

Bogotá D.C., enero 14 de 2021

Doctor
Fernando Ruiz Gómez
Ministro
Ministerio de Salud y Protección Social
Bogotá D.C.

Ref.: Comentarios al proyecto de decreto por el cual se define el Plan Nacional de Vacunación contra el COVID –19 y se dictan otras disposiciones.

Mauricio Ariel Albarracín Caballero, Johnattan García Ruiz, Diana Carolina León Torres, Víctor Práxedes Saavedra Rionda, Juan Sebastián Hernández Moreno, subdirector e investigadores de Dejusticia (Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad), identificados como aparece al pie de nuestras firmas, respetuosamente nos dirigimos a usted con el fin de compartir comentarios al proyecto de decreto por el cual se definen el Plan Nacional de Vacunación contra el COVID –19 y se dictan otras disposiciones. A continuación presentamos nuestros comentarios organizados según el artículo pertinente del proyecto de decreto.

Comentarios al articulado

Artículo 4

Sugerimos incluir un nuevo principio del Plan denominado “*no discriminación*”. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas en su “*Declaración sobre el acceso universal y equitativo a las vacunas contra la COVID-19*” en consonancia con el Derecho Internacional de los Derechos Humanos recordó que para asegurar el acceso a las vacunas los Estados deben “*eliminar toda discriminación basada en motivos de religión, nacionalidad, sexo, orientación sexual e identidad de género, raza e identidad étnica, edad, discapacidad, condición de migrante indocumentado, origen social, pobreza o cualquier otra condición pertinente*”¹. Para la redacción de este principio sugerimos incluir un texto idéntico al previamente citado.

¹ Declaración sobre el acceso universal y equitativo a las vacunas contra la COVID-19 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas. 27 de noviembre de 2020. Versión en español disponible en: <https://www.dejusticia.org/acceso-justo-seguro-y-universal-a-las-vacunas-contra-la-covid-19-el-llamado-de-las-naciones-unidas/>

Artículo 6. Parágrafo. Las personas de 15 años de edad o menos y las mujeres en gestación sólo serán objeto del Plan Nacional de Vacunación contra el COVID-19, hasta tanto la evidencia sobre seguridad y eficacia esté disponible para esta población.

Sería importante especificar que no solamente se necesita evidencia sobre seguridad y eficacia, sino que también es necesario que los registros sanitarios también sean ajustados. De esta forma, la vacuna se aplicará siempre y cuando los laboratorios hagan entrega de la evidencia sobre seguridad y eficacia de sus vacunas ante el INVIMA y mientras la autoridad sanitaria actualice las indicaciones autorizadas.

Artículo 7.1.2.1. Al 100% de la población entre los 60 y los 79 años de edad.

Sugerimos modificar el rango de edad, de modo que se restrinja en el extremo mínimo de 60 años, pero que se mantenga abierta la posibilidad de incluir mayores de 79 años. Aunque se espera que en la etapa 1 se pueda vacunar a toda la población mayor de 79 años, es posible que haya personas que por diferentes circunstancias no logren acceder a la vacuna en dicha etapa. Estas personas deberían tener la oportunidad de participar en la segunda etapa. La modificación propuesta permitiría eliminar una posible barrera administrativa en caso que una lectura exegética le permita a las EAPB negar el acceso a un adulto mayor de 79 años durante la etapa 2 por no haber alcanzado a ser vacunado en la etapa previa. Cambiarlo por “*Al 100% de la población de 60 años y más*” brindaría una mayor protección a este grupo vulnerable.

De hecho, sería ideal contar con una mención expresa de que las personas que aún cumpliendo con las condiciones de una etapa, no logren recibir la vacuna en esta, podrán acceder a la siguiente.

Artículos 7.2.1.7 y 7.2.1.8. Población privada de la libertad que estén cumpliendo su condena o medida de aseguramiento en institución carcelaria y guardias del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario-INPEC.

Solicitamos considerar la posibilidad de pasar este grupo de ciudadanos a una etapa anterior, ya que sus condiciones de vida en centros de reclusión, las debilidades del sistema para su atención en salud (propias del estado de cosas inconstitucional vigente en materia carcelaria) y el hacinamiento no sólo aumentan el riesgo de contagio, sino también la probabilidad de desenlaces fatales. En cuanto a la población privada de la libertad, las condiciones de hacinamiento y demás problemas estructurales del sistema representan un riesgo imposible de mitigar frente a otro tipo de poblaciones que se encuentran priorizadas en la etapa 4. Además, en muchos establecimientos penitenciarios y carcelarios hay importantes deficiencias en la provisión de servicios públicos que reducen la capacidad de utilizar medidas no farmacológicas para disminuir la posibilidad de

contagio. Por lo tanto, consideramos que estos aspectos de la vida en reclusión conllevan a la necesidad de que la vacunación de esta población tenga una prioridad más alta en el plan.

Las condiciones de vida de los internos también constituyen factores de riesgo para la presencia de enfermedades crónicas y condiciones no transmisibles como la obesidad, la hipertensión, y también enfermedades infecciosas como el VIH y la tuberculosis. Existe la posibilidad de que en esta población exista un subregistro que resulte en un acceso más tarde a la vacuna para una población que requiere de esta tecnología para mitigar un resultado fatal en caso de contagio. Adicionalmente, las falencias del sistema de salud de los centros de reclusión, las cuales ya han causado muertes evitables por Covid-19 por no recibir atención médica oportuna, también constituyen un factor que aumenta la vulnerabilidad de esta población, ameritando así una prioridad mayor a la establecida en la etapa 4 del plan.

Por su parte, consideramos necesario que la clasificación de la población privada de la libertad incluida en el plan no se limite a la población reclusa en centros de detención a cargo del INPEC, puesto que esta es sólo un porcentaje de la población privada de la libertad en Colombia que no incluye a la población reclusa en centros de detención transitoria (estaciones de policía y unidades de reacción inmediata), en los establecimientos carcelarios municipales y departamentales, en los centros de reclusión de la Fuerza Pública y en establecimientos para adolescentes (centros de atención especializada del SRPA). Dado que esta población se encuentra reclusa en condiciones análogas a las del sistema penitenciario y carcelario (hacinamiento elevado, acceso deficiente a servicios públicos y de salud, entre otros), consideramos que deben ser incluidos en el mismo grupo y ser incluidos en etapas anteriores del plan de vacunación.

Como logísticamente es más fácil hacer una sola campaña de vacunación en los centros de reclusión, sugerimos que ambos grupos estén priorizados en el mismo momento, pero en una etapa anterior, especialmente en consecuencia con el parágrafo segundo del artículo 7 por el cual se establece que ante la presencia de múltiples condiciones de priorización, se accederá a la vacuna en la etapa más temprana.

Artículo 9. Postulación de personas no incluidas en los listados de personas priorizadas.

De acuerdo con lo definido en este artículo, la única posibilidad de postularse al listado de personas priorizadas es mediante un trámite ante una Entidad Promotora de Salud u operador de algún régimen especial o de excepción. Esto limita la posibilidad de que personas que no se encuentren en el Sistema General de Seguridad Social en Salud puedan hacer parte de las listas priorizadas, así cumplan con las condiciones de edad, de salud, de ocupación o de situación social.

Para el 2021, el DANE proyecta 51.049.498 personas en el territorio nacional. De acuerdo con la Base de Datos Única de Afiliados de la ADRES, en el país hay 21.524.478 afiliados activos en el régimen contributivo y 24.132.653 afiliados activos el subsidiado para enero de 2021. Según estas cifras, aproximadamente cinco millones de personas estarían por fuera del sistema de aseguramiento en salud. Es probable que muchas de estas personas hagan parte de grupos vulnerables priorizados que deberían acceder prontamente a la vacuna, pero que no tendrían la posibilidad de postularse en caso de no ser identificados como población priorizada.

También preocupa que la población migrante que no hace parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud, pero que cumple con los requisitos de priorización, quedaría sin posibilidades de postularse para recibir la vacuna. Como bien lo establece el proyecto de decreto en su artículo 2 y 4, el Plan Nacional de Vacunación contra el COVID-19 aplica para todos los habitantes del territorio nacional. Permitirle a esta población la posibilidad de postulación también entra en sintonía con los principios de solidaridad, beneficencia, prevalencia del interés general, equidad, universalidad y de justicia social y distributiva señalada en el artículo 4 del proyecto en discusión.

Sugerimos que las personas también puedan adelantar el proceso de postulación ante los entes territoriales en alianza con las IPS públicas. Las gobernaciones y alcaldías, en compañía de la representación local del Departamento de Prosperidad Social, tienen amplia experiencia en la atención y gestión de servicios de salud de Personas Pobres No Afiliadas y por la naturaleza de sus competencias, tienen mayor posibilidad de brindar apoyo a grupos vulnerables. A su vez, la posibilidad de postulación para personas por fuera del SGSSS se complementa con lo dispuesto en el último inciso del artículo 10 y en el artículo 12 del proyecto de decreto, por el cual los entes territoriales asignan la IPS que gestionará la vacunación de las personas identificadas pero no afiliadas.

Artículo 10. Disposición de la información de la población a vacunar en cada etapa.

Sugerimos hacer el mayor esfuerzo posible por incluir medios adicionales a la plataforma MIVACUNA como radios comunitarios y locales, la red abierta de televisión y prensa para informar a la población oportunamente las fechas y procedimientos para acceder a la vacunación en cada etapa.

Aprovechando los avances tecnológicos utilizados para el programa Ingreso Solidario, sugerimos que al menos en los hogares ya cubiertos por este programa se informe a través de un mensaje de texto, como funcionaba en dicho programa, sobre la oportunidad de vacunación de los miembros del hogar que se identifiquen como priorizados en cada una de las etapas y el

procedimiento a seguir. De tal manera que la no vacunación no sea causada por razones externas al no consentimiento, como la falta de información oportuna.

Artículo 13. Agendamiento de citas para la vacunación.

En el tercer inciso del artículo se señala que a la persona que no desee vacunarse se le recomendará acceder al formato de consentimiento informado disponible en la plataforma MIVACUNA. Sugerimos, si es posible, que la IPS que haga el contacto con las personas pregunte sobre las razones por las que decide rechazar la vacuna si desea compartirlas. Esta información es de gran importancia para la política pública de vacunación porque permitirá identificar los principales obstáculos de las personas para confiar en la vacunación y así diseñar estrategias efectivas que permitan cambiar su percepción sobre el plan o sobre la seguridad y eficacia de las vacunas.

También sugerimos que estas personas no solamente sean remitidas al consentimiento informado, sino a información sobre preguntas frecuentes sobre la vacuna, de modo que tengan la oportunidad de tener información confiable y fácil de comprender sobre los beneficios individuales y colectivos de la vacunación contra el COVID-19.

Artículo 14. Aplicación de la vacuna contra el COVID-19.

En la última línea del artículo se establece que la persona recibirá su carné de vacunación al final del proceso. Sugerimos que este carné también esté disponible en la plataforma MIVACUNA, de modo que las personas puedan acceder a éste en caso de pérdida.

Artículo 17. Responsabilidades de las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales.

Sugerimos incluir la responsabilidad de postular en las listas de priorización y de asignar una IPS gestora a la población priorizada no afiliada.

Artículo 21. Importación de las vacunas contra el COVID-19 por las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales.

Consideramos que la descentralización de la negociación y adquisición de las vacunas contra el COVID-19 resulta inadecuada para la garantía de un plan de vacunación eficiente y equitativo. Por una parte, el Ministerio de Salud y Protección Social hace un análisis riguroso sobre los distintos tipos de vacunas, sobre la evidencia científica disponible relativa a cada una de ellas y de esta manera puede diseñar el portafolio que mejor responda a las necesidades de la población.

Además, el Ministerio ya tiene la experiencia y conocimiento sobre el proceso de negociación, así como todos los pormenores que significa el concretar este tipo de transacciones.

La descentralización puede resultar en precios menos favorables para los distritos, municipios y gobernaciones que requieren de cantidades más pequeñas, lo cual pone en riesgo las finanzas públicas de los entes territoriales. También conlleva el riesgo de que algunos gobernantes decidan adquirir vacunas a laboratorios cuyos resultados clínicos no son transparentes o que aún no confirman la seguridad y eficacia de sus productos. Por otro lado, la descentralización puede generar una desigualdad injustificada entre territorios, que a su vez se traduzca en una discriminación en razón al domicilio.

Artículo 22. Importación y comercialización de vacunas contra el COVID-19 por personas de derecho privado.

El artículo menciona que la posibilidad de negociar, adquirir e importar vacunas inicia desde que termine la primera fase del plan. Sin embargo, el parágrafo 1 señala que el plan de uso o comercialización deberá respetar los criterios de priorización vigentes al momento de recibir las vacunas. Teniendo en cuenta que la vacunación de los grupos poblacionales cobijados por la etapa 4 del plan son en su inmensa mayoría responsabilidad de instituciones públicas, sugerimos señalar que este uso privado de las vacunas estará autorizado desde la etapa 5. Si se mantiene en la etapa 4, en la práctica únicamente el personal de funerarios, centros crematorios y cementerios acudiría al canal privado, ya que el resto igual tendrá que esperar a la etapa 5. Lo mejor sería evitar confusiones y establecer el canal privado desde la etapa 5.

Por otro lado, el artículo menciona en su parágrafo 1 un plan de uso o comercialización. Esto significa que las personas de derecho privado no solamente podrán negociar, adquirir e importar, sino también comercializar. Es importante definir esto porque tal cual como está redactada la norma, no es claro si un privado puede adquirir vacunas para luego ofrecerlas al público en el mercado colombiano.

Un punto importante, tanto para este artículo como para el artículo 21, es que el artículo 71 de la Ley 1753 de 2015 establece que los precios que se establezcan a partir de una compra centralizada, como la que hace el Gobierno Nacional con las vacunas contra el covid-19, “*serán obligatorios para los proveedores y compradores de medicamentos, insumos y dispositivos de servicios de salud y estos no podrán transarlos por encima de aquellos precios.*” Esto quiere decir que ninguna negociación que realicen los entes territoriales o las personas de derecho privado podrían superar el precio pactado por el Gobierno Nacional. En ese sentido, abrir vías alternativas a la negociación y adquisición nacional resulta inocua e inoperable.

Artículo 25. Condiciones de los prestadores de servicios de salud para la aplicación de las vacunas contra el COVID-19.

Teniendo en cuenta que la aplicación de la vacuna requiere de una infraestructura y condiciones específicas por parte de las IPS y que el artículo en mención abre la posibilidad de que estas vacunas se apliquen de forma extramural en los casos de “*resguardos, comunidades indígenas, albergues, asentamientos, territorios dispersos, y cualquier otro espacio en donde sea necesario llegar para garantizar la inclusión de población vulnerable con dificultades de acceso, así como en los servicios de consulta externa de las instituciones carcelarias*”, lo mejor sería que existiera una excepción en la priorización de modo que se haga una sola acción colectiva en estos espacios independiente de las etapas de priorización a las que pertenezcan los miembros de estos grupos.

Si se decide acudir a una comunidad para inmunizar a la población mayor de 79 años en la etapa 1, y luego unas semanas después se tiene que hacer el mismo traslado para los demás miembros asignadas en la etapa 2, para después tener que regresar a estas comunidades a vacunar a quienes están en la etapa 3, al final se vulnera el principio de eficiencia que el proyecto de decreto establece en su artículo 4.2. Por sus características especiales de vulnerabilidad, los grupos que se requieran acceder a la vacuna de forma extramural deberían recibir las vacunas al mismo tiempo y si cuentan con miembros priorizados en las primeras etapas, las acciones de vacunación deberán prestarse en ese momento, así algunos miembros de esos grupos pertenezcan a etapas posteriores. Este tipo de acciones de protección de grupos vulnerables está amparado por la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015 y estaría en consonancia con lo descrito en la Observación No. 14 de 2000 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Comentarios adicionales

Comunidades étnicas y territorios colectivos.

Según el Instituto Nacional de Salud, al menos 76 pueblos indígenas del país tuvieron al menos un caso positivo de COVID-19. Esto corresponde al 72.38% de los pueblos indígenas del país. Durante el primer pico de contagio murieron líderes de pueblos considerados en riesgo de extinción física y cultural por la ONIC. Esta información no está disponible para los títulos colectivos de comunidades negras del país sino para toda la población afrodescendiente del país. Sin embargo, las condiciones que facilitan el contagio como el hacinamiento crítico, otras disparidades existentes antes de la pandemia que se han acentuado como la desigualdad y el racismo estructural, hacen de estos grupos étnicos, que tienen importancia social y cultural, una población que debería ser priorizada en el plan de vacunación.

Consideramos que ambos grupos dentro de territorios colectivos, comunidades negras, resguardos y asentamientos indígenas, deberían ser priorizados en la etapa 3 del plan de vacunación por las condiciones de vivienda que facilitan el contagio y afecciones agudas y crónicas del virus, la distancia a la atención en salud adecuada y oportuna en caso de necesitarla y la facilidad de vacunación en albergues y centros comunitarios dentro de estos territorios. Así mismo, varios de estos territorios colectivos se han visto azotados por la violencia y amenazas ambientales durante el año pasado. Esto reduce el cumplimiento de las medidas de aislamiento preventivo y distanciamiento social. Es probable que los ataques violentos a estas poblaciones o la exposición al riesgo de amenazas naturales no disminuya en un futuro cercano. Por lo tanto, se considera necesaria la priorización de vacunación a las comunidades étnicas en territorios colectivos bajo estas circunstancias especiales.

Cabe resaltar que varios de estos territorios, al igual que otros lugares del país, se encuentran en zonas no interconectadas al sistema de energía eléctrica del país y la accesibilidad a estos lugares es a través de modos de transporte fluvial. Por lo tanto, recomendamos que en caso de evidenciar dificultades logísticas que puedan obstaculizar la movilización de las personas al lugar de vacunación, se pueda ofrecer un apoyo de transporte, de alimentación e incluso apoyo monetario que cubra los ingresos salariales perdidos por el día de vacunación cuando se requiere más de ocho horas para acceder a la inmunización. De tal manera que la no vacunación no sea causada por razones externas al no consentimientos de los individuos, como los costos asociados al desplazamiento a los lugares de vacunación. Es fundamental coordinar la vacunación con las autoridades, organizaciones y liderazgos indígenas. Ellos tienen la información y el conocimiento del territorio y las comunidades y podrán asistir al que el proceso resulte de la mejor manera posible.

Claridad y comprensibilidad de la utilización de sistemas de tecnologías digitales y sus alternativas

Para el proceso de vacunación, el borrador establece la utilización de dos sistemas web, PAIWEB y MIVACUNA, con diferencias en sus usuarios y sus funciones. La transparencia en relación con los mismos, a través de información comprensible, no solo es vital para la construcción de confianza sino una obligación jurídica. En este sentido, proponemos que acompañe a la resolución un anexo sobre el uso de estas plataformas que incluya de modo comprensible y ordenada, sin necesidad de que sea deducida del texto articulado y a pesar de que pueda resultar redundante con el mismo, la siguiente información:

- Presentación resumida pero comprensiva de qué es PAIWEB y qué es MIVACUNA y cuáles son sus objetivos. Esto permite un primer acercamiento de la población general a sistemas con los que no necesariamente están familiarizados.

- Acciones o procesos que la población a vacunar, como usuarios, puede realizar a través de MIVACUNA. A lo largo del articulado se señala esta plataforma como el medio preferente para la realización de distintas actividades como consulta de cita. Sin embargo, es importante que los usuarios puedan conocer en un único lugar cuáles son las distintas posibilidades que ofrece la herramienta.
- Relación detallada entre PAIWEB y MIVACUNA en términos de procesos. Estableciendo el articulado el uso de ambas plataformas en la vacunación, es necesaria la claridad para las y los usuarios en cuanto a las relaciones y conexiones entre las dos herramientas en caso de que las haya.
- Relación y obligaciones de otros actores respecto de ambas plataformas. Además de la población a vacunar, como usuarios, también interactuarán con alguna o ambas plataformas otros actores públicos y privados. Es necesaria la claridad también sobre dichas interacciones, y las posibles obligaciones que de ellas se deriven, tanto en términos de transparencia como de seguridad jurídica para todos los actores implicados.
- Listado exhaustivo de las bases de datos que conforman la Base de Datos Maestra de Vacunación al momento de la emisión de la resolución, así como la indicación de otras bases de datos que estén considerándose. Adicionalmente habría de señalarse quién es el responsable del tratamiento y el encargado, en su caso, y el lugar en el que se puede consultar la restante información sobre el tratamiento de la información que demanda la normatividad de protección de datos. En ese sentido, es importante destacar que las consideraciones en relación con el consentimiento no han de suponer en ningún caso un menoscabo en términos de la información que han de tener disponible, de modo fácil y comprensible, todos los titulares de los datos que se están tratando.
- Los sistemas alternativos de información establecidos para las personas sin acceso o con acceso limitado a las plataformas web, sea por motivos de infraestructura o capacidades. La claridad y exhaustividad en el funcionamiento de estos sistemas analógicos son el reflejo de la toma en consideración de la brecha digital y sus impactos en nuestra población.

La presencia de esta información mínima en un anexo no excluye la pertinencia de desarrollar a la mayor brevedad los correspondientes manuales de usuario y piezas informativas complementarias, como infografías, cuya máxima difusión ha de garantizarse.

Agradecemos la oportunidad de compartir estos comentarios. Estaremos muy atentos a ampliar estos puntos si así lo solicitan. Recibimos comunicaciones y notificaciones en las siguientes

direcciones de correo electrónico: notificaciones@dejusticia.org, malbarracin@dejusticia.org y jgarcia@dejusticia.org

Cordialmente,

Mauricio Ariel Albarracín Caballero
Subdirector Dejusticia

Johnattan García Ruiz
Investigador

Diana Carolina León Torres
Investigadora

Víctor Práxedes Saavedra Rionda
Investigador

Juan Sebastián Hernández Moreno
Investigador