

DOCUMENTO DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

COLOMBIA

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI) 2005-2008

(CO-L1002)

PROPUESTA DE PRÉSTAMO

Este documento fue preparado por el equipo de proyecto integrado por: Amanda Glassman, Jefa de equipo (RE3/SO3); Loreto Biehl (COF/CCO); Antonio Giuffrida (RE3/SO3); Kevin McTigue (LEG); Ethel Muhlstein (RE3/SO3); Mario Sánchez (RE3/SO3); Leslie Stone (RE3/SO3); Mark Lopes (consultor); y María Claudia Vásquez (consultora).

INDICE

I.	MARCO DE REFERENCIA	
A.	Marco socioeconómico.....	3
B.	El sector	3
C.	Estrategia sectorial del país	13
D.	Estrategia sectorial del Banco	14
E.	Estrategia del programa.....	16
F.	Coordinación con otros donantes	18
II.	EL PROGRAMA	18
A.	Objetivos del programa	18
B.	Descripción del programa	18
C.	Costo y financiamiento.....	22
III.	EJECUCIÓN DEL PROGRAMA	23
A.	El prestatario y el organismo ejecutor	23
B.	Ejecución y administración del programa	23
C.	Adquisición de bienes y servicios	24
D.	Cronograma de ejecución y desembolsos	26
E.	Seguimiento y evaluación	27
IV.	VIABILIDAD Y RIESGOS	31
A.	Viabilidad institucional	31
B.	Viabilidad financiera	32
C.	Impacto ambiental y social.....	32
D.	Beneficios y beneficiarios	33
E.	Riesgos	33

ANEXOS

ANEXO 1	MATRIZ DE RESULTADOS
ANEXO 2	TÉRMINOS DE REFERENCIA – AUDITORÍA DE DESEMPEÑO DEL PROGRAMA

SIGLAS Y ABREVIATURAS

ARS	Administradores de Riesgos en Salud (aseguradores públicos)
CICR	Comité Internacional de la Cruz Roja
CNUDMI	Comisión de las Naciones Unidas para el Derecho Mercantil Internacional
CT	Coordinación técnica
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DHS	Demographic and Health Survey
DQAC	Data Quality Audit Colombia (Auditoría de Calidad de Información Colombia)
EBP	Estrategia del Banco con el País
EPS	Entidades promotoras de servicios de salud
INS	Instituto Nacional de Salud
IR	Indicador de resultado
ISDP	Informe de Seguimiento del Desempeño del Proyecto
MPS	Ministerio de Protección Social
ODM	Objetivo de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de Salud
OPS	Organización Panamericana de Salud
PAB	Plan de atención básica
PAI	Programa Ampliado de Inmunizaciones
PFR	Préstamo en función de resultados
PGN	Presupuesto General de la Nación
PND	Plan Nacional de Desarrollo
POA	Planes Operativos Anuales
POS	Plan Obligatorio de Salud
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
UCT	Unidad de Coordinación Técnica

Referencias electrónicas

Datos básicos socioeconómicos	http://devdata.worldbank.org/external/CPProfile.asp?SelectedCountry=COL&CCODE=COL&CNAME=Colombia&PTYPE=CP
Cartera en ejecución & Préstamos aprobados	http://ops/approvals/PDFs/COsp.pdf
Programa tentativo de préstamos	http://opsgs1/ABSPRJ/tentativelending.ASP?S=CO&L=SP
Información disponible en los archivos de RE3/SO3	http://opsws3.reg.iadb.org/idbdocswebservices/getDocument.aspx?DOCNUM=416473

RESUMEN DEL PROYECTO

COLOMBIA

Programa de Fortalecimiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) 2005-2008

Préstamo en Función de Resultados (CO-L1002)

Términos y Condiciones Financieras ¹

Prestatario: República de Colombia			Plazo de amortización:	25 años
Garante: No aplicable			Período de gracia:	5.5 años
Organismo Ejecutor: Ministerio de Protección Social			Desembolso:	5 años
Fuente	Monto	%	Tasa de interés:	Ajustable
BID (CO)	107 m.	80	Comisión de inspección y vigilancia:	0%
Local	26,7 m.	20		
Otro/Cofinanciamiento			Comisión de crédito:	0,25%
Total	133,7 m.	100	Moneda:	Dólar estadounidense tomado de la Facilidad Unimonetaria del Capital Ordinario del Banco

Esquema del Proyecto

Objetivo del proyecto: Aumentar la equidad del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), manteniendo un nivel adecuado de cobertura de vacunación en niños de hasta 5 años, aumentando la cobertura en municipios de baja cobertura y fortaleciendo la operatividad del PAI.

Condiciones contractuales especiales: El Contrato de Préstamo hará referencia a la condición de contratar a la OPS para la compra de biológicos a través de su Fondo Rotatorio antes del primer desembolso. *Véase párrafo 4.10*

Excepciones a las políticas del Banco:

El prestatario ha pedido una excepción a la política del Banco (documento GN-2278-2) para que en este caso específico el anticipo fuera descontado proporcionalmente contra cada tramo del préstamo en función de resultados. Véase párrafo 3.12.

El proyecto es coherente con la

Estrategia de País: Sí ☒ No ☐
SEQ ☒ PTI ☒ Sector ☒ Geográfica ☐ % de beneficiarios ☐

El proyecto califica como: ☐

Fecha verificación del CESI: 4 de febrero de 2005

Revisión social y ambiental: El programa apuntará a mejorar la cobertura de vacunación, especialmente en los municipios de mayor pobreza, que incluyen poblaciones afrodescendientes e indígenas. Para mitigar el riesgo de deshecho inadecuado de jeringas, se incluirá un programa de deshecho seguro. *Véanse párrafos referencia cruzada 4.4 a 4.6*

Adquisiciones: El programa financiará la compra de biológicos, jeringas, equipos y asistencia técnica. La compra de biológicos y jeringas se realizará bajo la Ley 80 de 1993 y a través del Fondo Rotatorio de la OPS, lo que está de acuerdo con prácticas y principios de competencia, economía, eficiencia y transparencia. Las licitaciones para contratación de asistencia técnica y compra de equipos se realizarán siguiendo los procedimientos de adquisiciones del Banco. *Véanse párrafo(s) referencia cruzada 1.20-1.23, 3.6-3.9 y 4.10.*

¹ La tasa de interés, la comisión de crédito, y la comisión de inspección y vigilancia que se mencionan en este documento se establecen según lo dispuesto en el documento FN-568-3-Rev. El Directorio Ejecutivo puede modificarlas tomando en consideración los antecedentes existentes a la fecha, así como la respectiva recomendación del Departamento de Finanzas. En ningún caso la comisión de crédito podrá superar el 0,75%, ni la comisión de inspección y vigilancia el 1%. (*)

(*) En lo que respecta a la comisión de inspección y vigilancia, en ningún caso el cargo podrá superar en un semestre dado el monto que resultaría de aplicar el 1% al monto del préstamo, dividido por el número de semestres incluido en el plazo original de desembolso.

I. MARCO DE REFERENCIA

A. Marco socioeconómico

- 1.1 Colombia enfrentó la más grave recesión de los últimos 70 años durante el período 1997-9; los impactos fueron particularmente severos sobre la población pobre del país. Los estudios recientes acerca de la evolución de la pobreza¹ sugieren que: (i) la crisis aumentó considerablemente los niveles de pobreza en Colombia, independientemente de cómo se mida la pobreza; (ii) hay signos de que el crecimiento económico está mejorando la situación de pobreza; (iii) los niveles de pobreza disminuyeron en el 2003, para todas las medidas y todas las regiones, aunque siguen siendo más altos que los que había antes de la recesión; (iv) el descenso en la pobreza extrema es mayor que en pobreza; (v) la pobreza rural ha disminuido más que la urbana; y (vi) a pesar de las mejoras en el ingreso per cápita, el aumento en la desigualdad no permitió que los niveles de pobreza decrecieran más rápido. Esta desigualdad persistente de ingresos se refleja también en desigualdades en acceso a servicios sociales, incluidos los de salud como es la vacunación.

B. El sector

1. La vacunación en una perspectiva global

- 1.2 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; (iii) el desarrollo indirecto del capital humano; y (iv) la reducción de costos asociados a la atención de enfermedades prevenibles. 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 ingreso². Adicionalmente, la vacunación tiene un impacto importante en prevenir otros problemas de salud que aparecen muchos años después de tener la enfermedad. Estar expuesto a algunas enfermedades infecciosas 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, el

¹ Ver, por ejemplo, Vélez, Carlos Eduardo (2002) *Colombia Poverty Report*, Santa María, Mauricio(2004) "Colombia Poverty Calculations".

² Gwatkin 2000.

sarampión y la rubéola en los países latinoamericanos coordinados por la Organización Panamericana de Salud (OPS)³.

- 1.3 Lanzado en la década de los setenta al nivel mundial, el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) es una iniciativa que prioriza 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 durante la década de los 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 salud^{4 5}.

2. La mortalidad infantil y las enfermedades inmuno-prevenibles en Colombia

- 1.4 La tasa de mortalidad infantil 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 (1970) muertes por mil nacidos vivos a 30,6 (2000)⁶, se considera que el descenso ha sido relativamente modesto en comparación con las experiencias de otros países latinoamericanos. Gran parte de este descenso se explica por la introducción de la vacunación.
- 1.5 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 vacunación⁷. Esta proporción ha sido estimada en un 7,4% del total.

³ 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.

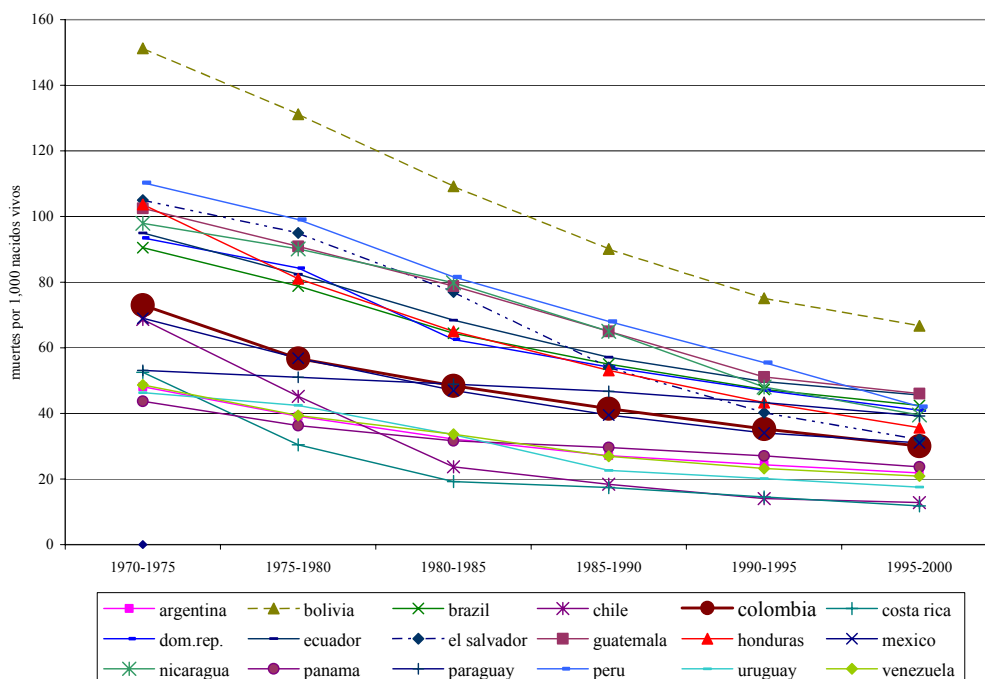
⁴ Para que la vacunación sea efectiva para erradicar una enfermedad, se debe mantener niveles de vacunación entre 80% y 92%, dependiendo de la enfermedad específica (Fine 1993).

⁵ Una breve reseña de la literatura internacional sobre el costo-efectividad de la vacunación se encuentra en Levine, Ruth E. *Part B: Cost Effectiveness of Immunization: Asking the Right Questions* en *The Vaccine Book*, Barry R. Bloom and Paul-Henri Lambert, eds., Academic Press, 2003.

⁶ Demographic and Health Survey (DHS) 2000, Urdinola 2003.

⁷ Esto puede ser el caso cuando los síntomas de distintas enfermedades son similares, como es el caso con H. Influenza y neumonías.

Gráfico I-1: Evolución de la Tasa de Mortalidad Infantil, 1970-2000



3. Las tasas de vacunación en Colombia

- 1.6 Según cifras oficiales de bases de datos administrativos del PAI, 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 al 75% y 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 viral⁸) recuperaron su tendencia positiva llegando a niveles cercanos a los observados en el 1996, más del 90% para todos los biológicos⁹.
- 1.7 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

⁸ La “triple viral” se refiere a una vacuna contra el sarampión, la rubéola y la parotiditis.

⁹ Utilizando una proyección de denominador con base en el registro de nacidos vivos ajustado por la mortalidad infantil y el subregistro.

promedio. Asimismo, como señala el Cuadro I-1, los niños con madres con menores niveles de educación tienden a tener menores niveles de vacunación, mostrando la fuerte relación entre pobreza y acceso a servicios de salud.

Cuadro I-1: Vacunación en cualquier momento por nivel de educación de la madre entre niños 12-23 meses, 2000 (ENDS 2000)

Porcentaje de niños 12-23 meses que recibió cada vacuna en cualquier momento											
Nivel de educación de la madre	BCG	DPT 1	DPT 2	DPT 3	Polio al nacer	Polio 1	Polio 2	Polio 3	Anti-sarampión	Todas	Ninguna
Sin educación	77.6	84.3	70.5	50.6	58.3	82.0	74.8	48.3	44.4	26.7	5.5
Primaria	91.1	95.2	86.6	73.4	58.6	96.8	87.3	67.6	67.6	46.9	0.8
Secundaria	95.6	95.0	90.0	77.9	68.9	97.5	89.6	73.8	73.0	55.5	0.7
Universitaria	96.6	100.0	98.5	92.7	81.3	100.0	97.8	81.2	80.3	62.1	0.0
Total	93.4	95.3	88.9	76.8	65.8	97.0	89.1	71.3	70.8	52.0	0.8

1.8 Adicionalmente, pocos niños son totalmente vacunados a la edad adecuada. La oportunidad en la vacunación es clave; el cronograma de vacunas por edad depende de la habilidad para estimular una respuesta inmunológica y la edad asociada con una vulnerabilidad mayor a la enfermedad o morbilidad, así que una tasa de vacunación por debajo del mínimo necesario (~85%) puede resultar en brotes de enfermedad. 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.

1.9 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 software para el registro de información, diseñado para ingresar fácilmente los datos y calcular la cobertura por cada vacuna. El resto de departamentos presentan problemas de atrasos en la entrega de la información, de sub-reportaje por parte de los municipios (algunos informen a tiempo, otros no) y de validez de los datos (subregistro o sobregistro de vacunación)¹⁰. El tamaño de este error aún no ha sido cuantificado, aunque fue estudiado en una muestra pequeña de

¹⁰ Por ejemplo, en algunos municipios la cobertura de las vacunas de DPT 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.

municipios y departamentos en una auditoría de la calidad de datos (DQA) realizada como parte de la preparación del programa¹¹.

- 1.10 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 hace 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 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 (17,5% total) 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.
- 1.11 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 encuesta¹². Sin embargo, el PAI reconoce como importante realizar este seguimiento, particularmente en la ausencia continua de un nuevo censo.
- 1.12 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

¹¹ Auditoría de Calidad de Información Colombia (DQAC), enero 2005, ver <http://opsws3.reg.iadb.org/idbdocswebservice/getDocument.aspx?DOCNUM=467245>.

¹² 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.

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, neumonía¹³ 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 fue mencionado anteriormente, el nivel de participación de las unidades de salud no es universal.

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

- 1.13 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, hepatitis B, rubéola, parotiditis, influenza y fiebre amarilla.
- 1.14 A partir del 2005, se introducirá un programa de vacunación contra las distintas variantes de influenza dirigido inicialmente a poblaciones de mayor vulnerabilidad — niños 6 meses a 2 años de edad, personas inmuno-comprometidas seleccionadas y trabajadores de salud¹⁴. Esta vacuna anual permite proteger contra las variantes de la influenza identificadas en la época de influenza del año anterior; sin embargo, no puede prevenir una epidemia asociada a una variante desconocida y/o de mayor virulencia. En el caso de epidemia o pandemia de esta naturaleza, Colombia cuenta con un plan de contingencia sobre la base de las recomendaciones de la Organización Mundial de Salud.
- 1.15 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

¹³ Esta enfermedad continúa siendo la primera causa de consulta en los menores de 5 años.

¹⁴ En el primer año del programa propuesto, se analizará el costo-efectividad de una estrategia más amplia de vacunación contra la influenza para los años subsiguientes.

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. La Ley 715 del 2000 fue introducida a fin de establecer mayor claridad y rendición de cuentas entre los niveles de gobierno en el manejo del PAB y del PAI en particular.

Cuadro I-2: Esquema de vacunación según edad en Colombia, 2004

EDAD	VACUNAS	DOSIS	ENFERMEDAD PREVENIBLE
Recién Nacido	Antituberculosa – BCG	Dosis única	Meningitis Tuberculosa
	Hepatitis B-HB	Dosis Adicional obligatoria	Hepatitis B
	Antipoliomielitis - VOP	Dosis Adicional	Poliomielitis
A partir de los 2 Meses	Difteria - Tétanos - Tos ferina DPT	1ª Dosis	Difteria, Tétano y Tos ferina
	<i>Haemophilus Influenzae</i> tipo b	1ª Dosis	Meningitis y otras causadas por <i>Haemophilus Influenzae</i> tipo b
	Contra la Hepatitis B	1ª Dosis	Hepatitis B
	Antipoliomielitis - VOP	1ª Dosis	Poliomielitis
A partir de los 4 meses	Difteria - Tétanos - Tos ferina DPT	2ª Dosis	Difteria, Tétano y Tos ferina
	<i>Haemophilus Influenzae</i> tipo b	2ª Dosis	Meningitis y otras causadas por <i>haemophilus Influenzae</i> tipo b
	Contra la Hepatitis B – HB	2ª Dosis	Hepatitis B
	Antipoliomielitis - VOP	2ª Dosis	Poliomielitis
A partir de los 6 Meses	Difteria - Tétanos - Tos ferina DPT	3ª Dosis	Difteria, Tétano y Tos ferina
	<i>Haemophilus Influenzae</i> tipo b	3ª Dosis	<i>Haemophilus Influenzae</i> tipo b
	Contra la Hepatitis B- HB	3ª Dosis	Hepatitis B
	Antipoliomielitis - VOP	3ª Dosis	Poliomielitis
Al año	SRP (triple viral)	1ª Dosis	Sarampión, Rubéola y Parotiditis
	FA	1º Dosis	Fiebre Amarilla

REFUERZOS

EDAD	VACUNAS	DOSIS	ENFERMEDAD PREVENIBLE
Al año de recibir terceras dosis	DPT (triple bacteriana)	1er refuerzo	Difteria, tétanos y tos ferina
	Antipoliomielitis - VOP	1er refuerzo	Poliomielitis
A los 5 años	DPT (triple bacteriana)	2do refuerzo	Difteria, tétanos y tos ferina
	Antipoliomielitis –VOP	2do refuerzo	Poliomielitis
	SRP (triple viral)	Refuerzo	Sarampión Rubéola y Parotiditis

- 1.16 La operatividad del programa está a cargo del 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. El Instituto Nacional de Salud es responsable para la vigilancia epidemiológica y el laboratorio de salud pública. Tanto el PAI nacional como la Superintendencia de Salud tienen la responsabilidad de vigilar por los resultados del programa.
- 1.17 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 asegurados¹⁵. 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 (entidades promotoras de salud —EPS y administradores de riesgos en salud —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.

a) Marco normativo y gestión

- 1.18 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. El uso de carnés otorgados por gobiernos locales, inconsistentes con la normativa nacional, también genera dificultades de verificación del estado de vacunación de los niños y el sistema de información en general.
 - **Gestión, control, coordinación, supervisión y seguimiento.** Existen fallas en: (i) la supervisión, seguimiento y control de la puesta en marcha del programa tanto al

¹⁵ 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.

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. Además existe en algunos temas una división de responsabilidades dentro del sector que crea barreras a la vacunación, por ejemplo, el requisito de compra de jeringa para administrar el biológico para agencias aseguradoras de los regímenes contributivo y subsidiado.

- 1.19 En respuesta a estos desafíos, documentados como parte de la preparación del presente programa, el MPS ha tomado las decisiones de política necesarias para la implantación eficiente del programa propuesto. Por ejemplo, el Gobierno tomó la decisión de establecer un carné nacional, impreso y distribuido desde el nivel nacional a fin de mejorar el uso del carné por parte de madres de niños menores de 5 años, así como la estandarización del sistema de información. Asimismo, se estableció un nuevo reglamento del PAI en base del nuevo marco legal que establece la Ley 715, lo cual permitiría la aplicación de un sistema de incentivos a municipios para el logro de tasas de vacunación adecuadas¹⁶. Se incorporó acciones ampliadas y fortalecidas de supervisión, capacitación, comunicación y vigilancia en el presente programa. Finalmente, se reformó la división de responsabilidades entre los sectores para consolidar la licitación de jeringas al nivel nacional para mejorar el acceso a la vacunación. Esta licitación se incorporó también en el presente programa.

¹⁶ Este esquema requiere fortalecimiento a través de auditorías aleatorias de los datos reportados por el nivel territorial. El financiamiento de estas auditorías ha sido incluido en el programa propuesto. Asimismo, para solucionar los limitantes de los denominadores territoriales descritos en párrafos 1.10 - 1.11, se esperaría los resultados del nuevo censo de población y vivienda esperado para el segundo semestre del 2005.

b) Compra de vacunas

- 1.20 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 2001, el valor en dólares de las vacunas adquiridas a través del Fondo se incrementó de US\$2 millones a más de US\$130 millones.
- 1.21 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 septiembre solicita ofertas a todos los proveedores internacionales precalificados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la base de la calidad técnica demostrada de sus productos. En octubre se abren las propuestas y se establecen los arreglos acuerdos anuales con los proveedores internacionales. Los criterios para seleccionar a los proveedores se basan en el precio y en los antecedentes de los proveedores en cuanto a entrega oportuna de los productos. 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 comisión del 3% sobre el costo de las vacunas. Los países tienen un plazo de 60 días para reembolsar 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.
- 1.22 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.

- 1.23 Al nivel internacional desde la introducción del uso del Fondo Rotatorio en los países de América Latina se ha producido una reducción de cinco veces de los costos anuales de compra de biológicos, como resultado de la economía de escala asociada a la compra al por mayor¹⁷. En Colombia, estas cifras son parecidas.

c) Manejo de los biológicos al nivel subnacional

- 1.24 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, así como inconsistencias en el control de inventario a los distintos niveles de gobierno. Para corregir esta situación, el PAI propone brindar asistencia técnica y capacitación intensiva al nivel municipal, tanto el sector público como privado, así como un seguimiento cercano a este proceso en un grupo de municipios focalizados por su nivel de desempeño en el PAI.
- 1.25 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 sub-departamental, así como diseñar e implementar capacitación en el manejo y mantenimiento de la red al nivel subnacional. El fortalecimiento de la cadena de frío es clave porque existen problemas de desgaste de los biológicos que tiene el efecto de aumentar los costos del programa y amenazar la oferta de vacunas. Razones por el desgaste incluyen: (i) descartar un frasco que contiene múltiples dosis luego de utilizarlo para vacunar a solamente un niño; (ii) problemas en la cadena de frío que causan la destrucción de vacunas por haber estado expuestas a calor excesivo, especialmente anti-polio y anti-sarampión, o el congelamiento de vacunas adyuvante; y (iii) control de inventario deficiente de tal forma que las vacunas pasan su fecha de vencimiento. Con el costo creciente de las vacunas existentes, en particular de la vacuna pentavalente, y el costo más alto de vacunas nuevas, es importante reducir el desgaste al mínimo.

C. Estrategia sectorial del país

- 1.26 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.

¹⁷ Maceira, Daniel et al. Analysis of International Mechanisms Supporting Immunization Programs: The Pan American Health Organization Revolving Fund, Document no.1, The Bill & Melinda Gates Children’s Vaccine Program (CVP) at the Program for Appropriate Technology in Health (PATH), Abt Associates, Bethesda, Maryland, December 2000.

- 1.27 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 PAI¹⁸. 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.
- 1.28 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. Estrategia sectorial del Banco

1. Estrategia del Banco con el País

- 1.29 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.
- 1.30 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

¹⁸ 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.

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 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

- 1.31 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.

3. Estrategia del Banco para promover la vacunación oportuna

- 1.32 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 sistema general de seguridad social en salud —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. Asimismo, la experiencia en el manejo administrativo y financiero de préstamos de inversión del Banco se considera adecuado, con cumplimiento pleno con las políticas y procedimientos del Banco (716/OC-CO, 1525/OC-CO).

- 1.33 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 1997-1999. 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, 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, 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 vacunación¹⁹.

E. Estrategia del programa

1. Elección del instrumento de préstamo

- 1.34 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 son fácilmente definidos y sus resultados intermedios 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 al nivel nacional (ver párrafos 2.5 y 2.9). Sin embargo, al nivel territorial, el equipo de

¹⁹ La situación fiscal sigue presentando importantes desafíos, proveniente de los niveles de endeudamiento público. A fines de junio de 2004, la deuda total del Gobierno Central se estima en 53% del PIB (US\$44.651 millones). Entre los años 2005-2008, Colombia deberá repagar el 53% de su deuda pública total o alrededor de US\$5.677 millones por año.

proyecto optó para la recolección de datos directamente a través de una encuesta representativa en 71 municipios focalizados (ver párrafo 2.6). La encuesta encontró una alta variación entre las tasas calculadas a partir de los datos administrativos y los datos de la encuesta; asimismo, se encontró una correlación negativa significativa entre etnia y vacunación. 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 cumplan las metas acordadas. No se desembolsará el tramo si las metas no han sido cumplidas²⁰. La matriz de desempeño se encuentra como Anexo 1 a este documento.

- 1.35 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. 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.

2. Adaptación de lecciones aprendidas de operaciones anteriores

- 1.36 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 reembolsar la compra de los biológicos del PAI. Para asegurar la sostenibilidad del programa en el largo plazo, se reembolsará 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 2, 3 y 4 del programa.

3. Valor agregado del programa

- 1.37 Existe un valor agregado importante del programa propuesto al enfocarse en: (i) la mejora en el acceso oportuno a la vacunación, reduciendo así el riesgo de exposición a enfermedades de los niños más vulnerables, (ii) la mejora de la equidad en la distribución de la vacunación, aumentando la cobertura en los municipios de bajo desempeño, lo cual también reducirá el riesgo en las poblaciones de mayor pobreza y vulnerabilidad, y (iii) el aseguramiento de la calidad y efectividad de las vacunas y el

²⁰ 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 periodo de un año (52 semanas).

seguimiento adecuado de los protocolos de vacunación mediante inversiones en el fortalecimiento de la cadena de frío y la capacidad de supervisión y gestión de los proveedores y entidades de supervisión. Al utilizar el instrumento PFR con un enfoque en resultados en combinación con nuevos incentivos legales al nivel territorial (ver párrafos 1.19 y 4.9) y con mejoras en la capacidad para reportar resultados en el marco del sistema PAI, se incentivan acciones al nivel local para respetar el uso de protocolos, monitorear oportunamente el desempeño y reportar oportuna y fidedignamente los progresos en la vacunación. El monitoreo de resultados a través del PFR genera un círculo virtuoso de medición y retroalimentación a los gestores del programa para la toma oportuna de decisiones para mejorar el impacto de la intervención. El programa contribuirá también de manera directa al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en Colombia al promover la reducción de la mortalidad infantil y al utilizar de manera explícita uno de los indicadores del ODM de mortalidad infantil, la mejora de la tasa de vacunación contra el sarampión, como uno de los indicadores trazadores de la matriz de desempeño. Esta tasa, particularmente en los municipios focalizados, es baja y su aumento representará un aporte importante al cumplimiento del ODM en Colombia.

F. Coordinación con otros donantes

- 1.38 La preparación del presente programa fue coordinada cercanamente con la OPS, quien continuará colaborando con el país para asegurar la licitación competitiva, oportuna y de calidad de los biológicos y jeringas del PAI, utilizando los recursos del financiamiento y de contrapartida. Se realizaron sesiones de planificación conjunta y se utilizará los procedimientos establecidos en el reglamento operativo del programa para las compras del PAI. Asimismo, se coordinó con la CICR, quien ha cooperado con el PAI para la realización de campañas de vacunación en áreas de conflicto interno.

II. EL PROGRAMA

G. Objetivos del programa

- 2.1 El objetivo del programa es aumentar la equidad y la oportunidad del PAI ampliado de Colombia. Los objetivos específicos del programa son: (i) 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.

H. Descripción del programa

1. Estructura y resultados esperados del programa

- 2.2 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 a los

componentes elegibles para el financiamiento que permitirán el logro de los resultados finales. Siguiendo lecciones aprendidas en iniciativas similares, se ha mantenido un número reducido de 5 indicadores y metas, consensuados con el MPS, con la finalidad de mantener la prioridad en las acciones claves.

- 2.3 Los indicadores, los valores de la línea de base y las metas asociadas con cada tramo de financiamiento se encuentran ilustradas en la matriz en Anexo 1. Las metas han sido estimadas en rangos donde fuera relevante, sobre la base de su punto de partida y la evolución histórica de los indicadores seleccionados proyectados al futuro con un ajuste para tomar en cuenta el tamaño de la inversión contemplada bajo el programa y sus efectos esperados.
- 2.4 Cada indicador tiene un peso asociado, indicando su importancia para el logro de los resultados del programa y su valor agregado. La matriz total suma 100 puntos.
- 2.5 **Resultado final #1.** El resultado final esperado al nivel nacional es mantener el nivel nacional de cobertura útil²¹ de las vacunas del PAI, utilizando como numerador datos provenientes de la base de datos administrativos y como denominador un ajuste de las proyecciones municipales del DANE usando la distribución de población 0-1 año de 1993²². 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 PAI²³ y porque esta última tasa al nivel nacional puede ser afectada por errores de subregistro. Aunque es un indicador importante del desempeño global del PAI, el peso relativo de este indicador ha sido fijado en 30 porque las tasas nacionales de vacunación ya están en un nivel alto, suficiente para mantener la inmunidad de rebaño, y porque existen diferencias regionales en la calidad de la información relacionada con el numerador²⁴.

²¹ Al menos 85% de cobertura de cada biológico, fijado a partir de los estimados de inmunidad de rebaño establecidos en la literatura internacional {"Herd Immunity: History, theory, and practice." *Epidem. Rvw* 1993 15:265-302.}

²² Cuando esté disponible el Censo 2005, se hará una estimación con este denominador también, aunque esto será únicamente para efectos de comparación.

²³ La tasa de vacunación es un proxy cercano, establecido en la literatura científica, de la tasa de morbi-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 como parte de los informes de solicitud de desembolso.

²⁴ El numerador es el número de dosis aplicadas de cada biológico a niños menores de 1 año. En la auditoría de la calidad de datos en una muestra de departamentos, municipios y centros de vacunación realizada durante la preparación, se detectaron inconsistencias entre el número de dosis pentavalente distribuida y el número de dosis pentavalente aplicadas. Aunque es difícil establecer si esto se atribuye a un stock existente de biológicos al nivel local o si está limitado a esta vacuna en particular, es probable que haya un sobre-estimado de la tasa de vacunación. Dependiendo de los supuestos utilizados, entre 5% y 15% de la tasa puede ser sobre-reportada. Asimismo, aunque es reglamento del PAI, no es posible asegurar que el número de dosis aplicadas reportado desde el nivel territorial al nivel nacional sea exclusivamente aplicado a niños menores de 1 año de edad. Al mejorar el sistema de información bajo el programa, se anticipa que la precisión de esta tasa mejore, potencialmente resultando en un descenso. Por lo tanto y para asegurar incentivos para la precisión y

- 2.6 **Resultado final #2.** El resultado final esperado al nivel territorial es aumentar la cobertura del esquema adecuado de vacunación según edad en un grupo focalizado de 71 municipios con coberturas actuales por debajo del 80%, equivalente a 6% de los municipios totales. La línea de base ha sido establecida utilizando una encuesta de cobertura basada en el módulo utilizado para la Encuesta Nacional de Demografía y Salud aplicada a una muestra representativa de niños menores de 5 años en el municipio seleccionado. Aproximadamente 16.750 niños han sido cubiertos con la encuesta de la línea de base. La selección de los municipios focalizados²⁵ se hizo 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 cobertura²⁶ de la línea de base fue realizada por una firma consultora independiente y especializada en coordinación con los oficiales del PAI al nivel nacional y territorial.
- 2.7 Han sido fijados rangos de metas para cada municipio focalizado, lo cual permite que cada municipio trabaje hacia sus metas particulares, incentivados por el esquema descrito en los párrafos 1.19 y 4.9; sin embargo, para efectos de la matriz de resultados, se evaluará el cumplimiento sobre el desempeño del grupo de municipios focalizados entrevistados en los seguimientos posteriores a la línea de base. En cada seguimiento, se seleccionará a 50²⁷ de los 71 municipios focalizados. Al final del programa, cada municipio habrá recibido una medición de línea de base y por lo menos dos mediciones de seguimiento. Las metas a cumplirse en cada tramo son las relacionadas al promedio de las metas de los 50 municipios individuales seleccionados en cada medición.²⁸
- 2.8 Por la centralidad de estos indicadores al valor agregado del programa – el aumento de la oportunidad y la equidad – y por la calidad de los datos recaudados en esta encuesta representativa de niños menores de 1 año, el peso relativo ha sido fijado en 50.
- 2.9 **Indicadores de resultados intermedios #1 y #2.** Al nivel de resultados intermedios, se espera: (i) asegurar la oportunidad en la entrega medida por el tiempo promedio entre el pedido de biológicos desde el nivel departamental y la entrega de este pedido al nivel departamental; y (ii) aumentar la precisión y la oportunidad en el reporte de vacunación al nivel municipal. La fuente para los indicadores es la base de datos del

transparencia en el reporte de esta tasa tan importante para el monitoreo del desarrollo social, se ha establecido una meta conservadora de mantener una cobertura útil.

²⁵ Los 71 municipios focalizados se encuentran en los departamentos de Antioquia, Atlántico, Bolívar, Boyacá, Caldas, Cauca, Cesar, Chocó, Cundinamarca, Magdalena, Nariño, Norte de Santander, Santander, Sucre, Tolima y Valle del Cauca.

²⁶ La muestra, el cuestionario y los procedimientos para la aplicación inicial de la encuesta están descritos en detalle en <http://opsws3.reg.iadb.org/idbdocswebservices/getDocument.aspx?DOCNUM=460694>

²⁷ Se restringe la medición a 50 de los 71 municipios focalizados por razones de costo-efectividad.

²⁸ Por lo tanto, las metas relacionadas al promedio del universo de 71 municipios reflejados en la matriz de desempeño son presentadas de manera ilustrativa.

PAI. Por ser indicadores de resultado intermedio, cada indicador tiene un peso relativo de 10.

2. Financiamiento elegible

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

a) Estabilización de la oferta y garantía de la calidad y distribución de biológicos

- 2.11 Los objetivos de este componente son estabilizar la oferta y asegurar la calidad de los biológicos del PAI garantizando la disponibilidad oportuna de biológicos y mejorando el sistema de distribución. Dentro de este componente, el financiamiento elegible incluye los biológicos y jeringas del PAI, incluyendo la compra de biológicos y jeringas necesarias para la eliminación total de la rubéola y el síndrome de rubéola congénita y una estrategia de vacunación contra la influenza. Asimismo, se financiará la asistencia técnica para concluir el inventario municipal de la red de frío y las inversiones de equipamiento necesarias para un mantenimiento óptimo de los biológicos. El financiamiento de los biológicos será estable en años 1-4 del programa para luego decrecer en el último año del programa.

b) Asistencia técnica al PAI

- 2.12 Los propósitos de este componente son el fortalecimiento de las instituciones relacionadas con el PAI del nivel nacional (MPS e INS) y el fortalecimiento desde el nivel nacional a la operación del PAI en las entidades territoriales. Esto incluye (i) financiamiento de estudios, diagnósticos, diseño de esquemas de seguimiento y control, publicaciones, equipos e insumos; (ii) financiación del diseño y la implementación de sistemas de información al nivel territorial; (iii) capacitación al nivel territorial en sistemas de información, red de frío, seguimiento y control, vigilancia y otras actividades relacionadas con la operación del PAI, donde fuera relevante, incluyendo metodologías de acercamiento intercultural; (iv) fortalecer la vigilancia epidemiológica de las enfermedades prevenibles por la vacunación; y (v) 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 afro descendiente²⁹.
- 2.13 Un estudio importante para el programa es el de costo-efectividad de la implantación de una estrategia ampliada de inmunización contra la influenza en el primer año del programa, con la posibilidad de ampliación del programa para financiar una adquisición de biológicos adicionales en años posteriores. Este estudio no sólo debe

²⁹ Esto incorporará metodologías de acercamiento intercultural, con énfasis en el fortalecimiento de las ARS indígenas.

tener en cuenta al biológico de la influenza, sino que debe incluir los demás biológicos que faltan por incorporar al PAI como neumococo, rotavirus y otros como relevante.

c) Monitoreo, seguimiento y evaluación

- 2.14 Este componente financiará el monitoreo y seguimiento de la ejecución del PAI, según los términos de referencia para la auditoría de desempeño (ver Anexo 2) incluyendo las auditorías independientes anuales del desempeño sobre la base de la matriz de desempeño. Se tratará este ítem de gasto elegible como un préstamo regular de inversión.

d) Administración del programa

- 2.15 Este componente incluye la administración general del programa, así como los costos asociados al financiamiento de la auditoría financiera externa anual del programa. Este último ítem de gasto también será tratado como un préstamo regular de inversión.

I. Costo y financiamiento

- 2.16 El costo total del programa es de US\$133,738,415, que financiará los gastos elegibles resumidos en el Cuadro II-1:

CUADRO II-1		
COSTOS DEL PROGRAMA		
(US\$)		
Categorías de Inversión	Total	% Total
Comp. 1: Estabilización de biológicos, jeringas y red de frío	127.912.088	95,6
Comp. 2: Asistencia técnica al PAI	4.320.516	3,2
–Asistencia técnica y capacitación	980.744	0,7
–Laboratorio de salud pública	1.350.629	1,0
–Sistemas de información, comunicación y publicaciones	1.989.143	1,5
Comp. 3: Monitoreo y evaluación	693.259	0,5
Administración, incluyendo auditoría financiera	812.552	0,6
Total	133.738.415	100,0
% por fuente	100%	

III. EJECUCIÓN DEL PROGRAMA

J. El prestatario y el organismo ejecutor

- 3.1 El prestatario del programa será la República de Colombia. El Ministerio de Protección Social (MPS), a través de la Dirección General de Salud Pública, será responsable de la ejecución de los distintos componentes del programa con la participación del Instituto Nacional de Salud en las actividades de vigilancia epidemiológica y la operación del Laboratorio de Salud Pública.

K. Ejecución y administración del programa

- 3.2 La responsabilidad técnica de la ejecución de los componentes estará a cargo de la Dirección General de Salud Pública del MPS, que será apoyada por una Unidad de **Coordinación Técnica (UCT)** que contará con un coordinador(a) general, un asistente y un equipo de 14 profesionales especializados en los temas requeridos para el desarrollo del Programa (red de frío, asistencia técnica, sistemas de información y vigilancia y control). Siete de estos profesionales estarán ubicados en el MPS y los otros siete en el INS. La UCT fortalecerá la Dirección de Salud Pública en la operación y gestión del PAI y estará encargada de los aspectos técnicos que garantizan la ejecución del proyecto, cuya conformación y funciones se establecerán en el reglamento operativo del programa. El desarrollo de los aspectos administrativos y financieros será desarrollado por la Unidad Ejecutora de recursos de la Banca Multilateral del MPS.
- 3.3 Específicamente, la UCT y la Unidad Ejecutora de recursos de la Banca Multilateral del MPS realizarán las siguientes funciones, las cuales están precisadas en el Reglamento Operativo del Programa: (i) guiar, coordinar y supervisar todas las actividades del proyecto; (ii) preparar los Planes Operativos Anuales (POA) que incluyen todas las acciones necesarias para el logro de los resultados en coordinación con las unidades de líneas del MPS e INS; (iii) preparar informes técnicos periódicos; (iv) preparar términos de referencia para las actividades de consultoría especializada, asistencia técnica y capacitación contempladas en los gastos elegibles del programa, en coordinación con las unidades de líneas del MPS e INS; (v) asegurar el cumplimiento de los POA para el logro de las metas de resultado; (vi) mantener y fortalecer las bases de datos administrativos existentes para el seguimiento y evaluación de los resultados, así como sobre su desempeño financiero y operacional; (vii) preparar toda la documentación relacionada con la satisfacción de las condiciones contractuales, incluyendo las solicitudes de desembolso; (viii) supervisar la contratación y supervisión a las empresas y personas para el suministro de bienes y servicios en coordinación con las unidades de línea del MPS e INS; (ix) informar periódicamente sobre el avance en el cumplimiento de las metas de resultado acordadas; y (x) supervisar el mantenimiento de los registros contables y financieros relacionados con el uso de los recursos del financiamiento.

- 3.4 Dado el enfoque del programa en mejorar el servicio de vacunación de las poblaciones indígenas y afrodescendientes, se creará un espacio institucional de participación de los representantes indígenas y afrodescendientes, que podría lograrse a través de sus organizaciones nacionales o a través de la coordinación con la Conserjería de Etnias del Ministerio del Interior, que posee sus propios consejos consultivos indígenas y afrodescendientes. Estas actividades serán definidas en el primer Plan Operativo Anual del programa.
- 3.5 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 realiza 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 Unidad Ejecutora del Programa de Apoyo a la Reforma y 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 que cumplen con los criterios establecidos. Los detalles del manejo previsto para la ejecución se encuentran disponibles en el Reglamento Operativo del programa (ver <http://opsws3.reg.iadb.org/idbdocswebservices/getDocument.aspx?DOCNUM=472281>).

L. Adquisición de bienes y servicios

- 3.6 El programa financiará la adquisición de biológicos, jeringas, equipos y asistencia técnica necesaria para el logro de las metas de desempeño establecidas. Las adquisiciones de bienes y servicios contemplados bajo este programa serán realizadas bajo dos modalidades.
- 3.7 La primera, la adquisición de biológicos y jeringas, se realizará bajo el marco de la norma nacional (Ley 80 de 1993), que establece el marco legal para la licitación pública en Colombia³⁰. El esquema específico de licitación a utilizarse es el Fondo Rotatorio para la Adquisición de Vacunas de la OPS, descrito en los párrafos 1.20-1.23. El Decreto 2166 del 2004 permite el uso de este esquema de licitación de

³⁰ Sus fortalezas incluyen la prohibición de formalidades excesivas y el uso de mecanismos alternativos para la resolución de disputas. Sus debilidades incluyen una falta de definición de principios objetivos y métodos de evaluación de propuestas para asegurar la economía y transparencia en la entrega de contratos y la presencia de topes diversos en cada agencia gubernamental para determinar la posibilidad de contratación directa. Colombia cuenta con una evaluación nacional de adquisiciones bajo la Ley 80 preparada por el Banco Mundial y vigente hasta finales de 2006, la cual provee recomendaciones para el mejoramiento del sistema nacional de licitación pública y gestión de contratos, las que están siendo implementadas satisfactoriamente por las autoridades. (Ver <http://opsws3.reg.iadb.org/idbdocswebservices/getDocument.aspx?DOCNUM=472302>).

vacunas y jeringas bajo el marco de la Ley 80³¹. El país negociará un contrato para la compra de biológicos y jeringas a través del Fondo Rotatorio de la OPS para el período del programa.

3.8 Un análisis independiente de este sistema, financiado por el Banco, ha concluido que el mecanismo está de acuerdo con prácticas y procedimientos gobernados por principios de competencia, economía, transparencia y publicidad, igualdad, eficiencia y debido proceso (ver GN-2278-2 para una definición de estos principios)³², en particular:

- a. *Competencia.* El Fondo solicita ofertas a todos los productores de vacunas calificados por la OMS³³, de tal manera que el Fondo asegura adecuada competencia entre los potenciales proveedores al fin de obtener las mejores condiciones que el mercado pueda ofrecer.
- b. *Economía.* El Fondo establece reglas claras para realizar todos los trámites de selección de los proveedores y adquisición de las vacunas con austeridad de tiempo, medios y gastos, sin dilaciones y retardos. También el Fondo adopta procedimientos que garanticen la pronta solución de las diferencias y controversias que se presenten con motivo de la precalificación, selección y ejecución de los contratos de adquisición.
- c. *Transparencia y publicidad.* Al solicitar las ofertas a los productores de vacunas calificados, la OPS envía las normas de selección y adquisición del Fondo. Por tanto las reglas son conocidas por los participantes y la sociedad en general, para cuando sea necesario, ellos puedan comprobar que fueron seguidas a cabalidad.
- d. *Igualdad.* Los procesos de adquisición del Fondo de la OPS evitan cualquier tipo de preferencias o medidas discriminatorias que puedan favorecer o perjudicar a ciertos participantes en beneficio o detrimento de otros.
- e. *Eficiencia.* Todas las adquisiciones del Fondo son planificadas y programadas de modo que se satisfagan en el tiempo oportuno y en las mejores condiciones de costo y calidad.
- f. *Debido proceso.* Los representantes de los oferentes son invitados a la apertura de las propuestas, que se realiza en el mes de octubre en la sede de la OPS en Washington DC, para confirmar que las reglas establecidas para la selección de

³¹ Véase párrafo 4.9 sobre los riesgos asociados a esta decisión.

³² Las normas de selección y adquisición del Fondo Rotatorio para la Adquisición de Vacunas de la OPS se encuentran en el documento “Bid Solicitation for Vaccines 2005”.

(Ver <http://ops3.reg.iadb.org/idbdocsweb/services/getDocument.aspx?DOCNUM=460571>).

³³ Las listas actualizadas de proveedores precalificados por cada producto así como los requisitos para ser precalificado se encuentran a la página Web http://www.who.int/vaccines-access/quality/vaccine_quality_front.htm.

los proveedores sean respetadas³⁴. Conflictos, controversias o demandas entre las partes que no se pueden resolver pacíficamente dentro de los 60 días se resuelven en arbitraje según la regla de la *Comisión de las Naciones Unidas para el Derecho Mercantil Internacional* (CNUDMI).

- 3.9 A solicitud del Gobierno, la segunda modalidad de licitación a aplicarse a las licitaciones de asistencia técnica (consultoría) y equipos (bienes) serán a través de los procedimientos estipulados en las políticas y procedimientos de adquisiciones del Banco. La licitación pública internacional será obligatoria para las adquisiciones que se financien parcial o totalmente con las divisas del financiamiento y cuyo valor exceda el equivalente a US\$350.000 para la adquisición de bienes y el equivalente de US\$200.000 para las contrataciones de servicios de consultoría. Estos límites se justifican por el interés demostrado por posibles proveedores, contratistas y consultores nacionales e internacionales en el proyecto, así como experiencias anteriores en licitaciones públicas y la participación extranjera que ha existido. Las licitaciones por debajo de estos montos límites se realizarán de acuerdo con la legislación nacional. Por ser un PFR, no se incluye un plan de adquisiciones.

M. Cronograma de ejecución y desembolsos

- 3.10 Se estima que el programa será ejecutado en un plazo de cuatro años y tendrá un plazo máximo de desembolso de cinco años. De acuerdo con el plan tentativo de desembolsos netos que se presenta a continuación, habrá un desembolso inicial y cuatro tramos de financiamiento.

Cuadro III-1
Plan tentativo de desembolsos netos (US\$ millones)

Fuente	Desembolso Inicial	Tramo I Año 1	Tramo II Año 2	Tramo III Año 3	Tramo IV Año 4	Total
Desemb. BID	21,4	24,3	28,3	28,6	3,9	107
% de programa BID	20,0	23,0	26,4	26,7	3,6	100,0

No suma exactamente debido a errores de redondeo.

- 3.11 El desembolso inicial de hasta un 20% del financiamiento, se hará efectivo al momento de entrar en vigencia el Contrato de Préstamo respectivo 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.

³⁴ Los criterios para la selección de los proveedores son: (i) precio; y (ii) antecedentes en cuanto a entrega oportuna de los productos.

- 3.12 Según el documento GN-2278-2, que aprobó los préstamos PFR como un piloto, este anticipo inicial deberá de ser descontado del primer desembolso. El prestatario ha pedido una **excepción a la política** para que en este caso específico el anticipo fuera descontado proporcionalmente de cada tramo del préstamo en función de resultados. La justificación para este pedido es para asegurar un flujo financiero de recursos necesario para la compra oportuna de biológicos y jeringas al principio de cada año de ejecución del programa. Colombia enfrenta restricciones fiscales importantes, y como resultado, bajos niveles de liquidez al principio de cada año fiscal. Si el anticipo tiene que ser descontado en su totalidad en el primer desembolso, esto comprometerá seriamente la posibilidad de que el MPS logre los resultados definidos en el segundo año del programa. La excepción propuesta, a cambio, permitirá descontar el anticipo inicial proporcionalmente de los tramos subsiguientes, y así estabilizar el flujo de recursos al principio del año, lo cual permitirá la compra y distribución oportuna de las vacunas.
- 3.13 El financiamiento del Banco será estable para los tres primeros años del programa para luego aumentar sustancialmente el aporte del gobierno en el último año con el fin de asegurar la sostenibilidad del PAI después del cierre del programa, y cada tramo será desembolsado cuando las metas establecidas en la Matriz de Resultados estén cumplidos y un informe de auditoría de desempeño favorable haya sido emitido. Como aproximación general, los tramos de financiamiento serán desembolsados en marzo de cada año calendario, cuando estén disponibles las estadísticas necesarias para el cálculo de los indicadores acordados.
- 3.14 Para todos los tramos de financiamiento por resultados, se utilizará la modalidad *ex-post* en la revisión de la información de soporte de los respectivos desembolsos. Tal como se describe en el párrafo 3.5 el MPS cuenta con buenos sistemas de gestión financiera, contable y de control interno como para poder optar por esta modalidad de revisión de la documentación.

N. Seguimiento y evaluación

1. Seguimiento

- 3.15 El Banco realizará el seguimiento del programa a través de la participación activa de la Representación del Banco en Colombia mediante los procedimientos de inspección y supervisión para su ejecución satisfactoria, atendida la especial naturaleza de un PFR, debiendo el Prestatario cooperar con el Banco brindando la asistencia e información necesaria. A su vez, se considerará el apoyo de las misiones de administración anuales.
- 3.16 Para estos efectos, el Ejecutor deberá presentar al Banco informes semestrales de ejecución, entregados en mayo y noviembre de cada año calendario, los cuales contendrán los avances en el cumplimiento de los resultados del programa, utilizando la base de datos administrativos del programa, evaluados sobre la base de los indicadores intermedios y finales de su Matriz de Resultados (Anexo 1). Asimismo,

estos informes incluirán la información sobre el avance en los gastos realizados en el marco de las categorías elegibles destinados a la consecución de dichos resultados. En ambos casos, se incluirán también las eventuales medidas de acción adoptadas por el Ejecutor para corregir posibles retrasos en relación con la programación original de resultados y gastos elegibles.

- 3.17 Sobre la base de esta información, el Banco actualizará periódicamente el Informe de Seguimiento del Desempeño del Proyecto —ISDP, que en este caso particular de un PFR será modificado para enfatizar el seguimiento de los resultados del programa e informar sobre las medidas adoptadas por el Ejecutor en caso de retrasos significativos en los progresos hacia las metas acordadas en los distintos tramos de desembolsos. Complementariamente, darán importancia también al dictamen periódico de los auditores externos durante la ejecución sobre los aspectos financieros y operativos.
- 3.18 Adicionalmente, el Banco realizará revisiones periódicas anuales, una evaluación de medio término y una evaluación final que tendrán como insumo principal los resultados logrados en los indicadores intermedios y finales acordados en la Matriz de Resultados del programa correspondientes a cada etapa, apoyándose en los informes semestrales del ejecutor y en el respectivo ISDP.
- 3.19 De acuerdo con las políticas y procedimientos vigentes, se consultó a las autoridades colombianas sobre su disposición a llevar a cabo una evaluación ex-post del programa. Las autoridades manifestaron su deseo de no llevar a cabo dicha evaluación, pero se comprometieron a mantener la información necesaria sobre los indicadores de resultados y ponerla a disposición del Banco para que, en caso de estimarlo necesario, pueda conducir posteriormente una evaluación ex-post del programa que permita derivar evidencia empírica sobre los impactos obtenidos con las intervenciones del programa en la mejora de la vacunación y la reducción de la mortalidad y morbilidad prevenible por la vacunación. Atendida la naturaleza especial de un PFR, los hallazgos y resultados de una evaluación ex-post permitirían establecer qué sucede con los resultados con posterioridad a la terminación del proyecto, proyectando sus eventuales mejorías o retrocesos, así como las eventuales causalidades técnicas de uno u otro tipo de comportamiento, identificando los mecanismos para promover la sostenibilidad de las metas y resultados alcanzados.

2. Auditorías de desempeño

- 3.20 Para asegurar la independencia en la verificación del cumplimiento de los resultados asociados a cada desembolso, con excepción del anticipo inicial, el cumplimiento de las respectivas metas será revisado a través de una auditoría de desempeño que examinará y evaluará la calidad de los datos generados por los sistemas de seguimiento de los resultados, analizando la exactitud, confiabilidad, pertinencia, validez y credibilidad de los datos.

a) Solicitud de desembolso

- 3.21 Cuando desee solicitar el desembolso, el gobierno entregará al Banco un informe oficial de los avances en cumplimiento de las metas establecidas en la matriz de desempeño y solicitará la realización de la auditoría independiente de desempeño. El informe oficial contendrá: (i) un informe general del avance del PAI; (ii) un cuadro mostrando el nivel de cumplimiento de las metas de la matriz de desempeño a partir de los datos administrativos (en el caso de los municipios focalizados, solamente se reportará la tasa de vacunación a la población objetivo); (iii) una descripción de la evolución de los indicadores en el período inter-tramo; (iv) un informe sobre el estado de las enfermedades inmunoprevenibles durante el mismo período; (v) un informe sobre los avances en la implantación de la normativa de deshecho seguro de jeringas; (vi) un informe sobre la evolución del indicador de desgaste de vacunas por razones de fallas en la cadena de frío y/o gestión; y (vii) un informe sobre los avances en la implantación de las campañas de comunicación social a favor de la vacunación. El Banco entregará el informe del Gobierno a la entidad que realizará la auditoría de desempeño.

b) Metodología de evaluación

- 3.22 La auditoría se realizará según una metodología especificada en los términos de referencia para su contratación (ver Anexo 2). La auditoría establecerá: (i) la calidad y grado de confiabilidad de los datos administrativos reportados por el Gobierno en su solicitud de desembolso del tramo; (ii) el grado de cumplimiento con las metas específicas establecidas. En el caso del indicador de resultado #2 y #3, la firma auditora realizará la encuesta de seguimiento a 50 de los 71 municipios focalizados —seleccionados aleatoriamente cada año, siguiendo la metodología establecida en la línea de base, lo cual permitiría por lo menos un seguimiento a cada municipio focalizado; y (iii) una recomendación al Banco en cuanto al desembolso.
- 3.23 Para la determinación de la elegibilidad del desembolso, la auditoría considerará los pesos relativos asignados a cada indicador³⁵ y su meta en el Anexo 1 del presente documento y se calculará un puntaje de desempeño global del programa. Esta estrategia de evaluación del desempeño de la matriz en su conjunto está basada en la literatura internacional sobre contratos de desempeño en el sector público³⁶ que recomienda el uso de pesos a fin de establecer prioridades, así como un rango de calificación para las matrices de resultados en su conjunto a fin de calificar el desempeño del programa como un todo, lo cual también permite manejar adecuadamente la incertidumbre estadística asociada a cualquier ejercicio de establecimiento de metas y permite a la vez establecer metas más ambiciosas, tomando en cuenta las limitaciones inevitables en las bases de datos administrativos.

³⁵ Estos pesos no podrán ser modificados durante la ejecución del programa.

³⁶ Ver Kamioka N. Bibliografía anotada sobre la medición del desempeño y el uso de contratos. BID, INDES, Julio 1998.

- 3.24 Para determinar el cumplimiento, se ha establecido una escala de puntajes aceptables para el desembolso con su calificación asociada, desde excelente a no satisfactorio (ver cuadro de evaluación más abajo). Si fuera calificado como no satisfactorio, con un puntaje menor a 80 de un total de 100, no habrá desembolso. Si fuera calificado como satisfactorio habrá un desembolso de 100% del monto pedido porque este nivel de desempeño significará que los objetivos del programa habrán sido logrados y se consideraría la meta global cumplida en su totalidad.

Cuadro de evaluación	
Excelente	100-90
Satisfactorio	80-89
No satisfactorio	<80

- 3.25 Los incentivos para llegar a una calificación excelente en vez de satisfactorio están relacionados a la concentración de los pesos de la matriz en el cumplimiento de los indicadores en los municipios focalizados, donde existe el esquema de incentivos monetarios establecido en la Ley 715 para los municipios que cumplan con las metas establecidas.

c) Tiempos y responsable de la auditoría

- 3.26 Los tiempos de la auditoría se dividen en dos: uno referido a la auditoría de los datos administrativos al nivel nacional que se realizará en un período no mayor a tres semanas después del pedido de desembolso de Gobierno; un segundo referido a la recolección de los datos de los municipios focalizados, que se realizará en septiembre y octubre de cada año calendario, a fin de asegurar la comparabilidad de la línea de base y de servir como insumo a la solicitud de desembolso del Gobierno.
- 3.27 La auditoría independiente de desempeño será realizada por una firma consultora privada, una universidad u otra organización independiente, seleccionada utilizando los procedimientos de licitación pública internacional del Banco y será contratada directamente por el Banco utilizando recursos del crédito. Los términos de referencia de esta auditoría de desempeño serán parte integrante del Contrato de Préstamo.
- 3.28 Por las características especiales del programa, la supervisión de la auditoría será realizada por la Oficina del Banco en el País con el apoyo técnico permanente de la División Social 3 de la sede. Para esto se programará una misión de administración anual que coincide con la emisión del informe de auditoría y la solicitud del desembolso.

3. Auditoría financiera externa

- 3.29 La auditoría externa de las entidades involucradas en la ejecución se realizará a través de una firma de auditores independientes aceptable al Banco, siguiendo sus políticas y procedimientos para su contratación (AF-200). Esta auditoría externa tendrá un carácter financiero y operacional, para asegurar que los recursos del programa se hayan destinado al financiamiento de los gastos elegibles que son necesarios para la obtención de los resultados previstos, contemplándose para ello la revisión *ex-post* de toda la documentación de soporte de los desembolsos por tramos de financiamiento. Su financiamiento también está considerado en los gastos elegibles de administración del programa.
- 3.30 Para estos efectos, el Organismo Ejecutor deberá presentar anualmente al Banco los estados financieros del programa con base en términos de referencia previamente aprobados por el Banco (AF-400), auditados por la firma de auditores externos. Adicionalmente deberá presentar, dentro de los 60 días posteriores a cada solicitud de desembolso, un informe sobre la revisión *ex-post* integrada de los procesos de adquisiciones habilitados bajo esta modalidad, así como de toda la documentación de soporte que respaldan dicha solicitud, de acuerdo con los términos de referencia previamente aprobados por el Banco (AF-500).

IV. VIABILIDAD Y RIESGOS

A. Viabilidad institucional

- 4.1 En los últimos años, se considera que el nivel nacional del PAI ha operado relativamente bien en la definición de sus políticas, en la oportunidad de suministros de biológicos para la atención del PAI, en la promoción del programa, en difusión de información y en el desarrollo de estrategias para el cumplimiento de responsabilidades en los diferentes niveles (ejemplo: campañas de vacunación). Las principales deficiencias detectadas están relacionadas con la reducida asistencia técnica provista desde el nivel nacional al nivel subnacional, así como bajos niveles de supervisión y vigilancia por parte del Gobierno Nacional³⁷. Asimismo, por la antigüedad del censo que provee los denominadores de las tasas de vacunación, la calidad de los datos sobre vacunación al nivel territorial —principal indicador de la gestión y desempeño del PAI— es problemática. Según los resultados de la medición de la línea de base en los 71 municipios focalizados, el error va en ambas direcciones, con municipios rurales mostrando una subestimación significativa de la tasa de vacunación y los municipios más urbanas mostrando la tendencia opuesta.

³⁷ La supervisión del PAI es una función compartida entre el PAI nacional y la Superintendencia de Salud. Este último ha cumplido un papel reactivo en los últimos años, explicado por la poca capacidad operativa para responder oportunamente en todos los niveles de gobierno. Aunado a lo anterior, inciden también los cambios de los superintendentes, las reestructuraciones y la multiplicidad de funciones que no le han permitido consolidar un sistema de inspección, vigilancia y control ni estructurar un seguimiento adecuado tanto en los aspectos técnicos, científicos, administrativos y financieros de la salud pública en general, como es de su competencia.

- 4.2 Por lo tanto, la presente operación construirá sobre las fortalezas institucionales del PAI y tomará las acciones necesarias para mejorar la operatividad al nivel subnacional y asegurar el adecuado y oportuno flujo de información entre los niveles de gobierno que permitirá una supervisión más efectiva por parte del Gobierno Nacional. Asimismo, al realizar mediciones independientes de las tasas de vacunación en municipios de baja cobertura como parte de la auditoría anual de desempeño, se podrá contar con datos confiables para la evaluación del programa en los municipios seleccionados.

B. Viabilidad financiera

- 4.3 El PAI ha representado un gasto de aproximadamente US\$30 millones anuales, lo cual está proyectado —sin considerar la posible introducción de una nueva vacuna al PAI— a incrementar aproximadamente 4% de año en año debido a aumentos relacionados al costo de los biológicos, de acuerdo al comportamiento que tuvieron estos costos entre 2001 y 2004. Los gastos adicionales asociados al presente programa —inversiones en red de frío, compra de la vacuna contra la influenza y fortalecimiento institucional— son marginales. En el 2005, el PAI representará un 1% del presupuesto nacional de inversión total³⁸, una suma menor que representa una carga financiera eminentemente sostenible para el país.

C. Impacto ambiental y social

- 4.4 **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 afrodescendiente 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 utilizar el 10% adicional.
- 4.5 **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. Las formas de deshecho utilizados en el PAI son cajas de seguridad y envases de plástico de cuello angosto. La normativa no permite reutilización de jeringas. El PAI no cuenta actualmente con información de rutina sobre la adherencia a la normativa. Para responder a esta situación, el nuevo sistema de información a ser financiado por el programa incluirá un indicador de seguimiento a los desechos que permitirá

³⁸ No incluye salarios ni pensiones, ni el gasto al nivel territorial.

monitorear las prácticas actuales y tomar medidas correctivas de acuerdo a la normativa nacional cuando sea relevante; así mismo, este indicador —aunque no será incorporado en la matriz de resultados por la ausencia de línea de base— será reportado en los informes de solicitud de desembolso del Gobierno.

- 4.6 **Estrategia social.** El PAI está en proceso de consulta con las ARS indígenas a fin de determinar las estrategias de comunicación e intervención más adecuadas para la mejora de la distribución y mantenimiento de biológicos para las áreas de población indígena. Estas recomendaciones serán incorporados en el reglamento operativo del PAI y aplicados durante la ejecución del programa. Asimismo, dentro de los municipios focalizados, se reportará sobre el progreso en las tasas de vacunación por etnia.

D. Beneficios y beneficiarios

- 4.7 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 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.

E. Riesgos

- 4.8 **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 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.

- 4.9 **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 del primer nivel, incluyendo la vacunación. Las funciones de dirección y regulación a nivel nacional están asignadas al Ministerio de Salud (hoy el MPS) 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. Asimismo, la Ley 715 crea un sistema de premios al desempeño al nivel municipal que debe incentivar la utilización apropiada de los recursos PAB. El Banco está apoyando una evaluación de la Ley 715 como parte de otra operación (1382/OC-CO) y los resultados y recomendaciones relacionadas a la vacunación serán tomadas en cuenta durante la ejecución del programa.
- 4.10 **Viabilidad legal de la compra a través del Fondo Rotatorio de la OPS.** Existe una Sentencia (C-249/04) de la Corte Constitucional sobre el inciso 4 del Artículo 13 de la Ley 80 de 1993 (el “Inciso 4”), y una Directiva sobre la misma por parte del Procurador General de la Nación (Directiva No. 10 del 21 de Mayo de 2004), que podrían interpretarse como un obstáculo al uso del Fondo Rotatorio de la OPS. Adicionalmente, existe actualmente en el Congreso un proyecto de modificación de la Ley 80, cuyas atribuciones podrían producir un efecto similar. Sin embargo, respondiendo a una petición del MPS, el Procurador General ha emitido un informe (con fecha 8 de junio de 2004) en que opina que "en el marco de ejecución de un instrumento de cooperación internacional... con el propósito de adquirir bienes específicos para cumplir expresos objetivos de cooperación y asistencia técnica, es posible aplicar el régimen especial de contratación establecido por las instancias internacionales, y aplicable en el contexto del [Inciso 4]”. Tomando en cuenta tanto el informe del Procurador General; la posición favorable del Departamento Nacional de Plantación (Decreto No. 2166 de 2004) sobre la cuestión legal; y la incertidumbre sobre la posibilidad de aprobación del mencionado proyecto de ley; si bien el tema de la viabilidad legal del uso del Fondo Rotatorio sigue siendo un riesgo para el programa, es un riesgo adecuadamente mitigado. Asimismo, el Contrato de Préstamo hará una referencia explícita a la contratación de la OPS, como condición en el Préstamo del Banco, que también fortalecerá el carácter legal de dicha contratación como elemento de cooperación internacional permitida bajo el Inciso 4.

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI) 2005-2008 (CO-L1002) MATRIZ DE RESULTADOS							
Objetivo	Definición del Indicador de Resultado	Peso Relativo del Indicador	Desembolso Inicial: Línea de Base (2004)	Meta Primer Tramo¹	Meta Segundo Tramo	Meta Tercer Tramo	Meta Cuarto Tramo
Objetivo #1: Cobertura Nacional Mantener el nivel nacional de cobertura útil de cada biológico especificado en el PAI ²	Indicador de Resultado #1, para la Nación: Ejemplo: (# de niños menores de un año con tercera dosis de polio aplicada / # total de niños menores de un año) * 100	0.30	OPV: 90% DPT/penta: 90% BCG: 94% Hep B: 90% HiB: 91% (denominador = 909.006 niños menor de 1 año) T.V.: 92% ³	Por lo menos mantener mayor a 85%	Por lo menos mantener mayor a 85%	Por lo menos mantener mayor a 85%	Por lo menos mantener mayor a 85%

¹ Para las 52 semanas anteriores a la fecha de pedido y se utilizaría el mismo esquema para cada tramo. Entre tramos se mantendrá un período mínimo de 52 semanas, por la naturaleza del indicador.

² La metodología para el cálculo de este denominador se encuentra en <http://opsws3.reg.iadb.org/idbdocswebservices/getDocument.aspx?DOCNUM=472584>. Cuando esté disponible el censo 2005, se hará una estimación con este denominador también. Los denominadores para los años 2005-2008 se encuentran disponibles en <http://opsws3.reg.iadb.org/idbdocswebservices/getDocument.aspx?DOCNUM=515478>.

³ Denominador: 895.634 niños 12 – 23 meses.

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI) 2005-2008 (CO-L1002) MATRIZ DE RESULTADOS							
Objetivo #2: Cobertura Municipal Aumentar la cobertura de esquemas completos de vacunación entre menores de 5 años en un grupo focalizado de 71 municipios con coberturas actuales por debajo del 80% (utilizando una encuesta de cobertura con una muestra representativa de los niños menores de 5 años del municipio o localidad)	Indicador de Resultado #2a, para el universo de municipios focalizados: (# de niños menores de 1 año hechos un muestreo con un esquema adecuado de vacunación según su edad (protocolo PAI nacional) / # total de niños menores de 1 año hechos un muestreo) * 100	0.35	71% (ver archivo adjunto ⁴ para metas municipales) ⁵	72-76%	75-78%	77-80%	78-85%
	Indicador de Resultado #2b, para el universo de municipios focalizados: (# de niños entre 12 y 23 meses de edad hechos un muestreo con una aplicación de triple viral / # total de niños entre 12 y 23 meses de edad hechos un muestreo) * 100	0.15	69%	71-74%	73-77%	75-79%	77-84%
Subobjetivos	Definición del Indicador de Resultado Intermedio	Peso Relativo del Indicador	Desembolso Inicial: Línea de Base (2004)	Meta Primer Tramo	Meta Segundo Tramo	Meta Tercer Tramo	Meta Cuarto Tramo
Subobjetivo #1: Calidad y oportunidad en la entrega de los biológicos Asegurar la oportunidad en la entrega y la calidad de los biológicos a través de la ampliación de la cadena de frío.	Indicador de Resultado Intermedio #1, Oportunidad ⁶ : Para departamentos con > 5 días, tiempo promedio entre pedido y entrega de biológicos al nivel nacional para cada biológico	0.10	6.9 días en promedio en 17 departamentos ⁷	6.5-6 días	5.9-5.5 días	5.4-4 días	4 días

⁴ <http://ops3.reg.iadb.org/idsdocswebservices/getDocument.aspx?DOCNUM=460688>

⁵ Las metas a cumplirse en cada tramo son las relacionadas al promedio de las metas de los alrededor de 50 municipios individuales seleccionados aleatoriamente en cada medición. Por lo tanto, las metas relacionadas al promedio del universo de 71 municipios reflejados en esta matriz de desempeño son presentadas de manera ilustrativa.

⁶ La línea de base y meta para cada departamento se encuentra en (ver <http://ops3.reg.iadb.org/idsdocswebservices/getDocument.aspx?DOCNUM=480045>).

⁷ Son departamentos que al momento de la preparación contaron con datos disponibles. En años subsiguientes, se reportará sobre el universo de 32 departamentos.

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI) 2005-2008 (CO-L1002) MATRIZ DE RESULTADOS							
<u>Subobjetivo #2: Precisión y oportunidad en el sistema de información PAI</u> Asegurar la precisión y la oportunidad en el reportaje del PAI desde el nivel municipal al nivel central	<u>Indicador de Resultado Intermedio #3. nacional:</u> (# de departamentos y distritos que presentan el informe de coberturas con un 90% o más de sus municipios en las primeras cuatro semanas después del mes vencido/# total de departamentos y municipios (36) que deben notificar)	0.10	85%	87-90%	89-92%	91-95%	>94%

TERMINOS DE REFERENCIA

AUDITORIA DE DESEMPEÑO DEL PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI) 2005-2008 (CO-L1002)

I. ANTECEDENTES

El Programa de Fortalecimiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) 2005-2008 (CO-L1002) es un préstamo en función de resultados que establece metas anuales para una serie de indicadores de desempeño. Para asegurar la independencia en la verificación del cumplimiento de los resultados asociados a cada desembolso, con excepción del anticipo inicial, el cumplimiento de las respectivas metas será revisado a través de una auditoría de desempeño que examinará y evaluará la calidad de los datos generados por los sistemas de seguimiento de los resultados, analizando la exactitud, confiabilidad, pertinencia, validez y credibilidad de los datos. Cada meta anual tiene un rango definido de desempeño aceptable y un peso asociado. La matriz total suma a 100 y una tabla de evaluación determina el desempeño general del programa y establece una regla clara para el desembolso.

Cuando quiere pedir el desembolso, el gobierno entregará al Banco un informe oficial de los avances en cumplimiento de las metas establecidas en la matriz de desempeño y solicitará la realización de la auditoría independiente de desempeño. El informe oficial contendrá: (i) un informe general del avance del PAI; (ii) un cuadro mostrando el nivel de cumplimiento de las metas de la matriz de desempeño a partir de los datos administrativos (en el caso de los municipios focalizados, solamente se reportará el número de dosis aplicadas a la población objetivo); (iii) una descripción de la evolución de los indicadores en el periodo inter-tramo; (iv) un informe sobre el estado de las enfermedades inmunoprevenibles durante el mismo período; y (v) un informe sobre los avances en la implantación de la normativa de deshecho seguro de jeringas. El Banco entregará el informe del Gobierno a la entidad que realizará la auditoría de desempeño.

II. OBJETIVO

El objetivo de la consultoría es realizar cuatro auditorías del desempeño reportado oficialmente por el Gobierno de Colombia en cumplimiento con las condiciones establecidas en la matriz de resultados del Programa de Fortalecimiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) 2005-2008 (CO-L1002).

III. ACTIVIDADES

La auditoría comprenderá las siguientes actividades:

Establecer la calidad y el grado de confiabilidad de los datos administrativos reportados por el Gobierno en su solicitud de desembolso del tramo. El propósito de

esta actividad es servir como punto de referencia para el análisis de las cifras administrativas reportadas y su posible ajuste de acuerdo con los resultados. La firma revisará los resultados reportados para el indicador de resultado #1 (IR#1) y los indicadores de resultado intermedio #1-3 (IRI#1, IRI#2, IRI#3) y realizará una auditoría de una muestra de los informes administrativos que sirvan como la base para las cifras reportadas.

Para el IR#1, se seleccionará aleatoriamente a 4 departamentos y dentro de estos departamentos una selección aleatoria de 8 municipios y 16 centros de vacunación. Se verificará el grado de consistencia, expresado como el porcentaje de dosis aplicadas verificados en cada nivel, entre los informes administrativos a cada nivel. Se utilizará el informe Auditoría de Calidad de Información Colombia [Data Quality Audit Colombia – DQAC] (Lopes et al 2005) como referencia metodológica. El grado de consistencia requerida para un dictamen positivo será por lo menos mayor al grado encontrado en el informe DQAC.

Para los indicadores de resultado intermedios, se verificará la(s) cifra(s) reportada(s) a través de una muestra aleatoria de los informes administrativos que han servido de base para el reporte. La firma consultora establecerá una metodología estándar para determinar el grado de confiabilidad de los informes.

En cada caso, se documentará las limitaciones experimentadas en cuanto a la selección aleatoria (por ejemplo, en caso de tener que eliminar algún municipio por razones de orden público) y las posibilidades reales de generalizar los resultados encontrados. Asimismo, el informe de la auditoría proveerá hipótesis de las razones atrás de las inconsistencias observadas, así como recomendaciones para el PAI a fin de corregir fallas detectadas.

Establecer el grado de cumplimiento con las metas específicas establecidas. En el caso de los indicadores de resultado #2 y #3, la firma auditora realizará la encuesta de seguimiento a un grupo de 50 de los 71 municipios focalizados cada año, siguiendo la metodología establecida en la línea de base y enlace electrónico de los presentes términos de referencia.

(Ver <http://opsws3.reg.iadb.org/idbdocswebservices/getDocument.aspx?DOCNUM=479892>).

Recomendación al Banco en cuanto al desembolso. Para esta ultima decisión, la auditoria considerará los pesos relativos asignados a cada indicador y su meta en la Matriz de Resultados y se calculará un puntaje de desempeño global del programa según los puntajes relativos y la tabla de evaluación abajo indicado¹. Se recomendará un desembolso para cualquier puntaje igual o mayor a 80 puntos en total.

¹ El número de unidades se refiere a los sub-indicadores dentro de cada indicador. Por ejemplo, en el caso IR#1, se mide la tasa de vacunación de cada biológico al nivel nacional lo que resulta en 6 sub-indicadores.

Cuadro 1:

	Puntaje max	# Unidades	Peso relativo
IR 1	30	6	5
IR 2.a	35	1	35
IR 2.b	15	1	15
IRI 1	20	32	0.6
IRI 2	10	1	10.0
Total	100		

Cuadro de evaluación

Excelente	100-90
Satisfactorio	80-89
No satisfactorio	< 80

Tiempos de la auditoría. Los tiempos de la auditoría se dividen en dos: uno referido a la auditoría de los datos administrativos al nivel nacional que se realizará en un período no mayor a tres semanas después del pedido de desembolso de Gobierno; un segundo referido a la recolección de los datos de los 71 municipios focalizados, que se realizará en septiembre y octubre de cada año calendario, a fin de asegurar la comparabilidad de línea de base y de servir como insumo a la solicitud de desembolso del Gobierno.

IV. RESULTADOS ESPERADOS

Se producirá cuatro informes con las características arriba mencionadas.

V. CARACTERISTICAS DE LA CONSULTORIA

La auditoría independiente de desempeño será realizada por una firma o consorcio privado, una universidad u otra organización independiente, seleccionada utilizando los procedimientos de licitación pública internacional del Banco y será contratado directamente por el Banco utilizando recursos de crédito.

La propuesta de préstamo será provista a todos participantes en el concurso.

La agencia o consorcio de agencias seleccionada deberá tener: (i) una capacidad demostrada (al menos tres encuestas con muestras mayores a 1.000 hogares) en la realización de encuestas de hogares en áreas rurales en Colombia; y (ii) una capacidad demostrada de análisis de bases de datos administrativos en salud (por lo menos 10 años de experiencia). Se dará preferencia a grupos que han realizado evaluaciones de impacto en el sector salud en Colombia anteriormente.