



Al contestar cite Radicado 2025211102545301

Fecha: 10-09-2025 13:14:12

Destinatario: GERSON BERMONT

Consulte su trámite en:

<https://controldoc.minsalud.gov.co/ControlDocPQR/Consulta>

Código de verificación: EJ3P6



Bogotá D.C.,

Doctor:

GERSON ORLANDO BERMONT GALAVIS

Secretario Distrital de Salud

Secretaría de Salud Bogotá

Correo electrónico:gbermont@saludcapital.gov.co contactenos@saludcapital.gov.co

Ciudad

ASUNTO: Respuesta a radicado No. 2025423002803072Id Control: 1106247 “Solicitud de incorporación de tecnologías para prevenir la infección por Virus Sincitial Respiratorio en el Programa Ampliado de Inmunizaciones del Distrito de Bogotá.”

Respetado doctor Bermont,

En respuesta a la solicitud “*De acuerdo con la iniciativa planteada en la comunicación anterior, en la cual se evidenció la necesidad de incorporar nuevas tecnologías para prevenir la infección por Virus Sincitial Respiratorio en el Programa Ampliado de Inmunizaciones en Bogotá, me permito realizar la entrega formal de la solicitud en el marco de los lineamientos para la introducción de nuevas vacunas en el Programa Ampliado de Inmunizaciones, establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social (2008) y de los documentos que soportan dicha solicitud para considerar la incorporación de dos tecnologías específicas en la prevención de este virus. Dichos documentos cumplen con todos los requerimientos establecidos técnico-científicos necesarios....*” nos permitimos informar lo siguiente:

El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) Nacional realizó la revisión de la documentación allegada: Anexo 1. Informe carga enfermedad, “Evaluación de tecnologías para la prevención del virus sincitial respiratorio (VSR)”, Anexo 2. Anexo 2. Revisiones sistemáticas de la literatura, Anexo 3. Análisis de costo efectividad, Anexo 4. Análisis de impacto presupuestal, Protocolo Introducción vacuna VSR_revision_DirEpi_VF y Relatoria-vsr. en el marco de introducción de nuevos biológicos.

De conformidad con la propuesta, “*Evaluuar la inclusión de la vacuna contra el VSR en Bogotá, con el objetivo de contribuir a la reducción de la mortalidad en niños y niñas, las hospitalizaciones y las diversas secuelas de las infecciones asociadas con este virus. Para ello, se suscribió desde 2024 un convenio con la Universidad de Antioquia...y en donde la Secretaría de Salud, hace referencia al propósito de la incorporación de nuevas tecnologías*

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32-76, Bogotá D.C., Colombia

Comutador en Bogotá: (+57) 601 330 5043

Resto del país: (+57) 01 8000 960020

en el Programa Ampliado de Inmunizaciones Distrital con una “...estrategia híbrida que incluye vacunar con RSVpreF a las gestantes, y adicionalmente, aplicar Nirsevimab a todos los recién nacidos prematuros o hijos/as de madres no vacunadas contra el VSR para prevenir así la infección en niños y niñas menores de 6 meses”.

Con base a lo anterior se verificó: Evaluación de costo-efectividad y costo-utilidad de las siguientes tecnologías disponibles para la prevención de la enfermedad por Virus Sincitial Respiratorio donde incluye lo siguiente:

Palivizumab	Nirsevimab	RSVpreF	RSVpreF3	mRESVIA
Anticuerpo monoclonal antiviral	Anticuerpo monoclonal antiviral	Anticuerpo monoclonal antiviral	Vacuna viral recombinante bivalente	Vacuna mRNA contra el VSR
Lactantes con alto riesgo (prematuros, cardiopatías congénitas,	Todos los lactantes en su primera temporada de exposición al VSR; lactantes con alto	Embarazadas (32–36 semanas) y adultos ≥60 años	Adultos ≥60 años y adultos de 50–59 años con alto riesgo de	Adultos ≥60 años

Donde se consideraron, los siguientes grupos blanco:

- ✓ “Lactantes menores de 12 meses, incluyendo aquellos con condiciones de alto riesgo (prematuridad, cardiopatías congénitas, displasia broncopulmonar).
- ✓ Mujeres embarazadas entre las 32 y 36 semanas de gestación, para protección pasiva del recién nacido.
- ✓ Adultos mayores de 60 años, y adultos de 50 a 59 años con alto riesgo que los predisponen a enfermedad grave por VSR.”

Para este estudio, el comparador de tecnología fue: No vacunar, siendo este escenario, más costo beneficioso como lo dice la literatura y la evidencia científica, así como el Programa Ampliado de Inmunizaciones Nacional está convencido que contar con una tecnología es más beneficioso que tener la ausencia de esta.

Igualmente, se reconoce que se debe fortalecer el diagnóstico por laboratorio para disminuir las dificultades que presentan la vigilancia epidemiológica y clínica por este agente, ya que el ciento por ciento de los pacientes con signos y síntomas respiratorios no son diagnosticados con especificidad para VSR. En el buen desarrollo del estudio (autores) se incluyó diagnósticos con baja sensibilidad para relacionarlos como VSR para posteriormente hacer la combinación de códigos generales de infecciones respiratorias agudas de vías inferiores, y luego analizar las tendencias epidemiológicas y estimar la frecuencia de casos por VSR, en este contexto existe un alto riesgo de subestimar las tasas de afectación por VSR en los grupos de edad objetos de análisis.

Al analizar las conclusiones del estudio, el Distrito de Bogotá, ha considerado; aplicar vacuna VSR a toda mujer gestante (32-36sem) y a los productos de estas, que no fueron objeto de la tecnología, quienes tendrán acceso al anticuerpo monoclonal antiviral Nirsevimab, en conclusión, se realizará una estrategia combinada.

De conformidad con lo anterior se recomienda desde el Programa de Inmunizaciones Nacional lo siguiente:

1. Evaluar en el estudio las coberturas de vacunación del Distrito, verificar las dosis aplicadas en habitantes y residentes de municipios cercanos a Bogotá y evaluar una dispersión de datos frente al alcance del indicador en la planificación del programa.
2. Lograr coberturas de vacunación en todos los biológicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones en especial en los siguientes biológicos: BCG, Hepatitis B, Rotavirus, uno de los biológicos con mayor dificultad de obtener una cobertura del 95% que protege de morir y enfermar por Diarrea, un ejemplo de ello es el comportamiento de la primera dosis que ha tenido una fluctuación de cobertura entre 70% a 86% en el histórico de 5 años.

Asegurar la cobertura en segunda dosis, Pentavalente 1,2, 3, IPV 1,2,3, Neumococo 1,2 y dosis al año, triple viral 1 y 2, influenza en todos los grupos, tosferina acelular en mujeres gestantes, cobertura de toxoide tetánico en mujeres en edad fértil, refuerzos Pentavalente a los 18 meses y refuerzos DPT a los 5 años que tienen una cobertura menor a la primovacunación, VPH en niños ya que no han alcanzado el 95% de cobertura; así como el histórico del avance de la cobertura con vacuna de neumococo Polisacarida de 23 valencia en población de 60 años.

En conclusión, todos los biológicos deben lograr el 95% para introducir una nueva tecnología, por ello es de interés especial para el Ministerio de Salud y Protección Social que el Distrito de Bogotá quien es el de mayor aporte poblacional a nivel nacional, logre coberturas del 95%.

3. Evaluar la meta de cobertura en la introducción de la tecnología; si bien es cierto, cada vez que se inicia con una tecnología, la cobertura en el tiempo va aumentando de acuerdo a su masividad y aceptabilidad de uso. Esto estará sujeto a diferentes variables dependientes que deben analizarse de manera permanente con el fin de implementar estrategias para el logro de las metas.
4. Se recomienda mantener, las indicaciones de tiempo de vacunación en mujeres gestantes para VSR cuyos estudios clínicos indican la vacunación en la semana 32 a 36 de conformidad con lo establecido por la casa farmacéutica y por las recomendaciones de Organizaciones como Panamericana y Mundial de la salud OPS/OMS respectivamente, así como el de aplicar eventualmente si se diera el caso, conjuntamente con los otros biológicos del calendario vacunal nacional de protección para las gestantes como son COVID, Influenza y Tdap.
5. Dado que el esquema de vacunación de la población gestante tiene diferentes semanas de aplicación, se debe realizar la articulación de acciones con la ruta materno perinatal garantizando así la canalización en el control prenatal hacia los programas

de vacunación, incentivar el cumplimiento de los controles prenatales mínimo seis (6), y garantizar el seguimiento de la cohorte por parte de las EAPB, la red prestadora de servicios de vacunación y el control prenatal, entre otras acciones con el fin de aumentar las coberturas de tosferina acelular, influenza y toxoide tetánico.

6. Definir de manera operativa los lineamientos de introducción de las tecnologías, con el desarrollo técnico de los módulos de la Ley de modernización 2406 del 2 de agosto de 2024 y generar un desarrollo del seguimiento de las cohortes de mujeres gestantes.
7. En el estudio de impacto presupuestal y sostenibilidad de la inclusión de la vacuna de VSR y el monoclonal antiviral, se recomienda asegurar los recursos de inversión y aprobación del Proyecto de Inversión, el cual se debe presentar ante la Secretaría Distrital de Planeación (SDP) para su evaluación y viabilidad, así como la inclusión en el Plan de Desarrollo Distrital y el Plan Operativo Anual de Inversiones (POAI), así como dar cumplimiento a lo establecido normativamente frente a la financiación de estas tecnologías por parte del Distrito.

En la documentación presentada, no se evidenció este proceso. Recomendamos allegar adjuntar la aprobación de los recursos de la alcaldía y la aceptación de la contrapartida del Consejo de Gobierno Distrital para la adquisición y mantenimiento en el tiempo de las tecnologías.

8. En el análisis del diferentes grupos poblacionales se incluyeron los costos de operatividad y los posibles escenarios que se pueden presentar en el marco del PAI de Bogotá, recomendamos incluir los costos para la implementación de la estrategia y táctica efectiva de búsqueda de madres gestantes para la aplicación de la vacuna de VSR en las semanas 32-36, debido a que si el escenario no alcanza el 95% de madres vacunadas, pasará de una inversión de \$177.203 COP por mujer a un aumento de la inversión en la tecnología de niños no vacunados, que según sus costos tiene un precio promedio de \$1.520.826 COP (por niño de madre no vacunada).
9. Se solicita indicar la fecha de inicio de esta inclusión y enviar mensualmente el avance de la vacunación a los 10 y 20 días de cada mes para verificar la cobertura.

En resumen, **se respalda la implementación de estas tecnológicas: la vacuna contra el VSR y el anticuerpo monoclonal antiviral Nirsevimab**, fundamentándose en las conclusiones de los estudios realizados que están adjuntos a la solicitud; sin embargo, es imprescindible para garantizar la viabilidad del proyecto contar con el soporte financiero y la voluntad institucional correspondiente, lo que estaría representado en la aprobación presupuestal del Distrito y la aceptación del Consejo de Gobierno Distrital como contrapartida, favoreciendo la sostenibilidad tecnológica a largo plazo.

Adicionalmente, permanecemos atentos al intercambio académico entre los dos equipos: PAI Distrito y Nación, en el contexto de desarrollar habilidades y crear conocimientos en ambos grupos técnicos. Con esta nueva apuesta en salud pública, reafirmamos su compromiso con la protección de la vida desde el nacimiento y da un paso más hacia el cierre de brechas en salud para las redes más vulnerables de Bogotá.

Cordialmente,



Firmado
digitalmente
por Tatiana
Lemus P

TATIANA LEMUS PEREZ
Directora de Promoción y Prevención.

 Firmado
digitalmente
por Jacqueline
Palacios
Gonzalez
JACQUELINE PALACIOS GONZALEZ
Contratista – Profesional Especializado
Elaboró: JPALACIOS

Revisó:

 Firmado
digitalmente por
Claudia Lilliana
Sosa Mesa
Claudia Lilliana Sosa Mesa
Profesional Especializado
Grupo de Gestión Enfermedades
CSOSA/Inmunoprevenibles

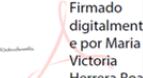
 Firmado
digitalmente por
Luz Carime Chavez Rojas
LCHAVEZ Abogada Contratista

 Firmado
digitalmente por
Grace Xiomara Vargas Tapiero
GVARGAST Profesional Especializado

 Firmado
digitalmente por
Jose Alejandro
Moya Madera
JOSE ALEJANDRO MOYA MADERA
Contratista

JMOJICA

Aprobó: **MHERRERAR**

 Firmado
digitalmente
por Maria
Victoria
Herrera Roa