

**DOCUMENTO CONCEPTUAL DE PROYECTO (DCP)
COLOMBIA**

JULIO 2004

I. DATOS BÁSICOS

Título del proyecto: Fortalecimiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

Inclusión en el Programa Operativo: Noviembre de 2003

Número del proyecto: CO-L1002

Equipo de Proyecto: Jefe: Amanda Glassman (RE3/SO3); otros miembros: Antonio Giuffrida (RE3/SO3), Javier León (RE3), Ian MacArthur (COF/CCO), Ethel Muhlstein (RE3/SO3), Leslie Stone (RES), Geovana Acosta (RE3/OD5) y Kevin McTigue (LEG/OPR).

Prestatario: República de Colombia

Organismo ejecutor: Ministerio de Protección Social (MPS)

Plan de financiamiento:	IDB (OC):	US\$	70.000.000
	Local:	US\$	<u>30.000.000</u>
	Total:	US\$	100.000.000

Fechas tentativas:	Misión de análisis:	Tercer trimestre de 2004
	Comité de Préstamos:	Tercer trimestre de 2004
	Directorio:	Tercer trimestre de 2004

SEQ/PTI: Esta operación califica como un proyecto que promueve la equidad social, como se describe en los objetivos clave para la actividad del Banco contenidos en el informe sobre el Octavo Aumento General de Recursos (documento AB-1704). Esta operación también califica como un proyecto orientado a la reducción de la pobreza (PTI) y el país no utilizará el 10% adicional (véase párrafo 5.2).

II. MARCO DE REFERENCIA

A. La vacunación en una perspectiva global

2.1 Los programas de vacunación merecen una alta prioridad en países en vía de desarrollo por los efectos que tienen sobre: (i) la mortalidad y la morbilidad infantil, sobre todo en grupos de menores ingresos; (ii) la reducción de la carga de

enfermedades en la edad adulta, y (iii) el desarrollo indirecto del capital humano. En ausencia de niveles adecuados, las enfermedades prevenibles por vacunación afectan en mayor proporción a las tasas de mortalidad y morbilidad del quintil más pobre de la distribución del ingreso (Gwatkin 2000). Adicionalmente, la vacunación tiene un impacto importante en prevenir otros problemas que aparecen muchos años después de tener la enfermedad, resultando ser una de las intervenciones más costo-efectivas en reducir cargas de enfermedades. Estar expuesto a algunas enfermedades infecciosas y prevenibles por vacunación durante la niñez puede causar daño biológico permanente con consecuencias adversas y crónicas durante la edad adulta. Dentro de los efectos indirectos se destaca el efecto negativo sobre el capital humano producto de las menores horas de atención escolar debido a enfermedad. Finalmente, se destaca la importancia de los programas nacionales de vacunaciones para erradicar enfermedades transmisibles, tales como los programas para la erradicación de la poliomielitis y el sarampión en los países de las Américas coordinados por la Organización Panamericana de Salud (OPS)¹.

- 2.2 Lanzado en la década de los setenta al nivel mundial, el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) es una iniciativa que focaliza sus intervenciones en seis enfermedades transmisibles de la niñez (tuberculosis, poliomielitis, difteria, tos ferina, tétanos neonatal, sarampión) y que ha logrado reducir el porcentaje de la carga de enfermedad total entre niños menores de 5 años de 23% del total a mediados de los años setenta a menos del 10% en el 2000. El costo de vacunar a un niño contra las seis enfermedades es aproximadamente US\$17, lo cual hace del PAI una de las intervenciones más asequibles y con mayor costo/efectividad en el sector salud².

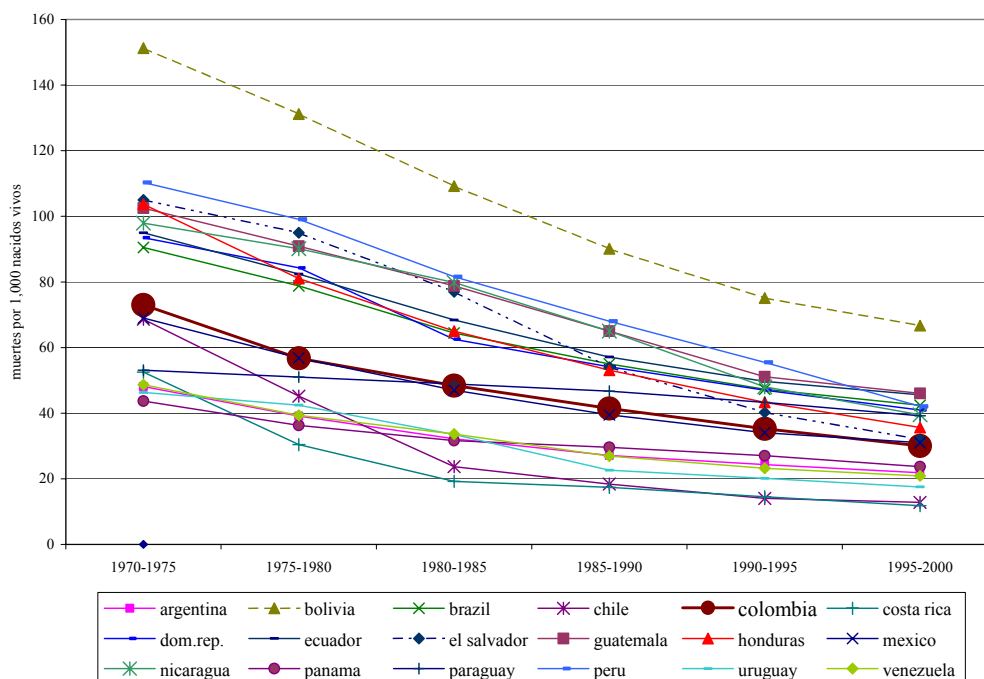
B. La mortalidad infantil y enfermedades prevenibles por vacunación en Colombia

- 2.3 La tasa de mortalidad infantil (TMI) es un indicador de los niveles globales de desarrollo social y económico de un país y forma parte de los indicadores de las metas del milenio. En Colombia, aunque se ha producido un descenso absoluto de la tasa de mortalidad infantil de 73,0 (1970) muertes por mil nacidos vivos a 30,6 (2000) (DHS 2000, Urdinola 2003), se considera que el descenso ha sido relativamente modesto en comparación con las experiencias de otros países latinoamericanos (UN 2004, UNICEF 2000, PAHO 2001). Gran parte de este descenso se explica por la introducción de la vacunación.

¹ La erradicación de las enfermedades transmisibles se considera como bien público por sus características de no exclusión de los beneficiarios y no rivalidad en el recibir los beneficios. Las campañas de erradicación difícilmente pueden financiarse a través de mecanismos de mercado y necesitan el apoyo y la coordinación del sector público.

² Para que la vacunación sea efectiva para erradicar una enfermedad, se debe mantener niveles de vacunación entre 80% y 92%, dependiendo de la vacuna (Fine 1993).

Cuadro II-1: Evolución de la Tasa de Mortalidad Infantil (1970-2000)



2.4 Aunque es difícil establecer el contrafactual para un programa de vacunación dadas las deficiencias en la información disponible sobre enfermedades prevenibles por la vacunación antes de la introducción del programa, si se revisa las causas de defunciones en 1972 para niños entre 0 y 1 años, casi un 40% de las defunciones podrían estar relacionadas con una enfermedad prevenible por la vacunación. En el 2001, el porcentaje de defunciones de niños de uno a cinco meses, donde se concentra la mortalidad infantil, causadas por enfermedades prevenibles por vacunación fue de tan solo el 1,1% (DANE 2001). Sin embargo, por razones de diagnósticos incorrectos y clasificación errada de las defunciones resultantes, estas cifras podrían subestimar una proporción de defunciones prevenibles por la vacunación³. Esta proporción ha sido estimada en el 7,4% del total.

C. Las tasas de vacunación en Colombia

2.5 Según cifras oficiales de bases de datos administrativos del programa, en 1978 las coberturas de inmunización eran del 15%; luego del establecimiento del programa, las coberturas fueron en ascenso hasta alcanzar en 1996 más del 93% para todos los biológicos. A partir de 1997 las coberturas se redujeron entre el

³ Esto puede ser el caso cuando los síntomas de distintas enfermedades son similares, como es el caso con H. Influenzae y neumonías.

75% y el 88%, dando lugar al brote de enfermedades que son objeto de control a través del PAI, en particular sarampión, tos ferina y neumonía. A partir del 2001, las tasas nacionales de cobertura de algunas vacunas (DTP, polio, triple viral⁴) recuperaron su tendencia positiva llegando a los niveles observados en el 1996, más del 93% para todos los biológicos⁵.

- 2.6 Otro problema importante relacionado con la cobertura es que subsisten grandes inequidades geográficas y poblacionales en los niveles de vacunación. Los municipios de mayor pobreza y lejanía se encuentran muy por debajo de los promedios nacionales y departamentales. Por ejemplo, a pesar de contar con poblaciones similares de niños entre 0 y 1 año de edad, el departamento de Tolima reporta coberturas de alrededor de 100%, mientras que el departamento de Cauca muestra niveles entre 63 y 71% en promedio. Adicionalmente, pocos niños están totalmente vacunados a la edad adecuada. Una encuesta representativa al nivel nacional reportó que solo el 52% de niños eran totalmente vacunados a la edad adecuada en el 2000. Así mismo, los niños no asegurados corren un mayor riesgo de no contar con un esquema adecuado de vacunación para su edad.
- 2.7 Actualmente, la tasa oficial de vacunación está calculada al nivel municipal. Los departamentos consolidan la información municipal y se encargan de mandar esta información al INS, el cual agrega y calcula la tasa nacional de cobertura. De los 32 departamentos, 18 usan un sistema electrónico de registro de información, llamado PAISOFT, diseñado para ingresar fácilmente los datos y calcular la cobertura por cada vacuna. El resto de departamentos que no tiene acceso al PAISOFT presentan problemas de atrasos en la entrega de la información y de validez de los datos (subregistro de vacunación)⁶. El tamaño de este error aún no ha sido cuantificado.
- 2.8 El denominador también presenta problemas de estimación. El censo más reciente de Colombia fue realizado en 1993 y los denominadores utilizados para calcular las tasas actuales de coberturas del PAI derivan de las proyecciones, que con base en dicho año, fueron estimadas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Los métodos usados para estimar las proyecciones son más precisos al nivel nacional, menos precisos al nivel departamental y tienen un gran margen de error al nivel municipal por la situación demográfica cambiante del país. La dinámica del desplazamiento combinada con la escasez de datos sobre migración interna e internacional, el aumento de la urbanización, la disminución de fecundidad, y el envejecimiento de la población hacen difícil estimar una buena proyección de la población al nivel municipal. El uso de estos denominadores sin ajuste se explica porque el mismo denominador es utilizado en la legislación para fijar las transferencias territoriales y por lo tanto el

⁴ La “triple viral” se refiere a una vacuna contra el sarampión, la rubéola y la parotiditis.

⁵ Utilizando una proyección de denominador con base en el registro de nacidos vivos ajustado por la mortalidad infantil y el subregistro.

⁶ Por ejemplo, en algunos municipios la cobertura de las vacunas de DTP y Hepatitis B que se aplican simultáneamente a través de una sola inyección, conocida como “Pentavalente”, debería ser igual, pero no es el caso en algunos municipios.

monto de recursos recibidos por las entidades territoriales para la aplicación del PAI. Después de varias reformas de estandarización y centralización del sistema de estadísticas vitales en los años noventa, desde 1998 el DANE mantiene un registro nacional de nacidos vivos que es considerado adecuado. Este registro puede servir como una alternativa al censo para estimar un denominador nacional de niños menores de un año. Después de ajustar por el subregistro de nacidos vivos (entre 10%-15%) y por la mortalidad infantil es posible proyectar este número del 2001 al 2008 para calcular un denominador más adecuado. Sin embargo, por las restricciones legales mencionadas anteriormente, estas cifras, a pesar de ser de mejor calidad y un mejor reflejo de la situación actual, no pueden ser consideradas las cifras oficiales de vacunación en el país.

- 2.9 Para responder a esta situación al nivel municipal, en el 2002, el PAI realizó un intento de validar la información reportada administrativamente a través de las facilidades de salud mediante encuestas especiales en 228 municipios. Por el diseño de la muestra y la encuesta, ha sido imposible comparar la tasa administrativa y la tasa de la encuesta⁷. Sin embargo, el PAI reconoce como importante realizar este seguimiento, particularmente en la ausencia continua de un nuevo censo.
- 2.10 Desde el 2001, Colombia cuenta con un sistema de vigilancia epidemiológica para detectar brotes de las enfermedades prevenibles por la vacunación que ha funcionado de manera eficiente, aunque independiente del sistema de registro civil. Dicho sistema de vigilancia reporta semanalmente sobre el número y evolución de los casos existentes de sarampión, parálisis flácida aguda, tétano neonatal, difteria, tos ferina, fiebre amarilla, hepatitis B y meningitis por *Haemophilus*, realizando búsquedas activas domiciliarias e institucionales de casos sospechosos y utilizando metodologías internacionalmente estandarizadas. En 2003, una evaluación de la OPS y del gobierno encontró que el 89% de las unidades de salud notificaban oportunamente sobre casos sospechosos y el 80% realizaban un seguimiento adecuado (dentro de 4 días). El número de casos reportados con este sistema es pequeño (igual o menor a 10 casos al año), con la excepción de tos ferina, neumonía⁸ y hepatitis B, pero ha permitido establecer la epidemiología de brotes recientes importados de fiebre amarilla (enero 2004) y sarampión (mayo 2002) y poner en marcha medidas para prevenir la extensión del brote a aquellos no afectados y no vacunados. La desventaja de este sistema es que no cuenta con denominadores que permitirían establecer la proporción de morbilidad o mortalidad atribuible a estos casos de enfermedad versus otras fuentes, ni la proporción de la población afectada. Además, como fuera

⁷ Las limitaciones de la encuesta incluían: (i) el cuestionario no era lo suficientemente codificado como para asegurar un resultado confiable; (ii) no se preguntaba la fecha de aplicación de cada vacuna, por lo tanto era imposible calcular si el esquema fue adecuado dada la edad del niño; (iii) la selección de los municipios fue por conveniencia; y (iv) se utilizaron tres distintas metodologías de muestreo que no permiten comparar con la tasa de la base de datos administrativos ni asegurar un tamaño de muestra representativo para niños entre 0 y 1 año.

⁸ Esta enfermedad continúa siendo la primera causa de consulta en los menores de 5 años.

mencionado anteriormente, el nivel de participación de las unidades de salud no es universal.

D. El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) en Colombia y su esquema institucional

- 2.11 En Colombia, el Ministerio de Salud estableció el PAI en 1978 con el fin de brindar acceso a todos los niños de 0 a 5 años y otras poblaciones objetivo a un programa permanente de vacunación contra las seis enfermedades originalmente incluidas en el programa. El esquema actual incluye adicionalmente polio, hepatitis B, rubéola, parotiditis, influenza y fiebre amarilla.
- 2.12 El PAI se desarrolla en el marco de la Ley de Reforma a la Seguridad Social (Ley 100 de 1993) y tiene como entidades involucradas a las autoridades políticas y administrativas del nivel nacional y territorial y aseguradores y proveedores del sector público y privado. Bajo este esquema, el Ministerio de Protección Social (MPS) define la política y normativa de inmunización nacional y es responsable de la gestión y apropiación de recursos para el programa. Como organismo rector del sector, establece los lineamientos del Plan de Atención Básica (PAB), que incluye la vacunación, para la ejecución de transferencias y competencias a los municipios y tiene a su cargo las acciones de monitoreo, seguimiento y control de la gestión de las entidades territoriales y de las entidades promotoras de salud.
- 2.13 La operatividad del programa está a cargo del Instituto Nacional de Salud (INS), entidad adscrita al MPS, el cual es responsable tanto de las actividades de programación, priorización, seguimiento, control y definición de instrumentos de gestión como de la distribución de biológicos y del mantenimiento de la red de frío al nivel nacional.
- 2.14 Como está previsto en la Ley 100, la responsabilidad de la prestación de servicios en salud corresponde a las entidades territoriales, ya sea a través del Plan Obligatorio de Salud (POS) para asegurados o del PAB para no asegurados⁹. Los distritos, los municipios ya descentralizados y los departamentos (para municipios no descentralizados) son los encargados de garantizar la oferta de servicios de vacunación y de gestionar, supervisar y promover la prestación de los mismos, incluyendo la articulación con el sector privado (EPS y ARS). A nivel territorial la gestión del servicio involucra a las Direcciones Departamentales, Distritales y Locales de Salud. Estas entidades son responsables de adoptar e implementar los lineamientos nacionales del PAI para cada jurisdicción y de mantener una estructura administrativa, técnica y de gestión que garantice el cumplimiento del programa en cada nivel, incluyendo acciones de asistencia técnica, de vigilancia en salud pública, control de calidad, promoción, difusión, monitoreo, producción de información, almacenamiento y distribución de biológicos.

⁹ La vacunación está inscrita en ambos programas a través de servicios individuales en el caso del POS o de acciones colectivas de vacunación y vigilancia, como en el caso del PAB.

1. Marco normativo y gestión

2.15 A pesar de las bondades de la reforma, su implantación y el proceso de descentralización han evidenciado vacíos y/o duplicidades en la definición de competencias entre los diferentes agentes con incidencia negativa en la prestación del servicio y en los niveles de cobertura. En el ámbito organizacional se observan deficiencias, en torno a: (i) aplicación del marco normativo; (ii) gestión, control, coordinación y seguimiento; (iii) recursos humanos y capacitación; y (iv) articulación de los sectores público y privado.

- **Marco normativo.** No hay claridad sobre la aplicación de las leyes que rigen la gestión y entrega de los servicios de inmunización y la vigilancia de las enfermedades prevenibles por vacunas (EPV). Asimismo, se observan carencias en la reglamentación de requisitos básicos para la prestación y supervisión del servicio y en la normativa de bioseguridad.
- **Gestión, control, coordinación, supervisión y seguimiento.** Existen fallas en: (i) la supervisión, seguimiento y control de la puesta en marcha del programa tanto al interior del sector (Nación-departamentos-municipios), así como en la coordinación con otros sectores; (ii) en la asignación y entrega oportuna de los recursos del programa y los provenientes de otras fuentes (POS y PAB), así como demoras administrativas para la firma de convenios; y (iii) en la suficiente disponibilidad de recursos de comunicación y de cómputo para la vigilancia y seguimiento de las actividades del programa.
- **Recursos humanos y capacitación.** En esta área se observan deficiencias en torno a la definición de los perfiles mínimos de los cargos y a la existencia de déficit del personal técnico y operativo calificado, sobrecarga laboral, vinculación inestable de personal no calificado y desmotivación e incertidumbre en el personal de planta. Por otra parte existen necesidades específicas de capacitación del recurso humano en el manejo y mantenimiento de la red de frío y en general es necesario fortalecer la asistencia técnica del nivel departamental al municipal.
- **Articulación de los sectores público y privado.** Aunque hay experiencias positivas de coordinación entre las aseguradoras y el sector público para vacunar independientemente del tipo de afiliación, la responsabilidad de la inmunización recae principalmente en el sector público. Por lo tanto, es necesario aclarar el rol del sector privado y fortalecer los esquemas de coordinación y cooperación entre ambos agentes.

2. Ciclo del PAI y compra de vacunas

2.16 El PAI está incluido en el Plan Nacional de Inversiones Publicas y Gasto Social de la Ley 812 de 2003 de actuación del Plan Nacional de Desarrollo 2002-2006 y

su financiamiento representa una prioridad del gasto público social, con características de proyecto de inversión en capital humano¹⁰.

- 2.17 Conforme al ciclo fiscal del país, en marzo de cada año el GOC determina los requerimientos financieros indicativos – conocidos como los cupos – para financiar el PAI del año siguiente. En el mes de julio, la propuesta de ley de presupuesto se presenta al Congreso con una indicación de la fuente de financiamiento específica para el PAI. Para efectuar el traslado efectivo de recursos financieros apropiados del Ministerio de Hacienda y Crédito Público al PAI, estas apropiaciones deben estar registradas en el Sistema Integrado de Información Financiera (SIIF), contar con un Certificado de Disposición Presupuestal (CDP) y estar incluidas en el Plan Anual de Caja (PAC). Esta última etapa ha sido crítica para el funcionamiento del PAI porque a veces ha resultado en transferencias tardías o incompletas que no permiten realizar las licitaciones necesarias, particularmente en años de recesión.
- 2.18 El Fondo Rotatorio para la Adquisición de Vacunas es un mecanismo desarrollado por la OPS en 1979 para la compra de vacunas, jeringas, agujas y equipo de cadena de frío para países en América Latina y el Caribe. La OPS no vende vacunas a los países participantes, sino que negocia, en representación de ellos, contratos anuales para la compra de vacunas. Por medio de un sistema de compras al por mayor, el Fondo ha asegurado el suministro de vacunas de alta calidad para los programas nacionales de inmunización a precios asequibles, permitiendo también la planificación ordenada de las actividades de inmunización. Entre 1979 y 1999, el valor en dólares de las vacunas adquiridas a través del Fondo se incrementó de US\$2 millones a más de US\$130 millones para 2001.
- 2.19 El Fondo opera sobre la base de un ciclo anual. En julio de cada año, el MPS y los Ministerios de Salud de todos los países participantes indican la cantidad de vacunas que se necesitarán para el año siguiente, por trimestre. La OPS consolida las cifras anuales recibidas por los Ministerios de Salud y en agosto efectúa la licitación internacional, invitando a todos los proveedores precalificados por la OMS/OPS. La primera semana de septiembre se seleccionan los proveedores basado en los precios que ofrecen y sus antecedentes de entrega a tiempo de las vacunas, bajo un esquema competitivo¹¹. Cuando es posible, se seleccionan dos proveedores por cada tipo de vacuna. La OPS calcula el promedio de los precios de los distintos proveedores de cada producto y distribuye listas de precios a los países. Después, la OPS, cada trimestre, pide confirmación de los requerimientos a los países participantes y hace pedidos trimestrales a los proveedores, especificando la cantidad, el destinatario y la fecha del envío. La OPS da seguimiento a los pedidos y efectúa los arreglos para el flete. Si la entrega se efectúa de forma satisfactoria, la OPS envía al país una factura agregando una

¹⁰ Véase la Ley 152 del 15 de julio de 1994, por la cual se establece la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo.

¹¹ La Oficina de Adquisiciones (ROS/PRM) ha revisado el esquema y lo ha declarado consistente con prácticas y procedimientos gobernados por principios de competitividad, economía, transparencia, equidad, publicidad y debido proceso (ver GN-2278-2 para una definición de estos principios).

comisión del 3% sobre el costo de las vacunas. Los países tienen un plazo de 60 días para rembolsar al Fondo. Si un país se atrasa en los pagos, no se efectúan más pedidos para el país hasta que pague la suma adeudada. Cabe señalar que Colombia tiene una trayectoria excelente con respecto al pago de las facturas.

- 2.20 Los alcances del Fondo son: (i) proporcionar a los países un suministro continuo de vacunas que cumplan con las normas de la OPS y la OMS a precios asequibles; (ii) permitir que los países compren las vacunas y jeringas que necesiten para sus actividades de vacunación, evitando interrupciones debidas a la falta de vacunas o de fondos disponibles de inmediato; (iii) facilitar el uso de moneda local para el pago de facturas; (iv) consolidar los contratos para la compra al por mayor de vacunas y jeringas, a fin de obtener precios más ventajosos y mejorar la entrega; (v) garantizar la calidad de las vacunas que se usan en los programas nacionales de vacunación; y (vi) establecer procedimientos con los proveedores a fin de que se puedan efectuar pedidos urgentes y entregas con poco preaviso.

3. Manejo de los biológicos al nivel subnacional

- 2.21 La entrega de biológicos debe obedecer a la planeación de su uso por parte de los municipios y departamentos. Sin embargo, existen demoras asociadas a una planeación inadecuada y los tiempos y contenido de la aprobación y asignación de recursos del PAB al nivel municipal. Para corregir esta situación, el PAI propone brindar asistencia técnica y capacitación intensiva al nivel municipal, así como un seguimiento cercano a este proceso en un grupo de municipios focalizados por su nivel de desempeño en el PAI.
- 2.22 Existe una cadena de frío en funcionamiento con un almacén nacional de vacunas en excelente estado. Se ha realizado un inventario de red de frío hasta el nivel departamental y ya se ha adquirido equipos para este nivel. Sin embargo, falta realizar la segunda etapa del inventario al nivel subdepartamental, así como diseñar e implementar capacitación en el manejo y mantenimiento de la red al nivel subnacional.

C. Estrategia del País

- 2.23 El Plan Nacional de Desarrollo (PND) para el 2003-2006, denominado “Hacia un Estado Comunitario” (Ley 812 de 2003), orienta la acción del gobierno en cuatro áreas fundamentales: (i) brindar seguridad democrática; (ii) impulsar el crecimiento económico sostenible y la generación de empleo; (iii) construir equidad social; y (iv) incrementar la transparencia y eficiencia del Estado.
- 2.24 Como parte del objetivo de construir equidad social, el PND establece que la política del sector salud debe apuntar a la ampliación y mejoramiento de la protección y seguridad social. Dentro de esta política se identifica como una acción prioritaria el logro y mantenimiento de coberturas de vacunación útiles,

superiores al 95% en menores de cinco años, en todos los biológicos del PAI¹². Para alcanzar esta meta el PND plantea las siguientes acciones: (i) promulgación de la normativa que establezca la obligatoriedad en el logro de las metas de vacunación; (ii) aseguramiento de los recursos en el Presupuesto General de la Nación para adquirir los biológicos en cada vigencia; (iii) introducción definitiva de la vacuna pentavalente; (iv) implantación de acciones de comunicación para concientizar a la población en la importancia del programa regular de vacunación; y (v) promoción de acciones de capacitación y asistencia técnica a los actores del PAI, incluyendo las aseguradoras.

- 2.25 Para llevar a cabo estas acciones, el MPS elaboró un plan estratégico que sirve de base para el diseño de la presente operación. El plan contiene cuatro líneas de intervención: (i) aumentar las tasas de vacunación a través de una intensificación de jornadas de vacunación y el fortalecimiento del programa regular; (ii) cumplir con el despacho oportuno de biológicos a los departamentos y fortalecer la red de frío a fin de asegurar la calidad de los biológicos; (iii) extender estrategias de información, educación y comunicación a fin de motivar administradores, proveedores y usuarios para vacunarse; y (iv) continuar con el fortalecimiento de los protocolos de vigilancia en salud pública de las enfermedades objeto del PAI y responder rápidamente a brotes.

D. Estrategias del Banco

1. Estrategia del Banco con el País

- 2.26 La *Estrategia del Banco con el País* (EBP) (GN-2267-1) establece tres áreas fundamentales sobre las cuales se definen las acciones del Banco para el período 2003-2006: (i) sentar las bases para reactivar y dinamizar la economía; (ii) promover el desarrollo social y asegurar la protección de los más vulnerables, y (iii) mejorar la gobernabilidad del país y apoyar el proceso de reforma del Estado. Adicionalmente, la EBP identifica dos restricciones de importancia: la dinámica del déficit fiscal y el escalamiento del conflicto armado.
- 2.27 En términos de las áreas fundamentales de la EBP, la operación contribuirá principalmente al objetivo (ii). Primero, mediante el aumento en la cobertura de vacunación se garantiza, por su función preventiva, la salud futura de los niños. Segundo, las mejoras en la distribución y conservación de los biológicos, contribuirán a una provisión de servicios sociales más eficaz para cubrir las necesidades de la población y más eficiente en el uso de los recursos. Tercero, la disminución de desigualdades regionales en términos de cobertura tendrá un efecto positivo en reducir la inequidad. La protección de la inversión en el capital humano, a través de la mayor cobertura en vacunaciones, eleva el crecimiento potencial de la economía, apoyando al objetivo (i). Asimismo, el fortalecimiento

¹² Dado que la vacunación implica costos y riesgos para los individuos involucrados y los beneficios de vacunarse disminuyen al aumentar de la tasa de vacunación en la población objetivo, el nivel óptimo de cobertura de vacunación es inferior al 100%. Véase Brito, D.L., Sheshinski E. and Intriligator M.D. Externalities and compulsory vaccinations. *Journal of Public Economics* 1991; 45: 69–90.

del MPS, INS, direcciones territoriales de salud, EPS y ARS promueve la eficiencia en la gestión del Estado, apoyando al objetivo (iii). Los riesgos identificados en la EBP también aplican a la operación propuesta. Las restricciones asociadas con el nivel de déficit fiscal requerido para un entorno macroeconómico estable generaron recortes presupuestales que en ausencia de préstamos sectoriales para proteger su gasto, pudieron haber afectado la asignación y ejecución del PAI. Esta restricción sigue siendo relevante en la actualidad y se espera que el uso del actual instrumento de préstamo apoyaría al gobierno en la protección del gasto en vacunación. Asimismo, en el pasado, el conflicto interno armado ha impedido el acceso al PAI a algunos municipios del país. Sin embargo, desde el año 2003, el PAI ha logrado entrar en zonas de conflicto a través de acuerdos con el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR). El rol del CICR es obtener las garantías de seguridad de las partes en conflicto presentes en una región con el fin de asegurar el ingreso de los equipos de salud.

2. Estrategia del Banco en el sector social

- 2.28 La *Estrategia de Desarrollo Social del Banco* (GN-2241-1) propone cuatro áreas de acción para ayudar a los países a acelerar el progreso social: (i) orientar las reformas en salud, educación y vivienda a las necesidades específicas de la población; (ii) realizar un programa de desarrollo humano que abarque el ciclo de vida; (iii) promover la inclusión social y prevenir los males sociales; y (iv) proveer servicios integrados, con focalización territorial. Esta operación se enmarcará principalmente dentro de la segunda área de acción a través de una inversión temprana en la acumulación de capital humano, la definición y monitoreo de indicadores de resultado en este campo y la promoción de la igualdad de oportunidades a través de una reducción en las inequidades territoriales y socioeconómicas en la vacunación.

E. Experiencia del Banco y lecciones aprendidas

- 2.29 Como se señala en la EBP, los cambios estructurales y el fortalecimiento institucional de un sector toman tiempo. La experiencia en el sector salud es importante, pues la presencia y apoyo del Banco han permitido dar continuidad al proceso y trabajar con metas intermedias para lograr el objetivo de largo plazo. El Banco, mediante seis operaciones preparadas y ejecutadas en los últimos 12 años, ha sido la entidad multilateral que ha acompañado más de cerca el proceso de reforma del sector. El énfasis de este apoyo ha sido favorecer el acceso de los grupos de menores ingresos a los servicios de salud mediante reformas o el financiamiento de acciones directas, tales como: (i) la afiliación al sistema de régimen subsidiado y contributivo; (ii) la asistencia social para ancianos y menores de hogares de bajos recursos; (iii) la modificación de fórmulas y criterios para las transferencias de recursos a las entidades territoriales, con una clarificación de las responsabilidades relativas de la Nación y los distintos niveles de entidad territorial; (iv) la regulación para mejorar la gestión y la sostenibilidad financiera del régimen subsidiado del SGSSS; (v) las reformas

al Instituto de Seguros Sociales para lograr su eficiencia y sostenibilidad financiera; (vi) la mejora de la eficiencia y la calidad de los servicios de salud de los hospitales públicos en un contexto de sostenibilidad financiera de mediano plazo; (vii) la implantación de un sistema de seguimiento y evaluación del desempeño de las redes prestadoras de servicios de salud; y (viii) la protección de gastos para vacunación.

- 2.30 La protección de los gastos para vacunación en préstamos sectoriales en el período 2000-2003 ha contribuido directamente a la recuperación de las tasas de vacunación al nivel nacional para tres vacunas claves del PAI después de que recortes presupuestarios resultaron en el descenso de coberturas en el período 1996-1999. Esta iniciativa ha sido exitosa para asegurar la asignación a y la ejecución de recursos por parte del PAI. Sin embargo, ha representado un esfuerzo parcial para fortalecer el desempeño del programa. Primero, existen limitaciones al utilizar un denominador proyectado en base de un censo antiguo (1993), particularmente a nivel subnacional. Segundo, las otras vacunas del PAI no incorporadas en la condicionalidad lograron niveles de desempeño más bajos, resultando en coberturas incompletas para muchos niños. Asimismo, aún no se ha logrado una tasa alta de niños vacunados apropiadamente según su edad. Tercero, la condicionalidad sólo aplicaba a un promedio nacional y no contribuyó necesariamente al mejoramiento de la equidad de la vacunación entre los departamentos y municipios del país. Cuarto, el programa requiere inversiones para fortalecer la cadena de frío y las acciones de información, educación y comunicación (IEC), a fin de aumentar la oportunidad y la demanda para la vacunación. Finalmente, hasta que la legislación presupuestaria sea reformada para aumentar la flexibilidad presupuestal, y dado el contexto fiscal actual, sigue siendo clave la protección de la asignación y ejecución del gasto para la vacunación.

III. EL PROGRAMA

A. Objetivo

- 3.1 El objetivo del programa es mantener los niveles de la morbi-mortalidad atribuible a enfermedades prevenibles por la vacunación y aumentar la equidad en la cobertura de la vacunación.
- 3.2 Los objetivos específicos del programa son: (i) conseguir y mantener coberturas de vacunación adecuadas en menores de 5 años cada año en todos los biológicos del PAI; (ii) aumentar la cobertura de un esquema adecuado para edad en un grupo focalizado de municipios de baja cobertura; y (iii) fortalecer la operatividad del PAI.

B. Estrategia del programa

- 3.3 El PAI es uno de los bienes públicos más básicos provistos por el Estado con beneficios claros y establecidos en la literatura científica. Sus resultados finales

(*outcomes*) son fácilmente definidos y sus resultados intermedios (*outputs*) son aproximaciones cercanas de sus resultados finales. Asimismo, aún tomando en cuenta las limitaciones descritas en el Capítulo I, el PAI cuenta con un sistema de información que permite medir el desempeño del programa oportunamente a través de indicadores seleccionados. Por cumplir con los criterios establecidos en el documento GN-2278-2, se utilizará el instrumento de préstamo en función de resultados (PFR). Un cronograma de metas de indicadores de resultado ha sido acordado entre el Banco y el país para el período de ejecución y se desembolsará el tramo relevante de financiamiento cuando se cumple las metas acordadas. No se desembolsará el tramo si las metas no han sido cumplidas¹³. La matriz de desempeño se encuentra como Anexo 1 a este documento.

- 3.4 Habrá cuatro tramos de financiamiento. El primer tramo de 20% del préstamo será desembolsado a la efectividad del contrato de préstamo y una vez que se cumplan las condiciones previas al primer desembolso. Este anticipo permitirá financiar parcialmente la compra de los biológicos para el año próximo e iniciar las inversiones en la cadena de frío que permitirán la calidad y la oportunidad en la entrega de los biológicos al nivel subnacional. Por los problemas de flujo de caja atribuibles a la categorización del gasto del PAI como un gasto de inversión en el sistema presupuestario colombiano, el segundo tramo también funcionará como un anticipo de 20% en base al logro de metas asociadas con este tramo¹⁴. Los demás tramos representarán reembolsos a gastos efectuados durante el transcurso del período inter-tramo sobre biológicos, inversiones en la cadena de frío y asistencia técnica, descritos en los componentes abajo, hasta los topes establecidos para cada componente en el Cuadro II-1.
- 3.5 Las lecciones aprendidas de las experiencias previas del Banco en el sector salud destacan la importancia de proteger el gasto para la compra de biológicos para mantener tasas de cobertura de vacunación adecuadas. Para resolver las deficiencias del actual sistema de financiación, el programa destinará recursos de préstamo para rembolsar la compra de los biológicos del PAI. Para asegurar la sostenibilidad del programa en el largo plazo, se rembolsará la compra de biológicos del PAI de manera decreciente a lo largo del período de ejecución. Asimismo, al usar el instrumento PFR, el Gobierno asegurará el espacio fiscal y la asignación y ejecución de recursos financieros de manera ex ante en los años 3 y 4 del programa y, aunque sean indicadores de insumo, estos compromisos forman parte de la matriz de desempeño por su importancia en garantizar los resultados esperados del programa.

C. Estructura y resultados esperados del programa

- 3.6 El programa se estructura sobre el alcance de resultados finales en la cobertura de la vacunación al nivel nacional y territorial y resultados intermedios relacionados

¹³ A pesar de que el documento GN-2278-2 especifica que el tramo debe flotar en el tiempo, la definición de la tasa de vacunación está basada en el período de un año (52 semanas).

¹⁴ Se espera que la reforma presupuestal se realice durante el segundo año de ejecución del presente programa, así creando la disponibilidad de recursos necesaria para financiar el PAI a principios del año.

a los componentes elegibles para el financiamiento que permitirán el logro de los resultados finales. La línea de base y las metas asociadas con cada tramo de financiamiento se encuentran ilustradas en la matriz en Anexo 1 y serán definidas en el informe de proyecto.

- 3.7 El resultado final esperado al nivel nacional es mantener el nivel nacional de cobertura de los biológicos especificados en el PAI en al menos su valor en 2003, utilizando como denominador el registro de nacidos vivos en el 2001 o año posterior, ajustado por el subregistro y mortalidad infantil y proyectado al año relevante¹⁵. Se utiliza la tasa de vacunación como un resultado final del programa dado que tiene una relación directa con la tasa de defunciones asociadas a enfermedades prevenibles por el PAI¹⁶ y porque esta última tasa al nivel nacional puede ser afectada por errores de subregistro.
- 3.8 El resultado final esperado al nivel territorial es aumentar la cobertura del esquema adecuado de vacunación para niños menores de 1 año en un grupo focalizado de 70 (equivalente a una muestra de alrededor de 6% de los municipios totales) municipios con coberturas actuales por debajo del 80%, utilizando las encuestas de cobertura con una muestra representativa de los hogares del municipio seleccionado. También se medirá la cobertura por estado de aseguramiento a fin de focalizar los esfuerzos del programa en el aumento de la cobertura entre niños no asegurados. La selección de los municipios focalizados se hará por una priorización por nivel de pobreza (Índice de Calidad de Vida), tasa de vacunación menor a 80% en el año 2003 y densidad poblacional (a fin de asegurar el costo-eficiencia en la encuesta). La encuesta de cobertura¹⁷ de la línea de base será realizada por una firma consultora independiente y especializada con el apoyo de los oficiales del PAI al nivel nacional y territorial.
- 3.9 Al nivel de resultados intermedios, se espera: (i) asegurar la oportunidad en la entrega y la calidad de los biológicos a través de la ampliación de la cadena de frío. La oportunidad será medida por el nivel de cumplimiento en el despacho de biológicos desde el nivel central al departamental. La calidad será medida por el nivel de desgaste de la vacuna pentavalente, que tiene el mayor costo para el PAI, así como el porcentaje de cumplimiento en la mejora de la cadena de frío al nivel departamental según el estándar establecido por el PAI; y (ii) aumentar la precisión y la oportunidad en el reportaje de la vacunación al nivel municipal.
- 3.10 Finalmente, aunque no representa un resultado del programa, resulta clave asegurar la asignación presupuestal adecuada al PAI y su ejecución oportuna para

¹⁵ Cuando esté disponible el censo 2004, se hará una estimación con este denominador también.

¹⁶ La tasa de vacunación es un proxi cercano de la mortalidad atribuible a enfermedades prevenibles por la vacunación. Aunque no se condicionará los cambios en esta tasa, se requerirá la notificación sobre la evolución de esta tasa durante la vida del programa.

¹⁷ El cuestionario que se utilizará para realizar la encuesta de cobertura se basa en el utilizado por el PAI, con modificaciones para mejorar la validez de sus instrumentos y la representatividad de la muestra. La muestra, el cuestionario y los procedimientos para la aplicación de la encuesta serán descritos en detalle en un anexo al informe de proyecto.

lograr los resultados. Por lo tanto, la matriz de desempeño incluye condiciones de asignación y ejecución presupuestal.

D. Financiamiento elegible

3.11 Las metas del programa se lograrán a través de tres componentes de financiamiento elegible: (i) estabilización de la oferta y mejoría de la calidad de los biológicos; (ii) asistencia técnica al PAI; y (iii) monitoreo, seguimiento y evaluación.

1. Estabilización de la oferta y mejoría del sistema de distribución de biológicos (85% del programa)

3.12 El objetivo de este componente es de estabilizar la oferta y asegurar la calidad de los biológicos del PAI a través del mejoramiento del sistema de distribución de biológicos. Dentro de este componente se financiará una porción de los biológicos del PAI y la asistencia técnica para efectuar un inventario municipal de la red de frío y las inversiones necesarias para adecuarla a las condiciones que exige el mantenimiento óptimo de los biológicos. El financiamiento de los biológicos será decreciente en el tiempo.

2. Asistencia técnica al PAI (4% del programa)

3.13 A fin de resolver los problemas relacionados a la falta de claridad en las competencias de los diferentes agentes del PAI (MOH, INS, y entidades territoriales, EPS y ARS), el propósito de este componente es de fortalecer al Ministerio de Protección Social, el INS, las direcciones territoriales de salud, las EPS y las ARSSS, como instancias responsables por las acciones de organización, dirección, coordinación y administración y entrega de servicios del PAI. En particular, el programa apunta a resolver la debilidad institucional y la falta de incentivos de las entidades territoriales y de las entidades involucradas en la entrega de los servicios de vacunaciones. Dentro de este componente se financiará asistencia técnica, capacitación y equipos para: (i) implementar y/o mejorar los procesos gerenciales y de gestión administrativa y financiera; (ii) desarrollar guías de atención y acciones de educación continuada dirigidas al personal que presta los servicios del PAI; y (iii) desarrollar y poner en marcha campañas de comunicación social para mejorar el acceso a los servicios del PAI con particular atención a la población indígena y afrodescendiente¹⁸.

3. Monitoreo, seguimiento y evaluación (2% del programa)

3.14 Este componente financiará actividades orientadas a mejorar la capacidad del Gobierno en la implementación, seguimiento y evaluación del PAI. Se financiará asistencia técnica, capacitación, equipos, software y redes informáticas dirigidas al monitoreo y seguimiento de la ejecución del PAI, incluyendo las encuestas de

¹⁸ Esto incorporará metodologías de acercamiento intercultural, con énfasis en el fortalecimiento de las ARS indígenas.

cobertura y las auditorías independientes del desempeño sobre la base de la matriz de desempeño y la dotación e implementación del sistema de información administrativa del PAI. Se tratará este ítem de gasto elegible como un préstamo regular de inversión.

4. Administración del programa

- 3.15 Este componente incluye la administración general del programa, así como los costos asociados al financiamiento de la auditoría externa del programa.

E. Costo y financiamiento

- 3.16 El costo total del programa es de US\$100,000,000, que financiará los gastos resumidos en el Cuadro II-1:

CUADRO II-1 COSTOS DEL PROGRAMA (US\$ 000)				
Categorías de Inversión	BID	Local	Total	% Total
Administración	300,0	0	300,0	0,5%
Administración general	250,0		250,0	
Auditoría financiera externa	50,0		50,0	
Componente 1:	54.850,0	30.000,0	84.850,0	85,0%
Adquisición de biológicos	46.350,0	30.000,0	76.350,0	
Fortalecimiento red de frío	8.500,0		8.500,0	
Componente 2:	4.400,0		4.400,0	4,5%
Asistencia técnica	4.400,0		4.400,0	
Componente 3:	1.900,0	0	1.900,0	2,0%
Monitoreo y evaluación	1.900,0		1.900,0	
Costos financieros	6.975,0	0	6.975,0	7,0%
Intereses	6.800,0		6.800,0	
Comisión de crédito	175,0		175,0	
Inspección y Vigilancia	0		0	
Imprevistos	1.575,0		1.575,0	1,0%
Total	70.000,0	30.000,0	100.000,0	100,0%
% por fuente	70%	30%	100%	

IV. EJECUCIÓN DEL PROGRAMA

A. Prestatario y organismo ejecutor

- 4.1 El prestatario del programa será la República de Colombia. El Ministerio de Protección Social (MPS) será responsable de la ejecución de los distintos componentes del programa a través del INS. El programa contará con un Comité de Gerencia integrado por el MPS, el INS y el DNP que será responsable de la dirección y supervisión general de los componentes de la operación.

B. Ejecución y administración del proyecto

- 4.2 **Ejecución.** La responsabilidad técnica de la ejecución de los componentes estará a cargo del INS. Esta entidad será apoyada por una **Unidad de Apoyo a la Ejecución (UAE)** que contará al menos con un coordinador, un responsable del área administrativo-financiera, un oficial de contrataciones y tres asistentes. La UAE dependerá directamente de un Comité de Gerencia (CG).
- 4.3 Este Comité estará integrado por el Viceministro de Protección Social, quien actuará como presidente, el Director del INS, el jefe de la División Social del DNP y por los gerentes responsables de la ejecución de cada uno de los componentes del programa. Sus funciones serán: (i) revisar el cumplimiento de las metas del programa; (ii) aprobar cambios de política en el programa; (iii) aprobar los Planes Operativos Anuales (POAs); y (iv) revisar la correcta utilización de los recursos del programa.
- 4.4 El Ministerio de Protección Social tiene amplia experiencia en el manejo de programas de asistencia externa, incluyendo cuatro programas en salud financiados por el Banco. Estos programas han sido complejos y, igual al programa propuesto, sobre todo en temas relacionados con la licitación de asistencia técnica e infraestructura pequeña. Asimismo, cada año el MPS/INS realizan las gestiones necesarias para licitar los biológicos y los insumos para el fortalecimiento de la red de frío del PAI a través del fondo rotatorio de la OPS. Las demás licitaciones tendrán apoyo a través de la Dirección de la Calidad de los Servicios de Salud del MPS, donde existen unidades ejecutoras de otros programas de financiamiento externo (préstamo 1225/OC-CO). Por lo tanto, se considera que las entidades involucradas en el programa cuentan con sistemas de gestión financiera, contabilidad y control. En el documento de proyecto, se presentará un análisis detallado de la capacidad institucional del MPS en este sentido. Colombia cuenta con una evaluación nacional de adquisiciones preparada por el Banco Mundial y vigente hasta finales de 2006, la cual evalúa el sistema positivamente en general y provee recomendaciones para su mejoramiento, las que están siendo implementadas actualmente por las autoridades. Por lo tanto, el análisis de la capacidad del MPS se limitará a los aspectos relacionados con este programa.

C. Período de ejecución y calendario de desembolsos

- 4.5 El período de ejecución del programa es de 48 meses. El plazo para desembolsos de los recursos del préstamo se ha estimado en 54 meses, a partir de la fecha de entrada en vigencia del contrato de préstamo. Por ser un PFR, no habrá un calendario de desembolsos.

D. Seguimiento y evaluación

- 4.6 **Informes.** El prestatario presentará semestralmente al Banco un informe sobre los progresos de cada uno de los planes operativos. Dichos informes serán

- presentados dentro de los 60 días de finalizado el semestre. El Banco, a través de misiones de administración evaluará la adecuada implantación de los cronogramas y metas indicativas establecidas en los respectivos POAs.
- 4.7 **Revisión de los POAs.** En el último trimestre de cada año de ejecución la UAE preparará un POA en que se considere las actividades, cronograma, términos de referencia y metas indicativas que se esperan lograr durante los siguientes doce meses.
- 4.8 **Auditorías anuales de desempeño independientes.** Cada año, el programa – y específicamente las metas establecidas en la matriz de desempeño – serán revisadas a través de una auditoría independiente de desempeño antes de la fecha prevista para el desembolso del respectivo tramo. Estas auditorías serán realizadas por una firma consultora privada, una universidad u otra organización internacional independiente, seleccionada utilizando los procedimientos de licitación del Banco, según una metodología estandarizada y ajustada a Colombia para la evaluación del PAI elaborada por el *Global Alliance for Vaccines and Immunization* (GAVI)¹⁹. Los términos de referencia y la metodología ajustada para la evaluación conformará parte del informe de proyecto y el contrato de préstamo. La selección y contratación de esta entidad será una condición previa al primer desembolso.²⁰ El financiamiento de estas auditorías está incluido en el componente de monitoreo y evaluación.
- 4.9 **Auditoría financiera externa.** Esta auditoría del programa será efectuada por una firma de auditores independientes aceptable al Banco, siguiendo sus políticas y procedimientos. La auditoría externa tendrá un carácter financiero y operacional, para asegurar la adecuada justificación de los reembolsos asociados a cada tramo del programa, y será financiada con recursos del préstamo.

V. IMPACTO SOBRE EL DESARROLLO

A. Resultados esperados

- 5.1 La etapa de la niñez es fundamental para determinar la salud futura de un ser humano. La vacunación es una de las intervenciones más económicas y efectivas para garantizar la salud futura de los niños. Por su función preventiva, las vacunas son el único medio disponible para evitar algunas enfermedades graves e incluso mortales. Además de proteger la salud durante la niñez, la vacunación puede prevenir ciertas enfermedades crónicas que aparecen durante la edad adulta. Hay varias investigaciones que muestran una conexión entre enfermedades contagio-infecciosas durante la niñez y enfermedades crónicas durante la vejez. Por ejemplo, si un niño adquiere tuberculosis o Hepatitis B, tiene una mayor probabilidad de desarrollar diabetes o enfermedades crónicas del

¹⁹ World Health Organization. The immunization data quality audit procedure. November 2003.

²⁰ Se efectuará una declaración de elegibilidad parcial o de reembolso retroactivo para que no se trabe el desembolso del primer tramo.

corazón o los pulmones durante la edad adulta. La vacunación no solo tiene beneficios individuales sino que también provee beneficios para toda la comunidad porque puede evitar la diseminación y acelerado contagio de ciertas enfermedades infecciosas. Además de su impacto sobre la salud de la población, la vacunación previene pérdidas potenciales de productividad asociadas con la morbilidad y la mortalidad y permite la acumulación de otros tipos de capital humano como el logro educativo, entre otros.

B. Estrategia social y ambiental

- 5.2 **Clasificación SEQ/PTI.** El programa permitirá mejorar la cobertura y la equidad de la tasa de vacunación, con énfasis en los municipios de mayor pobreza y marginalidad, los cuales también concentran la población afro descendiente e indígena. Asimismo, la operación plantea nuevas modalidades de acercamiento a estas comunidades a fin de mejorar el nivel de conocimiento en salud y la cobertura en vacunación. Esta operación califica como programa focalizado en la pobreza (PTI) automáticamente, en cuanto sus recursos van a apoyar programa de atención primaria en salud. El país ha optado por no utilizar el 10% adicional.
- 5.3 **Estrategia ambiental.** Un impacto potencialmente negativo para el ambiente de un programa de vacunación es el deshecho inadecuado de las jeringas utilizadas. Sin embargo, el programa mitiga este riesgo a través de un programa eficiente de deshecho seguro, que ha estado operando en Colombia por una década en todos los municipios del país. El procedimiento recomendado para el deshecho de las jeringas utilizadas es incineración, combustión al aire libre y enterramiento. La forma de deshecho de recolección de jeringas son cajas de seguridad y envases de plástico de cuello angosto. No hay reutilización de jeringas.

VI. ASPECTOS ESPECIALES

- 6.1 **Prioridad fiscal y sostenibilidad del PAI.** En un contexto de una restricción del déficit fiscal y el alto grado de inflexibilidad del Presupuesto General de la Nación (PGN), el apoyo de programas sectoriales anteriores ha sido importante para que el país dé una creciente prioridad a la asignación y el gasto en el PAI. En la ausencia de reformas presupuestales, para mantener esta prioridad, el presente programa mantendrá una asignación y ejecución específica para el PAI. El Gobierno anticipa una reforma presupuestal que introducirá mayor flexibilidad en el PGN para el año 2004 o 2005, lo cual permitirá establecer la prioridad del PAI de manera definitiva al futuro. Asimismo, al utilizar el instrumento PFR, se incentivará la creación ex ante del espacio fiscal necesario para lograr los resultados identificados.
- 6.2 **Descentralización.** El proceso de descentralización de servicios de salud en Colombia comienza con la Ley 10 de 1990, es impulsado por la Constitución de 1991 y se concreta con la Ley 60 de 1993 (Ley de Descentralización de Recursos y Funciones). Esta última, como una ley posterior (Ley 715 de 2001) asigna como

competencia básica a los departamentos, el financiamiento y la garantía de la prestación de servicios de salud de segundo y tercer nivel, y a los municipios la de primer nivel, incluyendo la vacunación. Las funciones de dirección y regulación a nivel nacional están asignadas al Ministerio de Salud y al Consejo Nacional de Seguridad Social (Ley 100 de 1993). Al momento actual, los municipios son responsables de la vacunación y la ley requiere que éstos utilicen los recursos de las transferencias territoriales para este fin. Sin embargo, por el bajo nivel de apalancamiento financiero entre la Nación y los municipios, algunos municipios, en violación de la ley, han utilizado los recursos transferidos para la vacunación para otras prioridades municipales. Para mitigar este riesgo, se financiará una supervisión más intensiva en estos municipios, así como herramientas de comunicación y vigilancia social a fin de mejorar el rendimiento de cuentas del alcalde del municipio frente a su electoral.

VII. ESTADO DE PREPARACIÓN Y PLAN DE ACCIÓN

- 7.1 Como actividades pendientes necesarias para completar la preparación de esta operación, el MPS deberá presentar al Banco: (i) la precisión de la línea de base y las metas para los indicadores establecidos en la matriz de desempeño; (ii) el análisis de la capacidad institucional del MPS e INS para ejecutar el programa a fin de documentar el entorno adecuado para la licitación competitiva; y (iii) el PAI consultará con las ARS indígenas las estrategias para la mejora de la distribución y mantenimiento de biológicos para las áreas de población indígena. La misión de análisis se realizará en el tercer trimestre de 2004. El Anexo 2 presenta los costos estimados para completar la preparación de la operación.