

Bogotá D.C., junio de 2022

Honorable Representante
JAIRO HUMBERTO CRISTO CORREA
Presidente de la Comisión Séptima Constitucional Permanente
Ciudad

Asunto: Informe de Ponencia para primer debate al Proyecto de Ley N° 473 de 2022 Cámara -197 de 2020 Senado.

Respetado Sr. Presidente:

Cumpliendo con la honrosa designación encomendada por la Mesa Directiva de la Comisión Séptima de la Honorable Cámara de representantes y de lo dispuesto en la Ley 5ª de 1992, atentamente nos permitimos rendir informe de ponencia para tercer debate al Proyecto de Ley N° 197 de 2020 Senado, “Por medio de la cual se ordena la modernización y actualización permanente del programa ampliado de inmunizaciones (PAI) en Colombia”.

Estructura de la ponencia:

1. Origen del proyecto de Ley.
2. Objeto del proyecto de Ley.
3. Marco constitucional, legal y normativo.
4. Argumentos que justifican la iniciativa.
5. Pliego de modificaciones.
6. Proposición con la que termina el informe de ponencia.
7. Texto propuesto para tercer debate.
8. Texto propuesto en primer debate.

1. ORIGEN DEL PROYECTO DE LEY

Esta iniciativa legislativa fue radicada ante la Secretaría General del Senado de la República el 04 de agosto de 2020, por los Honorables Congresistas H.S. José Ritter López Peña; HH.RR Norma Hurtado Sánchez, Martha Villalba Hodwalker, Ángela Patricia Sánchez Leal, Jorge Eliécer Tamayo Marulanda, Teresa Enríquez Rosero, Elbert Díaz Lozano, Astrid Sánchez Montes de Oca, Juan Diego Echavarría y Jhon Arley Murillo BENÍTEZ. Ha sido debatido y aprobado por el honorable senado de la República en primer y segundo debates.

2. OBJETO DEL PROYECTO DE LEY

La modernización del programa ampliado de inmunizaciones PAI (entendiendo la modernización como: actualización de vacunas de enfermedades ya cubiertas e inclusión de vacunas de enfermedades aún no cubiertas), es el objeto del presente proyecto de ley, sustentado técnica, social, financiera y moralmente en los avances científicos y técnicos en vacunación, la importancia de la prevención en salud, el derecho fundamental a la salud, las cifras de gasto en salud y gasto en vacunación, el rezago frente a otros países de la región y las

alternativas de financiamiento para asegurar el cumplimiento de la ley estatutaria que regula el derecho fundamental a la salud.

3. ARGUMENTOS QUE JUSTIFICAN LA INICIATIVA

Importancia de la vacunación

La pandemia causada por el Covid-19 ha causado más de 500 millones de casos y más de 6 millones de muertos a nivel mundial. En Colombia, poco más de 6 millones de casos han dejado más de 140.000 muertes. En medio de tanta mortalidad y morbilidad, en donde todavía no se cuentan las secuelas, el impacto en la salud mental, y en general la crisis sanitaria, económica y social suscitada en casi todos los países del mundo, se ha podido disminuir la incidencia y/o la severidad del Covid-19 gracias a las acciones de salud pública y particularmente gracias a la vacunación masiva de la población.

El mundo entero pudo presenciar una carrera desenfrenada en la búsqueda científica de la cura o la vacuna que nos devolviera la salud y la tranquilidad. Y luego presenció la lucha incesante de los países para poder disponer de la vacuna para su población.

Esta crisis ha sido una prueba de fuego para todos y en particular para el sector de la salud. La seguridad, la capacidad, la calidad, la humanidad, la eficiencia y muchos otros aspectos de los sistemas de salud, así como del resto de la institucionalidad y la sociedad entera han estado a prueba en nuestro país, como casi en todos los demás países.

La salud pública y en particular la importancia de la vacunación, están hoy en el orden del día. Nos lamentábamos de que no existía una vacuna contra el Covid 19, pero paradójicamente, en muchos países muere mucha gente por la falta de aplicación de vacunas que ya existen, que están disponibles en el mundo y que, donde se usan, salvan millones de vidas, pero que algunos sistemas de salud no le ofrecen a su población.

Casi nadie discute hoy que la vacunación es la más exitosa de las intervenciones en salud y una de las más costo-efectivas. La vacunación, sin contar covid, salva anualmente entre 2 y 3 millones de vidas alrededor del mundo. Gracias a las vacunas se evitan los grandes costos económicos y sociales asociados a la morbilidad y la discapacidad que se logra prevenir. Es la única estrategia que ha erradicado enfermedades de la faz de la tierra, como es el caso de la viruela, o de regiones enteras del planeta como es el caso de la poliomielitis o el sarampión.

4. MARCO CONSTITUCIONAL, LEGAL Y NORMATIVO.

Artículos 48 y 49 de la Constitución Política de Colombia

Sentencia T-784 de 1998: La Corte Constitucional dispuso que la cobertura de la seguridad social del Estado, con la participación de particulares, constituye un proceso en continua expansión, según lo determinen las políticas sociales y económicas.

Sentencia T-977 de 2006: La Corte Constitucional amparó solicitud para asumir costos de vacunas a quien no cuenta con recursos económicos.

Ley 1122 de 2007: Dispone que cada 4 años el gobierno nacional deberá establecer el Plan Nacional de Salud Pública para otorgar atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes

niveles territoriales y, además, se incluirá el Plan Nacional de Inmunizaciones, así como los biológicos que deben incluirse.

Ley 1373 de 2010: Por la cual se garantiza la vacunación gratuita y obligatoria a toda la población colombiana, objeto de la misma, y se actualiza el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). En esta ley se incluye la vacuna de neumococo de manera obligatoria al esquema nacional de vacunación.

Ley 1388 de 2010: Ley sobre el derecho a la vida de los niños con cáncer en Colombia. Busca disminuir la tasa de mortalidad por cáncer en los niños y personas menores de 18 años, a través de la garantía por parte de los actores de la seguridad social en salud, de todos los servicios que requieren para su detección temprana y tratamiento integral, aplicación de protocolos y guías de atención estandarizados y con la infraestructura, dotación, recurso humano y tecnología requerida. Dispone, además, que se debe garantizar la vacunación anual contra la influenza estacional a los familiares y convivientes del menor.

Ley 1438 de 2011.

Ley 1955 de 2019 - Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022: En la Línea de Salud se plantea un pacto por construir una visión de largo plazo del sistema de salud, centrada en la atención de calidad al paciente, con acciones de salud pública consistentes con el cambio social, demográfico y epidemiológico que enfrenta Colombia y cobertura universal sostenible financieramente.

Decreto 2323 de 2006 recopilado en el Decreto 780 de 2016: Tiene por objeto organizar la Red Nacional de Laboratorios y reglamentar su gestión, con el fin de garantizar su adecuado funcionamiento y operación en las líneas estratégicas del laboratorio para la vigilancia en salud pública, la gestión de la calidad, la prestación de servicios y la investigación.

Decreto 3518 de 2006 recopilado en el Decreto 780 de 2016: Tiene por objeto crear y reglamentar el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, Sivigila, para la provisión en forma sistemática y oportuna de información sobre la dinámica de los acontecimientos que afecten o puedan afectar la salud de la población, con el fin de orientar las políticas y la planificación en salud pública.

Resolución 1841 de 2013: Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, el cual busca dar respuesta a los desafíos de salud pública desde el Ministerio de Salud y Protección Social en articulación con el desarrollo territorial que ejerzan gobernadores y alcaldes.

Acuerdo 08 de 2009 de la Comisión Reguladora en Salud -CRES-: Incluye las vacunas como parte del POS.

Circular externa 0051 de octubre de 2003 del Ministerio de Salud y Protección Social: Emite directrices para la financiación de las acciones del PAI puntualizando que, para los regímenes subsidiado y contributivo, es responsabilidad de los aseguradores y, en el caso de la población vinculada (pobres sin capacidad económica), este servicio debe ser garantizado por las entidades territoriales.

Circular 27 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social: Introduce la vacuna contra la varicela y modifica el esquema nacional de vacunación.

Resolución 518 de 2015.

El PAI en Colombia.

En Colombia, aunque hay evidencias de vacunación desde la época de la Nueva Granada contra la viruela o contra la Fiebre amarilla en la primera mitad del siglo XX, la vacunación sólo se convierte en una política pública y en un programa permanente a partir de la creación del PAI promovido por la Organización Panamericana de la Salud, OPS, en la década de 1970.

Hasta la aparición de la ley 100, el PAI suministraba gratuitamente seis biológicos para la polio, la difteria, la tosferina, el tétanos, el sarampión y la tuberculosis. Existían otras vacunas de eficacia y seguridad comprobadas, como la triple viral, la hepatitis b, hemophilus influenza, entre otras, que fueron incluidas progresivamente durante la década de los 90 o ya en el siglo 21, a las cuales, antes de la inclusión, sólo accedían los niños de familias con capacidad de pago, en una evidente situación de inequidad. En 1993 se establece el plan de control de la hepatitis B, se incluye la vacuna en el esquema permanente y se realiza la primera jornada masiva de vacunación con la triple viral SRP (sarampión, rubéola y paperas) en niños y niñas de uno a tres años.

En 1995 se incluye la vacuna triple viral – SRP-, en 1998 se introduce la vacuna contra Haemophilus influenzae tipo b y en 2002 se incluye la presentación pentavalente (difteria, tos ferina, tétanos, hepatitis B y Haemophilus influenzae tipo B), en el esquema de vacunación para los menores de un año.

En 2003 se introduce la vacunación universal contra la fiebre amarilla para los niños/as de un año de edad. 2006: Vacunación contra la influenza para población prioritaria de seis a 18 meses y mayores de 65 años, con patologías de base. Con recursos de la subcuenta de promoción del Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA-, el programa contempló la vacunación contra Streptococcus pneumoniae en la población de alto riesgo menor de 2 años de edad, 2007: Introducción de la vacuna contra la influenza estacional en el esquema permanente para niños de 6 a 23 meses. X 2009: Universalización de la vacuna contra rotavirus. X 2010: Universalización de la vacuna contra el neumococo para todos los/as nacidos vivos a partir del 01 de noviembre de ese año.

2013: Segunda fase de vacunación contra el VPH dirigido a niñas desde cuarto grado de básica primaria hasta grado undécimo, a partir de los nueve años de edad, además de las no escolarizadas entre 9 y 17 años de edad. Adicionalmente se incluye la vacuna de pertussis acelular para la población gestante, a partir de la semana 21 de gestación, para las cohortes 2013 – 2014. Para aquella época se había logrado consolidar apropiaciones presupuestales para cumplir con el objetivo de lograr cobertura con el esquema del PAI de todos los biológicos de la mayoría de los municipios, pero se observaba que el presupuesto asignado dependía de las políticas del gobierno de turno, lo que da muestras del problema crónico de depender del criterio presupuestal para garantizar un programa ligado al derecho fundamental a la salud. Durante este período se contaba con una meta programática en el Programa Ampliado de Inmunizaciones, donde todas las entidades territoriales debían alcanzar coberturas de vacunación para todos los biológicos igual o superior al 95%.

La última inclusión de una nueva vacuna se hizo en 2015 cuando se incorporó al PAI la vacuna de varicela.

Hoy el PAI en Colombia cuenta con 21 biológicos y protege contra 26 enfermedades y, a pesar de las limitaciones, muestra con orgullo el estatus de país libre de poliomiélitis, sarampión y rubéola. No obstante, no es un programa de vacunación completo y en algunos casos es obsoleto, como en el caso de la vacuna de polio oral, que ya se ha venido sustituyendo, por su riesgo, comparado con otras opciones. Hay vacunas disponibles en el mundo y en Colombia, a las que sólo acceden las personas con capacidad de pago, prolongando inequidades, en una abierta contradicción con los postulados de la ley 1751 de 2015, o ley estatutaria de salud.

Aunque el PAI ha sido exitoso y ha evolucionado favorablemente, en el último tiempo se ha rezagado frente a otros países de la región y hoy encontramos un PAI incompleto, que no aprovecha las mejores o más completas opciones que nos brinda la tecnología.

El siguiente cuadro muestra no solamente que tenemos un PAI incompleto que deja por fuera varias vacunas, sino también el rezago existente en comparación con varios países de la región de las Américas, especialmente en relación con las más modernas tecnologías.

No es un PAI completo (Comparativo de inclusión de nuevas tecnologías en la región)

VACUNAS	BRASIL	PANAMÁ	COSTA RICA	MEXICO	ARGENTINA	CHILE	COLOMBIA
INIEVAS TECNOLOGÍAS							
Huevivalente	Framosac con adjuvante de aluminio	2-6-9m		2-4-6-12m	Prevacuto	2-4-6-10m	
Influenza Estacional (QIV)	6 13m/14m/16m/17 años		6-7m/10m/13m/16m			Trajeadores de la salud	
Meningococo Conjugada	2-6m-12m				2-6m	12m	
Neumococo (PCV13)		2-4-12m	2-4-12m		2-4-12m	2-4-12m	
Dengue	Zonas endémicas						
Cholera	si el agua es potable	si el agua es potable	si el agua es potable	si el agua es potable	si el agua es potable	si el agua es potable	si el agua es potable
Pelle (DPV)	2-4-8m	↑	5a	↑	2-4-6-18m	↑	2-4-6m
Pelle (DPV)	3m-4a	3m-4a		5a		↑	15-18m
Tuberculosis (BCG)	1m	1m	1m	1m	1m	1m	1m
Hepatitis B	1m	1m	1m	1m	1m	1m	1m
Pentavalente celular anterior	2-4-8m	↑		↑	2-4-8m	↑	2-4-6m
Pentavalente Acelular		↑	2-4-6-20m	↑		↑	
Tetraivalente Acelular			4a				
Rotavirus	2-8m	2-8m	2-8m	2-8-16m	2-8m	↑	2-8m
Neumococo (PCV10)	2-4-12m	↑		2-4-12m	↑		2-4-12m
Influenza Estacional (TIV)	6m-1a a 13a/16a/18a/19a	↑		6m-5a	6m-10a	↑	6m-7m/10m/13m/16m
Sarampión- Rubéola- Paperas	12m	12-18m	15m-18m	12m-18m	12m-18m	12m-18m	12m/18m
Fiebre Amarilla	9m/16a	Zonas endémicas			Zonas endémicas	Zonas endémicas	18m
Hepatitis A	15m/24a			12m/24m/36m	2-3m	3m	12m
Varicela	12m/15m/18m	12m/18m	18m		2-3m	3m	12m-18m
DTP - Hib/ Difteria, Tétanos, Pertussis	12m/18m	12m/18m		4a	5a		18m/24m
Virus Papiloma Humano		3a		11a	11a	3a	9a-10m
Orzobolus	dent/13a/14a	10m/14a/17a	dent		11a/12m/13a/14a	11a/12m/13a	dent

Colombia no muestra ninguna introducción de nuevas tecnologías en vacunas, en comparación de los países de la región que van en camino a la modernización de sus programas de vacunación

La vacunación y el derecho fundamental a la salud.

Como se señala en la exposición de motivos del proyecto, a partir de la Constitución de 1991, el desarrollo de la jurisprudencia de la Corte Constitucional y la aprobación de la ley estatutaria del derecho a la salud existe un consenso en el país frente al reconocimiento de la salud como un derecho fundamental. Este reconocimiento implica una acción positiva del Estado en relación con el desarrollo de políticas públicas que de manera progresiva permitan avanzar en el goce efectivo de este derecho.

La demora en poner a disposición de la población nuevas vacunas o nuevas tecnologías que la investigación científica pone a nuestro alcance se traduce en muerte, enfermedad y secuelas discapacitantes con un alto costo para el sector salud y altísimo costo social especialmente para las familias más pobres que no pueden acceder particularmente a estas vacunas.

La ley estatutaria permite excluir del plan de beneficios algunas tecnologías mediante un procedimiento explícito y con unos criterios muy precisos. Intervenciones cosméticas o suntuarias, o que no exista evidencia científica sobre su seguridad, eficacia y efectividad, que no estén autorizadas por la autoridad competente, que estén en fase de experimentación o que deban ser prestados en el exterior.

A partir de la Ley 100 de 1993, el acto de vacunar pasa a ser incluido en el POS (hoy Plan de Beneficios) y las EPS, a través de su red son responsables de la inmunización. La financiación y compra centralizada de las vacunas, así como la logística del PAI, sigue a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social, teniendo en cuenta que Colombia hoy cuenta con 21 biológicos para cubrir 26 enfermedades. Sin embargo, por falta de presupuesto del PAI se hacen exclusiones de facto de algunas nuevas tecnologías en vacunas, contrariando la norma estatutaria y la garantía del derecho fundamental a la salud. Vacuna que no esté incluida en el PAI, y que el Ministerio no suministre, debe ser pagada del bolsillo de la familia usuaria. Las vacunas no pueden excluirse del plan de beneficios.

Esta ley estatutaria contó con el apoyo y aprobación del gobierno nacional con lo cual está claro que las tres ramas del poder público hoy tienen un consenso indiscutible en relación con el hecho de que la salud es un derecho fundamental y en ese sentido existe una voluntad de Estado en torno a la necesidad de garantizar ese derecho.

Por ser una ley de carácter estatutario conforme lo dispone nuestra Constitución Política el texto legal tuvo control automático de constitucionalidad por parte de la Corte Constitucional lo cual genera una seguridad jurídica ya que el pronunciamiento de la Corte se hace sobre todo el articulado de la ley y considerando todos los argumentos.

Es así como mediante sentencia C-313 de 2014 la Corte Constitucional se pronunció en los siguientes términos:

“Para la Corte, la definición de exclusiones resulta congruente con un concepto del servicio de salud, en el cual la inclusión de todos los servicios, tecnologías y demás se constituye en regla y las exclusiones en la excepción. Si el derecho a la salud está garantizado, se entiende que esto implica el acceso a todos los elementos necesarios para lograr el más alto nivel de salud posible y las limitaciones deben ser expresas y taxativas. Esta concepción del acceso y la fórmula elegida por el legislador en este precepto, al determinar lo que está excluido del servicio, resulta admisible, pues, tal como lo estimó la Corporación al revisar la constitucionalidad del artículo 8º, todos los servicios y tecnologías se entienden incluidos y las restricciones deben estar determinadas.”

Resulta clara la posición de la Corte Constitucional en relación con las tecnologías en salud a que tiene derecho la población colombiana en la cual se parte del principio de que todo está incluido menos lo que está expresamente excluido. Sobre ese particular el Ministerio de Salud y Protección Social desde el año 2017 ha venido expidiendo Resoluciones mediante las cuales determina las exclusiones explícitas en el sistema de salud. Actualmente la Resolución vigente en ese tema es la 244 de 2019 que en su artículo 1º señala:

“ARTÍCULO 1o. Adóptese el listado de servicios y tecnologías que serán excluidos de la financiación con recursos públicos asignados a la salud, el cual se encuentra contenido en el Anexo Técnico que forma parte integral del presente acto administrativo.”

Al revisar el listado de servicios y tecnologías excluidos que se detalla en el anexo técnico de la Resolución no se encuentra la descripción de ninguna vacuna, lo que significa que, en concepto técnico del Ministerio de Salud y Protección, que se expresa en un acto administrativo con carácter vinculante, todas las vacunas pueden y deben ser financiadas con recursos públicos asignados a la salud.

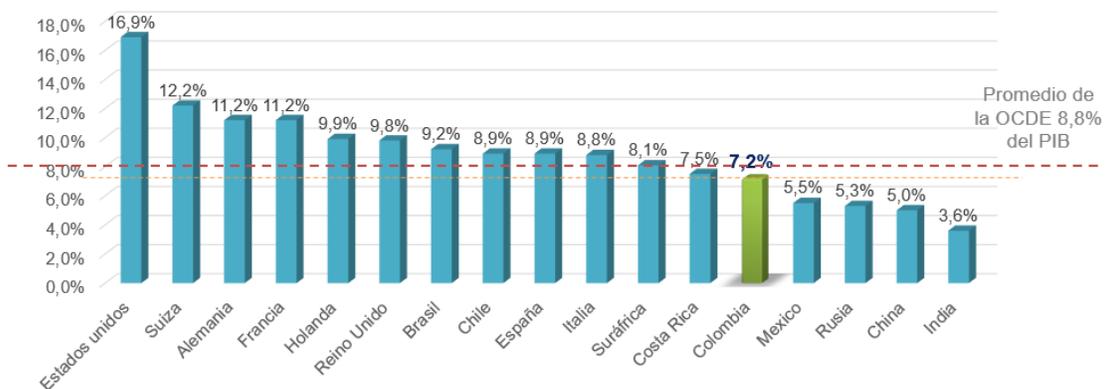
En la práctica ello no sucede por cuanto al no realizarse la actualización del PAI no se destinan recursos públicos para algunas de las vacunas disponibles en el mercado, con lo cual se estaría contrariando el contenido de la ley estatutaria que regula el derecho fundamental a la salud y la interpretación realizada por la Corte Constitucional.

Este proyecto de Ley contribuye a eliminar esa situación por cuanto al establecer un proceso de modernización permanente del PAI lo que realmente se desarrolla es la garantía efectiva del derecho a la salud de la población colombiana en los términos en que lo ha señalado la ley 1751 de 2015 y la jurisprudencia de la Corte Constitucional.

La vacunación debe ser prioridad.

El Programa Ampliado de Inmunizaciones es un verdadero patrimonio del país, desarrollado bajo un modelo exitoso en cabeza de los gobiernos nacionales, que ha efectuado una gran contribución a la mejoría del bienestar de la población. No obstante, falta mucho por hacer por falta de presupuesto suficiente para vacunación. Mientras el sistema general de seguridad social en salud instaurado por la ley 100 se destaca en la región por su cobertura, su nivel de protección financiera o el gasto per cápita como % del PIB, por el contrario, en vacunación, Colombia tiene uno de los más bajos niveles de gasto per cápita, entre los países de la región en la última década.

Comportamiento del gasto como porcentaje del PIB 2018

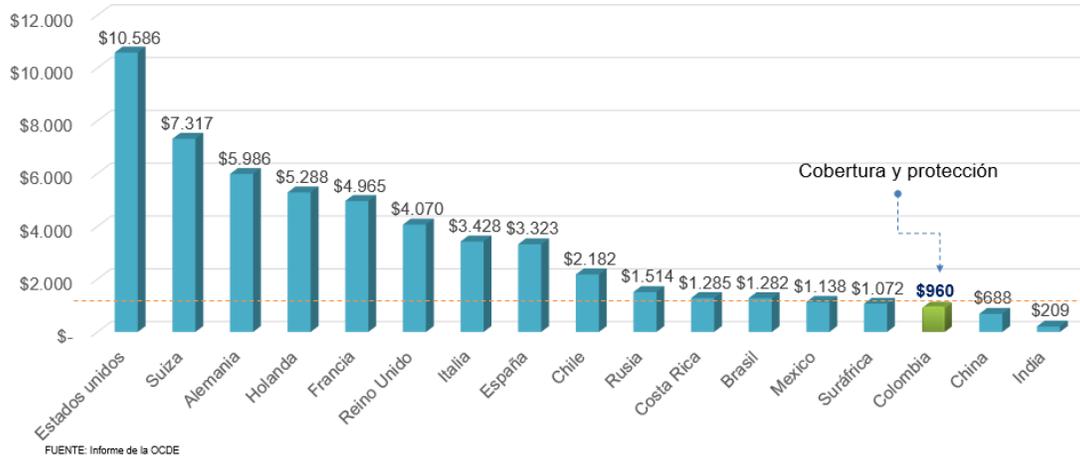


FUENTE: Informe de la OCDE

El nivel del gasto en salud en Colombia ha venido evolucionando positivamente como lo refleja este cuadro comparativo de los países de la OCDE. Sobre todo, se resalta la eficiencia del sistema, grandes coberturas y altísimos niveles de protección con recursos crecientes pero limitados.

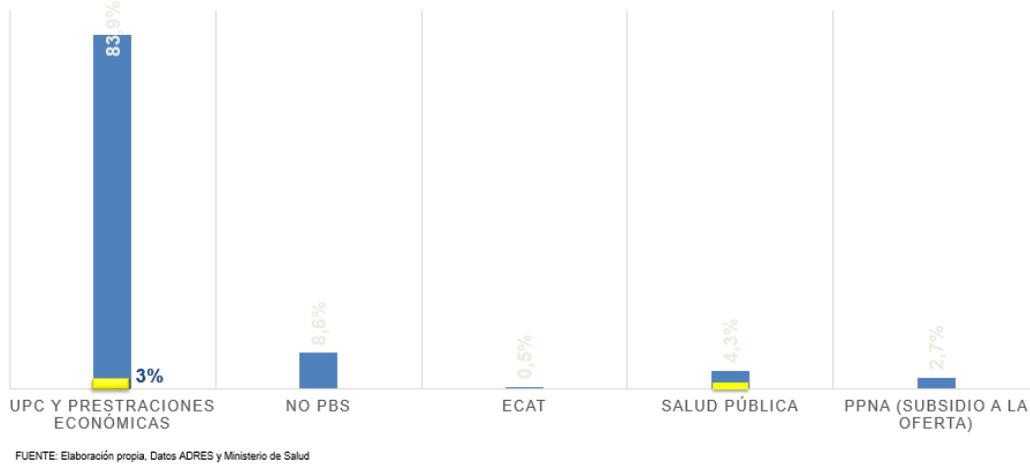
Pero probablemente hay un marcado énfasis en lo curativo, pues el gasto en vacunación deja mucho que desear, si se lo compara con los países de la región y avergüenza cuando se compara con los países desarrollados.

Gasto en Salud per cápita US\$



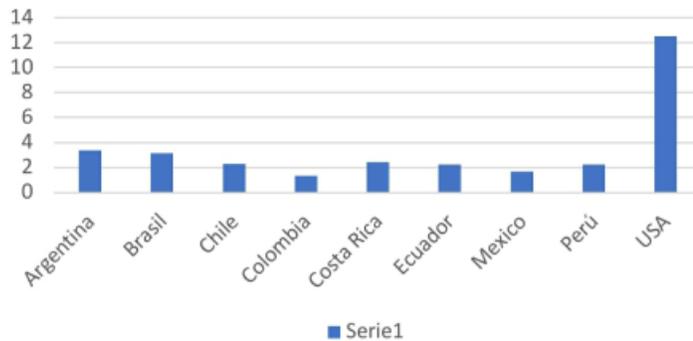
Uno de los más frecuentes cuestionamientos a la ley 100 es que le restó importancia y protagonismo a la salud pública. A juzgar por el gasto y por su tendencia los críticos tendrían razón.

Distribución de recursos del sistema de salud



El gasto en vacunación no llega al 1% del gasto en salud. Podría pensarse que eso pasa en todos los países, pero una comparación del gasto en vacunas durante diez años muestra que Colombia está entre los países de más bajo gasto per cápita en vacunas, como se observa en la siguiente gráfica con datos de OMS sobre compra de vacunas, y la población de los países para el año 2018.

Gasto per cápita en vacunación en la Región



Fuente:
https://www.who.int/immunization/programmes_systems/financing/data_indicators/en/

Pero lo más grave es que la participación porcentual del gasto en vacunación dentro del gasto total ha venido descendiendo en los últimos años tanto a nivel central, en el presupuesto general de la nación PGN, como a nivel del gasto en salud pública de los entes territoriales.

El nivel central, mediante el PGN y algunos recursos de la Adres, las Entidades Territoriales, especialmente mediante el componente de salud pública del SGP y las EPS mediante la contratación de su red para el acto de la vacunación, financian la vacunación en Colombia.

Observemos cómo se ha comportado la participación de la inversión en vacunación en el total del gasto en salud del gobierno nacional. En 8 años ha perdido más de la tercera parte de su peso porcentual hasta ubicarse por debajo del 1%.

Financiamiento del PAI

Peso Inversión en PAI sobre total gasto en Salud Gobierno Nacional
2012 – 2020
(Porcentaje)

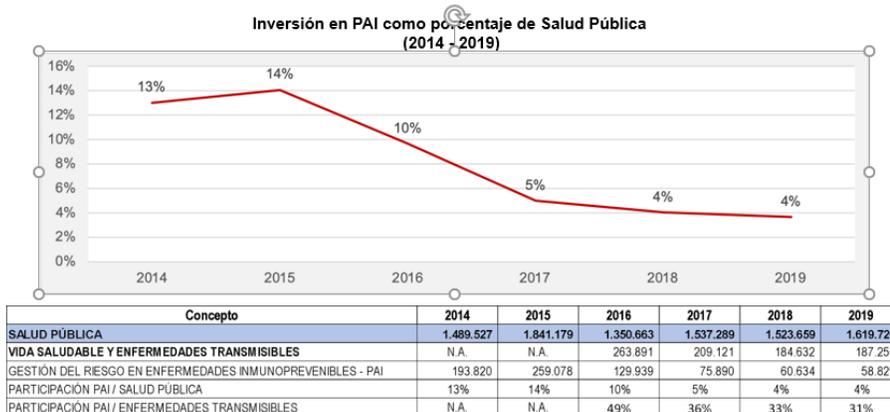


Fuente: Elaboración Propia a partir de SPI – DNP.

- Financiación del PAI ha venido perdiendo participación dentro del gasto total del Gobierno Nacional en Salud
- En 8 años PAI perdió 0,58 puntos porcentuales dentro del gasto sectorial.

Y observemos cómo se ha comportado el gasto en vacunación como porcentaje del gasto en salud pública de las entidades territoriales. Alrededor de 10 puntos porcentuales se han perdido para el gasto en vacunación, muy probablemente atribuible a las restricciones que impone la resolución 518 de 2015, pero que al fin y al cabo demuestra que históricamente se han destinado más recursos del SGP a vacunación y que podría seguir haciéndose.

Financiamiento PAI – Entidades Territoriales



Fuente: Elaboración Propia a partir de FUT.

Financiamiento PAI – Entidades Territoriales

Por estas razones lo que se impone de cara al futuro es justamente profundizar y actualizar de manera decidida este programa aportando los recursos necesarios para ese propósito. Y lo más indicado es una estrategia de todos ponen.

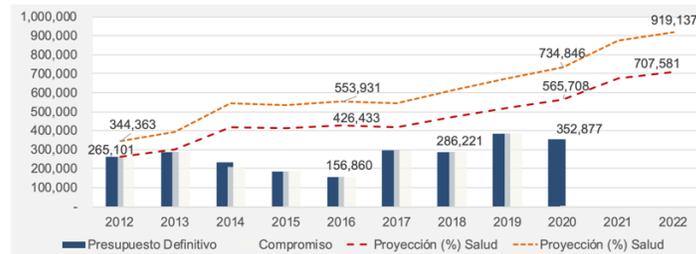
En las últimas dos vigencias fiscales el presupuesto del PAI ha sido de 385 mil y 363 mil millones de pesos, y dado que las compras de biológicos se hacen generalmente en dólares a través de OPS es bueno recordar que sujeto a la tasa de cambio este presupuesto ronda hoy los 100 millones de dólares. Las nuevas vacunas y nuevas tecnologías requieren una mayor inversión, lo cual genera una limitante para su inclusión. Actualizar el PAI con los avances disponibles en la actualidad puede significar doblar su presupuesto. Lo que parece un incremento muy alto, no lo es tanto si se mira dentro del total del gasto en salud, el peso ínfimo que en él tiene la vacunación y el detrimento relativo que hemos mencionado para la última década.

La nación que tradicionalmente ha financiado la compra de biológicos y la logística del PAI, debe hacer un esfuerzo adicional y no solamente como una respuesta coyuntural a la pandemia y las vacunas contra el covid-19. Esto sólo repararía la pérdida de peso porcentual antes enunciada. Si esta no hubiese ocurrido, tal vez otro sería el escenario como lo muestra la siguiente gráfica.

Alternativas Financiamiento Nuevo PAI

Participación fija en gasto salud GN.
Incremento real progresivo

Evaluación Alternativa Financiamiento Nuevo PAI. Detalle Histórico
(2012 - 2022)



Fuente: Elaboración Propia a partir de SPI – DNP y cálculos propios.

Hay que recuperar el peso porcentual del gasto en vacunación dentro del gasto en salud del gobierno central. Y de la misma manera, cabe esperar el esfuerzo territorial a través del SGP de salud pública con destino a las compras centralizadas.

Finalmente, en la UPC se está pagando a las EPS por los gastos en que se incurre por enfermedad que no se previene mediante la vacuna. Cuando se introduce la vacuna se genera un ahorro que no debe seguir en poder de la EPS. Se trata en este caso de sustituir el gasto curativo por el gasto preventivo.

Con ese aporte tripartito se puede hacer una adecuada y sostenible actualización permanente del PAI que no significa la sola inclusión de nuevas vacunas, sino una actualización integral que optimice la red de frío, los sistemas de información, la vigilancia epidemiológica y las comunicaciones del PAI entre otros aspectos.

La vacunación tiene la ventaja de poseer una doble faceta en la garantía del derecho a la salud. Por un lado, genera una protección individual a las personas a las que se les aplican los biológicos, pero por otro lado genera una protección colectiva de las enfermedades infecto-contagiosas al reducir su transmisibilidad.

En ese escenario no cabe duda de que una de las estrategias con las que cuenta el Estado colombiano para garantizar en mejor manera el derecho a la salud de la población colombiana es el Programa Ampliado de Inmunizaciones y dados los permanentes avances que se generan en el campo de la ciencia es preciso establecer como política de Estado su actualización permanente, que a su vez representa la realización del principio constitucional de progresividad que se menciona tanto en nuestra Constitución Política como en la Ley estatutaria que regula el derecho a la salud.

La posición del gobierno.

Inexplicablemente el Ministerio de Salud ha manifestado que no requiere mas recursos para el programa de vacunación y el Ministerio de Hacienda ha conceptuado desfavorablemente en razón de las implicaciones fiscales, como si no importara para nada incumplir con la ley estatutaria en razón de un impacto fiscal que como se verá a continuación es francamente mínimo. Lo mas destacado del proyecto es que, de alguna manera, en una estrategia de todos ponen, todos ganan, el PGN deja de ser el único responsable del financiamiento de las vacunas, con lo cual ya gana, las EPS por cada peso que aportan para las nuevas vacunas recibirán tres pesos en vacunas con un alto beneficio de ahorro en el gasto en salud, y los entes territoriales de la misma manera recibirán en vacunas tres veces lo aportado procedente del sistema general de participaciones.

Impacto financiero

La fórmula de crecimiento planteada para garantizar los recursos orientados a la modernización del PAI busca que estos sean aportados por distintos actores, particularmente el Gobierno Nacional, las entidades territoriales y las EPS. Lo anterior, con el fin de mitigar el impacto fiscal de la propuesta legislativa, haciéndola viable y atractiva para el gobierno y el congreso.

En esta medida, y tomando como base la información presupuestal al cierre de la vigencia 2021, a continuación, se presenta un análisis del impacto fiscal que generaría, para cada uno de los actores, una eventual aprobación del proyecto de ley.

Impacto Fiscal para el Gobierno Nacional.

Incrementar la base presupuestal que el Gobierno Nacional ha venido destinando al Programa Ampliado de Inmunización en un 20% equivaldría, con base en la ejecución 2021, a destinar cerca de \$86.260 millones adicionales para la financiación del programa.

Si bien los requerimientos adicionales para la modernización del PAI corresponden al 13% del total de la inversión sectorial financiada con recursos del PGN, solamente equivaldrían al 0,2% del total de la apropiación presupuestal otorgada al sector salud y protección social (\$43,4 billones), lo cual permitiría concluir que la aprobación del proyecto de ley no acarrearía dificultades fiscales para el Gobierno Nacional. Además de prevenir la debacle fiscal que significaría un fallo judicial que ordene la inclusión de las vacunas no contempladas actualmente en el PAI.

Tabla 1. Detalle compromisos presupuestal PGN Salud y requerimiento adicional modernización PAI – Vigencia 2021

(Millones de pesos y %)

Concepto	Ejecución Definitiva 2021
PGN - Salud y Protección Social	43.558.106
PGN - Inversión Salud	647.832
PGN - Inversión PAI	431.302
Requerimiento adicional Modernización PAI (20%)	86.260
Requerimiento adicional PAI / Total Salud	0,2%
Requerimiento adicional PAI / Inversión Salud	13%

Fuente: Elaboración propia a partir de información MHCP.

Impacto Fiscal Gobiernos Subnacionales.

De acuerdo con la fórmula planteada, los gobiernos subnacionales tendrían que aportar el 10% de los recursos que les son asignados a través del Sistema General de Participaciones en la asignación de Salud Pública.

De acuerdo con la distribución de estos recursos para la vigencia 2021, el total de aportes de las entidades territoriales totalizaría un poco más de \$111.000 millones, de los cuales el 43% provendría de los departamentos, 21% de los municipios capitales y 36% de municipios no capitales.

En términos generales, el valor de los recursos territoriales destinados a la financiación del PAI correspondería al 0,23% del total de recursos que reciben provenientes del SGP y al 0,1% del total de ingresos corrientes del nivel subnacional. En consecuencia, la materialización de esta iniciativa no afectaría de manera estructural la situación fiscal de las entidades territoriales, más aún, teniendo en cuenta que se asignarían recursos que ya tienen una destinación constitucional a financiar gastos en salud pública.

**Tabla 2. Impacto Gobierno Subnacional aporte SGP para modernización PAI
(Millones de pesos y porcentaje)**

Nivel de Gobierno	Ingresos Corrientes	SGP	SGP Salud Pública	SGP Salud Pública PAI	Salud Pública PAI como % SGP	Salud Pública como % ing. Corrientes
Departamentos	26.600.851	15.382.558	478.033	47.803	0,31%	0,18%
Capitales	36.783.399	14.229.592	236.159	23.616	0,17%	0,06%
No Capitales	33.568.510	17.904.866	396.915	39.691	0,22%	0,12%
Total Subnacional	96.952.760	47.517.016	1.111.107	111.111	0,23%	0,11%

Fuente: Elaboración propia a partir de SICODIS y FUT.

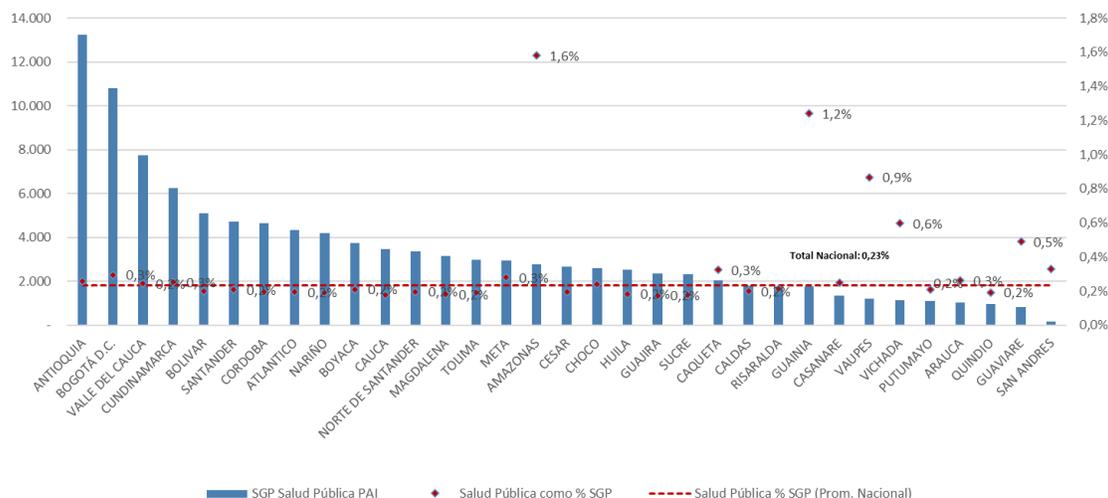
El detalle de los aportes por departamento, incluyendo para cada caso los municipios correspondientes, así como el impacto como proporción del total de recursos percibidos del SGP, se detalla en la Gráfica 2.

Como se puede observar, los departamentos que realizarían mayores aportes serían Antioquia (\$13.228 millones), Bogotá (\$10.817 millones), Valle del Cauca (\$7.738 millones) y Cundinamarca (\$6.249 millones). En ninguno de los casos los requerimientos destinados a financiar la modernización del PAI superarían el 0,4% de la totalidad de los recursos transferidos a través del SGP.

Por su parte, los departamentos en donde el impacto fiscal serían más altos serían en Amazonas, Guainía, Vichada y Vaupés, sin que en ningún caso los aportes superen el 1,6% del total del SGP.

Es necesario insistir en que cada departamento, distrito o municipio recibiría en nuevas vacunas el valor equivalente a tres veces más del valor del SGP aportado y su población será beneficiaria del impacto preventivo que se genera con el proyecto y la suma de esfuerzos prevista.

**Gráfica 2 Financiación territorial PAI e impacto como % SGP por Departamento (incluye municipios)
(Millones de pesos y porcentaje)**



Fuente: Elaboración propia a partir de SICODIS y FUT.

En todo caso debe recordarse que las entidades territoriales han invertido históricamente en vacunación mucho más de lo que invierten en la actualidad, pues el deterioro de la participación porcentual del componente de vacunación en el gasto en salud pública ronda el 10%, el mismo porcentaje que se ha propuesto recuperar con miras a la modernización del PAI.

I. Impacto Fiscal Para EPS.

Las EPS tendrían que aportar el 0,2% del total de la UPC de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, lo cual implica que el valor del aporte de cada entidad estaría sujeto a la cantidad de usuarios con los que cuente. Otra opción que se discute es que el aporte sea del 0,4%,

En consecuencia, y con base en la información de afiliados registrada en el Sistema Integrado de Información de la Protección Social - SISPRO, las EPS del Régimen Subsidiado que mayores aportes realizarían se detallan en la Tabla 3, donde se destacan los casos de Nueva EPS, COOSALUD, Mutual Ser, EMSSANAR, entre otras, las cuales tendrían una participación superior al 7% dentro del total de aportes de las EPS del régimen subsidiado para la modernización del PAI.

**Tabla 3. Aportes a Modernización del PAI por EPS Régimen Subsidiado
(Millones de pesos y %)**

No	Nombre EPS	No Afiliados	Aporte PAI (0,2% UPC)	Participación Aportes (%)
1	LA NUEVA EPS S.A.	3.244.455	5.662	12%
2	COOSALUD E.S.S.	3.142.629	5.484	12%
3	ASOCIACIÓN MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD ESS	2.362.522	4.123	9%
4	ASOCIACIÓN MUTUAL LA ESPERANZA ASMET SALUD	2.041.654	3.563	8%
5	ASOCIACIÓN MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD DE NARIÑO E.S.S. EMSSANAR E.S.S.	1.988.349	3.470	7%
6	SAVIA SALUD EPS	1.628.317	2.841	6%
7	CAJA DE DE COMPENSACION FAMILIAR CAJACOPI ATLANTICO	1.432.763	2.500	5%
8	NUEVA EPS S.A. -CM	1.238.973	2.162	5%
9	CAPITAL SALUD	1.208.882	2.109	4%
10	SALUD TOTAL S.A. E.P.S. CM	1.069.523	1.866	4%
11	E.P.S. SANITAS S.A.-CM	1.028.603	1.795	4%
12	E.P.S. FAMISANAR LTDA.-CM	609.982	1.064	2%
13	EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A-CM	599.760	1.047	2%
14	ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA	565.649	987	2%
15	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL HUILA "COMFAMILIAR"	559.143	976	2%
	OTRAS EPS	4.475.449	7.810	16%

Fuente: Elaboración propia a partir de información SISPRO.

Desde el régimen contributivo (Tabla 4), Nueva EPS, EPS Suramericana, Sánitas, Salud Total, Famisanar y Compensar concentran el 85% del impacto fiscal ante una eventual aprobación del proyecto legislativo. En todo caso, dado que el aporte se plantea como proporción de la UPC de cada afiliado, los aportes derivados de la UPC no implicarían riesgos de sostenibilidad fiscal para el sector salud ni para las EPS del sistema.

**Tabla 4. Aportes a Modernización del PAI por EPS Régimen Contributivo
(Millones de pesos y %)**

No	Nombre EPS	No Afiliados	Aporte PAI (0,2% UPC)	Participación Aportes (%)
1	LA NUEVA EPS S.A.	5.360.584	10.065	20%
2	EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A	4.753.050	8.925	17%
3	E.P.S. SANITAS S.A.	4.650.745	8.732	17%
4	SALUD TOTAL S.A. E.P.S.	3.832.599	7.196	14%
5	E.P.S. FAMISANAR LTDA.	2.492.765	4.681	9%
6	COMPENSAR E.P.S.	2.031.492	3.814	7%
7	EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. - EPS S.O.S. S.A.	757.746	1.423	3%
8	COOMEVA E.P.S. S.A.	305.566	574	1%
9	COMFENALCO VALLE E.P.S.	302.005	567	1%
10	LA NUEVA EPS S.A.-CM	301.280	566	1%
11	ALIANSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.	287.682	540	1%
12	COOSALUD E.S.S.-CM	264.131	496	1%
13	E.P.S. SALUDCOOP	229.864	432	1%
14	ASOCIACIÓN MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD ESS-CM	177.753	334	1%
15	ASOCIACIÓN MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD DE NARIÑO E.S.S. EMSSANAR E.S.S.-CM	147.536	277	1%
	OTRAS EPS	1.438.265	2.701	4%

Fuente: Elaboración propia a partir de información SISPRO.

En todo caso, es importante tener en cuenta que, en el caso de la financiación a través de las EPS, los recursos a aportar no superarían, el 0,2% de los ingresos provenientes de la UPC de sus afiliados o el 0,4% en el caso de la segunda opción, lo que será compensado con creces con los ahorros en el gasto en salud por la morbilidad, incapacidad y discapacidad dejada de ocurrir gracias a la inmune prevención.

Debe insistirse también que en vacunas la población agregada de cada EPS recibirá tres veces el valor aportado equivalente al 0,2% de la UPC y el ahorro por prevención de morbilidad y discapacidad será benéfico para las finanzas de cada EPS.

COMENTARIOS GENERALES FRENTE A CONSIDERACIONES DEL MHCP AL PROYECTO DE LEY

No es cierto que una eventual aprobación del proyecto de Ley pueda afectar la sostenibilidad fiscal de la Nación. Como se mencionó, el requerimiento adicional para la modernización del PAI equivale al 0,2% del presupuesto total del sector salud y al 0,025% del gasto total del PGN, demostrando que su efecto fiscal es marginal frente a la ejecución presupuestal del Gobierno Nacional.

Es importante tener en cuenta que las perspectivas fiscales del país se han proyectado al alza. Al respecto, la actualización del Plan Financiero 2022 del MHCP evidencia supuestos macroeconómicos favorables que derivaran en un mayor recaudo por parte del Gobierno Nacional Central.

Tabla 3. Supuestos macroeconómicos 2021-2022

Variable	2021		2022	
	MFMP	Actual	MFMP	Actual
PIB real (Variación, %)	6,0	9,7	4,3	5,0
Deflactor PIB (Variación, %)	4,4	7,0	3,4	4,0
PIB nominal (Variación, %)	10,6	17,5	7,9	9,2
Precio del petróleo (Brent, USD)	63	71	63	70
TRM promedio (pesos por dólar)	3.667	3.747	3.744	3.823
Importaciones en USD (Variación, %)	15,9	36,5	5,8	5,5

Fuente: DGPM - Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

En línea con lo anterior, según el Plan Financiero 2022 el Ministerio de Hacienda prevé que el recaudo tributario incremente en un 13,1% entre 2022 y 2021, magnitud correspondiente a cerca de \$21 billones adicionales. Además, la inversión pública pasaría del 2% al 2,6% del PIB, equivalente a \$7,9 billones de pesos, lo cual fortalece la idea de que los \$86 mil millones de la modernización del PAI con cargo al PGN no implicarán afectación sobre la sostenibilidad fiscal del país.

Tabla 5. Ingresos tributarios del GNC – 2021-2022

CONCEPTO	\$ MM		% del PIB		Var (2-1) (%)
	2021 (1)	2022 (2)	2021 (1)	2022 (2)	
Total recaudo bruto	173.899	196.749	14,8	15,3	13,1
Interno	140.042	159.376	11,9	12,4	13,8
<i>Renta</i>	78.083	89.487	6,6	7,0	14,6
<i>IVA</i>	46.569	52.210	4,0	4,1	12,1
<i>GMF</i>	9.857	11.161	0,8	0,9	13,2
<i>Timbre</i>	84	86	0,0	0,0	2,3
<i>Patrimonio y riqueza</i>	1.036	0	0,1	0,0	
<i>Consumo</i>	1.531	2.788	0,1	0,2	82,2
<i>Gasolina</i>	1.800	2.224	0,2	0,2	23,6
<i>Carbono</i>	334	382	0,0	0,0	14,2
<i>Normalización</i>	146	360	0,0	0,0	
<i>Inmuebles</i>	4	0	0,0	0,0	
<i>SIMPLE</i>	599	678	0,1	0,1	13,1
Externos	33.857	37.373	2,9	2,9	10,4
Recaudo en TIDIS y efectivo	12.095	13.749	1,0	1,1	13,7
Tributarios NO DIAN	424	469	0,0	0,0	10,7
Total recaudo neto	162.228	183.469	13,8	14,3	13,1

Fuente: DGPM - Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

Frente a los recursos del SGP Salud Pública es importante tener en cuenta dos consideraciones: 1) la necesidad de financiamiento corresponde al 0,1% de los ingresos corrientes de los gobiernos

subnacionales. 2) no requiere una asignación de recursos adicional a la que ya se transfiera para cubrir gastos en salud pública.

En cuanto a la UPC, el valor a aportar por cada EPS es proporcional a la cantidad de afiliados que posee.

Para solventar algunas de las problemáticas expresadas por el MHCP, podría optarse por expresar los recursos necesarios para la modernización en términos nominales (ej. \$86.000 millones ajustados año a año, como mínimo, con base en el IPC – mantener la asignación constante en términos reales) en vez de porcentajes sobre cada una de las fuentes.

Propuesta: Recursos anuales adicionales del PGN por \$86.000 millones para modernización del PAI, los cuales deberán ajustarse año a año, como mínimo, con base en el IPC. Los recursos adicionales equivalen, actualmente, al 10% de la inversión total en salud y al 0,2% del total del gasto en salud y protección social con cargo al PGN.

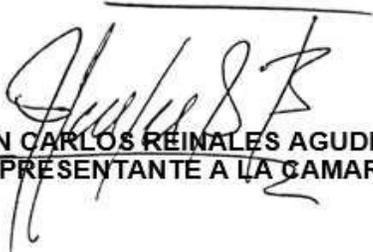
5. PLIEGO DE MODIFICACIONES

No se proponen modificaciones al texto propuesto en primer debate.

6. PROPOSICIÓN CON QUE TERMINA EL INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER DEBATE

Con fundamento en las anteriores consideraciones, solicito a la Comisión Séptima Constitucional Permanente, **dar primer debate** al Proyecto De Ley No.473 de 2022 Cámara - 197 de 2020 Senado “*Por medio de la cual se ordena la modernización y actualización permanente del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) en Colombia*”, conforme al texto propuesto para primer debate.

Cordialmente,



JUAN CARLOS REINALES AGUDELO
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

JUAN CARLOS REINALES AGUDELO

Representante a la Cámara
Departamento de Risaralda
Partido Liberal Colombiano

7. TEXTO PROPUESTO PARA TERCER DEBATE EN COMISIÓN SÉPTIMA DE CÁMARA DE REPRESENTANTES

PROYECTO DE LEY N° 197 DE 2020 SENADO

“Por medio de la cual se ordena la modernización y actualización permanente del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) en Colombia”

EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

Artículo 1°.- Objeto. La presente Ley tiene por objeto ordenar y financiar la modernización y actualización permanente del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), como estrategia de acción preventiva prioritaria para la garantía del derecho fundamental a la salud.

Artículo 2o. Principios Rectores del PAI. El PAI se regirá por los siguientes principios rectores:

- a. **Universalidad.** La aplicación de vacunas es un derecho al que puede acceder toda la población residente en el territorio nacional sin discriminación alguna. Lo anterior sin perjuicio de que por razones exclusivamente técnicocientíficas se priorice la aplicación de vacunas en unos grupos poblacionales determinados o no se recomiende su aplicación en otros.
- b. **Gratuidad.** La aplicación de las vacunas incluidas en el PAI es gratuita para todos los residentes en Colombia
- c. **Innovación.** Generación de conocimiento que oriente la inclusión de nuevas vacunas, el monitoreo y evaluación del comportamiento de las enfermedades inmunoprevenibles y el impacto de la vacunación a nivel nacional y local.
- d. **Progresividad.** El Estado Colombiano, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, ampliará progresivamente el cubrimiento del PAI en una actualización permanente del mismo, así como cumplir con el retiro de biológicos del esquema de vacunación sólo será procedente por razones técnico-científicas que demuestren su inconveniencia o ausencia de necesidad, buscando prevenir la morbimortalidad por inmunoprevenibles.
- e. **Equidad.** El Estado debe procurar el acceso de las poblaciones más vulnerables del país a los servicios de vacunación, no sólo a los mismos biológicos a los que pueden acceder las personas de mayores ingresos, sino también a las mismas condiciones de seguridad, eficacia, calidad, disminución de riesgos y de efectos colaterales y propiciar la mejor experiencia de usuario posible.
- f. **Responsabilidad solidaria.** La vacunación no sólo representa un derecho de las personas sino también un deber de solidaridad de toda la población dada sus implicaciones en materia de salud pública.
- g. **Transparencia.** La información de la actualización e implementación del PAI y sus análisis de soporte, será pública para consulta de los interesados, incluyendo las actas del Comité Nacional de Prácticas en Inmunización.
- h. **Sostenibilidad.** Los recursos asignados al programa de inmunizaciones deben responder a

las necesidades epidemiológicas del país y basarse en la evidencia científica disponible, de forma que se garantice el adecuado funcionamiento y eficiencia del programa.

- i. Previsión: El Estado debe mejorar la capacidad de previsión, planificación y adquisición de vacunas a escala nacional para salvaguardar los suministros asequibles y sostenibles que cubran las necesidades de la población, garantizando el inventario de seguridad para evitar el desabastecimiento temporal de vacunas.

Artículo 3°.- Elementos de la modernización y actualización del PAI. El proceso de modernización y actualización del PAI deberá contar como mínimo con los siguientes módulos conforme se describe a continuación:

- a) **Módulo normativo.** Corresponde al conjunto organizado de normas que regula integralmente el PAI.
- b) **Módulo financiero.** Corresponde a la contabilización de los recursos actuales que se destinan para el PAI así como los estudios y recursos requeridos para la ampliación de los beneficios. Este módulo considera como mínimo estudios de costo efectividad y retorno sobre la inversión de la modernización y actualización del PAI.
- c) **Módulo de inclusión-exclusión de vacunas.** Corresponde a los estudios de carácter técnico-científico que orientan la toma de decisiones para la inclusión-exclusión de nuevos biológicos dentro del esquema de vacunación, tomando en cuenta las recomendaciones del Comité Nacional de Prácticas de Inmunización o aquel que haga sus veces, así como criterios de factibilidad programática, eficiencia de la inversión, costo-efectividad, costo-beneficio, entre otros.
- d) **Módulo de sistemas de información.** Corresponde al sistema de información única y obligatoria que reúne toda la información relacionada con el PAI. Para tal efecto se podrán implementar estrategias de interoperabilidad. La información de éste módulo estará disponible en línea de acuerdo con los niveles de acceso que se definan en la reglamentación.
- e) **Módulo red de frío y almacenamiento.** Corresponde a la organización y optimización en todo el territorio nacional de la red de frío y almacenamiento requerida para el adecuado funcionamiento y desarrollo del programa.
- f) **Módulo de movilización y comunicaciones.** Corresponde a la estrategia coordinada para efectuar la movilización de los actores y población en torno al PAI y establecer los canales de comunicación adecuados.
- g) **Módulo de vigilancia epidemiológica.** Corresponde al monitoreo permanente en todo el territorio nacional de todos los eventos de interés epidemiológico relacionados con el PAI.
- h) **Módulo de evaluación.** Corresponde a los estudios de resultado e impacto que deben realizarse en forma permanente respecto del funcionamiento del PAI.
- i) **Módulo de talento humano.** Corresponde al personal en salud dedicado a ejecutar la inmunización intra y extramural, el cual deberá ser contratado con la suficiencia necesaria por las Empresas Promotoras de Salud en concordancia con lo dispuesto en el artículo 14° de la Ley 1122 de 2007.

Artículo 4°.- Actualización integral del PAI. El proceso de modernización y actualización permanente del PAI, además de la inclusión periódica de nuevos biológicos o nuevas tecnologías, de acuerdo con el avance técnico científico del momento, deberá desplegar estrategias para:

- a) Disponer de un sistema de información único, obligatorio que se ajuste a la

interoperabilidad de la historia clínica y a la disponibilidad en línea de la información, de acuerdo con los niveles de acceso que se reglamenten.

- b) Optimizar la red de frío, transporte y almacenamiento en todo el territorio nacional, en especial en las zonas más alejadas y de población dispersa.
- c) Movilizar a la población en torno al PAI y establecer adecuada comunicación con los distintos actores del SGSSS.
- d) Mantener un monitoreo permanente de todos los eventos de interés epidemiológico relacionados con el PAI.
- e) Evaluar de manera continua y sistemática los resultados y el impacto del PAI y su dinámica de actualización permanente.

Artículo 5º.- Responsables del proceso de modernización y actualización permanente del PAI. El Ministerio de Salud y Protección Social como máxima autoridad sanitaria del país, con el soporte técnico científico del Comité Nacional de Prácticas de Inmunización, será la entidad responsable de liderar y coordinar el proceso de modernización y actualización permanente del PAI, al cual concurrirán los actores del sistema general de seguridad social en salud.

El Ministerio de Salud y Protección Social con base en las recomendaciones del CNPI expedirá, como mínimo una vez cada dos años, la reglamentación que actualice el Programa Ampliado de Inmunizaciones, PAI, asignándoles responsabilidades a cada uno de los actores involucrados.

El presupuesto general de la nación, el presupuesto de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) y el componente de Salud Pública del Sistema General de Participaciones, SGP, concurrirán a la financiación sostenible de la modernización y actualización permanente del PAI.

Parágrafo 1. A partir de la vigencia de la presente ley todas las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios tienen la responsabilidad de ofertar los servicios de vacunación a toda la población en general indistintamente de la entidad a la cual se encuentren afiliados los usuarios, aplicando estrategia de vacunación sin barreras, que disminuya brechas en la materia y garantice el acceso a la vacunación.

Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social podrá ordenar a las empresas productoras o comercializadoras de bienes de consumo tales como leche, pañales desechables, pañitos húmedos, entre otros, que en sus empaques se incluya el esquema de vacunación vigente en Colombia, como una estrategia para la difusión del Programa Ampliado de Inmunizaciones.

Parágrafo 3. La actualización y modernización permanente del PAI deberá tener en cuenta las recomendaciones emitidas por el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud – IETS a partir de la evidencia disponible.

Artículo 6º.- Del CNPI. Existirá un Comité Nacional de Prácticas de Inmunización cuyo objeto principal será asesorar y recomendar los procesos de modernización y actualización permanente del PAI. Su conformación y reglamentación serán definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social. En todo caso deberá contar con la participación de las Sociedades Científicas relacionadas.

Artículo 7°.- Financiación a cargo del PGN. En las dos vigencias fiscales siguientes a la aprobación de la presente ley, para efectos de la financiación del PAI, en el presupuesto general de la nación, se garantizará, como mínimo, los mismos recursos públicos que se destinaron en la vigencia 2019, con un incremento real del 10% en la primera y otro 10% en la segunda.

Artículo 8°.- Financiación con cargo a la UPC. Con el fin de cofinanciar la modernización y actualización del PAI, la ADRES asignará anualmente un presupuesto para vacunación. Los recursos presupuestados para el efecto en la vigencia 2019, deberán mantenerse en términos reales para la vigencia 2023. Adicionalmente durante la vigencia 2023 la ADRES asignará recursos al rubro de vacunación equivalentes a dos décimas del incremento anual que se autorice de la UPC, de ambos regímenes, los cuales se descontarán, a cada EPS, de dicho incremento de la UPC. Durante la vigencia 2024, el descuento se incrementará de la misma manera, la ADRES descontará otras 2 décimas del incremento anual de la UPC, a cada EPS, y las asignará al rubro de vacunación. La suma resultante se mantendrá en el presupuesto, en el rubro de vacunación, durante las vigencias siguientes.

Artículo 9°.- Financiación con cargo al SGP. A partir de la vigencia fiscal de 2023, en el Sistema General de Participaciones, un punto, de los diez puntos porcentuales destinados para salud pública, se destinará a vacunación. Este se presupuestará sin situación de fondos en las entidades territoriales y se incorporará al rubro de vacunación de la ADRES, para efectos de la compra centralizada de los biológicos e insumos a través del PAI, para su posterior distribución.

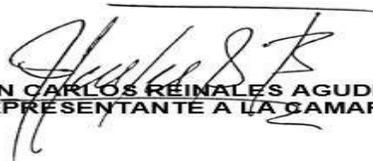
Artículo 10°.- Administración y compra centralizada. Para efectos de las compras centralizadas la totalidad de los recursos señalados en la presente ley para vacunación se transferirán y serán ejecutados por el Ministerio de Salud y Protección Social

En ningún caso podrán disminuir, de una vigencia a otra, los recursos presupuestados para el Programa Ampliado de Inmunizaciones.

Artículo 11°. Universalidad y reducción de inequidades en el acceso a la vacunación. El Ministerio de Salud generará estrategias para reducir la inequidad en el acceso a la vacunación, así como la implementación de intervenciones específicas para las comunidades más marginadas y aquellas que viven en entornos frágiles y grupos de riesgo especiales, con el fin de garantizar coberturas útiles de vacunación en todo el territorio nacional.

Artículo 12°. Vigencia y derogatorias. Esta ley rige a partir de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

Cordialmente,



JUAN CARLOS REINALES AGUDELO
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

JUAN CARLOS REINALES AGUDELO

Representante a la Cámara
Departamento de Risaralda
Partido Liberal Colombiano