



Bogotá, 16 de marzo de 2021

Señor

**ARTURO CHAR CHALJUB**

Presidente

Honorable Senado de la República

**Asunto:** Informe Comisión Accidental para el seguimiento a la implementación de la vacuna contra el COVID-19.

Apreciado Presidente,

Cordial saludo, a través de la designación que usted nos hizo mediante la Resolución 005 de 21 de agosto de 2020, para integrar la Comisión Accidental para el seguimiento a la implementación de la vacuna contra el COVID-19, nos permitimos rendir informe respecto a la designación de esta Comisión Accidental tal y como lo indica esta Resolución en su artículo segundo.

Esta comisión está integrada por los Honorables Senadores Paola Andrea Holguín Moreno, Laura Ester Fortich Sánchez, Maritza Martínez Aristizábal, Efraín José Cepeda Sarabia, Juan Felipe Lemos Uribe, Jorge Eduardo Londoño Ulloa, José Luis Pérez Oyuela y Eduardo Emilio Pacheco Cuello.

Adjuntamos al presente documento el informe de la Comisión Accidental para el seguimiento a la implementación de la vacuna contra el COVID-19, con la firma de los respectivos miembros de esta y con copia a la Secretaria General del Honorable Senado.

Cordialmente,

Miembros de la Comisión Accidental para el seguimiento a la implementación de la vacuna contra el COVID-19.  
**(Firmas al final)**

# VACUNACIÓN CONTRA EL COVID-19 EN COLOMBIA

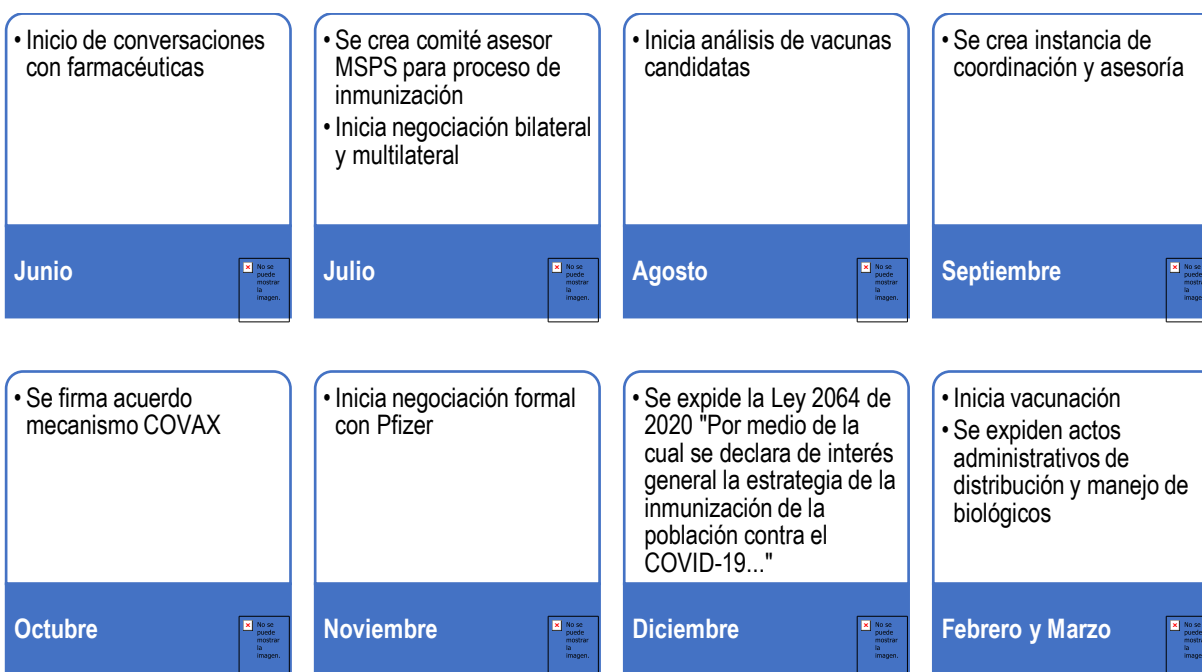
Fecha de corte: 10 de marzo de 2021

## 1. Aspectos generales

El reto hoy, de gran parte de los países en el mundo, es adquirir el número de dosis necesarias para proteger a su población y desarrollar estrategias que permitan la vacunación efectiva y justa. Esto, en un marco de escasez mundial de vacunas aprobadas para uso de emergencia, limitaciones de producción, alta demanda global, y desafíos en la cadena de suministro y en la estrategia logística y operativa para aplicar la vacuna a sus poblaciones.

Colombia viene avanzando en la definición estratégica y lineamientos para la vacunación contra el COVID-19, así como en las negociaciones con las diferentes casas farmacéuticas y mecanismos para la adquisición de vacunas desde junio de 2020, esto es solo tres (3) meses después de la llegada del virus al país.

*Ilustración 1. Hitos para el logro de la vacunación contra el COVID-19 en Colombia*



La adopción del Plan Nacional de Vacunación (PNV) contra el COVID-19, realizada mediante el Decreto 109 de 2021, es el resultado del trabajo interdisciplinario, interinstitucional e intersectorial, basado en los **principios** de:

- **Solidaridad:** Implica que la autonomía cede ante la obligación de evitar al máximo los daños sociales, máxime si se trata de un daño severo en la salud o la vida de quienes están más afectados por la pandemia. En consecuencia, el cuidado de sí mismo debe entenderse como una práctica social donde en definitiva no es dado buscar el bien propio sin buscar el bien de los demás.
- **Eficiencia:** Se refiere a la maximización de los beneficios obtenidos a partir de los recursos limitados. Los biológicos no solo son limitados en relación con los recursos económicos necesarios para su obtención, sino también por los desafíos del mercado y de la cadena de producción y suministro a escala global.
- **Beneficencia:** Desde esta perspectiva, el querer del Estado y de la sociedad en su conjunto apunta a que todas las personas reciban intervenciones, en este caso preventivas, que eviten la infección. Dado que la disponibilidad de vacunas

en el momento presente es limitada, es necesario determinar en dónde o en quiénes se ha producido el mayor daño, para focalizar la mirada hacia la búsqueda del máximo beneficio y a generar el mínimo daño. De esta manera, se irán ampliando los círculos de personas o sectores de la población protegidos, y donde si no se puede favorecer a la mayoría, cuando menos no se perjudique a las minorías más vulnerables, evitando al máximo el dolor y el sufrimiento.

- **Primacía del interés general:** Se hace un llamado a continuar con una actitud de prudencia y sensatez por parte de todos los individuos en la sociedad. El beneficio particular debe ceder ante los más vulnerables o afectados.
- **Justicia social y distributiva:** En el ejercicio que se realiza para priorizar la distribución de las vacunas para prevenir el COVID-19 opera el concepto de justicia distributiva por encima del de justicia conmutativa. Es decir, más allá de suministrar bienes o servicios a todos por igual, opera la responsabilidad Estatal de brindar el máximo beneficio posible con los recursos disponibles. La deliberación prudente y la racionalidad en las decisiones — teniendo en cuenta realidades epidemiológicas, humanitarias, de afectación sobre los servicios de salud y otro tipo de análisis sociales— son y deben ser elementos claves para avanzar en la priorización de la distribución de vacunas.
- **Equidad:** Permite que personas con dificultades de acceso a servicios de salud tengan garantía al acceso a la vacunación en condiciones diferenciales, como a las personas privadas de la libertad o a quienes residen en los territorios más alejados, en zonas rurales dispersas y alta ruralidad.
- **Transparencia:** El proyecto de vacunar a la población de manera ordenada y sin vulnerar los derechos individuales se plantea sobre los valores de la rectitud y veracidad. Es clave comunicar y brindar la información de manera clara y honesta acerca de los argumentos para seleccionar quiénes irán primero, del tipo de vacunas, la eficacia y seguridad o el estado de aprobación de estas, el carácter de lo que implica el uso de emergencia, los procesos de compra, recursos invertidos y los esfuerzos que se realizan para ampliar la oferta, entre otros. Los sistemas de vigilancia a posibles eventos supuestamente atribuidos a la vacunación e inmunización (ESAVI) estarán prestos a suministrar información transparente a la población.
- **Progresividad:** La cobertura de la vacunación contra COVID-19 se ampliará de manera gradual, en búsqueda de la inmunidad de rebaño, de acuerdo con la capacidad institucional en relación con el número de biológicos disponibles, así como de la capacidad operativa para ejecutar el Plan de Vacunación en los territorios y entre las subpoblaciones, iniciando con las personas en mayor riesgo de enfermar gravemente y morir, hasta llegar a la población en general a partir de los 16 años.
- **Acceso y accesibilidad:** Son las condiciones y medidas pertinentes que deben cumplir las instalaciones y los servicios de información para adaptar el entorno, productos y servicios, así como los objetos, herramientas y utensilios, con el fin de asegurar el acceso de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones, al entorno físico, el transporte, la información y las comunicaciones, incluidos los sistemas y las tecnologías de la información y las comunicaciones, tanto en zonas urbanas como rurales.
- **Igualdad:** Es conferir un trato igual a los iguales y un trato distinto a personas que no están en las mismas condiciones siempre que (i) se encuentren en distintas situaciones de hecho; (ii) que el trato distinto que se les otorga tenga una finalidad; (iii) que la finalidad sea admisible desde la perspectiva de los valores y principios constitucionales; (iv) que el supuesto de hecho, la finalidad que se persigue y el trato desigual que se otorga sean coherentes entre sí de tal manera que la consecuencia jurídica que constituye el trato diferente no sea desproporcionada con las circunstancias de hecho y la finalidad que la justifican. Por ejemplo, actualmente, los migrantes en condición regular están incluidos en el PNV en las mismas condiciones de la población nacional, es decir, de acuerdo con el enfoque de priorización establecido en el Plan. Sin embargo, debido al desafío operativo para la identificación, ubicación y trazabilidad de los migrantes en condición irregular, y a la ausencia de listas nominales, se están gestionando mecanismos para inmunizar esta población.

Es de resaltar que todas las decisiones de política en vacunación tomadas se han basado en la evidencia científica y técnica a la fecha, el marco jurídico nacional y el conocimiento de diferentes órganos asesores constituidos por medio de diferentes actos administrativos para este fin.

*Tabla 1. Órganos asesores constituidos en Colombia para la toma de decisiones en temas relacionados con la vacunación contra el COVID-19*

Acto Administrativo	Órganos asesores	Descripción
Resolución 1270 del 20 de julio de 2020	Comité Asesor del Ministerio de Salud y Protección Social para el proceso estratégico de inmunización de la población colombiana frente a elCOVID – 19	Instancia asesora del MSPS en relación con todas las etapas de planificación e implementación del proceso estratégico de vacunación en aspectos como la evaluación de alternativas de biológicos, financiación, negociación, contratación, logística, criterios de priorización y asignación, esquemas de evaluación y seguimiento de la estrategia, estrategia de comunicación, entre otros.
Decreto 1258 del 15 de septiembre de 2020 y Resolución 1628 de 2020	Instancia de Coordinación y Asesoría para el Acceso a Vacunas Seguras y Eficaces contra el Coronavirus Sars – COV2 (COVID – 19)	Espacio participativo externo al Ministerio de Salud y Protección Social para analizar y recomendar las estrategias y mecanismos que el Estado debe adoptar con el fin de acceder a vacunas seguras y eficaces atendiendo a los principios de disponibilidad, universalidad, equidad, solidaridad y oportunidad del derecho fundamental a la salud.
Ley 2064 del 2020, Artículo cuarto	Consejo de Evaluación de Eventos Supuestamente Atribuidos a la Vacunación e Inmunización Contra el COVID-19, para las vacunas que hayan sido suministradas por el Estado Colombiano.	Creado como parte del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud - IETS, y cuya función es revisar y evaluar la existencia o inexistencia de un nexo causal entre el evento sufrido por un habitante del territorio nacional y la aplicación de la vacuna contra el COVID-19 por parte del Estado Colombiano.

El PNV tiene como meta inmunizar al 70% de la población residente en Colombia, contribuyendo así con la generación de la inmunidad de rebaño y propendiendo por:

- Reducir la mortalidad por COVID-19
- Disminuir la incidencia de casos graves y proteger a la población que tiene alta exposición al virus
- Reducir el contagio en la población general hasta suprimir la epidemia

Para el cumplimiento de estos objetivos el Gobierno Nacional, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social, determinó una priorización de la población a vacunar por grupos de riesgos, que se llevará a cabo paulatinamente a través de dos fases que se desarrollan en cinco etapas –debido a la imposibilidad de garantizar el acceso inmediato a millones de personas porque las dosis adquiridas estarán disponibles gradualmente en relación con la capacidad de producción y distribución de la cadena de suministro– y las cuales se desarrollarán en el transcurso de esta vigencia 2021, garantizándole así a todos los habitantes del territorio nacional –a partir de los 16 años y no gestantes– el derecho a ser vacunados bajo el respeto a su autonomía. Las personas hasta los 15 años y gestantes no hacen parte del Plan, debido a que a la fecha no existe evidencia científica que soporte la seguridad y eficacia de las vacunas en estos grupos poblacionales de especial protección.

Esta priorización obedece a la evidencia científica disponible al momento con respecto a los grupos poblacionales con mayor riesgo de morir o enfermar gravemente. Se sabe que los casos y las defunciones por COVID-19 obedecen tanto a determinantes sociales de la salud que inciden en peores resultados del virus como a factores de riesgo individuales que incrementan el riesgo de enfermar gravemente y de morir.

Existe consenso internacional sobre el mayor riesgo de morir por COVID-19 en la población de 60 y más años, en personas con comorbilidades como hipertensión, diabetes, enfermedad cardiovascular, renal y respiratoria, además entre quienes presentan obesidad. También se ha declarado a los trabajadores de salud, especialmente a quienes están en la primera línea de atención de COVID-19, como población de alto interés, debido a la alta exposición y contagio. En todo caso, el MSPS ha dejado claro que, si existiere variación en la evidencia científica, tanto la población objeto del Plan Nacional de Vacunación contra el COVID-19, como la priorización establecida, podrán ser actualizadas.

De hecho, las niñas, niños y adolescentes entre 0 y 15 años y gestantes solo serán objeto de vacunación una vez los fabricantes de las vacunas que están siendo aplicadas en Colombia hayan entregado al INVIMA la evidencia sobre seguridad y eficacia en estos grupos poblacionales, y sea autorizado su uso en estos grupos poblacionales.

*Tabla 2. Población priorizada por fase y etapa*

Fase	Etapa	Población sujeta de vacunación
I	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Profesionales de la salud de primera línea.</li> <li>• Personas de 80 años y más</li> </ul>

	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Población entre los 60 y los 79 años.</li> <li>• Al resto del talento humano que labore en cualquier prestador de servicios de salud.</li> <li>• Médicos tradicionales, sabedores ancestrales y promotores comunitarios en salud propia.</li> <li>• Estudiantes de pregrado de programas técnicos, tecnológicos y universitarios, de ciencias de la salud que estén en práctica clínica en alguna Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS.</li> </ul>
	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agentes educativos comunitarios (madres y padres comunitarios) identificados por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF.</li> <li>• Docentes, directivos docentes y personal administrativo de los centros de educación inicial, preescolar, básica primaria, básica secundaria y educación media.</li> <li>• Población entre 16 y 59 años de edad que presente una de las siguientes condiciones: enfermedades hipertensivas, diabetes, insuficiencia renal, VIH, cáncer, tuberculosis, EPOC, ASMA, Obesidad.</li> <li>• Cuidadores institucionales de niños y adolescentes del ICBF.</li> <li>• Cuidadores institucionales de adultos mayores.</li> <li>• Cuidadores de adultos mayores en atención domiciliaria, identificado por una IPS.</li> <li>• Personal de las Fuerzas Militares.</li> <li>• Personal de la Policía Nacional.</li> <li>• Guardia indígena y cimarrona.</li> </ul>
II	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bomberos</li> <li>• Socorristas de la Cruz Roja Colombiana y de la Defensa Civil.</li> <li>• Operadores de vuelo.</li> <li>• Auxiliares y pilotos internacionales.</li> <li>• Población privada de la libertad en institución carcelaria.</li> <li>• Guardias del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario - INPEC.</li> <li>• Personas en situación de calle identificadas por las alcaldías municipales.</li> <li>• Talento humano de las funerarios, centros crematorios y cementerios, que manipulen cadáveres.</li> </ul>
	5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resto de la población mayor de 16 años no gestante, manteniendo el orden de aplicación por grupos de edades de mayor riesgo, comenzando con los adultos entre 50 y 59 años, hasta llegar a los jóvenes y adolescentes.</li> </ul>

Fuente: Plan Nacional de Vacunación, MSPS

En cuanto a la **importación y comercialización de las vacunas contra el COVID-19** el Ministerio de Salud determinará la fecha y las condiciones en la que los distintos agentes públicos y privados podrán adquirir vacunas contra el COVID-19. Entre tanto, las vacunas contra el COVID-19 adquiridas por el Gobierno Nacional se aplicarán de manera gratuita a los habitantes del territorio nacional respetando el estricto orden de priorización y NO podrán ser comercializadas en ninguna circunstancia.

## 2. Proceso de implementación del Plan Nacional de Vacunación

### 2.1. Responsabilidades

De acuerdo con la normativa legal y reglamentaria, los diferentes ámbitos de Gobierno y los integrantes del Sistema de Salud deben cumplir, entre otras funciones y competencias, para la implementación y ejecución del PNV, las siguientes:

A la Nación-MSPS le corresponde adquirir, distribuir y garantizar el suministro oportuno de los biológicos del Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI); elaborar los lineamientos; definir las estrategias de seguimiento, monitoreo y evaluación; brindar asistencia técnica a las entidades territoriales; y suministrar vacunas, jeringas para su aplicación e insumos.

La Nación-INVIMA debe realizar inspecciones periódicas sobre buenas prácticas de manufactura; supervisar calidad de las vacunas, y realizar la vigilancia, revisión y evaluación de los ESAVI.

A las Entidades Territoriales les compete conformar la mesa territorial permanente; construir el Plan Acción del territorio; implementar la estrategia del Plan de Acción; realizar seguimiento y monitoreo; brindar asistencia y acompañamiento técnico a sus municipios; contratar talento humano para la gestión del PAI; contratar mantenimiento de la red de frío actual; realizar inventarios de insumos y vacunas del programa permanente; realizar las adecuaciones requeridas en los centros de acopio que van a recibir los utracongeladores; garantizar el monitoreo permanente de la temperatura de almacenamiento y transporte;

garantizar el funcionamiento de la totalidad de los cuartos fríos que se encuentren en su jurisdicción; e implementar el plan de seguridad y comunicaciones.

Las entidades administradoras de planes de beneficios-EAPB, deberán asignar la IPS vacunadora y la población en el municipio de residencia, con cercanía al lugar de vivienda; establecer procesos permanentes de actualización de datos de la población afiliada; participar de los espacios definidos por la entidad territorial para la articulación y establecimiento de alianzas con la ET y red prestadora pública y privada para la vacunación contra el Covid-19; elaborar plan de comunicaciones en coordinación con las ET según enfoque diferencial y características del territorio; participar en los procesos de micro planificación en conjunto con la IPS y la ET para el desarrollo del proceso de vacunación; verificar que la red prestadora de servicios cuente con capacidad de respuesta y personal capacitado; garantizar que la red prestadora de servicios de cumplimiento a la Circular No 044 del 19 de noviembre de 2013 del MSPS (aplicativo PAIWEB); realizar seguimiento al cumplimiento de las metas de vacunación en la población afiliada, según fase y etapa; garantizar y ofrecer los servicios a sus afiliados de manera integral, continua, coordinada y eficiente, con portabilidad, calidad y oportunidad; garantizar el manejo de las enfermedades inmunoprevenibles y ESAVI de su población afiliada; y participar en las unidades de análisis de casos de ESAVI, así como de procesos de seguimiento en el marco del Plan Nacional de Vacunación contra el COVID-19.

Los prestadores de servicios de salud IPS deben contar con servicio de vacunación habilitado (modalidad Intramural y extramural); contar con un área exclusiva para la vacunación contra el COVID-19; garantizar personal capacitado, logística e insumos (según financiación estrategia de vacunación por dosis aplicada); garantizar monitoreo permanente de almacenamiento y custodia, de acuerdo a las estrategias y tácticas; contar con la capacidad instalada para la expansión del servicio de vacunación (sala de espera); realizar micro planeación; asignar citas de vacunación; cumplir con las medidas de bioseguridad; realizar seguimiento y monitoreo diario a la meta diaria de vacunación; diligenciar y custodiar el formato que consta el consentimiento informado; cargar información al PAIWEB; realizar facturación; notificar en caso de ESAVI; y contar con talento humano en salud entrenado para identificación de posibles reacciones alérgicas de tipo inmediato incluida las anafilaxia.

Al Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud-IETS le corresponde evaluar la existencia de nexo causal entre la aplicación de la vacuna y el evento adverso que pueda presentar una persona.

Así mismo, los entes de control y la Defensoría del Pueblo, intervienen en la actualización del protocolo de ESAVI, el fortalecimiento en la notificación de ESAVI; capacitación, asesoría y asistencia técnica, y en la operación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública –SIVIGILA-.

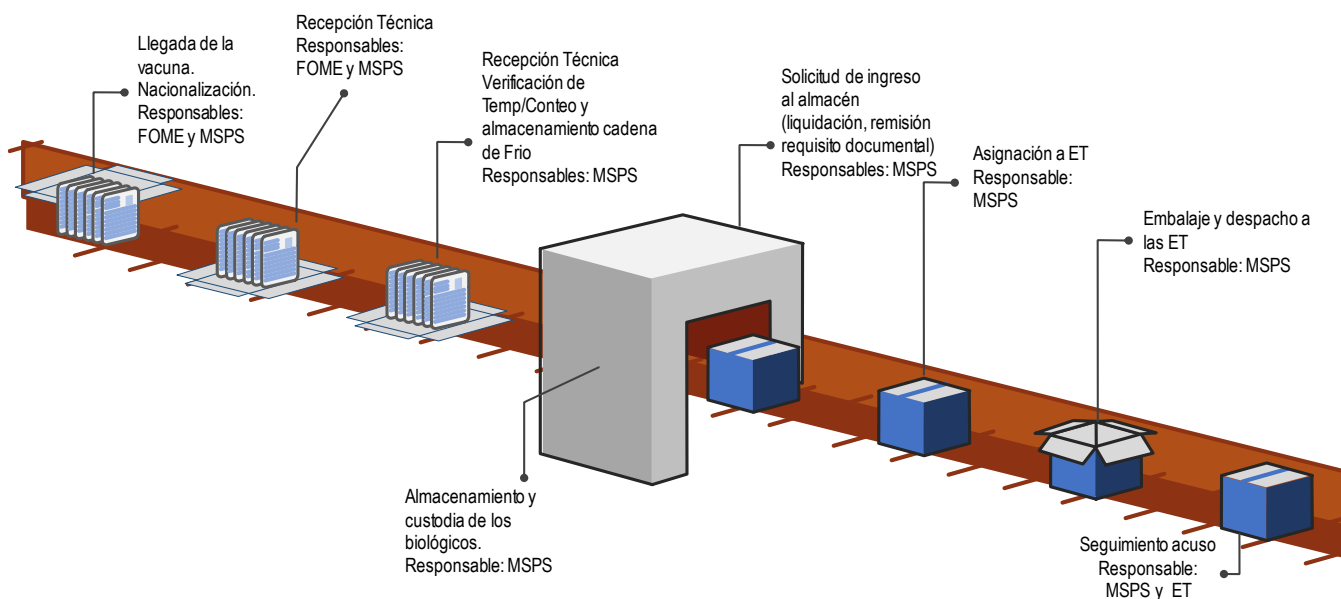
## **2.2. Nacionalización, legalización, asignación y distribución de la vacuna contra el COVID-19**

Las vacunas contra el COVID-19 arriban al país a través del aeropuerto internacional el Dorado, donde la Unidad Nacional de Gestión del Riesgo de emergencias -UNGRE, realiza todo el proceso de nacionalización ante la DIAN.

Los operadores logísticos contratados por cada laboratorio productor realizan el traslado al almacén central del MSPS, donde se realiza la recepción técnica y verificación de condiciones de temperatura y se realiza el almacenamiento en condiciones de refrigeración o ultracongelación según sea la recomendación del fabricante, posteriormente se realiza el proceso de despachos a cada una de las Entidades Territoriales según lo establecido en las resoluciones de asignación expedida por el Ministerio. Para el transporte hacia las 37 entidades territoriales se emplean cajas térmicas especiales para manejo de temperaturas refrigeración o de ultracongelación, las cuales cuentan con calificación operacional e incluye dataloggers para el monitoreo de temperaturas, los cuales muestran la trazabilidad de las condiciones de almacenamiento desde que sale del almacén nacional hasta que llega a cada ET.

El acondicionamiento de los embalajes para el transporte obedece a un ejercicio muy estricto de alistamiento, realizado por personal capacitado, con la supervisión continua y siguiendo todos los procedimientos establecidos desde las evaluaciones de calificación y protocolos de manejo seguro de los elementos tales como el hielo seco.

*Ilustración 2. Proceso logístico nacionalización, legalización, asignación y distribución de la vacuna contra el COVID-19*



Fuente: Dirección de Promoción y prevención, MSPS

### 2.3. Asignación de las vacunas contra el COVID-19

Cada vez que se confirma la cantidad de dosis a llegar al país, el MSPS con base en criterios epidemiológicos y logísticos para la debida conservación de las vacunas, determina la cantidad de dosis que se asignará a cada Entidad Territorial de acuerdo con la participación de la población priorizada residente en cada territorio sobre el total de personas que pertenecen a la etapa de priorización, como indica la Resolución 161 de 2021. Al 10 de marzo, la Nación ha asignado 1.429.685 vacunas distribuidas de la siguiente manera de acuerdo con la información registrada en la base de datos maestra nominal como se puede apreciar en la tabla 4.

El MSPS entrega las dosis de vacunas a los departamentos y distritos de acuerdo con la asignación, quienes deberán distribuir al interior de sus territorios de acuerdo con las estrategias contenidas en su plan de acción.

### 2.4. Porcentaje de pérdida de vacunas

Toda introducción de una vacuna en el Programa Nacional de Inmunización (PAI) implica establecer el factor de pérdida global y diferenciado por estrategia de vacunación (intra mural o extra mural). De acuerdo con la nota conceptual de la Organización Mundial de la Salud "Revising global indicative wastage rates: a WHO initiative for better planning and forecasting of vaccine supply needs", en campaña de vacunación en donde se usan biológicos multidosis, el porcentaje de pérdida de los mismos puede llegar a ser hasta del 10%, lo que no puede ser considerado como un acto de inoperancia del programa.

Dicha pérdida aceptada normalmente se debe a la expiración, exposición al calor, posibles rupturas de los frascos; al descarte de dosis sobrantes al término de la jornada diaria de vacunación, luego de reconstituido o atemperado el biológico según instrucción que ha dado el fabricante; sumersión en agua de los viales o sospecha de contaminación, entre otros.

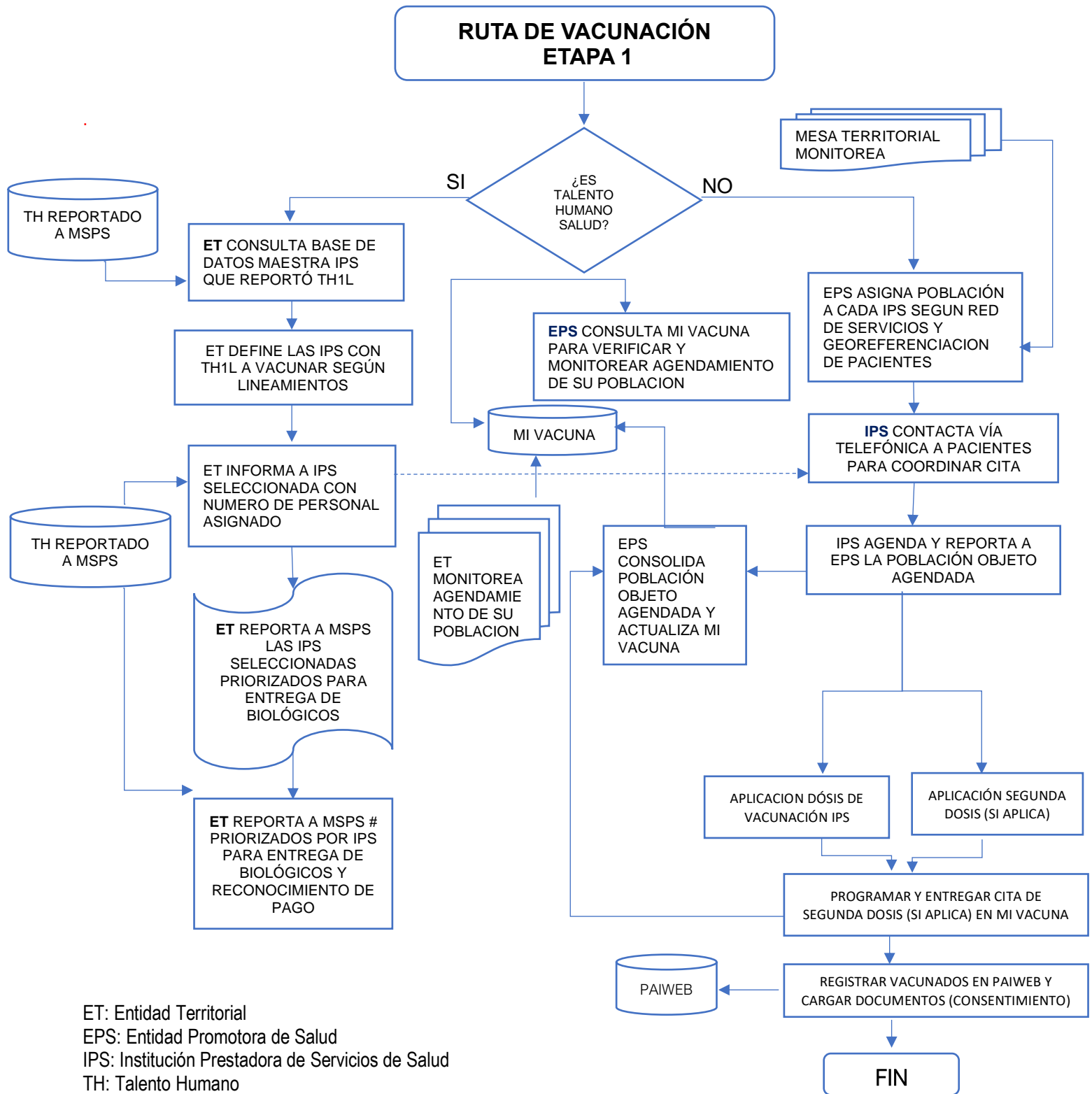
La Organización Mundial de la Salud en su documento "Monitoring vaccine wastage at country level" define que estos desperdicios pueden ocurrir en diferentes niveles y, para el caso de viales multidosis que requieren dilución (como el caso de la vacuna del laboratorio Pfizer Inc y BionTech), las principales causas de pérdida se asocian a que el número de dosis extraídas de un vial no es el mismo que el indicado en la etiqueta o a prácticas de reconstitución deficientes.

## 2.5. Ruta de vacunación

A continuación, se describe la ruta actual de vacunación prevista en el PNV:

- Las EAPB deben asignar a cada usuario asegurado la IPS vacunadora en el municipio de residencia y cercana a la vivienda para garantizar el acceso oportuno a la vacunación. De igual manera, las entidades territoriales en la competencia de responsables de la salud de la población pobre no asegurada, asignarán la IPS vacunadora bajo las mismas condiciones de los aseguradores.
- Las EAPB y ET entregarán las bases de la población asignada a cada IPS con el fin de iniciar el procedimiento de agendamiento de la cita de vacunación y búsqueda de la población priorizada.
- Las IPS reciben las bases e inician el agendamiento de la cita, teniendo en cuenta la estrategia de vacunación definida en cada etapa. Durante la estrategia de vacunación no se convocará masivamente a la población con el fin de evitar aglomeraciones, en ese sentido se hace necesario que se establezcan citas por parte de las instituciones prestadoras del servicio de vacunación. Para los profesionales de la salud, esta vacunación se realizará directamente en las clínicas y hospitales con equipos móviles de acuerdo con la estrategia establecida por el territorio.
- Las IPS deben informar a cada EAPB y entidad territorial la cita asignada de manera que se actualice por parte de los aseguradores la plataforma y permita la consulta individual de la población, encontrando en ella, la fase y etapa de vacunación en la que se encuentra, así como el lugar fecha y hora de cita para la aplicación de la vacuna.
- Una vez incluidos los datos en la plataforma MIVACUNA COVID19, la población puede realizar la consulta a través de las líneas de atención, pagina web y acceder al ABECÉ de la vacunación Covid-19. Si cumple con los criterios para la vacunación revisa y recuerda la cita asignada por la IPS, accede al consentimiento informado el cual debe presentar en el momento de la vacunación y asiste de manera puntual a la vacunación.
- En caso de no encontrarse en la consulta de la plataforma se puede postular, diligenciando los criterios de priorización a los que aplique, los cuales serán verificados y confirmados por la EAPB, quien actualizará la información ante el Ministerio de Salud y Protección Social.
- Explicar el procedimiento y firmar del consentimiento informado: Se entregará información sobre la vacuna, indicaciones de cuidado y eventos adversos esperados, se solicitará la firma del consentimiento informado para la administración de la vacuna.
- Vacunación, cumpliendo estrictas condiciones de bioseguridad en puestos fijos o móviles de acuerdo con la programación previamente realizada con base en los Lineamientos generales para el programa ampliado de inmunizaciones (PAI) en el contexto de la pandemia de COVID-19. En este paso se realizará la verificación de requisitos y que el usuario se encuentre en la fase y etapa establecida y el procedimiento se realizará de acuerdo con las indicaciones técnicas recomendadas por los fabricantes, entre ellas la posología indicada.
- Registro y agendamiento de cita: Se utilizará el aplicativo PAIWEB para el registro nominal de las personas vacunadas y de identificación de la vacuna aplicada. Asimismo, se realizará el agendamiento y programación de la segunda dosis.

Flujograma 1. Ruta de vacunación



Fuente: Oficina de Planeación y Estudios Sectoriales, MSPS.

## **2.6. Medios y estrategias de vacunación para poblaciones rurales y rurales dispersas**

### **2.6.1. Equipos móviles multifuncionales (Brigadas de salud y Unidades móviles)**

La brigada de salud consiste en la conformación de grupos multidisciplinarios que se desplazan a zonas específicas de la comunidad, para prestar múltiples servicios en salud, entre ellos la vacunación. Mientras que la unidad móvil consiste en la adecuación de un vehículo para llevar la vacunación cerca a los lugares de residencia de la población objeto con el fin de evitar desplazamientos largos para acceder al servicio de vacunación.

Para esto debe realizarse una coordinación previa entre la Entidad Territorial, las entidades encargadas del aseguramiento y los prestadores de servicios de salud para definir quiénes serán el/los prestadores responsables de realizar la vacunación a través de alguna de estas estrategias, teniendo en cuenta las particularidades de la población y las condiciones del territorio. Para el desarrollo de estas actividades deberá garantizarse el cumplimiento de todas las medidas de bioseguridad.

### **2.6.2. Vacunación en áreas rurales**

Consiste en hacer la vacunación en un lugar, día y hora determinados, con previa difusión de la actividad. Se debe coordinar con los líderes comunitarios, autoridades étnicas, médicos tradicionales, gestores de salud propia, entre otros. Teniendo en cuenta la situación actual de pandemia por COVID-19, se hace necesaria la asignación de turnos de los grupos familiares que se encuentran en la zona a vacunar, garantizando las medidas higiénico sanitarias y el uso de elementos de protección personal.

### **2.6.3. Vacunación en áreas rurales dispersas**

Consiste en hacer la vacunación en zonas de difícil acceso, en viviendas únicas que se encuentran a lo largo de ríos o áreas terrestres y que son muy distantes de los caseríos garantizando que la población objeto de la vacunación contra el COVID-19 quede cubierta directamente en el lugar de residencia, sin que se requiera previa asignación de cita, haciendo un barrido vivienda a vivienda en busca de población objeto susceptible a vacunar

## **3. Avances en la implementación de la vacunación**

Además de la construcción de la estrategia de vacunación, regulación y lineamientos para la implementación del PNV, la Nación, en cabeza del MSPS y la UNGR, realiza los procesos de adquisición de vacunas e insumos, los cuales son asignados y entregados a los 37 territorios (32 Departamentos y 5 Distritos) para su distribución y aplicación. Posteriormente, se realiza el proceso de asignación de dosis a territorios vía acto administrativo teniendo en cuenta sus especificidades, capacidades, así como algunos aspectos demográficos y epidemiológicos.

A la fecha, el Gobierno Nacional ya ha asegurado las dosis de vacunas contra el COVID-19 necesarias a través de mecanismos bilaterales y multilaterales, con los cuales se tiene planeado vacunar a poco más de 35 millones de colombianos. Se han suscrito, hasta ahora, acuerdos a través del mecanismo COVAX y acuerdos bilaterales con las casas farmacéuticas Pfizer/BioNTech + Fosun Pharma, AstraZeneca + Universidad de Oxford, Janssen, Moderna + NIAID y Sinovac.

La tabla a continuación muestra la proyección de vacunas a recibir de acuerdo con los contratos suscritos al 9 de marzo de 2021.

Tabla 3. Cronograma de entrega proyectado de acuerdo a contratos

Laboratorios	Trim I			Trim II			Trim III			Trim IV			TOTAL
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	
COVAX			968.467	607.467	607.467	2.545.228	2.545.228	2.545.228	2.545.228	2.545.229	2.545.229	2.545.229	20.000.000
Pfizer		100.000	501.380	1.000.000	2.831.575	2.831.575	711.750	711.750	711.750	200.070	200.070	200.070	9.999.990
AstraZeneca					200.000		1.220.000	1.460.000	1.470.000	1.470.000	4.170.000		9.990.000
Janssen							1.066.666	1.066.667	1.066.667	1.933.333	1.933.333	1.933.334	9.000.000
Sinovac		192.000	2.308.000	5.000.000									7.500.000
Moderna				33.333	33.333	33.334	1.666.666	1.666.667	1.666.667	1.633.333	1.633.333	1.633.334	10.000.000

Fuente: MSPS

Es importante tener en cuenta que los cronogramas de entrega están sujetos a las condiciones de producción y despacho por parte de las compañías farmacéuticas, por lo cual pueden variar. Al 10 de marzo, han llegado al país 2.142.164 dosis, de las cuales se han asignado 1.429.685.

Al 10 de marzo, el MSPS ha asignado 1.429.685 dosis, de las cuales ha entregado el 99,88% (1.428.107 dosis). De las dosis entregadas se ha aplicado el 33,6% (480.250).

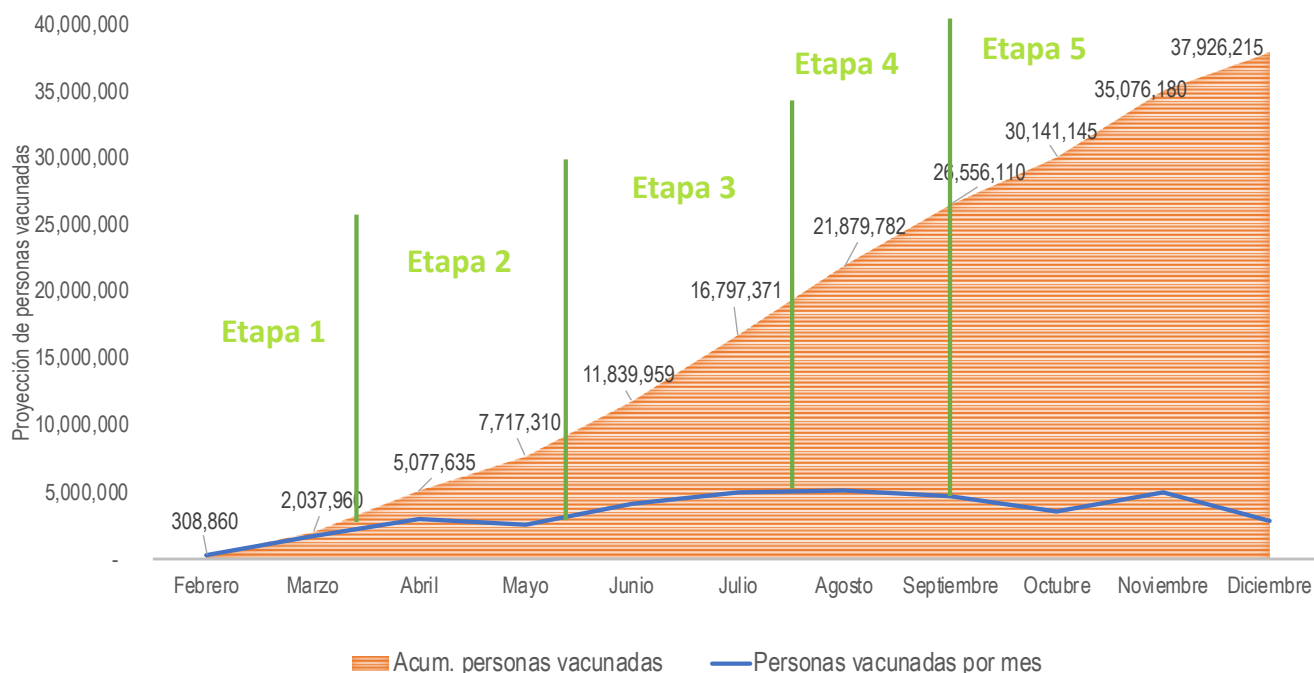
Tabla 4. Asignación, distribución y aplicación de la vacuna

Entidad Territorial	Dosis Asignadas	Dosis Entregadas	Dosis Aplicadas
Amazonas	22.916	22.916	21.614
Antioquia	185.694	185.694	54.976
Arauca	4.735	4.741	950
Atlántico	24.598	24.598	7.585
Barranquilla	54.306	54.306	17.394
Bogotá	243.553	243.553	104.750
Bolívar	27.718	27.718	5.168
Cartagena	29.715	29.715	7.995
Boyacá	37.986	37.854	12.302
Caldas	31.691	31.691	7.344
Caquetá	8.280	8.244	2.583
Casanare	8.042	8.060	3.780
Cauca	35.124	35.154	7.262
Cesar	26.572	26.644	5.673
Chocó	10.024	9.898	1.582
Córdoba	50.539	50.539	9.500
Cundinamarca	64.196	64.196	36.450
Guainía	12.579	12.579	6.914
Guaviare	1.806	1.806	818
Huila	29.436	28.644	8.238
La Guajira	19.353	19.329	4.761
Magdalena	18.775	18.775	3.736
Santa Marta	12.947	12.947	4.415
Meta	22.082	22.082	9.573
Nariño	48.329	48.329	13.046
Norte de Santander	42.295	42.295	7.541
Putumayo	6.229	6.241	1.505
Quindío	19.196	18.650	10.995
Risaralda	30.872	30.872	10.516
San Andrés y Providencia	1.158	1.110	444
Santander	64.914	64.914	16.262
Sucre	34.803	34.671	6.440
Tolima	42.635	42.785	9.718
Valle del Cauca	144.162	144.162	52.209
Buenaventura	5.580	5.580	1.203
Vaupés	5.609	5.609	4.606
Vichada	1.236	1.206	402
<b>TOTAL NACIONAL</b>	<b>1.429.685</b>	<b>1.428.107</b>	<b>480.250</b>

Fuente: Dirección de Promoción y Prevención, MSPS.

El MSPS proyecta que a septiembre de esta vigencia (2021) se haya vacunado a las personas priorizadas en las primeras cuatro fases del PNV. El resto de la población —no gestante y mayores de 16 años— incluida en la quinta y última etapa se vacunaría entre septiembre y febrero de 2022.

Gráfico 1. Estimado del acumulado de personas vacunadas por mes



Fuente: Dirección de Promoción y Prevención, MSPS.

Otro aspecto fundamental para la implementación del PNV es la disponibilidad de ultracongeladores para preservar las vacunas bajo las condiciones establecidas por el proveedor farmacéutico, específicamente para la fabricada por la farmacéutica Pfizer. El MSPS adelantó un proceso conjunto, aún activo hoy, de gestión territorial y de adquisición de tales equipos. La tabla a continuación muestra las cantidades en proceso de adquisición por parte de la Nación para el fortalecimiento de la red de frío.

Tabla 5. Elementos para la red de frío en proceso de adquisición por parte de la Nación

<b>Congeladores solares 68 Lts</b>	105
<b>Refrigerados solares combinado de 36 Lts</b>	120
<b>Refrigeradores eléctricos de 145 Lts apróx.</b>	615
<b>Caja térmica de 22.5 Lts</b>	1615
<b>Termons portavacunas de 2.9 Litros Apróx.</b>	4845
<b>Termómetro de máximas y mínimas calibrados en tres puntos</b>	1300
<b>Termohigrometrts calibrados en tres puntos de temperatura y humedad relativa</b>	1300
<b>Datalogger para monitoreo en el transporte</b>	1148

Fuente: Dirección de Promoción y Prevención, MSPS.

A la fecha el país tiene operando 33 equipos para la red de frío en las ET, de los cuales seis (6) fueron financiados por la Nación. A estos se sumarán ocho (8) equipos que serán entregados entre el 15 y 19 de marzo.

Adicionalmente, se está gestionando la adquisición de insumos tales como, cajas de transporte ultracongelado, carnets, jeringas, y dataloggers para entregar a los territorios:

Paralelamente, el MSPS diseñó y desarrolló un plan de capacitación dirigido al talento humano de todas las ET y a los diferentes actores del SGSSS como son las EAPB, IPS vacunadoras públicas y privadas, como también al personal que se contratará para la vacunación contra el COVID-19 así como en los programas de educación continuada en el PAI, los cuales se han venido formando a través de convenios y alianzas con diferentes centros de formación (SENA, Universidad Nacional, Universidad Javeriana, Universidad Militar Nueva Granada, Insimed, Cruz Roja y Revive Entrenamiento Médico Integral). El talento humano convocado corresponde a los perfiles de enfermería, odontología, medicina, bacteriología, técnicos y auxiliares en enfermería y salud pública.

En las dos convocatorias realizadas, a la fecha, se han inscrito 106.714 personas entre auxiliares y profesionales. Al 9 de marzo se ha capacitado el 27% de los profesionales inscritos, para un total de 28.761 formados. Se espera que cerca de 42.000 personas terminen su capacitación entre finales de marzo y abril y cumplan con los requisitos para su certificación, proyectando así que al 1 de abril se haya certificado al 80% de las personas.

*Tabla 6. Personas en formación y capacitadas*

Estado	REVIVE*	SENA	U. NACIONAL	U. JAVERIANA	U. MILITAR	INSIMED	TOTAL	% frente a inscritos
Capacitados	9.140	18.224	652	745			28.761	27%
En formación	0	4.063	358				4.421	4%
Por certificar		4.004					4.004	4%
Inscritos (por iniciar)		36.975	0	650			37.625	35%
No terminaron / desertaron		6.100	0				6.100	5%
Por asignar	17.261				7.739	803	25.803	25%
* Revive cerró proceso de formación el 5 de marzo de 2021.							<b>Inscritos --&gt;</b>	<b>106.714</b>

Fuente: Dirección de Talento Humano en Salud, MSPS.

#### 4. Comentarios:

Las **estimaciones de recuperación de la economía colombiana** son muy parecidas entre el sector público, en cabeza del gobierno nacional (5%), como en el sector privado, liderado en su sector financiero por Asobancaria (4,6%), después de una caída del 6,8% en nuestro PIB para el año 2020, por lo que estos pronósticos vislumbran un rebote importante y necesario para jalonar el empleo. Más cuando vemos que la tasa de desempleo, sólo en enero de este año, ascendió al 17.3%, situación que se debió principalmente al cierre del sector comercial en las ciudades principales del país, como Bogotá.

Hoy, en este contexto de aceleración de nuestra economía, la reactivación y la recuperación del empleo pasan, sin duda, por la **estrategia que se implemente alrededor de la vacunación contra el covid-19**. La única posibilidad que tenemos de generar la inmunidad de rebaño es a través de la vacunación. Al hacerlo de forma organizada, completa, ágil y eficiente, es como vamos a poder tener una hoja de ruta de crecimiento económico estable y de

bienestar real para los colombianos y de la recuperación de empleos. Esto evitando pensando en el bienestar de la gente y evitando el retroceso en términos de cierres comerciales de ciudades como el caso reciente de Santa Marta.

Para llegar a la **inmunidad de rebaño se necesitan 35 millones de personas vacunadas**. De esos 35 millones, 9 millones necesitarán una sola dosis (Janssen), pero los otros 26 millones necesitarán 2 dosis, lo que significa que necesitamos un total de 60.410.792 dosis, descontando las 589.208 ya aplicadas al 11 de marzo .

El Gobierno Nacional celebró que estableció un **récord** hace tres días, el pasado 11 de marzo con la aplicación de 108.958 dosis de vacunas. Si se sigue con esta tendencia, es decir, si se mantiene el ritmo de aplicación de la vacuna del pasado 11 de marzo, **se necesitarían 555 días, es decir, 1.5 años para llegar a la inmunidad de rebaño**. Con este panorama, es muy difícil que se llegue a la inmunidad de rebaño para este año.

Lograrla **consecución de la inmunidad de rebaño** a través de la vacunación pasa por dos puntos principales:

**El primero es eliminar el rezago de aplicación de las vacunas en las regiones**. Según el cuadro que se muestra a continuación, el MSPS ha asignado 1.429.685 dosis a 10 de marzo, pero **sólo se ha aplicado el 33,6% (480.250) en las regiones**. Es importante, entonces, el acompañamiento real y eficiente a los Entes Territoriales para que el ritmo de aplicación se asemeje al ritmo de asignación de las vacunas y así evitar este rezago en las regiones.

*Tabla 7. Asignación, distribución y aplicación de la vacuna*

Entidad Territorial	Dosis Asignadas	Dosis Entregadas	Dosis Aplicadas
Amazonas	22.916	22.916	21.614
Antioquia	185.694	185.694	54.976
Arauca	4.735	4.741	950
Atlántico	24.598	24.598	7.585
Barranquilla	54.306	54.306	17.394
Bogotá	243.553	243.553	104.750
Bolívar	27.718	27.718	5.168
Cartagena	29.715	29.715	7.995
Boyacá	37.986	37.854	12.302
Caldas	31.691	31.691	7.344
Caquetá	8.280	8.244	2.583
Casanare	8.042	8.060	3.780
Cauca	35.124	35.154	7.262
Cesar	26.572	26.644	5.673
Chocó	10.024	9.898	1.582
Córdoba	50.539	50.539	9.500
Cundinamarca	64.196	64.196	36.450
Guainía	12.579	12.579	6.914
Guaviare	1.806	1.806	818
Huila	29.436	28.644	8.238
La Guajira	19.353	19.329	4.761
Magdalena	18.775	18.775	3.736
Santa Marta	12.947	12.947	4.415
Meta	22.082	22.082	9.573
Nariño	48.329	48.329	13.046
Norte de Santander	42.295	42.295	7.541

Entidad Territorial	Dosis Asignadas	Dosis Entregadas	Dosis Aplicadas
Putumayo	6.229	6.241	1.505
Quindío	19.196	18.650	10.995
Risaralda	30.872	30.872	10.516
San Andrés y Providencia	1.158	1.110	444
Santander	64.914	64.914	16.262
Sucre	34.803	34.671	6.440
Tolima	42.635	42.785	9.718
Valle del Cauca	144.162	144.162	52.209
Buenaventura	5.580	5.580	1.203
Vaupés	5.609	5.609	4.606
Vichada	1.236	1.206	402
<b>TOTAL NACIONAL</b>	<b>1.429.685</b>	<b>1.428.107</b>	<b>480.250</b>

Fuente: Dirección de Promoción y Prevención, MSPS.

El segundo es permitir la **participación del sector privado** en la compra, organización y aplicación de la misma. Son muchos los gremios, sectores, empresas que están dispuestos a traer vacunas con una reglamentación adecuada.

La inclusión del sector privado debe empezar en la etapa más pronta. El Ministerio ha afirmado que los privados podrían empezar en la etapa 5 (cuando se deben vacunar las personas entre 16 y 69 años que no tengan comorbilidades), pero sería importante poder empezar etapas previas. Es importante, además que **el Ministerio defina cuántos colombianos hay en cada etapa de vacunación**, que no es claro en el cuadro que se muestra a continuación:

Tabla 8. Población priorizada por fase y etapa

Fase	Etapa	Población sujeta de vacunación
I	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Profesionales de la salud de primera línea.</li> <li>Personas de 80 años y más</li> </ul>
	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>Población entre los 60 y los 79 años.</li> <li>Al resto del talento humano que labore en cualquier prestador de servicios de salud.</li> <li>Médicos tradicionales, sabedores ancestrales y promotores comunitarios en salud propia.</li> <li>Estudiantes de pregrado de programas técnicos, tecnológicos y universitarios, de ciencias de la salud que estén en práctica clínica en alguna Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS.</li> </ul>
	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>Agentes educativos comunitarios (madres y padres comunitarios) identificados por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF.</li> <li>Docentes, directivos docentes y personal administrativo de los centros de educación inicial, preescolar, básica primaria, básica secundaria y educación media.</li> <li>Población entre 16 y 59 años de edad que presente una de las siguientes condiciones: enfermedades hipertensivas, diabetes, insuficiencia renal, VIH, cáncer, tuberculosis, EPOC, ASMA, Obesidad.</li> <li>Cuidadores institucionales de niños y adolescentes del ICBF.</li> <li>Cuidadores institucionales de adultos mayores.</li> <li>Cuidadores de adultos mayores en atención domiciliaria, identificado por una IPS.</li> <li>Personal de las Fuerzas Militares.</li> <li>Personal de la Policía Nacional.</li> <li>Guardia indígena y cimarrona.</li> </ul>
II	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bomberos</li> <li>Socorristas de la Cruz Roja Colombiana y de la Defensa Civil.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Operadores de vuelo.</li> <li>• Auxiliares y pilotos internacionales.</li> <li>• Población privada de la libertad en institución carcelaria.</li> <li>• Guardias del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario - INPEC.</li> <li>• Personas en situación de calle identificadas por las alcaldías municipales.</li> <li>• Talento humano de las funerarios, centros crematorios y cementerios, que manipulen cadáveres.</li> </ul>
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resto de la población mayor de 16 años no gestante, manteniendo el orden de aplicación por grupos de edades de mayor riesgo, comenzando con los adultos entre 50 y 59 años, hasta llegar a los jóvenes y adolescentes.</li> </ul>

Fuente: Plan Nacional de Vacunación, MSPS

La única razón para que continúe el monopolio de las vacunas es la escasez en el mercado, como lo ha mencionado el Ministerio. La misma situación de escasez la hemos vivido con los tapabocas y las pruebas PCR. Por ejemplo, para el caso de los laboratorios de pruebas, con la entrada del sector privado pasamos de 1 a 167 laboratorios privados, haciendo que los resultados, que antes se demoraban varios días en ser entregados, hoy se entreguen en 4 – 6 horas.

Esta escasez de las vacunas, al igual que con los elementos mencionados, finalizará pronto y habrá disponibilidad para comprar vacunas en los mercados internacionales en las próximas semanas. Hay vacunas que ya están en fase 3, como la estadounidense de Novavax que mostró resultados del 96 por ciento de eficacia, asimismo recientemente Sanofi (Francia) y Glaxosmithkline (Reino Unido) unieron fuerzas para producir una nueva vacuna que está en fase 2, y por último, la farmacéutica francesa llegó a un acuerdo con Janssen, de Johnson & Johnson, para producir 12 millones de dosis mensuales de su vacuna<sup>1</sup>.

Países como México o Brasilya dieron autorización a los privados para comprar con contraprestaciones al Estado; en Brasil, por ejemplo, los privados deben donar al sistema público la mitad de las vacunas que compren<sup>2</sup>.Indonesia, por su parte, permitió participar al sector privado con la condición de que no negocie con las dos marcas en las que el Gobierno ha concentrado sus conversaciones. O por último, el caso de Alemania que, teniendo las vacunas ya compradas, permitió la entrada del sector privado para acelerar la aplicación de la misma.

Es claro que el sector privado no puede obstaculizar la gestión del Gobierno en ninguna de las fases (compra, organización, logística, refrigeración etc.). Para esto se pueden hacer acuerdos basados en un mecanismo ya existente: las Asociaciones Público Privadas (APP). Las APP vienen desde el año 2010 y han traído innumerables beneficios para el desarrollo del país; gracias a ellas hoy tenemos grandes obras de infraestructura como las doble calzadas, entre muchas otras.

<sup>1</sup>Silla Vacía.

<sup>2</sup>Ibid.

Este sería un caso atípico de Asociación Público Privada, en el que ambos sectores se benefician. Por ejemplo, en un caso puntual, el sector público puede compartir el listado de vacunadores con número de cédula al sector privado, y éste a su vez, tendría que recurrir a nuevos vacunadores para la aplicación sus dosis, recurriendo seguramente a sectores que están dispuestos a hacerlo como los odontólogos, estudiantes de medicina y hasta veterinarios.

El sector privado puede vacunar a 10 millones de empleados formales con sus familias, dándonos un total de alrededor 25 millones de colombianos. Para aumentar la cifra y llegar más rápido a la inmunidad de rebaño, se le puede solicitar que apoye la vacunación de trabajadores informales, trabajadores del campo, estudiantes públicos, e incluso, las personas habitantes de los municipios donde operan las empresas para el caso de las petroleras.

Por todo esto, reiteramos que estamos en una carrera contra reloj para alcanzar la inmunidad de rebaño que permita garantizar el bienestar de los colombianos. Poder tener una **reglamentación clara que permita la entrada al sector privado** es importante, pero su pertinencia en el tiempo es necesaria. En este sentido, solicitamos al **Ministerio de Salud y Protección Social, una fecha pronta y urgente en la que se tenga el decreto que reglamente y posibilite al sector privado** para negociar y comprar en el mercado internacional, así como, distribuir y aplicar en el territorio nacional, las vacunas contra el COVID 19.

### **Observaciones sobre el Plan Nacional de Vacunación**

- 1. Irregularidades:** Recientemente se han conocido casos de ciudadanos que denuncian irregularidades en el proceso de vacunación de sus familiares, señalando que, al momento de la aplicación de la vacuna, las jeringas se encontraban vacías. Casos como estos se registraron en Medellín y en Floridablanca, generando desconfianza por parte de la ciudadanía en términos de la transparencia del proceso.

En ese sentido, es pertinente cuestionar cuáles son los mecanismos para garantizar a la ciudadanía la vigilancia y adecuado proceder en el marco de la vacunación.

Teniendo en cuenta que la confianza de la ciudadanía tanto en la vacuna como en el proceso mismo de vacunación es central para avanzar en el propósito de vacunar la totalidad de la población objetivo durante el presente año, se propone al Ministerio, en el marco del principio de transparencia, generar una hoja de ruta que establezca claramente el procedimiento de aplicación de la vacuna y los derechos y deberes tanto del personal médico como de los ciudadanos. Dicha hoja de ruta debería incluir la obligatoriedad del personal médico de mostrar al ciudadano el momento en el que se introduce la dosis dentro de la jeringa, y el derecho de los ciudadanos a filmar el proceso de vacunación, entre otros mecanismos que permitan aumentar la confianza de los ciudadanos y fortalecer el Plan.

- 2. Proceso de vacunación de personas previamente infectadas:** En días pasados se anunció que los ciudadanos y ciudadanas que ya hayan estado infectados con el virus recibirán una única dosis de la vacuna de Pfizer/BioNTech, una vez hayan superado los noventa días de infección.

Ahora bien, aunque existen estudios realizados en Estados Unidos e Italia, que respaldan la decisión de aplicar una única dosis a las personas que ya han contraído la infección, hasta el doce de febrero de 2021 no habían sido evaluados por otros científicos y, al menos hasta esa misma fecha, ningún país había empezado a poner en marcha tales recomendaciones, por lo que se cuestiona al Ministerio si la decisión es tomada exclusivamente con base en los estudios o si hay experiencias de otras naciones al respecto.

**3. Pacientes con cardiopatías no fueron priorizados:** Pese a que existe evidencia científica que demuestra que las personas que padecen enfermedades cardiovasculares tienen mayor probabilidad de enfrentarse a un caso grave por Covid19 y de morir por esta causa, el Plan Nacional de Vacunación no incluye a estos pacientes como parte de la población priorizada en la etapa 3, en la cual se vacunarán a las personas con comorbilidades.

Así pues, en la tercera etapa se incluyen personas que presenten condiciones como enfermedades hipertensivas, diabetes, insuficiencia renal, VIH, cáncer, tuberculosis, EPOC, ASMA y obesidad, dejando por fuera a los pacientes coronarios.

Por lo anterior y teniendo en cuenta que la primera etapa del plan tiene por objetivo lograr la reducción de la mortalidad por Covid19, se recomienda al Ministerio ajustar la priorización, de manera tal que se incluyan a los pacientes con cardiopatías.

**4. No es claro cuál es la capacidad máxima de vacunación diaria:** En cuanto a la capacidad máxima de vacunación diaria se refiere, desde el Ministerio de salud se han expresado diversas cifras que dificultan el proceso de veeduría. Así pues, se han expresado al menos tres cifras distintas sobre este particular.

Se ha dicho que Colombia tiene una capacidad de vacunación de cien mil dosis diarias que podrían aumentar<sup>3</sup>, pero también se ha expresado desde el Ministerio información que indica que la capacidad es de 270 mil dosis diarias<sup>4</sup>, y el viceministro de Salud Alexander Moscoso indicó que el país tendrá una capacidad de aplicación de 177.200 vacunas diarias<sup>5</sup>.

Teniendo en cuenta que la claridad sobre las cifras es elemental para controlar, vigilar, corregir y proyectar las metas que se ha establecido el Ministerio, es clave que se precise tanto la cantidad máxima de vacunas que el país es capaz de aplicar, como las fechas en las que se proyecta alcanzar el pico.

**5. Las vacunas de AstraZeneca:** Recientemente se ha conocido que diversos países europeos han decidido suspender los procesos de vacunación que involucran el uso de la Vacuna de AstraZeneca, siendo Los Países Bajos, Francia, Italia, España y Alemania los que más recientemente tomaron tal determinación, uniéndose así a Irlanda, Noruega, Dinamarca, Islandia, Bulgaria, Tailandia y la República del Congo.

Las razones de tales naciones para decidir suspender o aplicar la aplicación de dosis de esta vacuna tienen que ver con la aparición de posibles efectos secundarios detectados en pacientes, como hemorragias y coágulos sanguíneos.

Teniendo en cuenta que Colombia adquirió 9.990.000 dosis de este laboratorio, es preciso que el Ministerio indique cómo procederá a la hora de iniciar la aplicación de esta vacuna.

---

<sup>3</sup> <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-tiene-la-capacidad-de-vacunar-a-100-mil-personas-diarias.aspx>

<sup>4</sup> La cifra está en la presentación de Reunión con Gobernadores sobre el Plan Nacional de Vacunación contra el Covid19. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/plan-nal-reunion-vacunacion-gobernadores.pdf>

<sup>5</sup> <https://www.vanguardia.com/colombia/unas-177-mil-vacunas-se-aplicarian-a-diario-en-colombia-AY3230376>

- 6. Inclusión de mujeres que finalizan su embarazo:** Actualmente y por falta de evidencia científica, las mujeres que se encuentran en estado de embarazo no hacen parte de la población objeto de ser vacunada. Sin embargo, es preciso que se tomen en cuenta y sean incluidas en el Plan aquellas mujeres que actualmente se encuentran en tal estado, pero que están próximas a tener a sus hijos, de manera tal que no queden excluidas del proceso.

Así pues, se debe garantizar a las mujeres que actualmente se encuentran en gestación, que una vez finalizado su embarazo, tendrán tanto la garantía en términos de ser vacunadas, como acceso al turno y a la priorización en la que han sido incluidas.

### **Recomendaciones al Plan Nacional de Vacunación**

#### **Plan de inmunización frente a personas con discapacidad que requieren de apoyo para el desempeño de sus actividades diarias y sus cuidadoras o cuidadores.**

Debemos tener presente que el deber de protección que le asiste al Estado y a la sociedad con relación a las personas con discapacidad, lo anterior teniendo en cuenta que son personas con especial protección a la luz del derecho constitucional, en este sentido llamamos la atención frente a la necesidad de incorporar una priorización en favor de estas personas, y a aquellas que ejercen actividades de protección y cuidado frente a las mismas, segmentos poblacionales especialmente afectados por la pandemia y que requieren de un plan real que les permita acceder a la vacunación en tiempo oportuno, facilitando y brindando tranquilidad al momento de desempeñar sus actividades de cuidado y de garantía de respeto a los derechos fundamentales de las personas que se encuentran bajo su esfera de protección.

De acuerdo con el plan de vacunación se han incorporado a personas que ejercen actividades relacionadas con la protección y el cuidado de adultos mayores así como de niños y adolescentes, estos últimos en prestación de servicios ante el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, medidas importantes y muy necesarias, no obstante que pueden ser mejoradas a través de la extensión a otros sectores de cuidadores que no se encuentran incluidos dentro del plan de vacunación, quienes de igual forma realizan una labor valiosa de protección y cuidado. Debemos llamar la atención frente a la necesidad de desligar la vinculación contractual de un cuidador con las garantías para hacerlo acreedor de la protección a través de la priorización en la vacunación, bajo el entendido que la razón para esta priorización no es per se la protección del cuidador sino el establecimiento de garantías con relación a la persona objeto de cuidado. En este sentido es de vital importancia incluir a los cuidadores de personas con discapacidad en la tercera fase de vacunación, donde sus similares se encuentra previsto puedan acceder a dicha inmunización.

#### **La inmunización en esferas territoriales especialmente afectadas por la pandemia, como garantía de reactivación económica, el respeto del mínimo vital y la dignidad humana de sus habitantes.**

Si bien es cierto esta emergencia sanitaria ha afectado de manera genérica a la población colombiana al igual que otros segmentos poblacionales a lo largo y ancho del mundo, también es cierto que han existido sectores económicos y segmentos poblacionales especialmente afectados en el mismo periodo de tiempo, debiendo afrontar situaciones muy particulares que han colocado en grave riesgo de vulneración derechos fundamentales de los pobladores de los territorios y las garantías de acceso real al mínimo vital, ante la pérdida del poder adquisitivo de los pobladores desde dichos territorios.

En este sentido debemos observar la situación específica de San Andrés, Providencia y Santa Catalina y otros territorios que se vieron afectados tras el paso de la emergencia invernal y para el caso específico de los pueblos

ribereños el paso del huracán IOTA por el territorio nacional, lo que llevó a una afectación complementaria a la impactada economía asociada al sector turismo.

Con razón a esto, resulta de vital importancia establecer un plan de vacunación que permita reactivar estos segmentos poblacionales que podrían alcanzar la inmunización de su población con un bajo número de vacunas; para el presente caso resaltamos la situación del ya mencionado archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, la cual cuenta con una cifra aproximada a los 78.413 habitantes, donde si observamos su índice poblacional es bajo y podremos notar que con un bajo número de vacunas se podría alcanzar la inmunidad total en el corto plazo, garantizando el bienestar físico de los habitantes del territorio, de las personas que realizan actividades de turismo en la región, al tiempo de facilitar la reactivación económica del archipiélago.

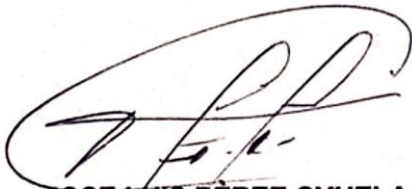
### **La ruralidad colombiana.**

#### **Apoyo y coordinación entre el Estado Central y los entes territoriales que permita llevar la inmunización al territorio, sin barreras de acceso, especialmente en adultos mayores y personas con discapacidad.**

El plan de inmunización de la sociedad colombiana requiere del mayor esfuerzo y compromiso del Estado, ante las dificultades para su implementación y la necesidad de inmunización en el corto plazo; estos esfuerzos son especialmente necesarios en la ruralidad colombiana y ruralidad dispersa a lo largo y ancho del país, donde las dificultades que deben afrontar los entes territoriales podrían desencadenar en barreras de acceso a una inmunización pronta que garantice su derecho fundamental a la salud y las condiciones de vida digna de los habitantes del territorio. comúnmente personas el alto grado de vulnerabilidad que requieren de la asistencia del Estado.

Es importante resaltar que las zonas de la periferia del país y el acceso real a las vacunas, requieren de un compromiso como es el de acercar la vacuna a los ciudadanos, sin someter a segmentos poblacionales que ven limitada su movilidad a ir hacia centros médicos para realizar su plan de inmunización, en este sentido realizamos un llamado al Gobierno Nacional para que en el marco de lo posible, sin colocar el riesgo la cadena de refrigeración y protocolos de movilización de los medicamentos pueda llevarse a los territorios y no limitarse a las cabeceras municipales brindando de esta forma facilidades de acceso a población adulta mayor o personas con discapacidad para quienes el traslado hacia estos centros puede convertirse en una verdadera barrera de acceso para la inmunización.

**FIRMAS MIEMBROS COMISION ACCIDENTAL PARA EL SEGUIMIENTO A LAIMPLEMENTACION DE LA VACUNA CONTRA EL COVID-19**



**JOSE LUIS PÉREZ OYUELA**  
Senador de la República



**EFRAÍN JOSÉ CEPEDA SARABIA**  
Honorable Senador de la República



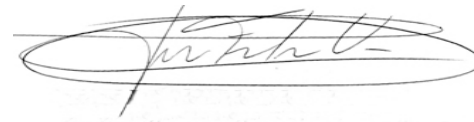
**MARITZA MARTÍNEZ ARISTIZÁBAL**  
Senadora de la República



**EDUARDO EMILIO PACHECO CUELLO**  
Senador de la República



**PAOLA ANDREA HOLGUIN MORENO**  
Senadora de la República



**JUAN FELIPE LEMOS URIBE**  
Senador de la República



**LAURA ESTER FORTICH SÁNCHEZ.**  
H. Senadora de la República.