
II FORO-TALLER SOBRE VACUNACIÓN

Yolanda Ruán de la Carrera¹, Elmer Escobar Cifuentes²

RESUMEN

Continuando con la programación para 2012 de tres foros sobre el tema de vacunación, se realizó en el auditorio de la Academia Nacional de Medicina de Bogotá el segundo de estos eventos el día 10 de agosto de 2012, con el concurso de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Después de las palabras inaugurales del Presidente de la Academia, el Director del Instituto Nacional de Salud dictó su conferencia sobre “Presente y futuro de la vigilancia epidemiológica de las enfermedades inmuno-prevenibles en Colombia”. A continuación siguió la ponencia “Introducción de nuevas vacunas: procesos políticos, administrativos y financieros en la toma de decisiones del PAI-Brasil”. En tercer lugar, por parte del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), del Ministerio de Salud y Protección Social colombiano, “Lineamientos técnicos y operativos para la vacunación contra el Virus de Papiloma Humano (VPH): primera fase”. Continuaron las EPS. Primero FAMISANAR con la ponencia: “Abordaje de los usuarios para conocimiento de coberturas de vacunación desde un asegurador”, y luego Coomeva EPS con la presentación: “Trabajo integrado para el control de sarampión y rubeola en zonas de riesgo, año 2011”. Luego, “Programa Ampliado de Inmunizaciones”, Secretaría de Salud de Bogotá. Finalmente, por parte de la Universidad Central de Bogotá, la Conferencia titulada “Abraza la vida con amor”.

Palabras clave: Vigilancia epidemiológica, control de enfermedades transmisibles, coberturas de vacunación, sarampión, rubeola, síndrome de rubeola congénita, vacunas contra el papilomavirus, hepatitis A, programa ampliado de inmunizaciones.

Relatores del Foro.

¹ Bibliotecóloga OPS.

² MVZ, Académico Asociado.

SECOND FORUM-WORKSHOP ON VACCINATION

ABSTRACT

This meeting took place at the Auditorium of the National Academy of Medicine of Colombia, on August 10, 2012, with the cooperation of the Panamerican Health Organization (PAHO). Introductory words were pronounced by the President of the Academy, followed by a conference from National Institute of Health Director on "Present and future of epidemiological surveillance of immune-preventable diseases in Colombia". Afterwards, presentation was in charge of Ministry of Health, Brasil: "Launching new vaccines: political, administrative and financial processes in decision making at the "Immunization Widened Program" (IWP). The IWP counterpart of Colombian Ministry of Health and Social Protection gave a lecture on "Technical and operative delineation of first phase vaccination program against papillomavirus". The entrepreneurs for promotion of health spoke on "Insurers approach to users on knowledge of vaccine coverage" and "Measles and Rubella control in risk areas, 2011, integrated work", on part of "Famisanar EPS" and "Coomeva EPS" respectively. Bogota Health Department explained its IWP. Finally, there was an interesting presentation from Central University entitled "Embrace life with love".

Key words: Epidemiological surveillance, communicable disease control, vaccination coverage, measles, rubella, congenital rubella syndrome, papillomavirus vaccines, hepatitis A, immunization widened program.

El 10 de agosto de 2012 se llevó a cabo el II Foro Taller sobre Vacunación, en las instalaciones de la Academia Nacional de Medicina en Bogotá, con el concurso de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). El Presidente de la Academia, Fernando Sánchez Torres, hizo una introducción que se presenta en otra sección de esta revista. Este foro contó con la relatoría de la bibliotecóloga Yolanda Ruán de la Carrera y del veterinario, académico Elmer Escobar Cifuentes.

En la primera conferencia, el director del Instituto Nacional de Salud Juan Gonzalo López Casas, presentó los lineamientos para el Sistema de Vigilancia y Control en Salud Pública en Colombia, haciendo énfasis en la normatividad vigente para la Subdirección de Vigilancia y Seguridad Sanitaria

como también para la Subdirección de la Red Nacional de Laboratorios (1). Se plantean los objetivos de la vigilancia de enfermedades prevenibles por vacunación, las estrategias actuales de la vigilancia epidemiológica de los eventos prevenibles por vacunación enmarcándolas en tres aspectos fundamentales: eliminación, erradicación y control nacional. Igualmente señala las estrategias de diagnóstico y vigilancia por laboratorio de los eventos prevenibles por vacunación. Señalaron las estrategias de análisis de información. Muestran los resultados de la vigilancia de los eventos prevenibles por vacunación en la fase de eliminación para: sarampión, rubeola, síndrome de rubeola congénita y tétanos neonatal; en la fase de erradicación para: poliomielitis y en la fase de Control Nacional para: tosferina, difteria, meningitis bacteriana, influenza, rotavirus, fiebre

amarilla, hepatitis b. Por último, plantea los retos y desafíos en la vigilancia de enfermedades prevenibles por vacunación en Colombia en el corto y largo plazo.

LINEAMIENTOS PARA EL SISTEMA DE VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA EN COLOMBIA

El Instituto Nacional de Salud (INS) debe definir e implementar el modelo operativo del Sistema de Vigilancia y Control en Salud pública en el Sistema General de Seguridad Social en Salud para la toma de decisiones en el marco del Plan Nacional de Salud Pública.

Igualmente el INS por medio de la Subdirección de la Red Nacional de Laboratorios, contribuye al logro del mejoramiento de la vigilancia y control en salud pública, impulsando el desarrollo de la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública del país, con el fin de que los entes territoriales tengan la capacidad científica, técnica y de diagnóstico para asumir la responsabilidades que les corresponden en los problemas prioritarios de salud pública.

La legislación colombiana a través de la Ley 1122 del 2007; Ley 1438 del 2011; Decreto 272 del 2004; Decreto 3518 del 2006 y Decreto 2323 del 2006, le asigna al INS los poderes correspondientes.

Estrategias actuales de la vigilancia epidemiológica de los eventos prevenibles por vacunación

- Eliminación del Sarampión/Rubéola a la población general a nivel nacional.
- Eliminación Síndrome de Rubéola Congénita a la población menor de un año a nivel nacional.
- Tétanos Neonatal a la población menor de 28 días a nivel nacional.

- Erradicación Poliomieltitis población menor de 15 años a nivel nacional.
- Control nacional Tosferina/Difteria a nivel nacional a la población en general.
- Tétanos Accidental a la población mayor de 28 días a nivel nacional.
- Meningitis Bacteriana población general a nivel nacional.
- Influenza Centinela a la población general.
- Rotavirus Centinela a la población menor de 5 años.
- Hepatitis A y B y Fiebre Amarilla población general a nivel nacional.
- Parotiditis y Varicela población general a nivel nacional.
- EsAVi a la población objeto Programa Ampliado de Inmunizaciones a nivel nacional.

Estrategias de Análisis de Información

El análisis de la información que recibe el INS se realiza mediante las siguientes estrategias:

- Comparación continua en variables de persona, tiempo y lugar del comportamiento de factores asociados.
- Unidades de análisis de la situación epidemiológica de las enfermedades prevenibles por vacunación y su correlación con las coberturas de vacunación.
- Comités de Vigilancia Epidemiológica y Salas de Situación para identificar escenarios y facilitar la toma oportuna de decisiones.

Resultados de la vigilancia de eventos prevenibles por vacunación en sus diferentes fases

El INS publica el Boletín Epidemiológico Semanal y el Informe Quincenal Epidemiológico Nacional, publicaciones con cobertura nacional que

mantienen al día los resultados de los eventos de notificación obligatoria.

Retos y desafíos en la vigilancia de enfermedades prevenibles por vacunación en Colombia

1. En el corto plazo

- Mantener los logros alcanzados por el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) desde su implementación en el país.
- Mejorar la sensibilidad del sistema que permita identificar oportunamente retos y amenazas de las enfermedades prevenibles por vacunación.
- Implementación de estrategias de Vigilancia Centinela del Virus del Papiloma Humano que permita la identificación de cambios en los serotipos circulantes y la evaluación del impacto de la vacunación.
- Fortalecer la Red de Diagnóstico de Toserina a nivel nacional y subnacional, que permitirá conocer el comportamiento de la enfermedad en grupos de edad y apoyará la toma de decisiones del PAI.
- Fortalecer y mantener la Red de Diagnóstico de Virus Respiratorios, que permitan identificar oportunamente cambios en los subtipos circulantes con potencial epidémico o pandémico y contribuir con los datos analizados a la formulación del plan de vacunación en el hemisferio sur.
- Fortalecer la vigilancia de Rotavirus que permitirá identificar cambios en los genotipos circulantes y que apoye la evaluación del impacto de la morbi-mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda grave en menores de 2 años a partir de la introducción de la vacuna en el país.
- Fortalecer la vigilancia epidemiológica de Hepatitis A, que permitirá evaluar el impacto

en la reducción de brotes en población escolar e infantil posterior al programa de vacunación.

- Mantener y mejorar la sensibilidad del sistema de vigilancia de los eventos atribuidos a la vacunación e inmunización en conjunto, bajo un sistema minucioso de monitoreo conjuntamente con el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA).

2. En el largo plazo

Apoyar y fortalecer el diagnóstico de Dengue, que permitirá establecer la zonas claves y los grupos etarios a ser priorizados para la introducción de la vacuna al país cuando esta esté disponible.

La doctora Carla M. Domingues (2), del Ministerio de Salud, del Brasil presentó los antecedentes del PAI en su país, remontándose al año de 1804 en que se inicia el programa de vacunación en Brasil aplicando la vacuna contra la viruela hasta llegar a 1973 cuando se crea el Programa Nacional de Inmunizaciones en Brasil, y a partir de ahí se mantiene un esquema básico de vacunación hasta llegar al 2012 cuando se introducen las vacunas VIP y pentavalentes. Esta presentación se publica por separado como artículo corto.

VACUNA CONTRA EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

Los lineamientos técnicos y operativos para la vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) en su primera fase son presentados por el doctor Diego García (3), coordinador del PAI del Ministerio de Salud colombiano. El objetivo principal es disminuir la incidencia del Cáncer del Cuello Uterino a través de la vacunación contra el VPH, como estrategia primaria de prevención. La

población objeto en la primera fase serán niñas escolarizadas en instituciones educativas públicas y privadas de cuarto grado de básica primaria, de nueve años y más. Para la segunda fase niñas no escolarizadas ubicadas en zonas urbanas y rurales. Se espera vacunar el 95% de la población objeto con tres dosis de vacuna contra el Virus de Papiloma Humano (VPH). La vacuna que se utilizará es la recombinante tetravalente contra el Virus de Papiloma Humano (VPH) (Tipos 6, 11, 16 y 18). Se presenta el esquema de vacunación, la coordinación interinstitucional e intersectorial, movilización social y la estrategia de comunicación, el monitoreo, supervisión y evaluación a nivel nacional y departamental. Hace referencia a los aspectos políticos y técnicos de la introducción de la vacuna contra el Virus de Papiloma Humano y de la Hepatitis A dentro del Programa Ampliado de Inmunizaciones –PAI-. Presenta las experiencias que han tenido algunos países de la América Latina como: Argentina, Perú y México.

ASPECTOS POLÍTICOS Y TÉCNICOS

- En el año 2011 se contrató con la Universidad Nacional de Colombia para la realización del estudio “*Costo Efectividad de las Vacunas contra el VPH en Colombia*”.
- El 3 de mayo del 2012 se reunió el Comité Nacional de Prácticas de Inmunizaciones (CNPI) con el objetivo de definir la introducción de la vacuna con el Virus del Papiloma Humano (VPH) y de la Hepatitis A en el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).

Como parte de la estrategia nacional para reducir la morbilidad y mortalidad por cáncer de cuello uterino, el Ministerio de Salud y Protección Social por recomendación del Comité de Prácticas de Inmunizaciones (CNPI) y en alianza con la Federación Colombiana de Asociaciones de Obstetricia y Ginecología, la Sociedad Colombiana de Pediatría

y la Federación Colombiana de Perinatología ha decidido incluir en el esquema único nacional de vacunación la vacuna contra el Virus de Papiloma Humano (VPH), cuyo esquema completo de vacunación contempla la aplicación de tres dosis.

Objetivo: Disminuir la incidencia del cáncer cérvico uterino (CCU) a través de la vacunación contra el VPH como estrategia primaria de prevención.

Primera Fase: Exclusivamente a niñas escolarizadas en instituciones educativas públicas y privadas, en cuarto grado de básica primaria, de nueve y más años de edad; la intervención en la población objeto a partir de la fecha será una estrategia permanente.

Segunda Fase: Se llevará a cabo a partir de febrero del 2013 para niñas no escolarizadas ubicadas en zonas urbanas y rurales (centros poblados y rural disperso de difícil acceso).

Meta: Vacunar al 95% de la población objeto con tres dosis de vacuna contra el VPH.

Vacunas a Utilizar: Vacuna Recombinante Tetravalente contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) (tipos 6, 11, 16 y 18). La vacuna fue aprobada para uso en hombres y mujeres de 9 a 26 años de edad para la prevención de: lesiones genitales precancerosas (cervicales, vulvares y vaginales) y cáncer cervical relacionados causalmente con ciertos tipos oncogénicos del VPH. Verrugas genitales relacionadas casualmente con tipos específicos de VPH.

MODELOS DE ATENCIÓN FAMILIAR

La doctora Eslenavy Meneses, de la EPS Famisanar (4) presentó el modelo de atención gestión de riesgo con enfoque preventivo que tiene los siguientes componentes: 1) Gestión del riesgo

y daño en salud. 2) Gestión de la utilización de los servicios. 3) Gestión de la calidad de la atención de salud. Señala los tipos de programas para cuidado de la salud existentes en el modelo, enmarcados en: programas preventivos, programas para poblaciones en riesgo y programas para poblaciones especiales. Hace mención de los riesgos que asume el asegurador al no vacunar y que están relacionados con el aumento de la población susceptible, aumento de morbilidad evitable, aumento de mortalidad evitable y complicaciones por discapacidad ocasionada por enfermedades inmunoprevenibles. Considera que el monitoreo rápido de coberturas de vacunación es una herramienta de gestión que ayuda en el proceso de monitoreo de las actividades de vacunación pues permite determinar si todos los niños y niñas de una zona geográfica ha sido vacunada y las razones o motivos por los que no se vacunó. Presenta datos de los registros efectivos por departamentos, encuestas realizadas, distribución por Instituciones Prestadoras de Salud (IPS). Hace mención de las causales de no vacunación, de las coberturas alcanzadas por diferentes IPS. Por último presenta las siguientes conclusiones: 1) Se requieren incrementar esfuerzos para el logro de coberturas útiles en un 3.97% para población de un año con triple viral. 2) El 75.64% de cobertura en fiebre amarilla se pudo haber visto influenciada por la ausencia del biológico a nivel distrital en meses del año 2010. 3) El Ministerio de Salud y de la protección social, implementa la metodología de evaluación de coberturas sobre los esquemas completos; para lo cual es imperativo asegurar la vacunación a infantes de 5 años. 4) Conforme a la adherencia, se puede evidenciar que a mayor edad del menor, mayor es la deserción al programa de inmunización. 5) Respecto a las causales de no vacunación, la mayor proporción para cada uno de los biológicos evaluados conciernen con situaciones relacionadas con el cuidador.

MODELO DE ATENCIÓN DE RIESGO CON ENFOQUE PREVENTIVO

Este modelo tiene los siguientes componentes:

- Gestión del riesgo y daño en salud que comprende la identificación del riesgo y los programas para el cuidado de la salud.
- Gestión de la utilización de los servicios que considera el acceso a servicios y la autorización de los servicios.
- Gestión de la calidad de la atención que comprende seguridad del paciente y el seguimiento y monitoreo a IPS de la red para finalmente tener como resultado prevenir, controlar, minimizar el riesgo y el daño.

Tipos de programas en el modelo

El modelo consta de programas preventivos; programas dirigidos a poblaciones en riesgo y programas a poblaciones especiales, los cuales permiten la prevención, el control, minimizar el riesgo y el daño; actuando con la atención primaria en salud adicionada de centros de excelencia y cuidados domiciliarios.

Los programas preventivos son: salud sexual y reproductiva; salud materno-perinatal; salud infantil de 0 a 9 años vacunación; salud del adolescente y joven de 10 a 29 años; salud del adulto joven 30-44 años y salud del adulto mayor de 45 y más años.

Los programas de riesgo incluyen el embarazo de alto riesgo; hipertensión; enfermedad metabólica (diabetes, hipercolesterolemia); enfermedad renal; enfermedades transmisibles (lepra, tuberculosis); enfermedades respiratorias pediátricas; recuperación nutricional y discapacidad.

Los programas especiales están dirigidos al EPOC; cáncer; VIH/SIDA; enfermedad renal crónica (diálisis); hemofilia; fibrosis quística; enfermedades neurodegenerativas crónicas; cardiovasculares; trasplantes; trastornos hematológicos y alteraciones alimentarias.

Monitoreo rápido de coberturas de vacunación

Es una herramienta de gestión que ayuda en el proceso de monitoreo de las actividades de vacunación que permite determinar si todos los niños y niñas de una zona geográfica han sido vacunados y las razones o motivos por las que no se vacunó.

Para realizar el monitoreo se utiliza una ficha técnica que permite identificar la población, la región geográfica, las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), las características de la población (madre, menores), el carné de vacunación, su uso y actualización, causales de no vacunación y coberturas de vacunación.

De acuerdo con la experiencia de FAMISANAR tenemos las siguientes conclusiones:

- Se requiere incrementar esfuerzos para el logro de coberturas útiles en 3.97% para la población de 1 año con triple viral.
- El 75.64% de cobertura en Fiebre Amarilla pudo deberse a la ausencia del biológico en algunos meses del año 2010 a nivel distrital.
- El Ministerio de Salud y Protección Social implementa la metodología de evaluación de coberturas para los esquemas completos, por lo cual es imperativo asegurar la vacunación a los niños y niñas de 5 años.
- Mayor es la deserción al programa de inmunización a mayor edad de los niños.
- Las principales causales de no vacunación son: niños con gripa, niños con fiebre, niños

sin carné, niños no afiliados, renuentes, citas incumplidas, desconocimiento del derecho, temor a las reacciones adversas y falta de tiempo de los cuidadores.

Recomendaciones para el mejoramiento de los programas de vacunación según FAMISANAR

- Diagnóstico del Programa PAI por cada IPS para la implementación del aplicativo nacional.
- Capacitación al personal de vacunación en el programa PAI.
- Reporte de disponibilidad de biológicos administrados en las IPS suministrados fuera de Bogotá.
- Seguimiento a la cohorte de los menores no vacunados.

“Todo niño viene al mundo con cierto sentido del amor, pero depende de los padres, de los amigos que este amor salve o condene”

Graham Greene

El doctor Joas Benitez, de Coomeva EPS (5), presenta el contexto y los antecedentes epidemiológicos del sarampión en Colombia. Señala las directrices establecidas por el organismo rector para los diferentes actores del Sistema de Seguridad Social en Salud para la intervención relacionada con: circulares, lineamientos de vacunación y vigilancia epidemiológica, reuniones nacionales, acompañamiento regional, videoconferencias semanales. Menciona el Plan de Acción en COOMEVA EPS cuyos puntos principales son: planeación, despliegue e implementación y seguimiento, acompañamiento y acciones de mejora. Muestra la estructura administrativa de COOMEVA dividida en 6 regionales y 33 oficinas. El objetivo general de COOMEVA es consolidar la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola

congénita en el país. Finalmente señala diferentes estrategias para intensificar la vacunación.

CONTEXTO Y ANTECEDENTES DE PICO EPIDEMIOLÓGICO DE SARAMPIÓN EN COLOMBIA

Colombia reportó un caso de sarampión en una adolescente de 14 años, quien viajó a Brasil el 27 de junio del 2011. Por el período de exposición este caso pudo haberse contagiado en Brasil o Colombia donde se está desarrollando la Copa Mundial de Fútbol Sub-20. Las autoridades nacionales han iniciado las acciones de control del brote con la identificación y seguimiento de contactos por cuatro semanas desde la fecha de inicio de erupción del caso e intensificación de acciones de vacunación.

A raíz de este caso el Ministerio de Salud y Protección Social, rector del Sistema General de Seguridad Social en Salud, emitió una serie de directrices que comprendían: circulares, lineamientos de vacunación y vigilancia epidemiológica; reuniones nacionales; acompañamiento regional y video conferencias semanales. Igualmente se formuló un Plan de Acción con los siguientes lineamientos: a) Alerta a la red de prestadores propia o contratada; b) coordinación con las Secretarías de Salud de los Distritos y Departamentos; c) estrategias para intensificar la vacunación; d) estrategias de comunicaciones y e) vigilancia epidemiológica.

PLAN DE ACCIÓN EN COOMEVA-EPS

1. Planeación

- Definición de lineamientos y respaldo gerencial.
- Elaboración del Plan de Acción conjunto y articulado al interior de la organización y con las Entidades Territoriales de Salud.
- Identificación de diferencias regionales.

2. Despliegue e implementación

- Socialización del Plan de Acción.
- Capacitación y entrenamiento IPS y personal operativo Empresas Promotoras de Salud (EPS).
- Articulación con entes departamentales de salud y referentes técnicos.
- Consecución de talento humano para el trabajo extramural.
- Abordaje de instituciones educativas, empresas, centros comerciales, barrios e IPS, audio conferencias semanales y participación en conferencias con el Ministerio de Salud y Protección Social, reuniones con las Secretarías de Salud.
- Adopción de instrumentos para la entrega de información.

3. Seguimiento, acompañamiento y acciones de mejora

- Audioconferencias semanales al interior de la organización y participación en video conferencias con el Ministerio de Salud y Protección Social y reuniones con Secretarías de Salud.
- Presentación de informes de avance.
- Comunicación permanente con los diferentes actores del sistema de salud.

Objetivo General: Consolidar la eliminación del Sarampión, la Rubéola y el Síndrome de Rubéola Congénita en el país.

Objetivos Específicos: a) Vacunar a la población entre 10 y 19 años de edad con una dosis de vacuna Sarampión-Rubéola (bivalente); b) disminuir el acumulo de susceptibles para Sarampión y Rubéola a través de la vacunación de los adolescentes y jóvenes de 10 a 19 años; c) fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica para Sarampión y Rubéola y d) lograr la movilización social masiva en cada uno de los departamentos y distritos de

la nación. El plan se desarrolló de acuerdo con lo programado corrigiendo todas las dificultades que normalmente se presentan en un plan de acción de esta magnitud. Se destacan las lecciones aprendidas y las dificultades presentadas.

Lecciones aprendidas

- Participación de todos los actores desde la planeación.
- Pro actividad para el desarrollo de la planeación.
- Trabajo en equipo interinstitucional e intersectorial para el logro de los resultados.
- La coordinación de actividades y seguimiento conjunto de los diferentes actores permite mejor cumplimiento y eficiencia.
- La comunicación y el compromiso contribuye al logro de los objetivos.
- Seguimiento riguroso.

Dificultades presentadas

- Demora en la consecución del consentimiento de los padres de familia.
- Terminación del año escolar en el mes de diciembre y actividades sociales de los colegios.
- Demora en la consecución de personal idóneo con el perfil de experiencia en el PAI para contratar.
- Dificultad inicial en el acceso a los colegios facilitada posteriormente por circular obligatoria para apoyar las jornadas realizadas con los Ministerios de Educación y Salud.
- Factores climáticos que ocasionaron inasistencia de los estudiantes a los colegios.
- Inseguridad en algunas comunas y localidades.

La doctora Patricia Arce (6), de la Secretaría de Salud de Bogotá señala la inclusión de nuevas vacunas y las acciones realizadas para su desarrollo enmarcadas en: prioridad política, evaluación de

carga de enfermedad, evaluación económica, toma de decisiones para inclusión, desempeño del programa, cadena de frío, construcción de lineamientos, capacitación del talento humano vacunador, sistema de información, estrategias de comunicaciones. Comenta los resultados alcanzados los cuales se enmarcan en el logro de ampliación de las coberturas de vacunación entre el 2008-2012. La aplicación de la vacuna del Virus de Papiloma Humano en el 2011 con una cobertura del 81.4%, Hepatitis A con un cubrimiento del 100%, Rotavirus en 88.4%. Se crearon alianzas estratégicas desarrollando un Sistema de Información, procurando articulación con el sector privado e intersectorial.

INCLUSIÓN DE NUEVAS VACUNAS

1. Acciones realizadas

- Prioridad política: inclusión de la meta en el Plan de Gobierno 2008-2012.
- Evaluación de la carga de enfermedad: análisis de la información epidemiológica por evento y fortalecimiento del sistema de vigilancia.
- Evaluación económica: contratación de estudios de costo-efectividad y análisis de sostenibilidad financiera.
- Toma de decisión para la inclusión: revisión con grupos de expertos la información disponible (Sociedades Científicas, OPS/OMS, Ministerio de la Salud y Protección Social, Academia, Universidades).
- Desempeño del programa: logro de coberturas de vacunación homogéneas en todos los biológicos del programa.
- Cadena de frío: evaluación de la capacidad de almacenamiento en los diferentes niveles y fortalecimiento de la capacidad de almacenamiento en la red pública y privada.
- Construcción de lineamientos: elaboración de documento con información de población, biológicos y metodología.

- Capacitación del talento humano vacunador: elaboración de material y capacitación de 600 vacunadores del Distrito.
- Sistema de información: ajustes al sistema.
- Estrategia de comunicaciones: divulgación de la estrategia por diferentes medios masivos de comunicación.

CONTEXTO DE LA COMUNICACIÓN DE LA SALUD

Abraza la vida con amor

Martha Lucía Mejía Suárez (7), del Departamento de Comunicación Social de la Universidad Central, presenta una conferencia titulada “Abraza la vida con amor”. Comienza describiendo el Modelo Informativo para cooperación imperante entre 1950-1960 donde el conocimiento viene de fuera, la visión es paternalista, la transmisión de información es masiva, el área desarrollada es la propaganda y publicidad y finalmente la información no resuelve el problema que tiene causas estructurales. Prosigue con el Modelo de Bienestar que opera entre 1960-1980 que se caracteriza por el mercadeo social para la salud, campañas para persuadir y cambiar comportamientos, productos: carteles, viñetas para radio y televisión, canciones interpretadas por conocidos artistas, en conclusión no se resuelven los problemas por barreras culturales; se orienta al sector urbano. En el Modelo de Promoción de la Salud que opera entre 1980-1990 su característica está dada por el énfasis en la comunicación interpersonal, el papel de los agentes de salud como comunicador, acciones educativas. Sus debilidades están marcadas por: promoción descriptiva y proliferación de campañas sin soporte estratégico en el largo plazo. El Modelo Educación-Comunicación que opera entre 1990-2000 se caracteriza por educación y lúdica, acciones de comunicación interpersonal. Su reto está en mantener el equilibrio entre educación y diversión. En el Modelo Comunicación-Salud para

el Cambio Social que opera a partir del año 2000, se caracteriza por: desequilibrios sociales, diálogo y negociación, responsabilidad de la justicia, comunidades como agentes, lengua y pertenencia cultural para legitimar campañas generación de contenidos locales, uso de tecnología apropiada, convergencias y redes. Finalmente presenta varias propuestas de comunicación.

1. Modelo informativo para la cooperación internacional (1950-1960)

En este modelo informativo los programas de cooperación, el conocimiento se presentaba desde afuera; tenía una visión paternalista, se realizaba la transmisión masiva de la información con áreas desarrolladas de propaganda y publicidad, la información pero la información suministrada no resuelve el problema de aprendizaje que tiene causas estructurales.

2. Modelo de bienestar (1960-1980)

Se caracteriza por el gran impulso al mercadeo social para la salud; campañas para persuadir y cambiar comportamientos, utilizando diferentes productos como carteles, viñetas para radio y televisión, canciones interpretadas por conocidos artistas y anuncios publicitarios. Todos con el mismo mensaje. No resuelve problemas de aprendizaje por barreras culturales y está orientado al sector urbano.

3. Modelo de promoción de la salud (1980-1990)

Logros: énfasis en la comunicación interpersonal. El papel de los agentes de salud como comunicadores. Acciones educativas.

Debilidades: la promoción fue prescriptiva. Proliferación de campañas sin soporte estratégico en el largo plazo.

4. Modelo edu-Comunicación (1990-2000)

Educación y lúdica: novelas melodramáticas para radio y televisión, canciones populares, teatro, historietas impresas, carteles vistosos. Acciones de comunicación interpersonal.

Aprendizaje: los medios son sólo recursos, se generan formas de auto organización y en este modelo el reto es mantener el equilibrio entre educación y diversión.

5. Modelo comunicación-salud para el cambio social (2000-....)

Se caracteriza por enfrentar los desequilibrios sociales, fomentar el diálogo y la negociación, actuar con responsabilidad, justicia, prudencia y eficiencia. Todas las comunidades actúan como agentes. Lengua y pertinencia cultural para legitimar las campañas. Generación de contenidos locales, uso de tecnología apropiada. Convergencias y redes.

Punto de partida

¿Qué se ha observado en las campañas educativas?

- Gran utilización de medios masivos.
- Tienen cobertura pero no son efectivos.
- Superficialidad.
- Sin contexto de desarrollo sostenible.
- La campaña se convierte en noticia.
- Su acción es más urbana.
- La cobertura que se pretende es nacional, pero el desarrollo de los medios es urbano.

Estudios – Debilidades en campaña

- No hay diferenciación de públicos.
- Existe una gran población descubierta, la rural
- Prevalece un solo patrón informativo.
- Insuficientes pruebas de validación.
- Desarticulación de las diferentes instancias.
- Simultaneidad con otras campañas.
- Dispersión.
- Concentración en la infancia.

Propuestas

1. Propuesta 1: De la comunicación como información a la comunicación como momento relacionante de la diversidad sociocultural

Paso 1: superar el malentendido de la transferencia de información.

Paso 2: repensar la idea de los canales de comunicación.

Paso 3: explorar que tipo de relación pondrán en juego los actores.

Paso 4: reconocer el contexto sociocultural de los actores involucrados.

Acciones sugeridas

Entrevistas con los actores sociales; enfatizar en el aprendizaje; pensar en la vacunación como una gran oportunidad el mejor negocio es estar sano; el usuario el más importante protagonista y las mujeres el primer y mejor interlocutor.

2. Propuesta 2: De la comunicación al final de la línea a la comunicación como cuestión de equipos

Paso 5: conformar equipos multidisciplinarios capaces de instalar conversaciones múltiples en lugares específicos.

Paso 6: reconocer intereses y necesidades de los actores.

3. Propuesta 3: De la comunicación como mensaje a la comunicación para generar contenidos

Paso 7: construcción de árbol de problemas.

Paso 8: elaboración de planilla de actores y árbol de soluciones.

Paso 9: matriz de planificación integrada.

“Si la salud es un tema de todos, debe ser una estrategia de todos”

REFERENCIAS

1. López Casas JG. Presente y futuro de la vigilancia epidemiológica de las enfermedades inmunoprevenibles en Colombia (Instituto Nacional de Salud). Foro sobre Vacunación sobre Comunicación en Salud, Academia Nacional de Medicina, Agosto 10, 2012.
2. Domingues CAS. Introducción de nuevas vacunas: procesos políticos, administrativos y financieros en la toma de decisiones del PAI-Brasil (Ministerio de Salud del Brasil). Foro sobre Vacunación sobre Comunicación en Salud, Academia Nacional de Medicina, Agosto 10, 2012.
3. García D. Lineamientos técnicos y operativos para la vacunación contra el Virus de Papiloma Humano (VPH): primera fase. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, PAI. Foro sobre Vacunación sobre Comunicación en Salud, Academia Nacional de Medicina, Agosto 10, 2012.
4. Famisanar. Abordaje de los usuarios para conocimiento de coberturas de vacunación desde un asegurador. Foro sobre Vacunación sobre Comunicación en Salud, Academia Nacional de Medicina, Agosto 10, 2012.
5. Coomeva EPS. Trabajo integrado para el control de sarampión y rubeola en zonas de riesgo, año 2011 Foro sobre Vacunación sobre Comunicación en Salud, Academia Nacional de Medicina, Agosto 10, 2012.
6. Arce P. Programa Ampliado de Inmunizaciones, Secretaría de Salud de Bogotá. Foro sobre Vacunación sobre Comunicación en Salud, Academia Nacional de Medicina, Agosto 10, 2012.
7. Mejía Suárez ML. Abraza la vida con amor. Universidad Central, Bogotá. II Foro sobre Vacunación sobre Comunicación en Salud, Academia Nacional de Medicina, Agosto 10, 2012.

*Fecha de recibido: Agosto 15 de 2012
Fecha de aprobado: Septiembre 3 de 2012*

*Dirección para correspondencia:
publicaciones@anmdocolombia.org.co*