entrevista. Si usted tiene alguna duda pueda contactarnos en el teléfono 510-63-22.

FECHA:

FIRMA DEL ENTREVISTADO: TELÉFONO

FIRMA DE LOS INVESTIGADORES

ANEXO 2
CONSENTIMIENTO INFORMADO
Para personal Directivo, Administrativo y Operativo

Los investigadoras Lina Maria Zuleta, Maria Teresa Quintero y Hernando Hurtado, estudiantes de Maestría en educación y desarrollo humano del CINDE en convenio con la universidad de Manizales, estamos realizando un estudio para analizar e Identificar las coberturas de vacunación PAI en el departamento de Antioquia y en el Municipio de Angelópolis y las condiciones sociales, culturales y políticas, que las han influido en los períodos de tiempo comprendidos entre 1.984 – 1.993, 1.994 – 2.003.

Con ésta investigación, pretendemos aportar conocimientos al respecto de las coberturas de vacunación, que les permitan incidir en sus planes de desarrollo y en la aplicación de políticas públicas.

Los datos recogidos mediante las entrevistas serán manejados con máxima discreción y confidencialidad, sólo pretenden servir de base para el análisis de la situación de la vacunación.

Usted esta en libertad de no contestar las preguntas que a su juicio no deba hacerlo, sin tener que explicar a las investigadoras sus motivos.

Agradecemos su interés y disponibilidad, para que en un esfuerzo conjunto se construya el conocimiento, el cual debe ser la base de la planeación municipal. Queremos solicitarle la posibilidad de gravar, porque esto facilita la entrevista. Si usted tiene alguna duda pueda contactarnos en el teléfono 510-63-22.

FECHA:

FIRMA DEL ENTREVISTADO:

TELÉFONO

FIRMA DE LOS INVESTIGADORES

ANEXO 3
GUÍA DE ENTREVISTA PARA PERSONAL ADMINISTRATIVO DEL SECTOR SALUD

- Cual es su concepto al respecto de las políticas de vacunación, en el sistema actual de seguridad Social en Salud, con respecto al anterior Sistema nacional de Salud

- Cuales debilidades y o fortalezas tiene el Sistema Actual de Seguridad Social en Salud

- Cómo considera usted que han afectado las políticas del actual régimen de Seguridad Social en salud, las coberturas de vacunación

- Considera que las políticas regionales se ajustan, a las políticas nacionales en vacunación

- Que autonomía tienen los municipios para dimensionar y aplicar políticas regionales, al respecto de vacunación

- Como se construye y determina la política de vacunación a nivel regional

- El programa de vacunación es sostenible en el tiempo.

- Que aspectos consideran determinan la sostenibilidad del programa

- Las políticas actuales de vacunación permiten cumplir con el principio de obligatoriedad

- Que aspectos consideran determinan la obligatoriedad del programa de vacunación

- Que aspectos considera que determinan la equidad en la aplicación del PAI a la comunidad beneficiaria.

- Cómo se define la cobertura universal

- Considera usted que la comunidad tiene la oportunidad de participar en el dimensionamiento del programa de vacunación

- Cree usted que la comunidad, hace parte de la evaluación del PAI

- Que aspectos de tipo administrativo, como suministros, pedido de biológicos, han afectado las coberturas de vacunación.

- Cómo se determinan las coberturas de vacunación.

- Según su criterio como afectan las condiciones sociales, culturales y económicas del municipio las coberturas de vacunación.

- Existe algún tipo de acción intersectorial que influye en las coberturas de vacunación

- Como considera que afectan las coberturas actuales de vacunación, los sistemas de vigilancia y control del actual sistema de Seguridad Social

- Cuales son las estrategias utilizadas para lograr las coberturas planeadas

- Con base en que criterio se establecen las metas de vacunación

- Cómo se mide la eficiencia y la eficacia en los programas de vacunación

- La entidad cuenta con recursos financieros para realizar capacitaciones al personal que trabaja en vacunación

ANEXO 4
GUÍA DE ENTREVISTA PARA EL PERSONAL OPERATIVO DEL SERVICIO DE VACUNACIÓN

- A que tipo de población, según la afiliación al sistema, se le presta el servicio de vacunación
- Que tipo de contratación tiene el recurso humano que trabaja en el programa de vacunación
- Cuantas personas están encargadas del programa de vacunación.
- Que modalidad de vacunación emplea (permanente, por disponibilidad del recurso humano, por citas, otras).
- Existen formatos estandarizados para reportar coberturas de vacunación
- Cuáles son los formatos y registros usados en el programa de vacunación.
- Con que frecuencia recibe capacitación en temas de vacunación
- Existen protocolos de aplicación de biológicos del PAI.
- Se aplican los protocolos establecidos para cada uno de los biológicos
- Conoce la cadena de cadena de frío estandarizada para los biológicos, la aplica y la mantiene según lo establecido en los protocolos
- Se cuenta con equipo y material médico quirúrgico, en cantidad y calidad para prestar el programa.
- Como se realiza la vigilancia epidemiológica

ANEXO 5
GUÍA DE ENTREVISTA PARA DIRECTOR LOCAL DE SALUD, GERENTES DE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E IPS

- Cual es su concepto al respecto de las políticas de vacunación, en el sistema actual de seguridad Social en Salud, con respecto al anterior Sistema nacional de Salud

- Cuales debilidades y o fortalezas tiene el Sistema Actual de Seguridad Social en Salud

- Cómo considera usted que han afectado las políticas del actual régimen de Seguridad Social en salud, las coberturas de vacunación

- Considera que las políticas regionales se ajustan, a las políticas nacionales en vacunación

- Que autonomía tienen los municipios para dimensionar y aplicar políticas regionales, al respecto de vacunación

- Como se construye y determina la política de vacunación a nivel local

- El programa de vacunación es sostenible en el tiempo.

- Que aspectos consideran determinan la sostenibilidad del programa

- Las políticas actuales de vacunación permiten cumplir con el principio de obligatoriedad

- Que aspectos consideran determinan la obligatoriedad del programa de vacunación

- Que aspectos considera que determinan la equidad en la aplicación del PAI a la comunidad beneficiaria.

- Cómo se define la cobertura universal

- Considera usted que la comunidad tiene la oportunidad de participar en el dimensionamiento del programa de vacunación

- Cree usted que la comunidad, hace parte de la evaluación del PAI

- Que aspectos de tipo administrativo, como suministros, pedido de biológicos, han afectado las coberturas de vacunación

- Según su criterio como afectan las condiciones sociales, culturales y económicas del municipio las coberturas de vacunación.

- Existe algún tipo de acción intersectorial que influye en las coberturas de vacunación
- Como considera que afectan las coberturas actuales de vacunación, los sistemas de vigilancia y control del actual sistema de Seguridad Social

- Cuales son las estrategias utilizadas para lograr las coberturas planeadas

- Con base en que criterio se establecen las metas de vacunación

- Cómo se mide la eficiencia y la eficacia en los programas de vacunación

- La Dirección Local de Salud, cuenta con recursos financieros para realizar capacitaciones al personal que trabaja en vacunación

- Como considera usted, que los tipos de contratación del recurso humano de vacunación, afectan las coberturas actuales.

ANEXO 6
GUÍA DE ENTREVISTA PARA USUARIOS DEL SERVICIO DE VACUNACIÓN

- Hace cuanto tiempo que usted hace uso del servicio de vacunación?
- Cómo se enteró que existía el servicio de vacunación?
- Cómo le pareció el servicio de vacunación en cuanto a horarios?
- Cómo le parece la capacitación de las personas que trabajan en el servicio de vacunación?
- Se siente usted bien atendido en este servicio?
- Se siente tranquilo y confiado con el servicio ofrecido?
- Se siente acompañado en el proceso de vacunación?
- Porqué cree usted que hay algunas personas que no asisten al servicio de vacunación?
- Porqué algunos usuarios no regresan al servicio de vacunación?
- Sabe usted que las vacunas que se ofrecen y son del PAI, son gratuitas?

ANEXO 7.

SIGLAS

A.R.S.: Administradoras del Régimen Subsidiado

C.I.E.: Clasificación Internacional de Enfermedades

C.I.O.M.S.: Consejo de Organización Internacional de las Ciencias Biomédicas

C.U.P.S.: Códigos Únicos de Procedimientos en Salud

D.D.D.S.: Direcciones Departamentales y Distritales de Salud

D.S.S.A.: Dirección Seccional de Salud de Antioquia

E.P.S.: Entidades Promotoras de Salud

E.T.S.: Enfermedades de Transmisión Sexual

H.B.: Hepatitis B

H.I.B.: Hemophilus Influenza

I.P.S.: Institución Prestadora de Salud

O.M.S.: Organización Mundial de Salud

O.N.G.: Organización No Gubernamental

O.P.S.: Organización Panamericana de la Salud

P.A.B.: Plan de Atención Básica

P.A.I.: Programa Ampliado de Inmunizaciones

P.O.S.: Plan Obligatorio de Salud

P.S.: Promoción de la Salud

P y P. Promoción y Prevención

S.G.S.S.S.: Sistema General de Seguridad Social en Salud

T.V.: Tuberculosis

V.E.: Vigilancia Epidemiológica