

Reseñas

EVALUACION DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION EN COLOMBIA¹

La Organización Panamericana de la Salud ha elaborado una metodología para la realización de evaluaciones multidisciplinarias del Programa Ampliado de Inmunización en las Américas. Esta actividad de evaluación forma parte de los objetivos del PAI a plazo mediano, resumidos en el Informe del Director (documento CD 27/16) a la XXVII Reunión del Consejo Directivo de la OPS del 22 de septiembre al 3 de octubre de 1980. Este proceso ayudará a los países miembros a medir su progreso hacia la meta de proveer servicios de inmunización para todos los niños en 1990.

Las evaluaciones tienen por objeto la identificación de los principales problemas que están impidiendo la marcha de los programas; el estudio de las posibles soluciones, expresadas en forma de recomendaciones, y la elaboración de un plan de acción para llevar a la práctica las recomendaciones. El equipo evaluador se integra con funcionarios nacionales del Ministerio de Salud correspondiente, con representación multidisciplinaria. El primer país de la Región de las Américas que realizó dicha evaluación fue Colombia, del 10 al 21 de noviembre de 1980. A continuación se resumen la metodología y los resultados de la evaluación en ese país.

Metodología

El objeto de la evaluación del PAI en

Colombia fue perfeccionar la actividad de inmunizaciones en el país para reducir la morbimortalidad causada por las seis enfermedades comprendidas en el PAI, a saber, tétanos, sarampión, difteria, tos ferina, poliomielitis y tuberculosis. La evaluación tuvo tres fases:

1) Recopilación de información sobre el actual funcionamiento del PAI en Colombia.

2) Análisis de los datos recogidos y observaciones para identificar los logros y problemas de las actividades de inmunización y el diseño de recomendaciones para solucionar factores limitantes identificados.

3) Diseño de un cronograma de actividades para llevar a la práctica las recomendaciones. Cabe señalar que esta etapa se consideró esencial y novedosa en la evaluación del PAI. En efecto, a menudo se han hecho evaluaciones de programas de salud con recomendaciones, pero sin planificar la puesta en marcha de esas recomendaciones, lo que dio por resultado que las mismas no se llevaran a la práctica en forma eficaz.

El equipo de evaluación

El equipo de evaluación se integró con funcionarios del Ministerio de Salud de Colombia; contó además con la colaboración de funcionarios de la OPS y del jefe del PAI del Ministerio de Salud Pública de Ecuador, que participó como observa-

¹ Organización Panamericana de la Salud y Ministerio de Salud de Colombia. (Documento mimeografiado.)

dor. Su labor consistió en identificar los pasos para llevar a cabo cada recomendación, decidir una fecha de cumplimiento y señalar las instituciones responsables para cada paso, y resumir todo lo anterior por escrito en el cronograma.

Estudio del funcionamiento del PAI en Colombia

Esta etapa constituyó la mayor parte de la actividad de la evaluación. En ella se revisó en forma sistemática el funcionamiento de las actividades del PAI y de otros programas afines desde el nivel central hasta la comunidad.

El sistema oficial de salud de Colombia presta servicio de medicina curativa y preventiva. El Ministerio de Salud es el nivel central nacional y el responsable de la dirección política, técnica y normativa de los programas de salud. De él dependen los 31 Servicios Seccionales de Salud, que dirigen los programas de salud en los 22 departamentos, 8 territorios nacionales y el Distrito Federal; son semiindependientes del Ministerio de Salud y pueden adoptar las normas y políticas que imparte dicho Ministerio.

Por su parte, el Seguro Social de Colombia provee servicios de medicina curativa y preventiva a sus afiliados y familiares; sus dependencias informan a los Servicios Seccionales de Salud y al Ministerio de Salud sobre sus actividades de inmunizaciones.

La vacunación de la población infantil en Colombia comenzó hace más de 15 años. Al principio, el programa de vacunación estaba bajo el control de la Dirección de Epidemiología, el grupo objeto del programa eran los niños menores de cinco o seis años, y se administraban solamente dos dosis de vacunas DPT y antipoliomielítica. Con posterioridad, el programa de vacunación fue evolucionado. En 1974 se inició el uso generalizado de la va-

cuna antisarampionosa; en 1975 se cambió la norma de inmunización primaria con DPT y antipoliomielítica de dos a tres dosis; en 1979 el Ministerio de Salud adoptó las normas del PAI, y en 1980 comenzaron a aplicarse dichas normas.

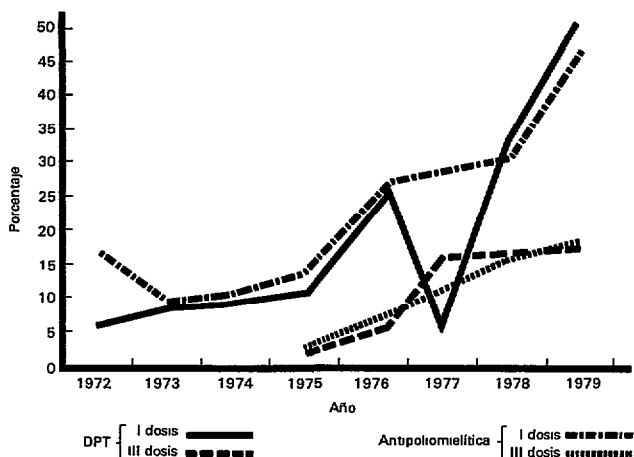
Entre 1971 y 1979 las coberturas de inmunizaciones se calcularon solamente por medio del análisis de los registros de vacunación, y no se han llevado a cabo encuestas de cobertura por muestreo. Las figuras 1 y 2 presentan estimaciones de cobertura de inmunización en los menores de un año de edad. Por su parte, las coberturas de niños menores de un año con vacunas DPT y antipoliomielítica han aumentado paulatinamente durante el decenio, alcanzando en 1979 alrededor del 45% con primera dosis pero menos del 20% con tercera dosis. El porcentaje de menores de un año que recibían BCG aumentó de 5% en 1974 a 45% en 1979. Para la vacuna antisarampionosa la cobertura era de sólo 15%. Asimismo, el porcentaje de todas las embarazadas que recibieron la segunda dosis del toxoide tetánico (TT) y diftérico (TD) era menor del 3% en 1979 (figura 3). Con todo, durante el quinquenio 1975-1979 las tasas de morbilidad causadas por las seis enfermedades del PAI mostraron una tendencia a disminuir, con la posible excepción del tétanos (figuras 4 y 5).

El PAI a nivel nacional

Si bien a nivel nacional el PAI en Colombia depende del Ministerio de Salud, la ejecución de los programas dependen de los Servicios Seccionales de Salud en los departamentos y territorios nacionales. Las funciones del Ministerio de Salud comprenden la provisión de fondos y equipos, asesoría técnica, normatización, capacitación, supervisión, evaluación y promoción.

Apoyo financiero. El PAI cuenta con apoyo financiero suficiente otorgado por el Ministerio de Salud. El aporte anual que

FIGURA 1—Porcentajes de cobertura con I y III dosis de vacuna antipoliomielítica y DPT en la población de menores de un año, Colombia, 1972-1979.

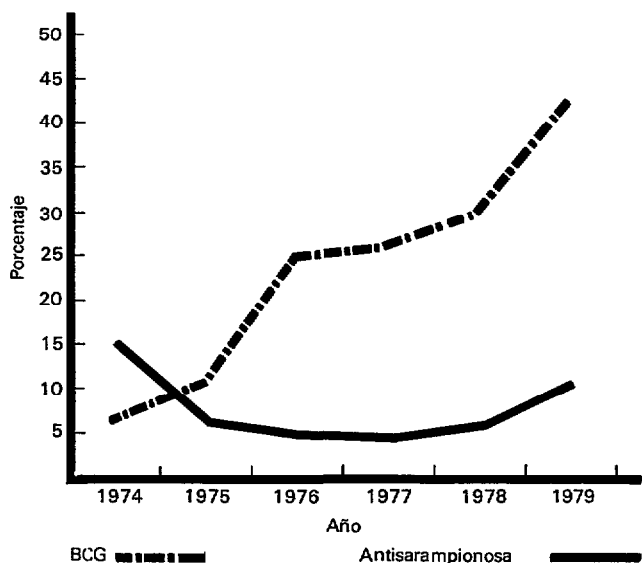


Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud, Colombia.

recibió en 1979 y 1980, y el programado para 1981 fue de US \$1 911 111. Además, los Servicios Seccionales de Salud contribuyeron con fondos provenientes de sus pro-

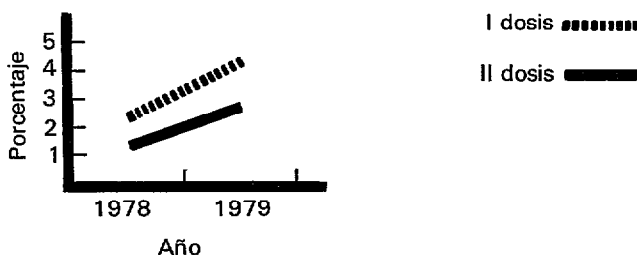
prios presupuestos para las actividades de inmunización. Por ejemplo, pagaron los sueldos de todo el personal operativo (de enfermería y los vacunadores). Por su par-

FIGURA 2—Porcentajes de cobertura con vacuna antisarampionosa y BCG en la población de menores de un año, Colombia, 1974-1979.



Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud, Colombia.

FIGURA 3—Porcentajes de cobertura con I y II dosis de toxoide tetánico en la población de embarazadas, Colombia, 1978-1979.



Fuente: Grupo de Inmunizaciones, Ministerio de Salud, Colombia

te, la OPS aportó US \$10 000 en 1979 y \$7 000 en 1980. Por último, en 1979, con motivo del Año Internacional del Niño, UNICEF y la Federación Nacional de Cafeteros de Colombia han proporcionado apoyo financiero a la campaña de inmunización por concentraciones.

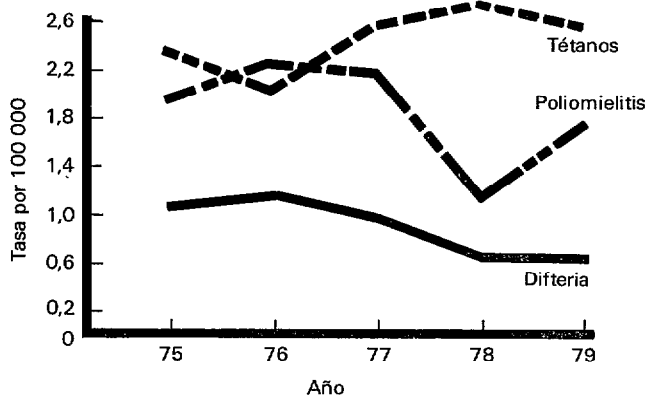
Normalización. En 1979 se publicó y se distribuyó a todos los niveles de los Servicios Seccionales de Salud 3 000 ejemplares de un manual operacional de normas del PAI. Al respecto, un problema grave es el desacuerdo con las asociaciones profesionales de pediatría. Los pediatras exigen cuarta y quinta dosis (refuerzos) de DPT y antipoliomielítica y aplicación de la antisa-

rampionosa a partir de los 15 meses de edad, y se oponen al esquema de vacunación recomendado por el Ministerio de Salud.

Esquema de inmunización. En 1980 se aplicaron las normas del PAI en Colombia por primera vez. La meta era lograr la cobertura del 100% de los niños de un año y del 80% de los niños de uno a tres años que no hubieran sido vacunados previamente. La norma para inmunización de embarazadas con el toxoide tetánico (TT) en zonas endémicas consistía en aplicar dos dosis al 100% de embarazadas no vacunadas previamente.

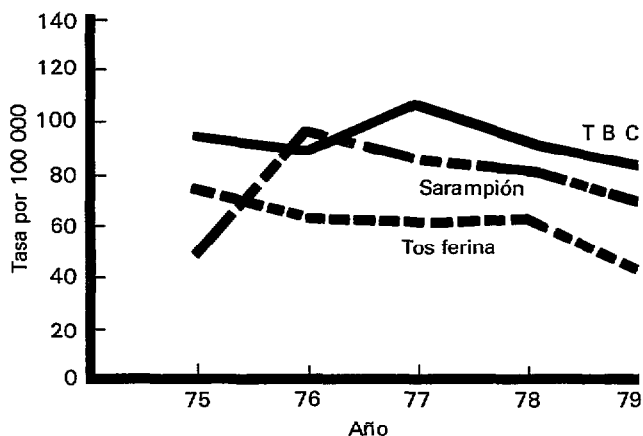
Compra de vacuna. Colombia obtiene

FIGURA 4—Morbilidad por tétanos, poliomieltis y difteria por 100 000 habitantes, Colombia, 1975-1979.



Fuente: Grupo de Inmunizaciones, Ministerio de Salud, Colombia

FIGURA 5—Morbilidad por TBC, sarampión y tos ferina por 100 000 habitantes, Colombia, 1975-1979.



Fuente: Grupo de Inmunizaciones, Ministerio de Salud, Colombia.

las vacunas antipoliomielítica y antisarampionosa a través del Fondo Rotatorio de la OPS. Los laboratorios del Instituto Nacional de la Salud de Bogotá producen las vacunas TT, BCG y DPT.

Cadena de frío. Existen dos bancos de vacunas diferentes a nivel central. El Instituto Nacional de la Salud mantiene las vacunas que produce en sus cuartos de refrigeración y congelación. Además, el Grupo de Inmunizaciones mantiene otro banco en la sede de malaria que cuenta con dos cuartos de refrigeración y uno de congelación. Asimismo, se programó la construcción de un nuevo banco para vacunas en la sede de malaria y la compra de unas 1 000 neveras y 500 termos.

El PAI a niveles seccional, regional y local

Los Servicios Seccionales de Salud son los responsables directos del desarrollo del PAI en sus respectivas zonas de influencia, tanto en el nivel regional como en el local. En general, las coberturas de vacunación que se observaron en algunas zonas dependientes de los Servicios Seccionales de Sa-

lud en 1980 han sido bajas (BCG 47,3%; antisarampionosa 19,3%; DPT 17,4%; antipoliomielítica 16,8% y TT 4,1%). Asimismo, cabe destacar una marcada deserción entre la primera y tercera dosis.

En cuanto a otros aspectos de la evaluación, se sintetizan en las Conclusiones.

Conclusiones del equipo de evaluación

A continuación se presentan los principales logros y problemas del PAI que identificó el grupo de evaluación, así como las recomendaciones elaboradas.

Logros del PAI

Administración. Se ha constituido un grupo gerencial del PAI a nivel central y se ha identificado un responsable del programa en los niveles seccionales y en algunas regionales de salud.

Recursos financieros. El PAI ha recibido apoyo financiero suficiente para su desarrollo durante los años 1979 y 1980.

Cadena de frío. Se ha puesto en funcionamiento una cadena de frío funcional

con todos los equipos hasta el nivel regional, la que aún es incompleta en el nivel local.

Suministros y equipo. Se ha establecido un sistema de adquisición y distribución de suministros y biológicos para proveer a todos los niveles en cantidad suficiente y oportuna.

Normatización. El grupo del PAI ha elaborado un manual operacional de normas y ha distribuido 3 000 ejemplares a todos los niveles. Algunas seccionales han hecho adaptaciones y distribución del mismo para sus niveles operativos.

Capacitación. Se ha impulsado un taller nacional del PAI con el fin de preparar multiplicadores en los niveles seccionales, los que en su mayoría han realizado cursos de capacitación en sus áreas de trabajo.

Programación. Los criterios de programación del PAI están incluidos en el subsistema de planeación del Ministerio de Salud.

Supervisión. Se ha constituido un grupo de supervisión del PAI a nivel central y en algunas seccionales de salud.

Sistema de información y vigilancia epidemiológica. Existe una infraestructura en todos los niveles para la recolección y el procesamiento de datos. En el nivel central y en algunas seccionales hay capacidad de análisis y divulgación de la información sobre vacunación y morbilidad. Además, existen registros unificados para vacunación y vigilancia epidemiológica que se llevan en todos los niveles.

Problemas del PAI

Cobertura. Se ha observado que en el último decenio las coberturas de vacunación en Colombia son muy bajas. De enero a octubre de 1980 las coberturas en niños menores de un año de edad con vacuna antisarampionosa y tercera dosis de DPT y antipoliomielítica fueron inferiores

al 20%. Si bien el grupo de niños objeto del PAI son los menores de un año de edad, la mayoría de las vacunaciones se hacen en niños mayores de un año. Se observa que la deserción entre primeras y terceras dosis (vacunas DPT y antipoliomielíticas) es de alrededor de un 60%. La cobertura con segunda dosis de toxoide tetánico en embarazadas fue inferior al 5%. Por otra parte, las regiones endémicas con tétanos neonatal no están aún claramente identificadas como sería necesario para fomentar la vacunación con toxoide tetánico de las embarazadas en las áreas de más alto riesgo.

Población. Los estimados de población, especialmente de los menores de un año de edad, varían mucho, hecho que dificulta la programación y evaluación de todos los programas de salud.

Programación. Los instrumentos de programación no se adecuan al nivel local, y éste generalmente no participa en el proceso. En los establecimientos de salud se da prioridad a las actividades curativas y, como consecuencia, el tiempo asignado para vacunación es insuficiente. En muchos establecimientos el personal de enfermería no realiza vacunaciones. Por otra parte, no hay mecanismos de control de gestión.

Capacitación. En algunos niveles la capacitación es todavía insuficiente para el desempeño de las actividades, y por tanto ocasiona el desconocimiento de las normas del PAI.

Administración. En los niveles nacional y seccionales no existe un plan de operaciones que defina los objetivos del programa a corto y mediano plazo, con un cronograma de actividades y metas y un sistema de evaluación periódico.

Coordinación. A nivel central, falta coordinación con otras secciones afines del Ministerio de Salud, en particular la maternoinfantil, de atención primaria y de participación de la comunidad. También existe incoordinación con las sociedades

nacionales de pediatría.

Cadena de frío. Existe duplicidad en la administración de los depósitos centrales y algunos problemas de manejo y mantenimiento, lo cual también se observa en los niveles periféricos, especialmente en lo que se refiere a las normas de control de temperatura. Falta agilidad administrativa para la entrega de suministros por parte de los almacenes a todos los niveles. Por último, las frecuentes interrupciones en el fluido eléctrico dificultan la conservación de los biológicos.

Sistema de información y vigilancia epidemiológica. Los retrasos en el flujo y calidad de la información dificulta la toma de decisiones oportunas, elementos que afectan principalmente la vigilancia epidemiológica y la evaluación de la cobertura. Por otra parte, los niveles regional y local no participan en la vigilancia epidemiológica por falta de capacitación del personal existente.

Recomendaciones para el PAI

Programación. Se señaló la necesidad de:

- Fomentar la vacunación en los menores de un año.
- Promover la vacunación de las embarazadas en las zonas donde el tétanos es endémico.
- Realizar una encuesta sobre causas de deserción entre primeras y terceras dosis de las vacunas DPT y antipoliomielítica para tomar las medidas correctivas.
- Determinar las cifras reales de población.
- Adecuar los instrumentos de programación para el nivel local y fomentar su participación.
- Asegurar que el personal de enfermería de todos los establecimientos de salud participen en la actividad de inmunización en su área de influencia.
- Aprovechar al máximo el recurso de

vacunadores, programándolos en las zonas prioritarias donde el personal de enfermería sea insuficiente.

- Evitar el rechazo atendiendo toda la demanda sin considerar el posible desperdicio del biológico.
- Planificar y ejecutar un sistema de control de gestión.

Capacitación. El grupo recomendó:

- Reforzar y facilitar la difusión de normas operacionales y la multiplicación de talleres de capacitación a nivel local, incluyendo las normas de vigilancia epidemiológica.

Administración. En esta esfera se destacó la importancia de:

- Diseñar en los niveles central y seccionales un plan de operaciones con definición de los objetivos y metas a corto y mediano plazo, incluyendo un cronograma de supervisión y evaluación periódica del programa.
- Reforzar la capacidad de supervisión del nivel central con el establecimiento de dos cargos de médicos supervisores, y solicitar a la OPS un Oficial Técnico permanente para el PAI, a ejemplo de los programas de Ecuador y Perú.
- Financiar coordinadores seccionales y regionales para atención primaria que se dediquen especialmente al PAI.

Coordinación. Este aspecto requiere:

- Incentivar la coordinación intra e interinstitucional a través de reuniones periódicas para conseguir la unificación de criterios en los manuales de las diferentes divisiones técnicas y aceptación de las normas del Ministerio de Salud por las sociedades nacionales de pediatría.
- Definir las áreas específicas para el apoyo de la atención primaria al PAI.

Cadena de frío. Para su funcionamiento adecuado es necesario:

- Establecer un sistema eficiente para el manejo y mantenimiento de los depósitos centrales y seccionales de vacunas.

- Centralizar la distribución de biológicos del PAI bajo la responsabilidad del grupo de inmunizaciones.

- Asegurar que las vacunas que se utilizan en el programa cumplan con los requerimientos de potencia y calidad recomendados por la OMS.

- Establecer mecanismos para agilizar la distribución de material y equipo en los diferentes niveles del sistema nacional de salud.

Sistema de información y vigilancia epidemiológica. Se recomendó:

- Determinar las coberturas reales de vacunación en el país a través de la técnica de muestreo aleatorio.

- Llevar a la práctica estrategias que permitan la obtención más oportuna y completa de datos.

Promoción. El grupo de evaluación señaló la necesidad de:

- Utilizar los medios de comunicación en forma continua para promover la inmunización en todos los niveles, especialmente en los menores de un año de edad y las embarazadas.

- Realizar una reunión del grupo nacional de evaluación del PAI, en abril de 1981, para establecer los avances logrados en el cumplimiento de estas recomendaciones. Esta reunión será promovida y coordinada por el jefe del grupo de inmunizaciones del Ministerio de Salud.

- Llevar a cabo una nueva evaluación del PAI en 1982.

Miembros del equipo de evaluación

Ministerio de Salud, Colombia

Dr. Wilfrido Dávila, Jefe, Grupo de Inmunizaciones.

Enf. Magnolia Giraldo, Jefe, Sección Evaluación y Diagnóstico, Oficina de Planeación.

Enf. Lida Guerrero, Enfermera, División Maternoinfantil.

Dr. Fernando Herrera, Médico, Grupo de Inmunizaciones.

Enf. Soledad Malagón, Enfermera, Grupo de Inmunizaciones.

Dr. Carlos Tobón, Asesor para la Coordinación de la Atención Primaria de Salud, Secretaría General del Ministerio de Salud.

Dr. Henry Torrente, Médico, Grupo de Inmunizaciones.

Dr. Jairo Zapata, Jefe, Sección Evaluación y Corrección de Funcionamiento, Dirección de Epidemiología.

Organización Panamericana de la Salud

Dr. Humberto Baquero, Jefe, PAI, Ecuador.

Dr. Stephen Jones, Epidemiólogo, CDC, Atlanta.

Dr. Luis Alberto Valle, Asesor en Planeación, Colombia.

Sr. Roberto Unda, Oficial Técnico, PAI, Ecuador.

Dr. Ciro de Quadros, Consultor Regional, PAI, Washington.

LA FORMACION DEL NUTRICIONISTA-DIETISTA EN AMERICA LATINA¹

La magnitud del problema nutricional en los grupos etarios más vulnerables, que es en los que se ha cuantificado con mayor

precisión la desnutrición, sobrepasa una cifra mayoritaria en los países del tercer mundo. En varios países de América Latina los niños desnutridos menores de 5 años constituyen entre el 60 y el 80% del total de niños de esa edad.

¹ Informe preparado por la Dra. Susana J. Icaza, INCAP, Organización Panamericana de la Salud.