



Auditoría General de la Nación

Auditoría Coordinada a la Meta

3.b del ODS 3 “Salud y Bienestar”

Evaluación de las políticas vinculadas y relacionadas a los Indicadores 3.b.1 y 3.b.2.

Proyecto 120200893/21



Auditoría General de la Nación

ÍNDICE

SIGLARIO	3
1. OBJETO DE LA AUDITORÍA	5
1.1. Objetivo II.....	5
2. ALCANCE DEL EXAMEN	5
2.1. Antecedentes	5
2.2. Enfoque	6
2.3. Alcance	6
2.4. Metodología	7
2.4.1. Preguntas de auditoría	7
2.4.2. Criterios de auditoría	7
2.4.3. Procedimientos	8
3. ACLARACIONES PREVIAS	12
3.1. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y la Agenda 2030.....	12
3.2. EL ODS 3.....	13
3.3. El órgano encargado de la implementación de los ODS en Argentina.....	14
3.4. La Meta 3.b y sus Indicadores	15
3.5. Las políticas públicas relacionadas con la Meta 3.b	16
3.5.1. Indicador 3.b.1: Vacunación CNV y contra COVID- 19	16
3.5.2. Indicador 3.b.2: Investigación en salud	26
4. HALLAZGOS	28
4.1. Surgidos de la PA 2.1.....	28
4.1.1. Escala de evaluación de coberturas CNV	28
4.1.1.1. Cobertura de vacunación oportuna de 0 a 12 meses	29
4.1.1.2. Cobertura de vacunación oportuna de 12 a 23 meses	34
4.1.1.3. Cobertura de vacunación oportuna de 5 a 14 años	40
4.1.2. Coberturas oportunas y recuperos.....	45
4.1.3. Acceso al CNV	47
4.1.4. Tasa de deserción o abandono DPT	48
4.1.5. Calidad de la información de coberturas de CNV.....	49
4.2. Surgidos de la PA 2.2.....	51
4.2.1. Cobertura contra COVID-19 esquema primario (2 dosis).....	51
4.2.2. Evolución de la cobertura contra COVID-19	55
4.3. Surgidos de la PA 3.....	60
5. OPINION DEL AUDITADO	65
6. RECOMENDACIONES	65
6.1. Dirigidas al MSal	65
6.2. Dirigidas al CNCPS y al MSal	66
7. CONCLUSIONES.....	66
ANEXO I.....	71
ANEXO II	73
ANEXO III	74
ANEXO IV: DESCARGO DEL MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN	78
ANEXO V: DESCARGO DEL CONSEJO NACIONAL DE COORDINACIÓN DE POLÍTICAS SOCIALES.....	97
ANEXO VI: ANÁLISIS DEL DESCARGO DEL MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN.....	98



Auditoría General de la Nación

SIGLARIO

- ADPIC: Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio
- Agencia: Agencia Nacional de Promoción de la Investigación, el Desarrollo Tecnológico y la Innovación
- Agenda 2030: Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible
- ANMAT: Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica
- BCG: Vacuna contra la tuberculosis
- CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe
- CNCPS: Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales
- CNIIS ODS: Comisión Nacional Interinstitucional para la Implementación y Seguimiento de los ODS
- CNV: Calendario Nacional de Vacunación
- COFESA: Consejo Federal de Salud
- CoNaIn: Comisión Nacional de Inmunizaciones
- CoNaSeVa: Comisión Nacional de Seguridad en Vacunas
- CONICET: Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas
- COVID-19: Coronavirus *disease* 2019
- CSCSNF: Comisión de Supervisión de Control del Sector No Financiero
- DA: Decisión Administrativa
- DEIS: Dirección de Estadísticas e Información de Salud
- DiCEI: Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles
- DIS: Dirección de Investigación en Salud
- DNEIE: Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica
- DNI: Documento Nacional de Identidad
- DPT1: Vacuna contra la difteria, el tétanos y tos ferina primera dosis
- DPT3: Vacuna contra la difteria, el tétanos y tos ferina tercera dosis
- DPT4: Vacuna contra la difteria, el tétanos y tos ferina cuarta dosis
- DPT5: Vacuna contra la difteria, el tétanos y tos ferina quinta dosis
- EFS: Entidad Fiscalizadora Superior
- ESAVI: Eventos Supuestamente Atribuibles a Vacunación e Inmunización
- ESPII: Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional
- FF: Fuente de financiamiento
- FODA-DVR: Análisis de Fortalezas, Oportunidad, Debilidades y Amenazas- Diagrama de Verificación de Riesgo
- FONARSEC: Fondo Argentino Sectorial
- FONCYT: Fondo para la Investigación Científica y Tecnológica
- FSDL-GAO: Análisis de Fragmentaciones, Superposiciones, Duplicidades y Lagunas adaptado del método *Fragmentation, Overlap, and Duplication: An Evaluation and Management Guide US Government Accountability Office-GAO*
- GRISP: Estrategias y prácticas mundiales de inmunización sistemática- Documento complementario al Plan de Acción Mundial sobre Vacunas (GVAP)
- GTFD: Grupo de Trabajo de Fiscalización de Desastres-OLACEFS
- HB3: Vacuna contra hepatitis B tercera dosis



Auditoría General de la Nación

- HIB3: Vacuna contra *haemophilus influenzae* tipo B tercera dosis (antigripal)
- HPV: Vacuna contra Virus de Papiloma Humano
- INDEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
- LT: Lineamientos Técnicos
- Meningococo tetravalente: Vacuna anti meningocócica (cuatro cepas)
- MinCyT: Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación de la Nación
- MSal: Ministerio de Salud de la Nación
- Neumococo 3: Vacuna antineumocócica conjugada tercera dosis
- NOMIVAC: Sistema Federal de Vacunación Nominalizado
- ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio
- ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible
- OLACEFS: Organización Latinoamericana y del Caribe de Entidades Fiscalizadoras Superiores
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- ONU: Organización de las Naciones Unidas
- OPS: Organización Panamericana para la Salud
- PA: Pregunta de Auditoría
- PAI: Programa Ampliado de Inmunizaciones
- PIB: Producto Bruto Interno
- Polio 1: Vacuna contra la poliomielitis primera dosis
- Polio 3: Vacuna contra la poliomielitis tercera dosis
- POV: Población Objetivo de Vacunación
- Quíntuple: Vacuna utilizada en nuestro CNV que incluye DPT3, Hepatitis B3, Hib3.
- REMINSA: Red Ministerial de Áreas de Investigación en Salud para Argentina
- ReNIS: Registro Nacional de Investigaciones en Salud
- RNVe: Registro Nominal de Vacunación electrónico
- Rotavirus 2: vacuna contra el rotavirus segunda dosis.
- RSI 2005: Reglamento Sanitario Internacional 2005
- SAF: Servicio Administrativo Financiero
- SAS: Secretaría de Acceso a la Salud
- SISA: Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentina
- SPR1: Vacuna contra sarampión, rubeola y parotiditis primera dosis
- SPR2: Vacuna contra sarampión, rubeola y parotiditis segunda dosis
- *Stakeholders*: Partes interesadas
- TICs: Tecnologías de la Información y Comunicación
- UAI: Unidad de Auditoría Interna



Auditoría General de la Nación

AUDITORÍA COORDINADA AL ODS 3 META 3.B INFORME DE AUDITORÍA DE GESTIÓN

A:

**LA SEÑORA PRESIDENTA
DEL CONSEJO NACIONAL DE COORDINACIÓN
DE POLÍTICAS SOCIALES
Dra. Marisol MERQUEL**

**LA SEÑORA MINISTRA
DE SALUD DE LA NACIÓN
Dra. Carla VIZZOTTI**

En virtud de las funciones conferidas por el artículo 85 de la Constitución Nacional y en uso de las facultades conferidas por el artículo 118 de la Ley 24.156, la Auditoría General de la Nación efectuó un examen en el ámbito del Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales (CNCPS) y el Ministerio de Salud de la Nación (MSal).

1. OBJETO DE LA AUDITORÍA

Gestión de gobierno para la implementación y seguimiento de la Meta 3.b. del ODS 3 (Indicadores 3.b.1 y 3.b.2).

1.1. Objetivo II

Evaluar si las acciones del Gobierno Nacional fueron eficaces para lograr la cobertura de vacunación en la población y el apoyo económico para la investigación en materia de vacunas, considerando los indicadores 3.b.1 y 3.b.2 de la Meta 3.b del ODS 3.

2. ALCANCE DEL EXAMEN

2.1. Antecedentes

Conforme lo anunciado en la Asamblea General Extraordinaria de la Organización Latinoamericana y del Caribe de Entidades Fiscalizadoras Superiores (OALCEFS), se presentó la iniciativa de Auditoría Coordinada al Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 (ODS 3) a las EFS miembros del Grupo de Trabajo sobre Fiscalización de Gestión de Desastres en



Auditoría General de la Nación

el Marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (GTFD), liderado por la Auditoría Superior de la Federación de México, instancia en la que se creó la Fuerza de Tarea, liderada por la Contraloría General de la República del Perú, cuyo objetivo principal es evaluar la Meta 3.b del ODS 3, considerando que la salud es un tema de suma importancia para el desarrollo de los países y asunto prioritario de la agenda a partir de los efectos de la pandemia de COVID-19.

En este contexto la Auditoría General de la Nación como miembro de la OLACEFS suscribió el compromiso de realizar esta auditoría, que permitirá impulsar el cumplimiento de las metas relacionadas al ODS 3, que en el contexto de la pandemia adquirieron un rol más relevante.

El trabajo fue realizado de conformidad con las Normas de Control Externo Gubernamental aprobadas por las Resoluciones AGN 26/2015 y 186/2016, dictadas en virtud de las facultades conferidas por el artículo 119, inciso d) de la Ley 24.156.

2.2. Enfoque

En términos de las Normas de Control Externo de la Gestión Gubernamental (Res. AGN 186/2016), el enfoque de la auditoría es a resultados.

El enfoque a resultados pretende evaluar la gestión en políticas públicas relacionadas con la Meta 3.b. a través de sus Indicadores 3.b.1 y 3.b.2.

2.3. Alcance

El período de auditoría abarcó desde el 01/01/2018 al 30/09/2021, sin perjuicio de la consideración de los hechos posteriores relevantes.

La implementación de la Agenda 2030 requiere un enfoque integrado de gobierno, como herramienta que, trascendiendo las estructuras, busque aumentar la integración, coordinación, capacidades, conocimientos y experiencias dentro y fuera del gobierno e integrar todos los niveles gubernamentales para facilitar la implementación de políticas complejas, para lograr una prestación de servicios más eficientes y efectivos.

En tal sentido se evaluaron las acciones del centro de gobierno CNCPS y del MSal como responsable de la Meta 3.b del ODS 3.

Los actores involucrados en la auditoría son los usuarios o destinatarios del informe, a saber: el Honorable Congreso de la Nación, los entes auditados y la ciudadanía en general.

Las tareas de campo se desarrollaron entre el 15 de octubre de 2021 y el 30 de septiembre de 2022.



Auditoría General de la Nación

2.4. Metodología

Durante el Taller Virtual de Planificación al que asistieron los equipos de todas las EFSs participantes, la Fuerza de Tarea presentó una Matriz de Planificación y dos herramientas para la consolidación de resultados de la auditoría, a saber, una Escala de Evaluación de Gobernanza de la Meta 3.b y sus Indicadores y un Cuestionario de Resultados.

Adaptada la mencionada Matriz al Objeto y Alcance de auditoría definido por la Comisión de Supervisión de Control del Sector No Financiero a través de Notas 204/21-CSCSNF y 218/21-CSCSNF del 7 y 22 de octubre de 2021, respectivamente y considerando la materialidad relativa y evaluación de riesgos realizadas se definieron dos Objetivos de auditoría.

Por la complejidad y voluminosidad del Objeto de auditoría se da un abordaje separado a la evaluación de la eficacia de las políticas públicas a través de los Indicadores 3.b.1 y 3.b.2 previsto en el segundo Objetivo de auditoría, tratado en el presente informe.

En cuanto al primer Objetivo de auditoría -evaluación de la gobernanza en la adopción/adaptación, implementación y seguimiento de la Meta 3.b del ODS 3 (Indicadores 3.b.1 y 3.b.2) - se trata en un informe separado.

2.4.1. Preguntas de auditoría

Para cumplir con él se diseñaron dos preguntas fundamentales (PA) y 2 sub preguntas de auditoría que se exponen a continuación:

- PA 2 ¿El Gobierno Nacional fue eficaz para lograr la cobertura de vacunación en la población?
- ✓ PA 2.1 ¿El Gobierno Nacional fue eficaz para lograr la tasa de cobertura de acuerdo al Calendario Nacional vigente durante el período auditado?
- ✓ PA 2.2 ¿El Gobierno Nacional fue eficaz para lograr la tasa de cobertura de acuerdo al Plan Estratégico para la Vacunación contra la COVID-19?
- PA 3 ¿El Gobierno Nacional fue eficaz para gestionar el presupuesto destinado a las actividades de investigación y desarrollo de vacunas para contribuir a la consecución de la Meta 3.b respecto de su Indicador 3.b.2?

2.4.2. Criterios de auditoría

Los criterios de auditoría se exponen en el Anexo I al presente y se basaron principalmente en las siguientes fuentes:



Auditoría General de la Nación

- Sitio *web* oficial Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (DiCEI).
- Herramientas para el monitoreo de coberturas de intervenciones integradas de salud pública, Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2017.
- Plan Estratégico para la Vacunación contra la COVID-19 en la República Argentina- 23 de diciembre de 2020.
- Primer Informe Voluntario Nacional Argentina Julio 2017
- Segundo Informe Voluntario Nacional Argentina Junio 2020.

2.4.3. Procedimientos

2.4.3.1. Aplicados en el análisis preliminar

- Participación en Webinars y reuniones convocadas por la Fuerza de Tarea que coordina la auditoría y análisis de información, documentación y herramientas proporcionadas.
- Participación en Taller de Planificación virtual.
- Recopilación, análisis y cotejo de:
 - Documentos del Sistema de Naciones Unidas sobre ODS.
 - Documentos sobre inmunización publicados en el sitio oficial de la OPS.
 - Documentos publicados en el sitio *web* www.odsargentina.gob.ar
 - Normativa nacional aplicable y convenios internacionales en materia de coberturas de inmunización e investigaciones en salud.
 - Información pública obrante en sitios *web* oficiales del CNCPS, MSal, Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación de la Nación (MinCyT) y sus descentralizados Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) y la Agencia Nacional de Promoción de la Investigación, el Desarrollo Tecnológico y la Innovación (la Agencia).
 - Informes de auditoría de la casa aprobados por Resoluciones AGN 27/2019; 106/2019 y 39/2020.



Auditoría General de la Nación

- Informe IF-2019-07437524-APN-GCSS#SIGEN “Sistema de Control Interno del MSal”, en particular del Programa Prevención y Control de Enfermedades Inmunoprevenibles.
- Informes UAI del MSal 41/2018 “Prevención y control de Enfermedades Inmunoprevenibles-Actividad Normatización, Suministro y Supervisión de Vacunaciones” y 10 /2019 “Seguridad de la Información”.
- Aplicación y documentación de técnicas de diagnóstico: Análisis FODA-DVR, Análisis FSDL-GAO y Análisis *Stakeholders*.

2.4.3.2. De recopilación de información

- Solicitud de información y documentación mediante notas.
- Entrevistas con funcionarios responsables del MSal y confección de minutas.
- Relevamiento y consulta en sitios *web* oficiales, a saber:

<https://www.paho.org>

<https://iris.paho.org/handle/10665.2/34511>

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/258600>

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/329097>

<https://www.paho.org/es/temas/inmunizacion/datos-estadisticas-inmunizacion>

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/immunization-coverage>

<https://www.argentina.gob.ar/salud/inmunoprevenibles>

<https://www.argentina.gob.ar/salud/inmunoprevenibles/recomendaciones-manuales-y-lineamientos>

<https://www.argentina.gob.ar/salud/inmunoprevenibles/coberturas-de-vacunacion>

<https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19>

<https://www.argentina.gob.ar/noticias/el-ministerio-de-salud-de-la-nacion-amplia-la-poblacion-objetivo-vacunar-contr-covid-19>

<https://bancos.salud.gob.ar/>

https://sisa.msal.gov.ar/sisadoc/docs/050203/nomivac_home.jsp

<https://www.argentina.gob.ar/salud/investiga>

<https://www.argentina.gob.ar/salud/investiga/investigaciones>

<https://www.argentina.gob.ar/ciencia>



Auditoría General de la Nación

<https://www.conicet.gov.ar/>

<https://www.argentina.gob.ar/ciencia/agencia>

<https://datos.mincyt.gob.ar/#/>

<https://sicytar.mincyt.gob.ar/estadisticas/#/>

<https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19/sala-situacion>

<https://www.argentina.gob.ar/salud/inmunoprevenibles/conain/actas-informes>

- Consulta y descarga de información para el período auditado de los tableros que surgen del sitio *web* oficial del MinCyT, Indicadores del Presupuesto de la Administración Pública Nacional en lo referido a la ejecución del gasto, criterio devengado, por finalidad y función, “Servicios Sociales - Ciencia y Técnica” y “Servicios Sociales - Salud”
<https://www.argentina.gob.ar/ciencia/indicadorescti/presupuesto>
- Consulta y descarga de información de la publicación en el sitio *web* oficial del INDEC respecto a los valores del Producto Interno Bruto (PIB) de la República Argentina para el período auditado
https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/economia/sh_ingreso_ahorro_nac_08_21.xls

[Cuadro 1. Economía nacional, en millones de pesos corrientes. Años 2006-2020](#)

[Cuadro 2. Resto del mundo, en millones de pesos corrientes. Años 2006-2020](#)

[Cuadro 3. Estructura porcentual respecto al PIB. Años 2006-2020](#)

2.4.3.3. De análisis de la información

- Relevamiento, análisis y confrontación de:
 - Actas de reuniones de las Comisión Nacional de Inmunizaciones (CoNaIn).
 - Calendario Nacional de Vacunación (CNV) y esquemas de vacunación vigentes que se agrega como Anexo II.
 - Datos de cobertura del CNV del período auditado por jurisdicción.
 - Instructivo de Registro Agrupado Numérico CNV y Guía Operativa Registro de Dosis Aplicadas.



Auditoría General de la Nación

- Plan Estratégico para la vacunación contra la COVID-19 en la República Argentina.
- Memorandos de ampliación de la población objetivo de mayo y junio de 2021.
- Informe de avance vacunación contra COVID-19 hasta el 30/09/2021.
- Información sobre mecanismos y/o sistemas de registración, monitoreo y seguimiento utilizados para medir la cobertura de inmunización de CNV y contra COVID-19 informados por el MSal.
- Nómina de becas otorgadas y proyectos financiados por la DIS.
- Nómina de becas otorgadas y/o proyectos financiados en el ámbito del MinCyT por sus descentralizados CONICET y la Agencia.
- Consolidación y sistematización de:
 - Respuestas de MSal, MinCyT, CONICET y la Agencia a las notas de pedido de información.
 - Minutas de entrevistas celebradas, a saber:
 - De apertura realizada con 24/05/2022;
 - Con el Director de Estadísticas e Información de Salud del 02/06/2022;
 - Con la Directora Nacional de Desarrollo de Políticas Públicas de la Unidad de Gabinete de asesores del 30/06/2022 (virtual);
 - Con el Subsecretario de Estrategias Sanitarias del 09/08/2022;
 - Con funcionarias del área científica de la DiCEI del 09/09/2022.
- Análisis de la composición y evolución durante el período auditado del CNV.
- Verificación de la evolución y resultados de la cobertura de CNV por vacuna y jurisdicción durante el período auditado de acuerdo a la metodología que se expone en Anexo III.
- Verificación de la cobertura de vacunación contra COVID-19 al 30/09/2021, por lo cual se analizarán los resultados obtenidos de cobertura con esquema primario¹ e incluyendo la población mayor de 12 años, cuya incorporación a la campaña fue en septiembre de 2021. Quedan excluidos los refuerzos por no corresponder al período auditado ya que se iniciaron en noviembre de 2021.

¹ Aquel que incluye dosis única (para vacuna CanSino) y dos dosis (para el resto de las vacunas), sin considerar los refuerzos.



Auditoría General de la Nación

- Verificación de la evolución de cobertura de vacunación contra COVID-19 desde el inicio de la campaña hasta el 30/09/2021 considerando primera dosis y esquema primario.
- Análisis de los mecanismos de registración, monitoreo y seguimiento a fin de evaluar la integridad y confiabilidad de la información de cobertura de CNV y vacunación contra COVID-19.
- Identificación del total asignado y devengado presupuestariamente en concepto de investigación en salud en cada ejercicio del período auditado, vinculado por el responsable de la Meta 3.b y el centro de gobierno al Indicador 3.b.2.
- Determinación de fondos invertidos en investigación en salud y específicamente a la investigación y desarrollo de vacunas en otros organismos que no fueron vinculados a la Meta 3.b Indicador 3.b.2, a saber descentralizados en la órbita del MinCyT: CONICET y la Agencia.
- Cálculo de:
 - *porcentaje de fondos públicos destinados a investigación en salud humana y su relación con el PIB, el Presupuesto Nacional y el Presupuesto del área Ciencia y Tecnología;
 - * porcentaje de los fondos públicos asignados a la investigación en vacunas de uso humano respecto de lo invertido en investigación en salud humana.
- Identificación de cantidad de investigaciones existentes en el período auditado (observacionales y de campo) destinadas al desarrollo de vacunas e identificación de su fuente de financiamiento (vinculadas o no Indicador 3.b.2).

3. ACLARACIONES PREVIAS

3.1. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y la Agenda 2030

En la Asamblea General de Naciones Unidas celebrada en septiembre de 2015, los Estados miembros de la Organización de Naciones Unidas (ONU) aprobaron la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible como plan de acción en favor de las personas, el planeta y la prosperidad y reconocieron que la erradicación de la pobreza en todas sus formas y dimensiones, incluida la pobreza extrema, es el mayor desafío a que se enfrenta el mundo y constituye un requisito indispensable para el desarrollo sostenible.



Auditoría General de la Nación

La Agenda está conformada por 17 Objetivos y 169 metas que deberán ser cumplidos al 2030 y con los que se pretende retomar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y conseguir lo que éstos no lograron, hacer realidad los derechos humanos de todas las personas.

Los ODS son:



3.2. EL ODS 3

La salud es esencial para el desarrollo humano e independientemente de la condición social de las personas, es prioritario e indispensable, que la población esté sana para que la sociedad se desarrolle y progrese. Contribuye al desarrollo nacional a través del empleo productivo, la reducción del gasto en atención de enfermedades y una mayor cohesión social.

Este objetivo es fundamental para el desarrollo sostenible, como derecho humano inalienable y como contribuyente esencial para el crecimiento económico de la sociedad.

En una de sus metas, el ODS 3 ambiciona lograr cobertura sanitaria universal, para lo cual debe garantizar el acceso equitativo a servicios de salud asequibles, responsables, apropiados y de calidad para todas las personas. Éstos deben incluir prestaciones y servicios de promoción, prevención, curación, paliativos y rehabilitación. Sin embargo, al considerar las desigualdades que siguen persistiendo en el acceso a la asistencia sanitaria a nivel mundial, es uno de los objetivos que presenta mayores obstáculos.



Auditoría General de la Nación

Para alcanzarlo, la Agenda 2030 propone 9 metas (numéricas) y 4 medios de implementación que las complementan, con sus 27 indicadores destinados a proporcionar información relevante sobre distintos atributos y dimensiones del estado salud y del desempeño del sistema de salud mediante su monitoreo.

Los países signatarios adoptaron el compromiso de realizar un proceso de adaptación de la Agenda a sus necesidades y objetivos, lo que implica definir y cuantificar las metas (adoptando o adaptando las mismas) de acuerdo a sus realidades y planificaciones estratégicas. Este trabajo de localización a los niveles nacionales y sub nacionales (provincias y municipios) es la base para que los ODS constituyan una herramienta efectiva para el logro del desarrollo sostenible y la integración social.

La consecución de los ODS es una temática en la que no sólo se trabaja a nivel estatal, también atraviesa todos los sectores. En este sentido deben ser involucrados tanto la sociedad civil como el sector privado y la academia.

3.3. El órgano encargado de la implementación de los ODS en Argentina

El organismo encargado de la implementación de los ODS a nivel nacional es el CNCPS, creado en 2002 por Decreto 357/2002, con el propósito de constituir un ámbito de planificación y coordinación de la política social nacional para mejorar la gestión de gobierno, mediante la formulación de políticas y la definición de cursos de acción coordinados e integrales, optimizando la asignación de los recursos.

En julio de 2017, mediante Decreto 499/2017 se estableció que el CNCPS es el responsable de la coordinación y articulación con los organismos nacionales, gobiernos provinciales y municipales, y con actores no gubernamentales, para implementar el proceso de adaptación de la Agenda 2030 al contexto nacional y de su seguimiento.

Las actividades del CNCPS, de enlace interministerial, se acordaron en comisiones especiales, conformadas para la adopción y/o adaptación de las metas nacionales e indicadores, la armonización y revisión transversal de los mismos, y la consolidación del conjunto.

La construcción y medición de los indicadores son responsabilidad de los organismos públicos involucrados en las temáticas relativas a cada ODS (denominados responsables de meta), siendo el CNCPS un vehículo para la armonización de los mismos con el INDEC y otros organismos que aportan una mirada transversal.



Auditoría General de la Nación

El principal organismo involucrado en la definición de las metas y elaboración de indicadores del ODS 3 es el MSal, sin perjuicio de la intervención de los restantes organismos que integran los Grupos y Comisiones de trabajo en virtud de la antedicha transversalidad.

3.4. La Meta 3.b y sus Indicadores

La Meta 3.b (que es en rigor, un medio de implementación)², persigue “Apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos para las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan primordialmente a los países en desarrollo y facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales asequibles de conformidad con la Declaración de Doha relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública, en la que se afirma el derecho de los países en desarrollo a utilizar al máximo las disposiciones del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio en lo relativo a la flexibilidad para proteger la salud pública y, en particular, proporcionar acceso a los medicamentos para todos.”.

Para su monitoreo y seguimiento el Marco de indicadores mundiales para los Objetivos de Desarrollo Sostenible y metas de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible definió 3 Indicadores, a saber:

- ✓ **3.b.1** Proporción de la población inmunizada con todas las vacunas incluidas en cada programa nacional
- ✓ **3.b.2** Total neto de asistencia oficial para el desarrollo destinado a los sectores de la investigación médica y la atención sanitaria básica
- ✓ **3.b.3** Proporción de centros de salud que disponen de un conjunto básico de medicamentos esenciales asequibles de manera sostenible

Analizada la documentación nacional en este sentido, se advierte en el “Listado Oficial provisorio de ODS con sus metas adaptadas e indicadores según nivel de desarrollo”, anexo al Informe Voluntario Nacional presentado en julio de 2017 ante el Foro Político de Alto Nivel de Naciones Unidas que se adoptaron todas las metas del ODS 3, incluida la 3.b, designándose responsable al MSal y adaptando como único indicador para ella el 3.b.2 del Marco de indicadores mundiales, pero asignándole la numeración *3.b.1 Montos presupuestarios para áreas de investigación en salud* y considerándolo de Nivel I.³

² Aquellas metas relativas a los medios de implementación (designadas con letras) que son fundamentales para llevar a la práctica la Agenda y revisten la misma importancia que los otros Objetivos y Metas.

³ Los indicadores pueden ser de 3 niveles, a saber: i) Nivel I con metodología existente y amplia producción de datos básicos; ii) Nivel II con metodología existente, pero datos básicos no fácilmente disponibles; y iii) Nivel III requiere conceptos, definiciones y metodología.



Auditoría General de la Nación

En mayo 2018 y como documentos anexos al Informe País aparecen “Planes, programas y proyectos orientados a las metas de los 17 ODS” e “Indicadores de seguimiento de las metas de los 17 ODS de nivel I: líneas de base, datos actualizados, metas intermedias y finales” de los que surge la vinculación de la Meta e Indicador a la política pública Becas “Salud Investiga” y establece la fuente de datos para el Indicador, las líneas de base y las metas intermedias y finales.

Por su parte, el Informe Voluntario Nacional presentado en junio de 2020 mantuvo la adopción de la Meta 3.b, su vinculación a las Becas “Salud Investiga” y la adaptación del Indicador, renombrándolo para equipararlo a la nomenclatura internacional como 3.b.2.

Finalmente, en junio de 2021, como resultado de un proceso llevado adelante por la CNIIS ODS coordinada por el CNCPS después de la presentación del Informe Voluntario Nacional 2020 se conformó un nuevo listado oficial de metas e indicadores, que incluye a los 17 ODS, 121 metas y más de 200 indicadores, en el que el Indicador 3.b.2 figura “en revisión”⁴.

El Indicador 3.b.1 no fue adoptado ni adaptado por la República Argentina hasta la fecha del presente informe, sin perjuicio de la existencia de políticas públicas relacionadas y de datos estadísticos para su medición.

Con relación al Indicador 3.b.3, no es objeto de la presente auditoría.

3.5. Las políticas públicas relacionadas con la Meta 3.b

3.5.1. Indicador 3.b.1: Vacunación CNV y contra COVID- 19

➤ Vacunación de CNV

En el año 1977 se creó el “Programa ampliado de inmunizaciones PAI” en la OPS y en la Organización Mundial de la Salud (OMS), constituyendo un pilar fundamental en la medicina preventiva.

En el año 1983 se aprueba en nuestro país la Ley 22.909⁵, de Vacunación Obligatoria, por la que se asigna al PAI la responsabilidad y seguimiento de la vacunación en todo el país, en consonancia con las acciones internacionales de los organismos específicos, que estuvo vigente hasta 2019.

⁴ En revisión: Denota que figuraba en el listado oficial vigente hasta diciembre de 2019 y contaba con su ficha técnica la cual está bajo revisión por los organismos responsables para refinar algunos aspectos conceptuales y metodológicos o ajustar su comparabilidad con el indicador internacional.

⁵ Publicada en el B.O. el 15 de septiembre de 1983.



Auditoría General de la Nación

En enero de ese año comenzó a regir la Ley 27.491⁶ cuyo objeto es regular la política pública de control de enfermedades prevenibles por vacunación, considerando a esta última como un bien social sujeta a los principios de: i) gratuidad y acceso con equidad social en todas las etapas de la vida; ii) obligatoriedad para los habitantes; iii) prevalencia de la salud pública por sobre el interés particular; iv) disponibilidad de vacunas y de servicios de vacunación; y v) participación de todos los sectores de la salud y otros vinculados con sus determinantes sociales para alcanzar coberturas satisfactorias en forma sostenida.

Dispone la obligatoriedad para las vacunas del CNV, las recomendadas por la autoridad sanitaria para grupos en riesgo y las indicadas en una situación de emergencia epidemiológica, para todos los habitantes del país.

Asimismo, incorpora que la certificación del cumplimiento del CNV debe ser requerida en algunos trámites, por ejemplo, ingreso y egreso del ciclo lectivo tanto obligatorio como optativo, formal o informal; tramitación o renovación de DNI, pasaporte, residencia, certificado prenupcial y licencia de conducir; tramitación de asignaciones familiares y monetarias no retributivas, etc.

El MSal es la autoridad de aplicación, a través de la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (DiCEI) dependiente de la Dirección Nacional de Control de Enfermedades Transmisibles de la Subsecretaría de Estrategias Sanitarias en el ámbito de la Secretaría de Acceso la Salud (SAS), entre cuyas acciones se encuentra la de monitorear las coberturas de vacunación y desarrollar estrategias nacionales y jurisdiccionales para su mejora.

A su vez, debe coordinar con los jefes del PAI de las distintas jurisdicciones provinciales, quienes son designados por las autoridades sanitarias locales como referentes técnicos políticos a nivel provincial.

También se introduce en el ámbito de la Ley 27.491 a:

- ✓ La Comisión Nacional de Inmunizaciones (CoNaIn), que ya había sido creada en octubre del año 2000 (Res. 941/2000 MSal) funcionaba y funciona como el organismo técnico que asesora a las autoridades nacionales y definidores de políticas para tomar decisiones en aspectos relacionados con la inmunización, compuesto en forma representativa y federal por expertos independientes,

⁶ Publicada en el B.O. el 4 de enero de 2019.



Auditoría General de la Nación

representantes de sociedades científicas vinculadas con la temática y de un o una representante del PAI de cada una de las cinco regiones de nuestro país.

- ✓ La Comisión Nacional de Seguridad en Vacunas (CoNaSeVa) ya creada en octubre de 2013 por Resolución 259/2013 del MSal, con el objetivo de desarrollar un sistema de vigilancia que permita detectar los eventos supuestamente atribuidos a vacunas e inmunizaciones y realizar un correcto análisis y clasificación de los mismos para dotar al programa de inmunización de una herramienta que garantice la seguridad de las vacunas utilizadas.

La DiCEI se fija entre sus objetivos (incluso a nivel de política presupuestaria) alcanzar coberturas superiores al 95% para todas las vacunas del calendario en todos los departamentos de todas las jurisdicciones.

Sin perjuicio de que la Ley 27.491 -vigente desde enero de 2019- creó el Registro Nacional de la Población Vacunada Digital⁷, el MSal informó que ya funcionaba con anterioridad (desde junio de 2013) el registro NOMIVAC (Sistema Federal de Vacunación Nominalizado)⁸ y se había comenzado a registrar nominalmente las dosis aplicadas de vacunas, pero este registro no era inmediato y a causa de la diversidad en las condiciones materiales de nuestro país, específicamente conectividad y recursos, se afectaba el registro nominal.

Agregó que cada jurisdicción cuenta con usuarios NOMIVAC con acceso al agrupado numérico⁹ de la plataforma; en la misma registran el número de las dosis aplicadas de cada vacuna ya configurada en la edad que corresponde y de acuerdo a los Lineamientos Técnicos (LT) de cada campaña, desagregadas por departamento. Esta información es mensual.

Se informó a esta auditoría que, al cierre del período auditado eran trece¹⁰ las jurisdicciones que registraban directamente en NOMIVAC, y las restantes once con un Registro Nominal de Vacunación electrónico (RNVe) propio¹¹.

Hasta 2020, todas las jurisdicciones que registran en RNVe propio, enviaban sus datos al sistema nacional NOMIVAC mediante archivos de datos con un formato específico que

⁷ En el que se deben asentar nominalmente los datos del estado de vacunación de cada uno de los habitantes de todas las jurisdicciones y subsistemas de salud.

⁸ Este registro forma parte del Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentina (SISA).

⁹ Método de registración y notificación numérica que da cuenta de la cantidad de dosis aplicadas, por departamento y población objetivo de vacunación (Guía Operativa-Registro de Dosis Aplicadas).

¹⁰ Entre Ríos, Río Negro, Salta, San Juan, Neuquén, Corrientes, Chaco, Santiago del Estero, Jujuy, La Rioja, Catamarca, Tierra del Fuego y Santa Cruz.

¹¹ Algunas denominaciones de estos RNVe son, por ejemplo: CIPRESS (Buenos Aires), SIGEHOS (CABA), SIGIPSA (Córdoba) el de Córdoba, APP Vigilancia Epidemiológica 4.0, (San Luis)



Auditoría General de la Nación

obtenían del sistema provincial mediante exportaciones regulares y con diferentes frecuencias temporales, para luego ser importadas en el NOMIVAC.

A partir de abril de 2020, se empezó a trabajar gradualmente para que todas las jurisdicciones que registran en RNVe propio comiencen también a interoperar con NOMIVAC a través de servicios web y de esta manera transferir los datos de dosis aplicadas de vacunación.

Si bien la interoperabilidad¹² de sistemas se implementó antes de la llegada de la pandemia, fue sólo con una jurisdicción, luego se fueron incorporando otras jurisdicciones a esta modalidad, siendo a la fecha de cierre de tareas de campo condición indispensable para el envío de datos en las jurisdicciones que no usan el NOMIVAC.

Por otra parte, el auditado informó que iniciado cada año la DiCEI provee planillas debidamente adaptadas, para que las jurisdicciones envíen vía correo electrónico sus denominadores¹³; una vez consolidados estos datos por departamento, desde el área de datos se codifican y se suben al agrupado numérico del NOMIVAC. Esta información es anual.

Asimismo, expresó que el NOMIVAC tiene un botón de “monitoreo” configurado para el cálculo de coberturas donde cada jurisdicción puede ir visualizándolas en aquellas vacunas que cuentan con población objetivo. En las que no se cargó la población objetivo exacta (denominadores) se pueden ver las dosis aplicadas y también, si vacunan fuera del rango de edad indicado en el LT pueden observar las dosis aplicadas Fuera de Esquema. Desde el área de procesamiento de datos de la DiCEI se va actualizando un consolidado mensualmente en plataforma Excel a nivel país, detallando denominadores y numeradores informados por cada jurisdicción total, y una solapa exclusiva para cada una de las jurisdicciones con el dato de denominador y numerador desagregando a nivel departamental.

Ahora bien, cotejada la información proporcionada por el auditado con el Indicador 3.b.1 “Porcentaje de población inmunizada con todas las vacunas incluidas en cada programa nacional”, surge que es el mismo que propone la OPS “Proporción de población vacunada para el cumplimiento de los esquemas de vacunación”, puesto a que este indicador es universal y por lo tanto, también es utilizado por el MSal con idéntico objetivo.

➤ Vacunación contra COVID-19

¹² El procedimiento consiste en el envío de datos nominalizados, validando al ciudadano por RENAPER, de dosis aplicadas desde el sistema de registro provincial adaptado a los requerimientos técnicos y codificaciones nacionales y así impactan en el NOMIVAC.

¹³ El denominador indica la población objetivo correspondiente al grupo etario a vacunar.



Auditoría General de la Nación

El 31 de diciembre de 2019, China notificó la aparición de casos confirmados por laboratorio de una nueva infección por coronavirus SARS-CoV-2, en adelante COVID-19, que posteriormente se diseminó en varios países de todos los continentes.

El 30 de enero de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró que el brote del nuevo coronavirus constituía una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) en el marco del Reglamento Sanitario Internacional 2005 (RSI 2005) y finalmente el 11 de marzo declaró el estado de pandemia. El impacto de la enfermedad se generalizó y el primer caso en Argentina se confirmó el 3 de marzo de 2020.

La OMS recomienda la vacunación contra el COVID-19 como una herramienta de prevención primaria fundamental para limitar los efectos sanitarios y económicos devenidos de la pandemia.

El MSal de la Nación, como organismo rector del sistema de salud, diseñó el Plan Estratégico para la vacunación contra el COVID-19 en nuestro país, como un documento, que pretende brindar información dinámica, ágil y flexible.

El propósito del Plan es disminuir la morbilidad-mortalidad y el impacto socio-económico ocasionados por el COVID-19.

A su vez, su objetivo general es vacunar al 100% de la población objetivo en forma escalonada y progresiva, de acuerdo con la priorización de riesgo y la disponibilidad gradual y creciente del recurso.

Y sus objetivos específicos son:

- Establecer un orden de prioridad en la Población Objetivo a Vacunar (POV), teniendo en cuenta criterios científicos y éticos, en una situación de disponibilidad progresiva de dosis de vacunas;
- Preparar los aspectos fundamentales relacionados con la logística, la distribución y la administración de las vacunas a medida que estén disponibles;
- Establecer ejes prioritarios esenciales para evaluar las metas de vacunación: tasas de cobertura, monitoreo continuo de seguridad y efectividad de las vacunas, en correlación con el impacto epidemiológico.
- Definir los aspectos relacionados a la estrategia de comunicación que estará dirigida al personal sanitario y a la comunidad.



Auditoría General de la Nación

La estrategia nacional para la vacunación contra COVID-19 fue encabezada por el Gobierno Nacional y coordinada por el MSal con la participación intersectorial con otras carteras del Gobierno Nacional, las 24 jurisdicciones (a través del COFESA) y la participación de expertos de diversas áreas, a través de la CoNaIn y la CoNaSeVa.

Los criterios establecidos para la priorización en el Plan Estratégico fueron: riesgo por exposición y función estratégica, riesgo por enfermedad grave y riesgo por vulnerabilidad. Adicionalmente, se priorizó la vacunación en grandes aglomerados urbanos, en virtud de la evidencia de que es allí donde se presenta una mayor proporción de casos confirmados, con transmisión comunitaria sostenida y las mayores tasas brutas de mortalidad.

En función de estos criterios se estableció un esquema de priorización, considerando que la vacunación sea coordinada desde el sector público con articulación intersectorial.

Hubo una primera priorización que luego se fue ampliando y comunicando a través de documentos de ampliación de la POV en virtud de nueva evidencia científica, la situación epidemiológica y la disponibilidad de dosis.

En este sentido, en Tabla 1 se detallan los principales hitos del período auditado:

Tabla 1: Principales hitos de la campaña de vacunación contra COVID-19 hasta el 30/09/2021



Auditoría General de la Nación

Fecha	Hito	POV	Recomendaciones
Diciembre 2020 (28/12/2020)	Inicio campaña de vacunación	-Personal de salud (escalonamiento en función de la estratificación de riesgo de la actividad). -Adultos de 70 años y más, y personas mayores residentes en hogares de larga estancia. -Adultos de 60 a 69 años. -Fuerzas armadas, de seguridad y personal de servicios penitenciarios. -Adultos 18 a 59 años de grupos en riesgo de desarrollar la enfermedad grave (diabetes, obesidad grado 2, enfermedad cardiovascular y enfermedad renal crónica y enfermedad respiratoria crónica). -Personal docente y no docente (inicial, primaria y secundaria). -Otras poblaciones estratégicas definidas por las jurisdicciones y la disponibilidad de dosis. -Situación de vulnerabilidad: barrios populares, personas en situación de calle, pueblos originarios, personas privadas de libertad, migrantes.	Recomendaciones para que la administración sea segura
Febrero 2021 (10/02/2021)	Ampliación	-Embarazadas, mujeres en período de lactancia, personas inmunocomprometidas o con enfermedades autoinmunes que pertenezcan a la población objetivo priorizada para la vacunación pueden optar por vacunarse si presentan 1) un riesgo de exposición alto y que el mismo no pueda evitarse: personal de salud, personal estratégico, personal docente y no docente (de nivel inicial, primario y secundario) y 2) 60 años o más y/o personas con enfermedades subyacentes que los incluyan dentro de los grupos de riesgo.	La CoNaIn en consenso con diversas Sociedades Científicas y expertos externos al MSal recomendaron excluir el concepto de “contraindicación para la vacunación contra la OVID-19” a embarazadas, mujeres en período de lactancia, personas inmunocomprometidas o con enfermedades autoinmunes que formen parte de los grupos que pertenecen a la población objetivo a vacunar (siempre y cuando la plataforma de la vacuna utilizada no sea a virus vivos y atenuados).
	Definición personal estratégico	-Personas que cumplen funciones de gestión importante y necesaria para el Poder Ejecutivo y tienen riesgo aumentado de exposición en sus tareas presenciales.	N/A



Auditoría General de la Nación

Fecha	Hito	POV	Recomendaciones
Marzo 2021 (26/03/2021)		-Representantes del Estado Argentino en organismos internacionales que hacen tareas presenciales con riesgo aumentado de exposición. -Funcionarios jerárquicos y funcionarias jerárquicas que se desempeñan en organismos internacionales y hacen tareas presenciales con riesgo aumentado de exposición. -Personas que viajan fuera del país en delegaciones oficiales encabezadas por integrantes de los Poderes del Estado Nacional. -Personas que reciben comitivas oficiales que llegan del exterior en nombre de los Poderes del Estado Nacional. -Toda persona que desarrolle funciones de gestión y/o conducción y funciones estratégicas necesarias para el adecuado funcionamiento del Estado.	
	Ampliación	-Personas de 18 a 59 años en grupos de riesgo de desarrollar la enfermedad grave: pacientes en diálisis crónica, cirrosis, personas que viven con VIH, pacientes en lista de espera para trasplante de órganos sólidos y trasplantados de órganos sólidos, personas con discapacidad residentes de hogares, residencias y pequeños hogares, pacientes oncológicos y oncohematológicos, pacientes cursando una TB activa, personas con discapacidad intelectual y del desarrollo que inhabilite las capacidades individuales de ejecutar, comprender o sostener en el tiempo las medidas de cuidado personal para evitar el contagio o transmisión de la COVID 19, personas con Síndrome de Down, priorizando inicialmente a aquellos mayores de 40 años.	N/A
Marzo 2021 (26/03/2021)	Recomendación	N/A	Priorizar la aplicación de la primera dosis de vacunas contra COVID-19 en la



Auditoría General de la Nación

Fecha	Hito	POV	Recomendaciones
			población objetivo, difiriendo la segunda dosis de cualquiera de las vacunas disponibles en nuestro país a un intervalo mínimo de 12 semanas (3 meses) desde la primera dosis.
Junio 2021 (04/06/2021)	Ampliación	-Personas con enfermedades autoinmunes y/o tratamientos inmunosupresores, inmunomoduladores o biológicos.	N/A
Junio 2021 (10/06/2021)	Ampliación	-Personas entre 18 y 59 años sin factores de riesgo con un esquema secuencial o simultáneo, incorporando grupos etarios por quinquenios y en orden descendente.	N/A
Julio 2021 (05/07/2021)	Recomendación	N/A	Intervalos entre dosis -Vacunas basadas en plataformas de vectores virales: intervalo mínimo de 8 semanas (2 meses) entre la primera y segunda dosis. Par lo cual se recomienda la aplicación de la segunda dosis en forma escalonada priorizando de manera secuencial la población de mayor riesgo de enfermedad grave y muerte (mayores de 60 y personas entre 18 y 59 años con factores de riesgo) para completar esquemas, en función del tiempo transcurrido de la primera dosis y de la disponibilidad del insumo. -Vacunas basadas en plataformas de virus inactivados: respetar un intervalo mínimo de 4 semanas (1 mes) entre la primera y segunda dosis.
Julio 2021 (28/07/2021)	Ampliación	-Niños, niñas y adolescentes de 12 a 17 años con comorbilidades que impliquen riesgo de enfermedad grave.	N/A



Auditoría General de la Nación

Fecha	Hito	POV	Recomendaciones
Septiembre 2021 (16/09/2021)	Ampliación	-Niños, niñas y adolescentes de 12 a 17 años sin comorbilidades.	N/A

Fuente: Elaboración propia en base a información obrante en el sitio web oficial <https://bancos.salud.gob.ar/>

Dicho esto, se destaca que, a diferencia de la de CNV, la vacunación contra COVID-19 es voluntaria e independiente del antecedente de haber padecido la enfermedad.

Respecto del monitoreo y seguimiento de la cobertura de vacunación, como se expresó más arriba, el auditado informó que la vacunación contra COVID-19 se registró nominalmente de forma inmediata y se realizó el seguimiento desde el registro nominal del NOMIVAC para lo que se implementó el mecanismo de interoperabilidad con las jurisdicciones que utilizan RNVe propios a través de servicios web.

A diferencia del registro de vacunación de CNV, el auditado informó que catorce¹⁴ jurisdicciones optaron por el registro directo en NOMIVAC y diez transfieren datos de dosis aplicadas de vacunas a través de la interoperabilidad entre sistemas.

Las maneras de registrar nominalmente a las personas vacunadas se realizan por cuatro modalidades, a saber:

- En forma directa al NOMIVAC por:

- a) El Formulario de Alta Disponibilidad (FAD),
- b) La App NOMIVAC para el registro *on/off line*
- c) Formulario tradicional de NOMIVAC utilizado para el registro de todas las vacunas de CNV (Planilla única de notificación).

- En forma indirecta, por interoperabilidad de los RNVe propios de las jurisdicciones mediante servicios *web*.

Otra diferencia con el registro de vacunación de CNV es que en la carga en NOMIVAC de vacunas contra COVID-19 el campo de lote y nombre comercial de la vacuna son obligatorios.

Asimismo, se destaca que la carga de datos es manual tanto en el registro directo como el indirecto y en los casos en que la DiCEI detecte errores o inconsistencias en la carga, el procedimiento es informar a la jurisdicción para que ésta corrija y reenvíe la registración corregida.

¹⁴ Entre Ríos, Río Negro, Salta, San Juan, Neuquén, Corrientes, Chaco, Santiago del Estero, Jujuy, La Rioja, Catamarca, Tierra del Fuego, Mendoza y Santa Cruz.



Auditoría General de la Nación

Ahora bien, para verificar los registros realizados y enviados por las jurisdicciones a NOMIVAC, tanto por vacunas del CNV como por las de COVID-19, el área de Datos de la DiCEI contó durante el primer semestre de 2021 con cinco personas. Desde el segundo semestre se incorporaron cinco personas enviadas de OPS.

El registro nominalizado tiene magnitud de volumen de datos y campos a llenar en NOMIVAC, (mayor cantidad de campos a completar para carga nominalizada que para carga por agrupado numérico) y los porcentajes de cobertura para COVID-19 se actualizan diariamente. Asimismo, se aclara algunas jurisdicciones envían sus reportes en simultáneo con los datos en sus sistemas, mientras que otras lo hacen al final de cada día.

También se explicó que se desarrollaron para esta campaña tableros de información pública, abierto y accesible para toda la población (monitor) y para gestión interna que se nutren de la información registrada en NOMIVAC.

3.5.2. Indicador 3.b.2: Investigación en salud

El Indicador 3.b.2 fue vinculado por el MSal a la política pública Becas “Salud Investiga” que otorga través de la Dirección de Investigación en Salud (DIS) de la Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica, dependiente de la Subsecretaría de Medicamentos e Información Estratégica de la Secretaría de Acceso a la Salud.

La DIS fue creada por DA 498/2016 asignándole la responsabilidad de ejecutar las acciones que permitan desarrollar políticas de investigación en salud que promueva el MSal y fomentar la gestión de su conocimiento.

Entre sus acciones se destacan:

- Fomentar investigaciones éticas y de calidad en salud pública, para la reducción de la brecha entre producción-utilización de evidencia científica en la toma de decisiones clínicas y sanitarias.
- Establecer mediante metodologías validadas las prioridades de investigación en salud implementadas por el Ministerio.
- Promover la formación en investigación de los recursos humanos en salud.
- Promover alianzas estratégicas con actores clave del campo de la salud pública y la articulación con las áreas de investigación de los Ministerios de Salud Provinciales, con organismos de ciencia y tecnología, con centros de investigación y con organismos internacionales afines.



Auditoría General de la Nación

- Promover el registro y fortalecer la difusión de las investigaciones en salud a través del Registro Nacional de Investigaciones en Salud (ReNIS).

En ese cometido, durante el período auditado realizó convocatorias y otorgó financiamiento para becas y proyectos de investigación que tuvieron distintas denominaciones, a saber: Becas Salud Investiga “Dr. Abraam Sonis”, Proyectos de Investigación “Salud Investiga” y Becas “Salud Investiga”.

Ahora bien, teniendo en cuenta el enfoque integrado de gobierno que requiere la implementación y seguimiento de las políticas públicas vinculadas a los ODS, se mapeó la existencia de otras políticas públicas y/u organizaciones a través de las cuales se realiza investigación en salud a nivel nacional.

En ese cometido, que en el ámbito del MinCyT funcionan organismos descentralizados que otorgan becas y financian proyectos de investigación en salud.

Así fue que se advirtió que, el CONICET promueve la formación de recursos humanos para la investigación mediante becas doctorales y posdoctorales, dirigidas a graduados universitarios argentinos y extranjeros que deseen realizar estudios doctorales y tareas de investigación postdoctoral en cualquier disciplina. A su vez, organiza su apoyo a la investigación y desarrollo financiando proyectos cuyo objetivo es la actividad intelectual original desarrollada por un investigador o grupo de investigadores con dedicación exclusiva. Dentro de las temáticas a las que destina fondos a través de estos mecanismos están las ciencias médicas y medicina¹⁵.

Por su parte, la Agencia a través de dos de los fondos que gestiona, el Fondo Nacional Sectorial (FONARSEC) y el Fondo Nacional para la Ciencia y la Tecnología (FONCYT) financia proyectos y otorga becas para la investigación en salud.

El primero financia proyectos y otorga becas para la implementación de políticas que intentan fortalecer la vinculación entre el sector científico y tecnológico con el sector socio productivo, gestionando proyectos y actividades cuyo objetivo sea desarrollar capacidades críticas en áreas de alto impacto potencial y transferencia permanente al sector productivo, entre las que se encuentra el área salud¹⁶.

¹⁵ Información proveniente del sitio web oficial del CONICET y proporcionada a los fines de esta auditoría por IF-2022-33350092-APN-CONICET#MCT.

¹⁶ Información proveniente del sitio web oficial del FONARSEC y proporcionada a los fines de esta auditoría por NO-2022-47011195-APN-DNFONARSEC#ANPIDTYI.



Auditoría General de la Nación

El segundo gestiona la aplicación de los recursos presupuestarios del Tesoro Nacional provenientes de operaciones de crédito externo y de la cooperación internacional, con el objeto de financiar proyectos de investigación, entre los cuales se encuentran proyectos del área salud¹⁷.

4. HALLAZGOS

4.1. Surgidos de la PA 2.1

4.1.1. Escala de evaluación de coberturas CNV

De las vacunas seleccionadas del CNV para esta evaluación (conforme lo expuesto en Anexo III) los porcentajes de coberturas de vacunación surgen de registros de datos que se basan en cantidad de personas con dosis aplicadas por vacuna en relación a sus poblaciones objetivo.

A los fines de evaluar los resultados de coberturas obtenidos por las jurisdicciones en cada año del período auditado se utilizó la escala establecida para esta AC¹⁸, que considera meta mundial de lograr el 95% de cobertura en todas las vacunas que también se fijó el auditado como objetivo en todos los años del período bajo análisis. Para facilitar la lectura de los gráficos que se expondrán más abajo se identificó por colores, la clasificación de las coberturas según su porcentaje por jurisdicción y por año auditado, de la manera que se expone a continuación en Tabla 1. En los gráficos en los que no figuren los nombres de una o más jurisdicciones por razones de proporcionalidad de sus coberturas, se enumeran las mismas al pie de cada gráfico.

Tabla 1: Escala de evaluación de coberturas

Clasificación de la cobertura	Porcentajes	Identificación gráfica
Cobertura óptima	Mayor o igual a 95% y menor que 100%	Verde
Cobertura aceptable	Mayor o igual a 80% y menor que 95%	Naranja
Cobertura regular	Mayor o igual a 50% y menor que 80%	Azul
Cobertura baja	Menor que 50%	Gris
Cobertura a revisar	Mayor que 100%	Amarillo

Fuente: Elaboración propia en base a Metodología para medir los resultados de los indicadores de la Meta 3b.

¹⁷ Información proveniente del sitio web oficial del FONCYT y proporcionada a los fines de esta auditoría por ME-2022-43997261-APN-DNFONCYT#ANPIDTYI.

¹⁸ “Metodología para medir los resultados de los indicadores de la Meta 3b”, AC al ODS 3 “Salud y Bienestar”, Contraloría General de la República del Perú, pág 11.



Auditoría General de la Nación

4.1.1.1. Cobertura de vacunación oportuna de 0 a 12 meses

➤ **BCG < 1 año:** Los resultados de cobertura de niveles óptimos y aceptables se mantuvieron en la mayoría de las provincias durante los años auditados.

Gráfico 1: BCG < 1 año (menores a un año)



Fuente: Elaboración propia en base a información proporcionada por el auditado.

* Año 2020, cobertura menor de 50%: Corrientes.



Auditoría General de la Nación

De los gráficos BCG < 1 año (menores a un año) se observa que, el año 2019 tuvo la mayor cantidad de jurisdicciones con coberturas óptimas respecto de los otros 3 años, mientras que el año 2021 mantuvo la misma cantidad de jurisdicciones con esos niveles que en 2018 y mejoró en relación al 2020. Esto indica que el acceso a la vacunación se está recuperando, lo que coincide con resultados de cobertura BCG < 7 días que se realizan en las maternidades al recién nacido, pese haber mediado el DISPO.

Respecto a porcentajes mayores que 100% que indican coberturas a revisar, se aprecia que el cálculo de tasas de coberturas erróneas fue superándose desde 2018 a 2020 informándose mediante la planilla única de notificación. En el 2021 la DiCEI circularizó que la carga de datos debe realizarse directamente por agrupado numérico al NOMIVAC, pero las dosis aplicadas en algunas jurisdicciones, denominadas “ciudades espejo” por ser fronterizas, superaron a la población nominalmente registrada por lo que tanto sus numeradores como denominadores deben corregirse. Similar situación sucedió con CABA, Córdoba y Santiago del Estero, jurisdicciones que identificaron residentes y no residentes mediante filtros y atributos que genera el NOMIVAC en el entorno del SISA.

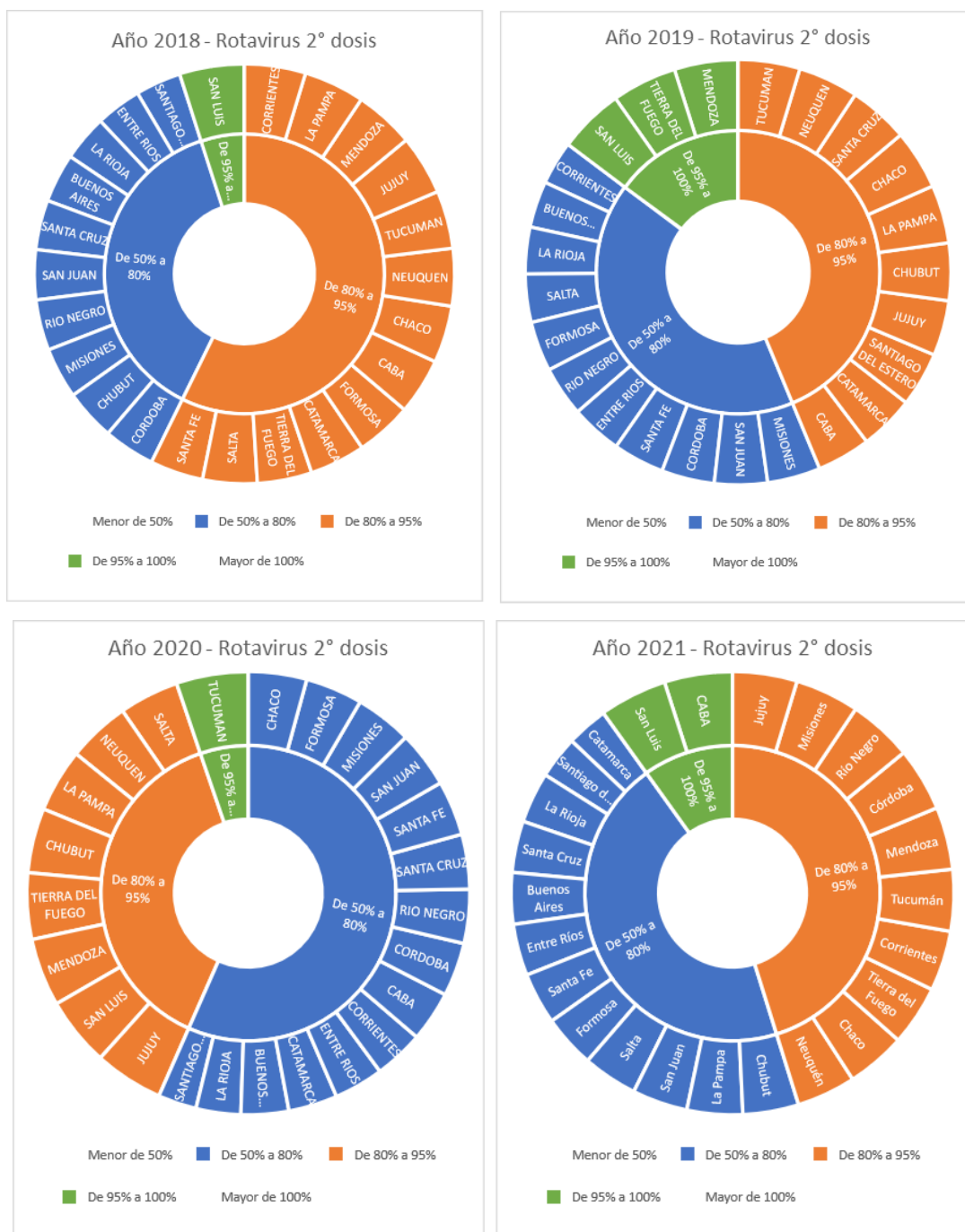
Se debe tener en cuenta que los denominadores de nacidos vivos varían entre los años calendario del período auditado.

➤ **Rotavirus segunda dosis: De los resultados de cobertura se desprende que en 2018 y 2019 la mayoría de las provincias sostuvo coberturas aceptables y en sumatoria con las óptimas superaron más del 50% de las jurisdicciones, dentro de las que se incluyen 3 provincias densamente pobladas, lo que disminuyó en 2020. En 2021 la mitad de las jurisdicciones logró coberturas regulares, y el resto coberturas aceptables y óptimas.**

Gráfico 2: Rotavirus segunda dosis



Auditoría General de la Nación



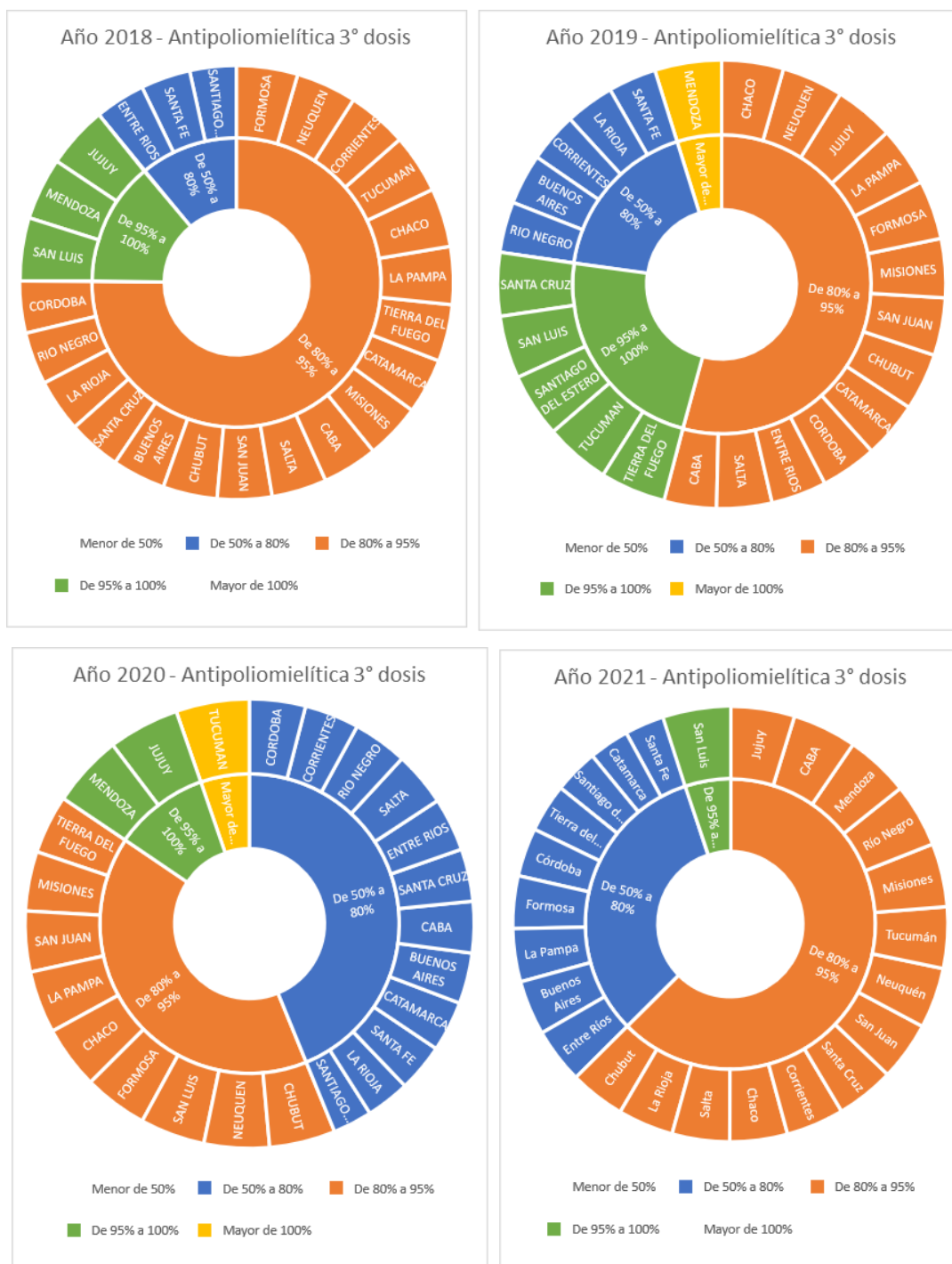
Fuente: Elaboración propia en base a información proporcionada por el auditado

➤ **Antipoliomielítica tercera dosis:** Para esta vacuna, salvo en 2020 las coberturas aceptables se dan en la mayoría de las jurisdicciones, alcanzándose los mayores niveles de cobertura óptima en 2019.

Gráfico 3: Polio tercera dosis



Auditoría General de la Nación



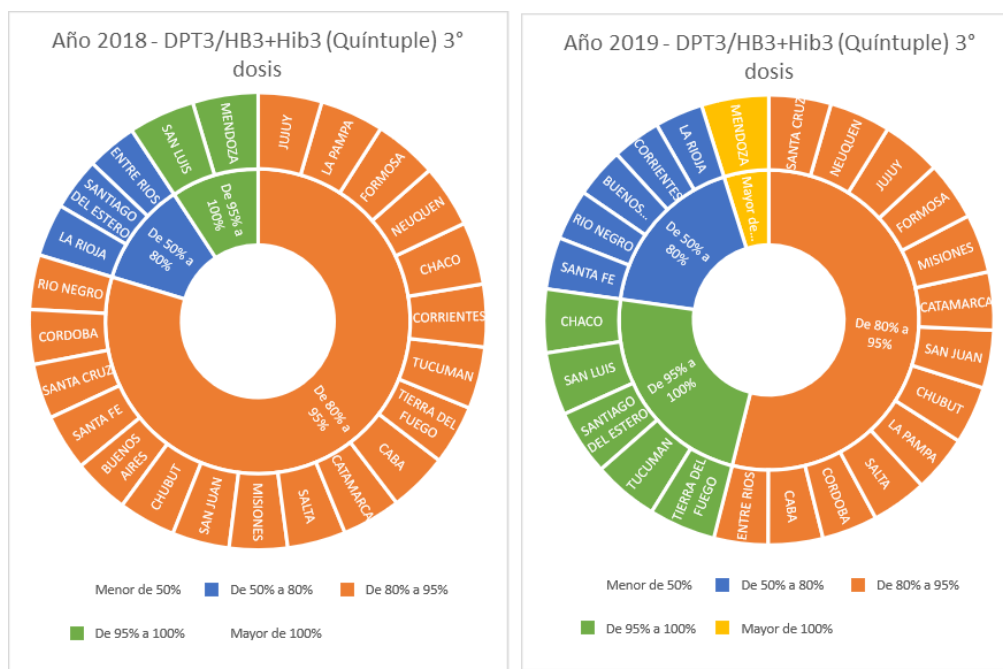
Fuente: Elaboración propia en base a información proporcionada por el auditado.

➤ **Quíntuple tercera dosis:** Se observa en los años 2018, 2019 y 2021 que la mayoría de las jurisdicciones logró coberturas aceptables y óptimas. En 2021 con niveles comparables a las coberturas pre pandemia. La recuperación en 2021 se atribuye a que hubo oportunidades ganadas para vacunas del CNV imputables a la vacunación contra COVID-19.



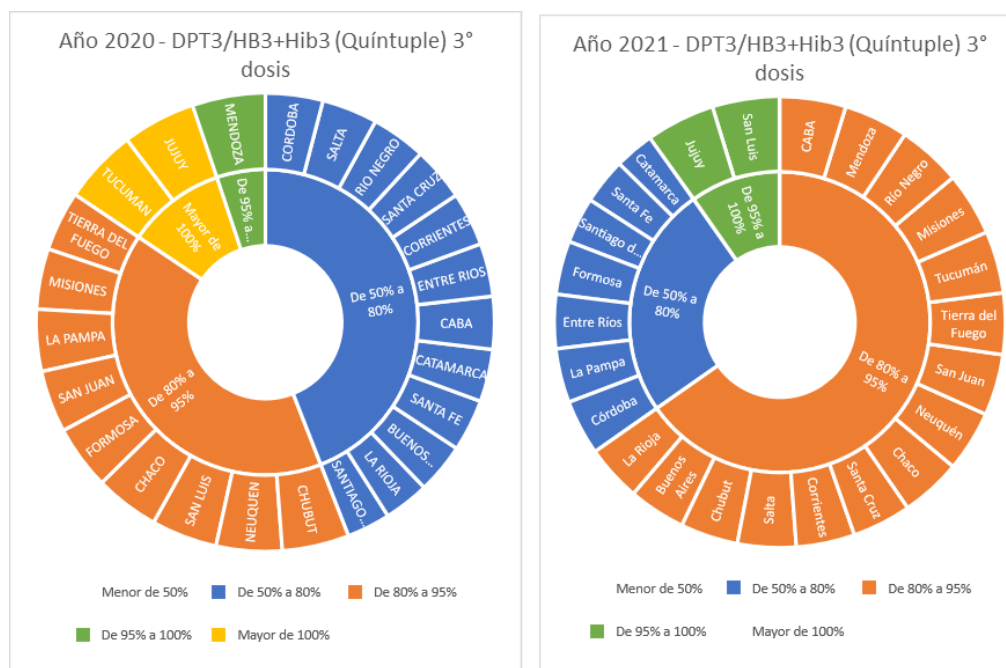
Auditoría General de la Nación

Gráfico 4: Quíntuple tercera dosis (DPT3, Hib3 y HB3)





Auditoría General de la Nación

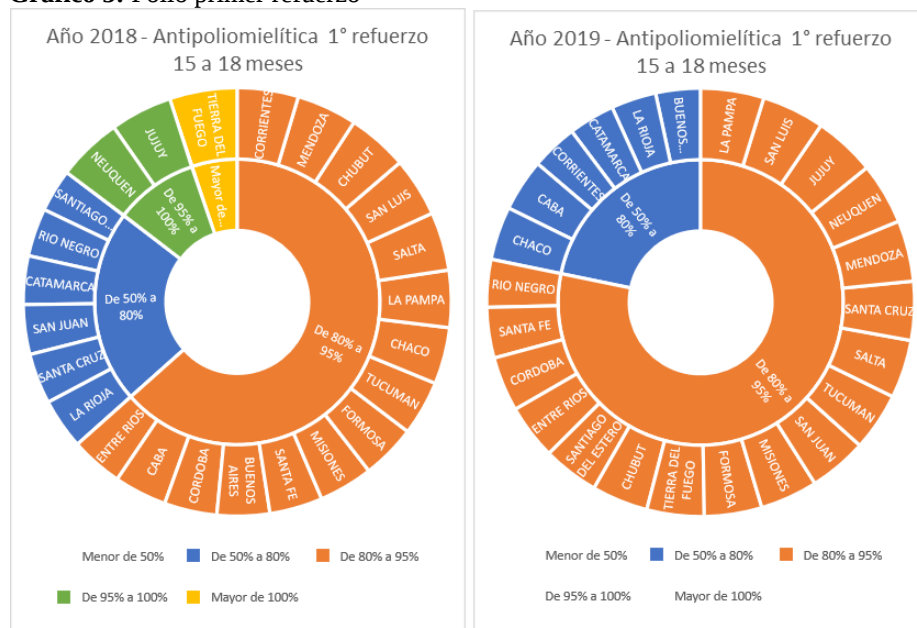


Fuente: Elaboración propia en base a información proporcionada por el auditado.

4.1.1.2. Cobertura de vacunación oportuna de 12 a 23 meses

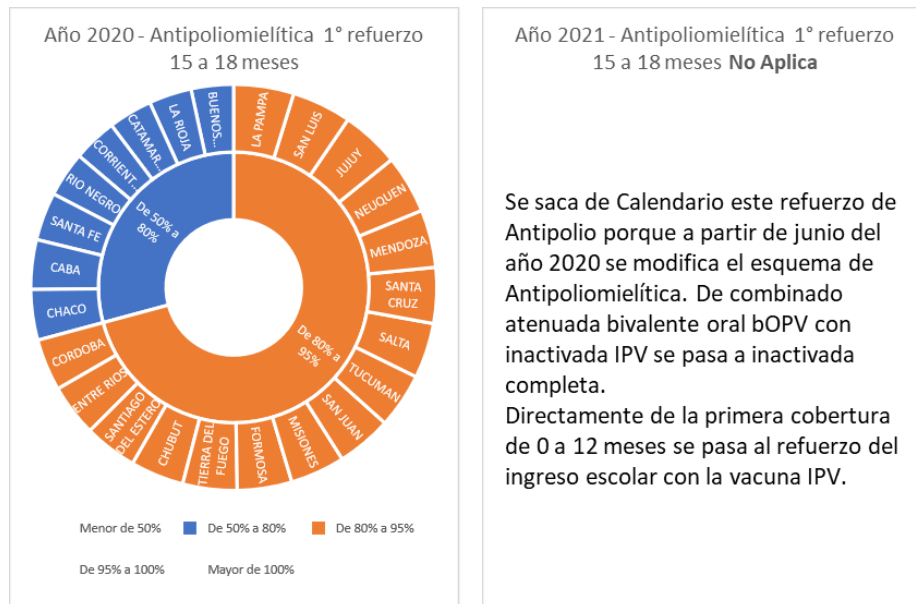
➤ **Antipoliomielítica primer refuerzo: A partir de junio de 2020, se adoptó un cambio de esquema de esta vacuna en el CNV de acuerdo a lo sugerido por la OPS.**

Gráfico 5: Polio primer refuerzo





Auditoría General de la Nación



Fuente: Elaboración propia en base a información proporcionada por el auditado.

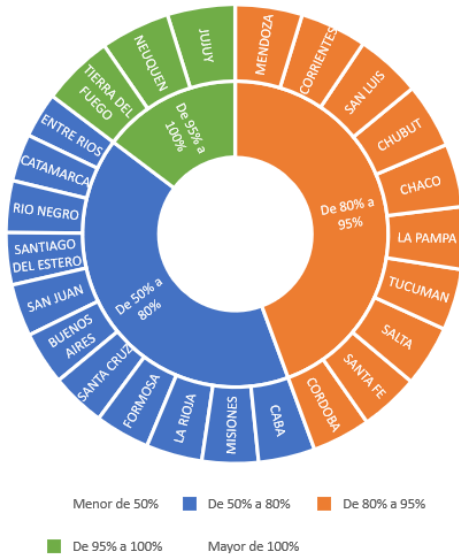
➤ **Quíntuple refuerzo:** En 2018 mostró coberturas óptimas y aceptables en la mayoría de las provincias. A su vez, pese observarse predominantemente, coberturas regulares en el 2020, se aclara que ésta es la cuarta dosis que reciben los niños y las niñas en el transcurso del año y medio de vida. En 2021 aumentaron las jurisdicciones con cobertura aceptable.

Gráfico 6: Quíntuple refuerzo

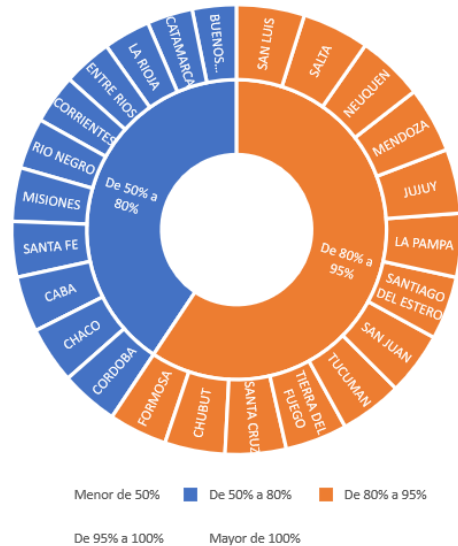


Auditoría General de la Nación

Año 2018 - Quintuple DPT/HB+Hib refuerzo
15 a 18 meses



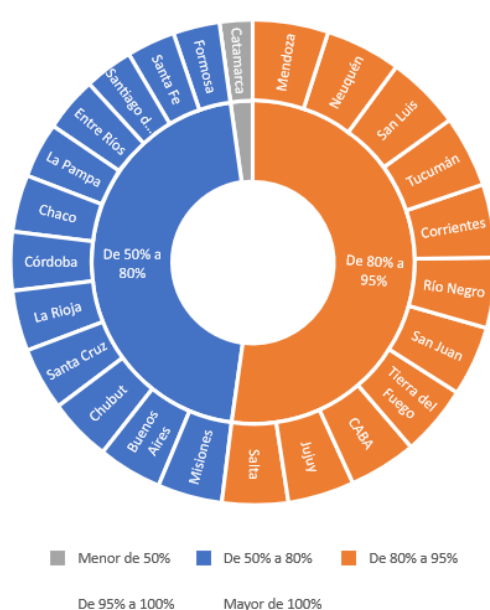
Año 2019 - Quintuple DPT/HB+Hib refuerzo
15 a 18 meses



Año 2020 - Quintuple DPT/HB+Hib refuerzo
15 a 18 meses



Año 2021 - Quintuple DPT/HB+Hib refuerzo
15 a 18 meses



Fuente: Elaboración propia en base a información proporcionada por el auditado.



Auditoría General de la Nación

➤ **SRP1:** En 2021 se recuperaron porcentajes óptimos, reportándose registros similares a 2018. En 2020 se registraron la mayor cantidad de jurisdicciones con cobertura regular. Las coberturas superiores a 100% dejaron de registrarse en 2021 atento que en ese año se modificó la forma de envío de información de las jurisdicciones a través del agrupado numérico por NOMIVAC, lo que evidencia que se pudieron cuantificar por jurisdicción las dosis aplicadas.

Gráfico 7: SRP1



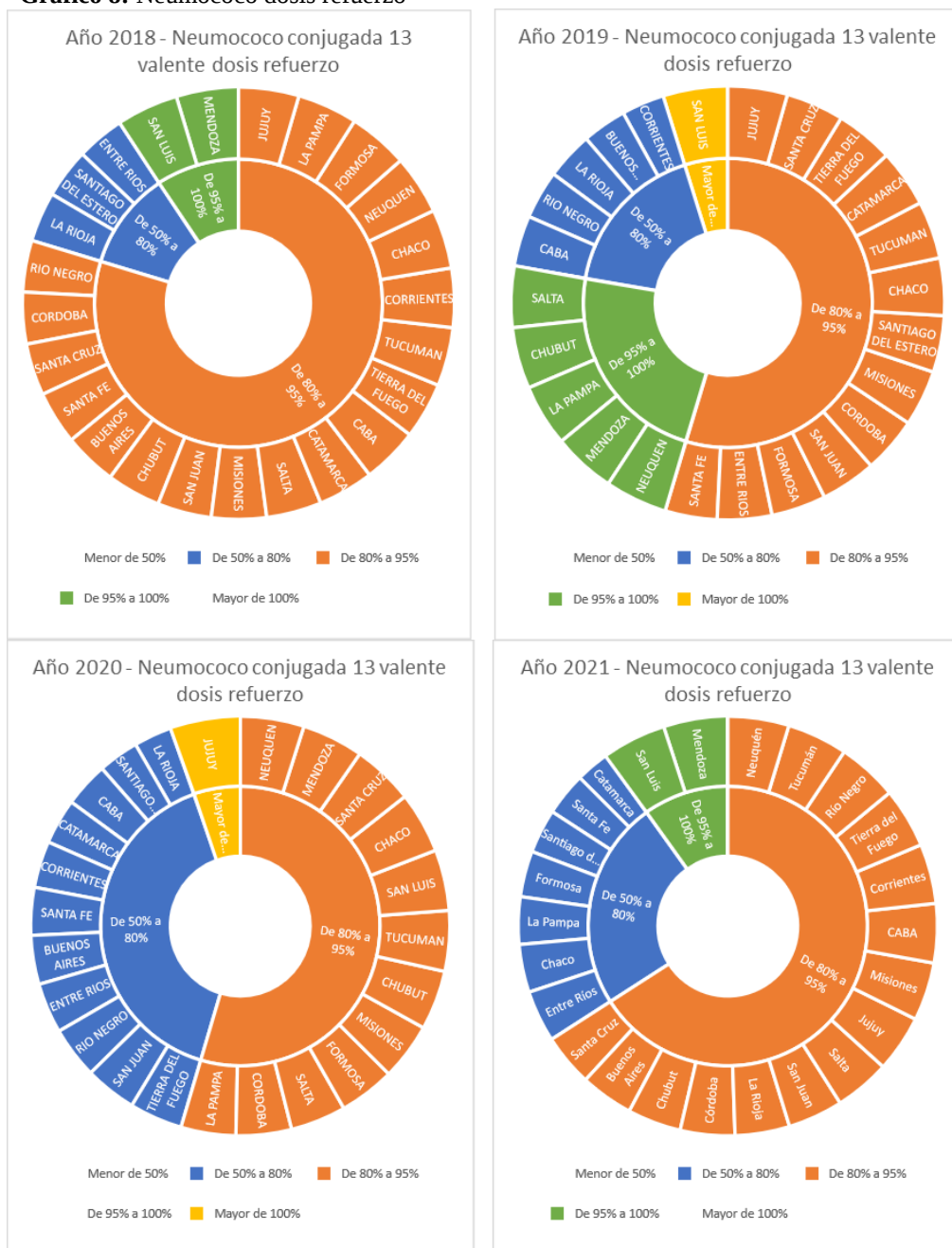
Fuente: Elaboración propia en base a información proporcionada por el auditado.



Auditoría General de la Nación

➤ **Neumococo dosis refuerzo: En 2021 se obtuvieron coberturas similares a 2018.**

Gráfico 8: Neumococo dosis refuerzo



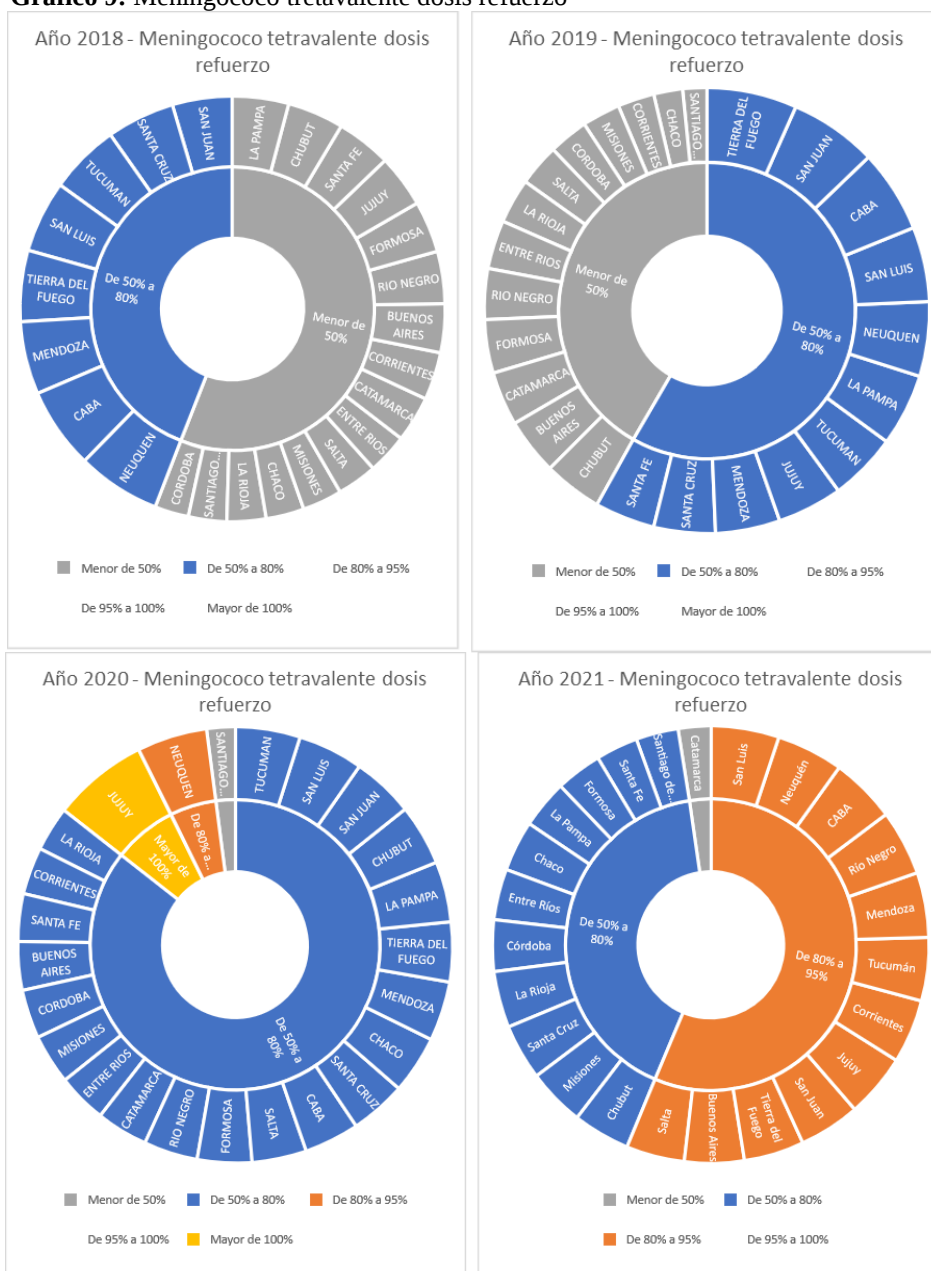
Fuente: Elaboración propia en base a información proporcionada por el auditado.



Auditoría General de la Nación

➤ **Meningococo tetravalente dosis refuerzo:** A pesar de no lograr las coberturas esperadas en todo el período auditado, se aprecia que en 2018 y 2019, la mayoría de las jurisdicciones tuvieron porcentajes bajos de cobertura (16 en 2018 y 13 en 2019). En cambio, durante 2020 se alcanzó la cobertura regular para la mayoría de la población objetivo, es decir entre el 50% y 80% de las personas recibieron la vacuna y solo una provincia no superó la baja cobertura. En 2021 mejoró aún más el desempeño llegando en 12 provincias, a coberturas aceptables.

Gráfico 9: Meningococo tetravalente dosis refuerzo



Fuente: Elaboración propia en base a información proporcionada por el auditado.



Auditoría General de la Nación

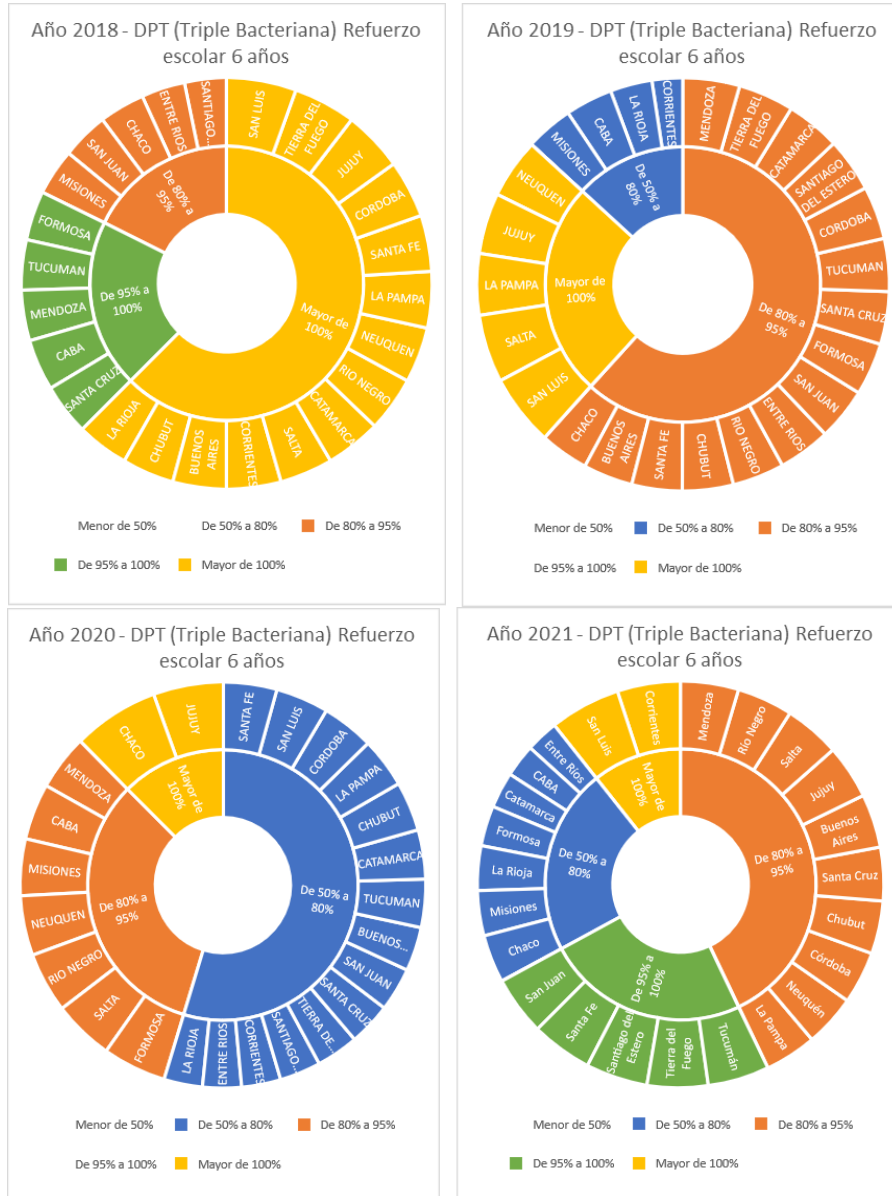
4.1.1.3. Cobertura de vacunación oportuna de 5 a 14 años

➤ **DPT (Triple Bacteriana) y SRP1 ingreso escolar (refuerzo):** Para ambas vacunas se observa que, en los cuatro años auditados se deben revisar las coberturas superiores al 100%.

El auditado informó que no por eso el dato deja de ser confiable, si bien refleja coberturas por encima del 100%, realizado el ajuste de los denominadores se obtendrán coberturas de niveles óptimos, aunque no se obtuvo evidencia de ello.

La deficiente calidad en los registros de coberturas de 2018 y 2019, mejoró durante 2020 y 2021.

Gráfico 10: DPT refuerzo escolar

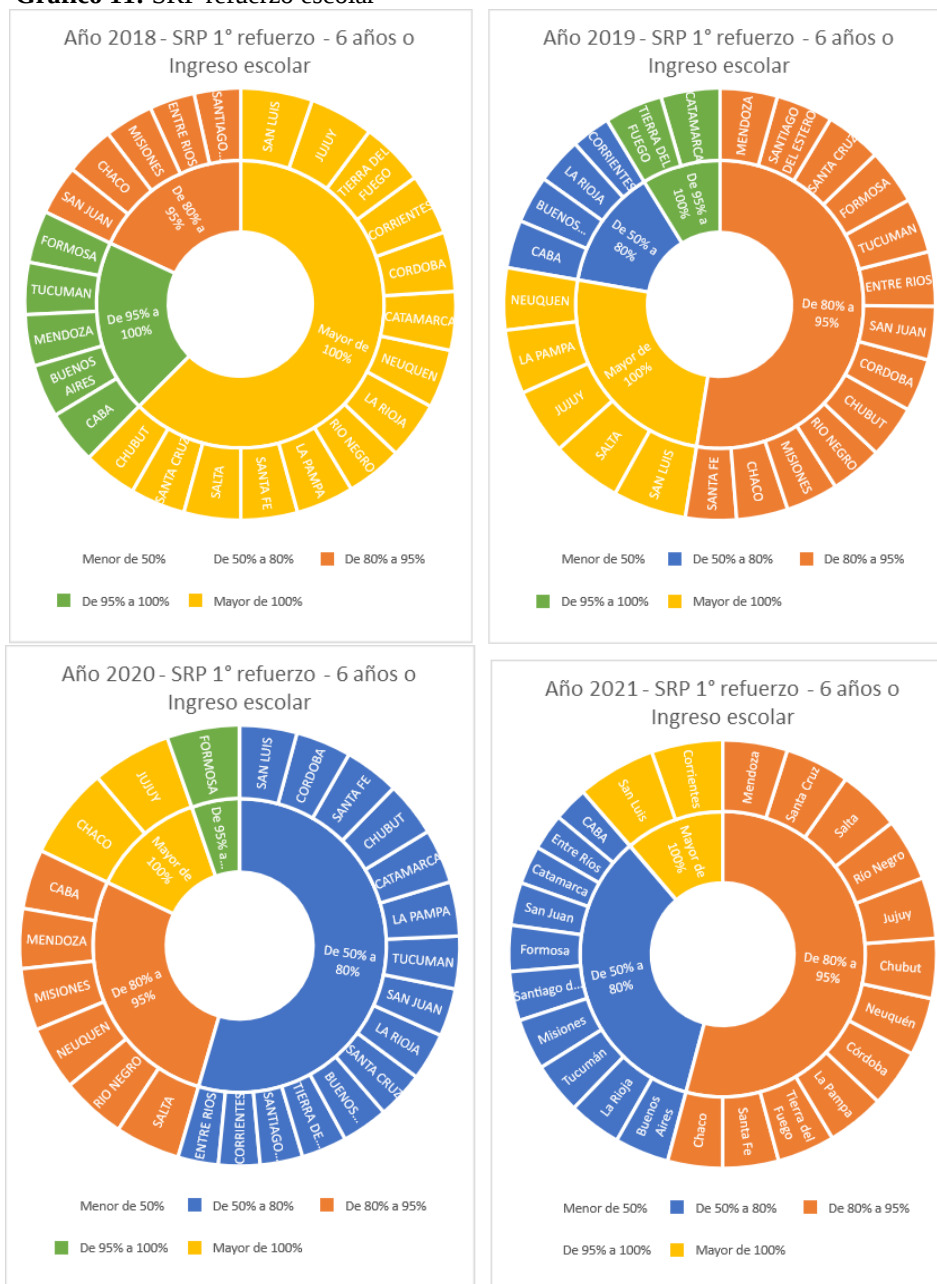


Fuente: Elaboración propia en base a información proporcionada por el auditado.



Auditoría General de la Nación

Gráfico 11: SRP refuerzo escolar



Fuente: Elaboración propia en base a información proporcionada por el auditado.

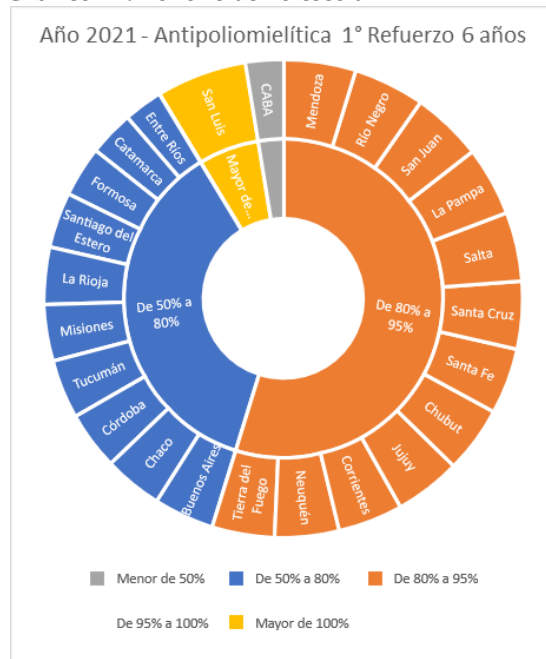
➤ **Antipoliomielítica 6 años o ingreso escolar: A partir de 2021 se comenzó a administrar esta vacuna a los 6 años o ingreso escolar y se lograron coberturas aceptables en 12 provincias y coberturas regulares en 10 más.**

Esto puede obedecer a la implementación de estrategias de comunicación eficaces por tratarse de un cambio de esquema en el CNV ocurrido en junio del 2020.



Auditoría General de la Nación

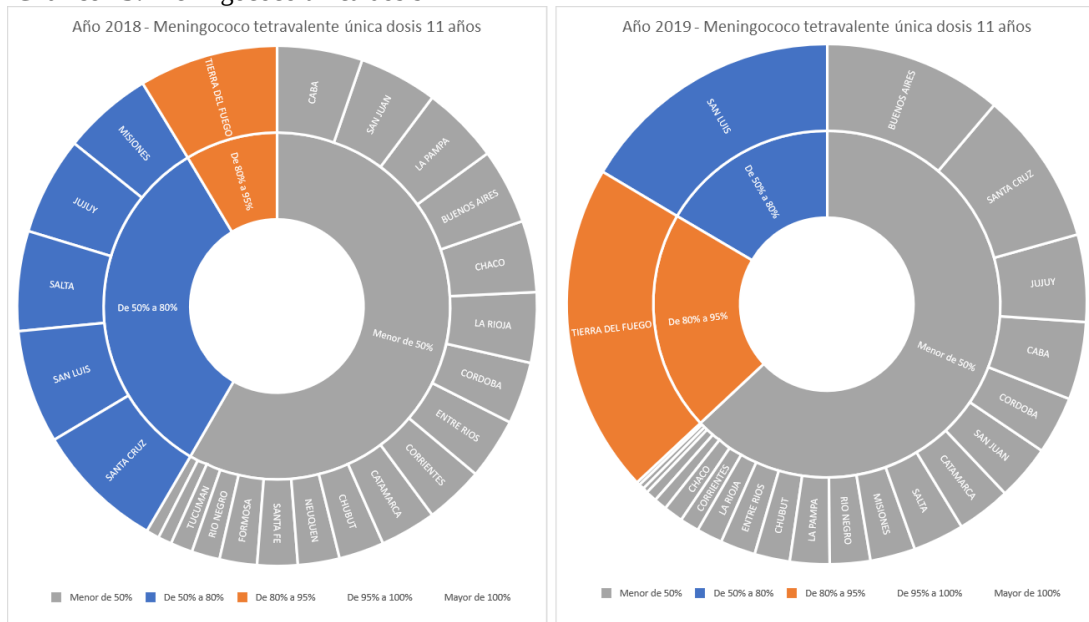
Gráfico 12: Polio refuerzo escolar



Fuente: Elaboración propia en base a información proporcionada por el auditado.

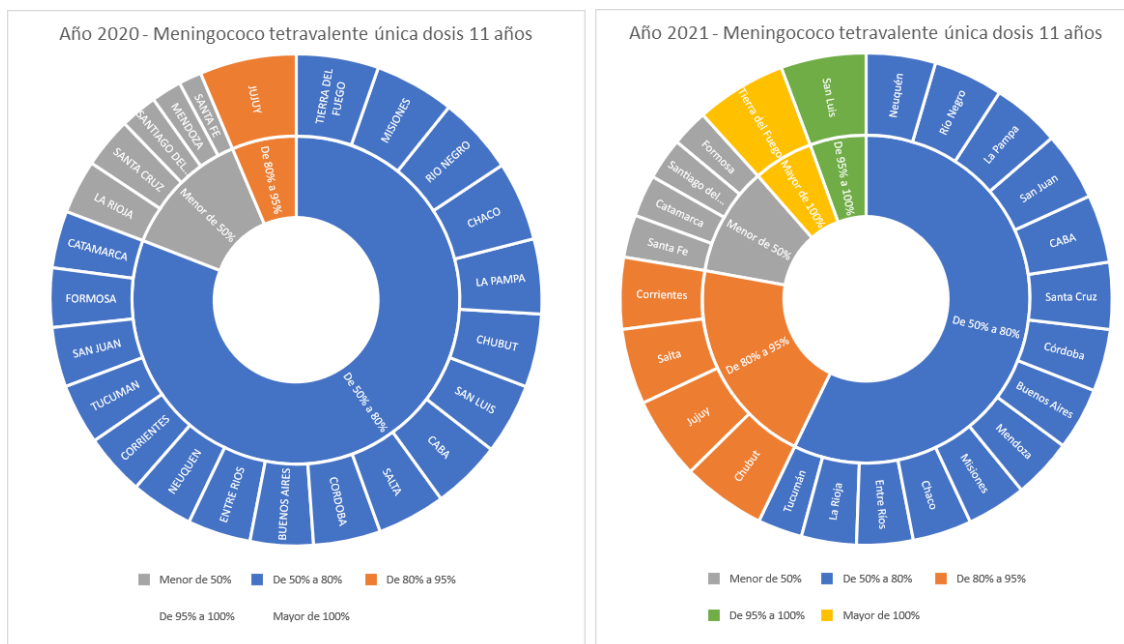
➤ **Meningococo única dosis: Predominaron las bajas coberturas en 2018 y 2019, es decir porcentajes bajos de cobertura para 18 y 20 provincias respectivamente. En 2020 y 2021 la mayoría de las jurisdicciones estuvieron con porcentajes de cobertura regular, mejorando en 2021 respecto a los 3 años anteriores.**

Gráfico 13: Meningococo única dosis





Auditoría General de la Nación



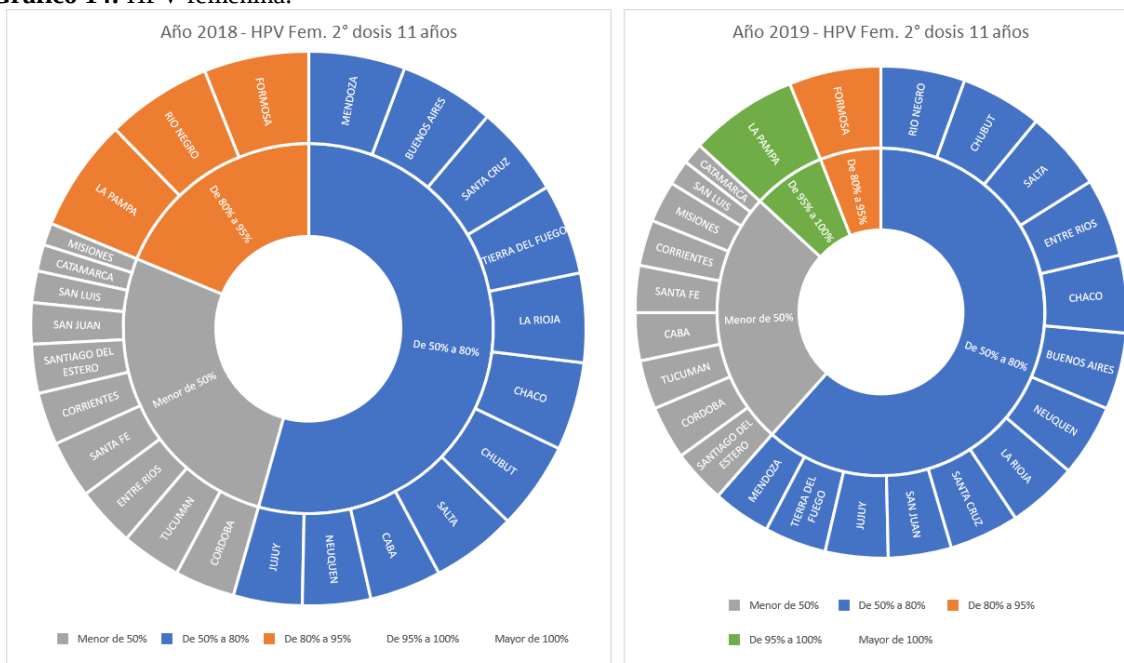
Fuente: Elaboración propia en base a información proporcionada por el auditado.

* Año 2018, cobertura menor de 50%: Santiago del Estero y Mendoza.

** Año 2019, cobertura menor de 50%: Santiago del Estero, Mendoza, Neuquén, Formosa, Tucumán y Santa Fe.

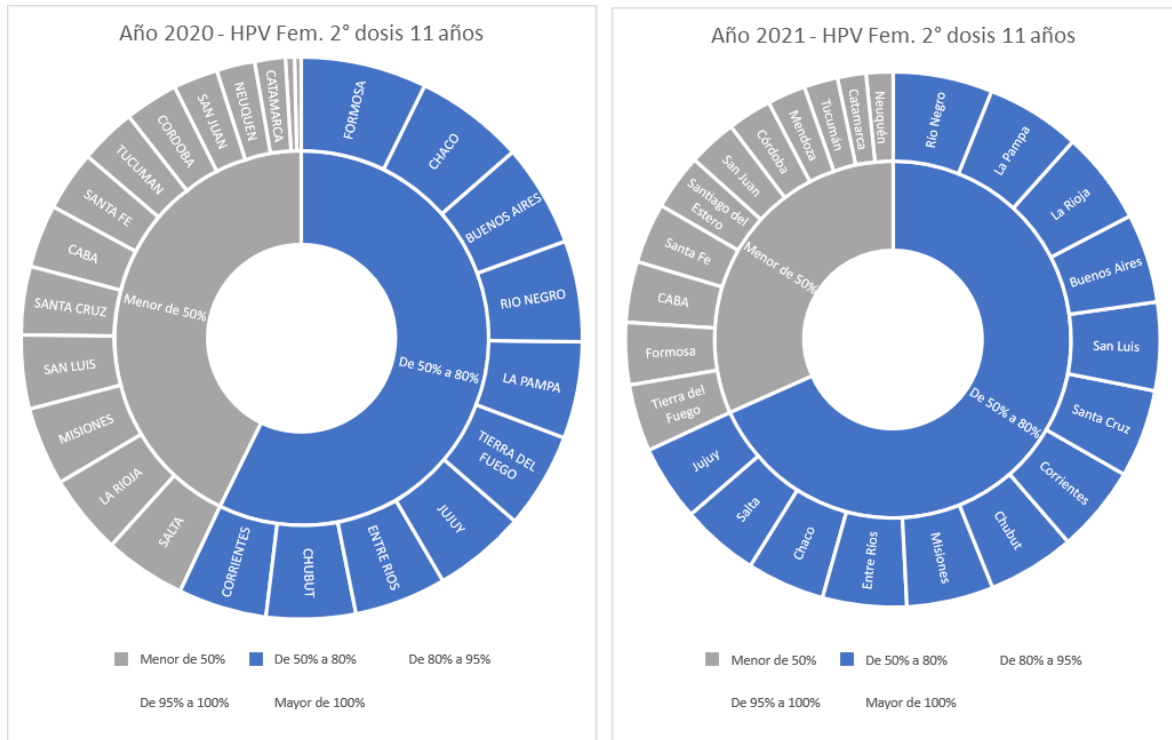
➤ **HPV segunda dosis femenina y masculina:** Durante todo el período auditado la vacunación oportuna (11 años) tanto en mujeres como en varones muestra una cobertura predominantemente baja y regular, con excepción de tres provincias para la femenina en 2018 y una para la masculina en 2019 que lograron coberturas aceptables.

Gráfico 14: HPV femenina.





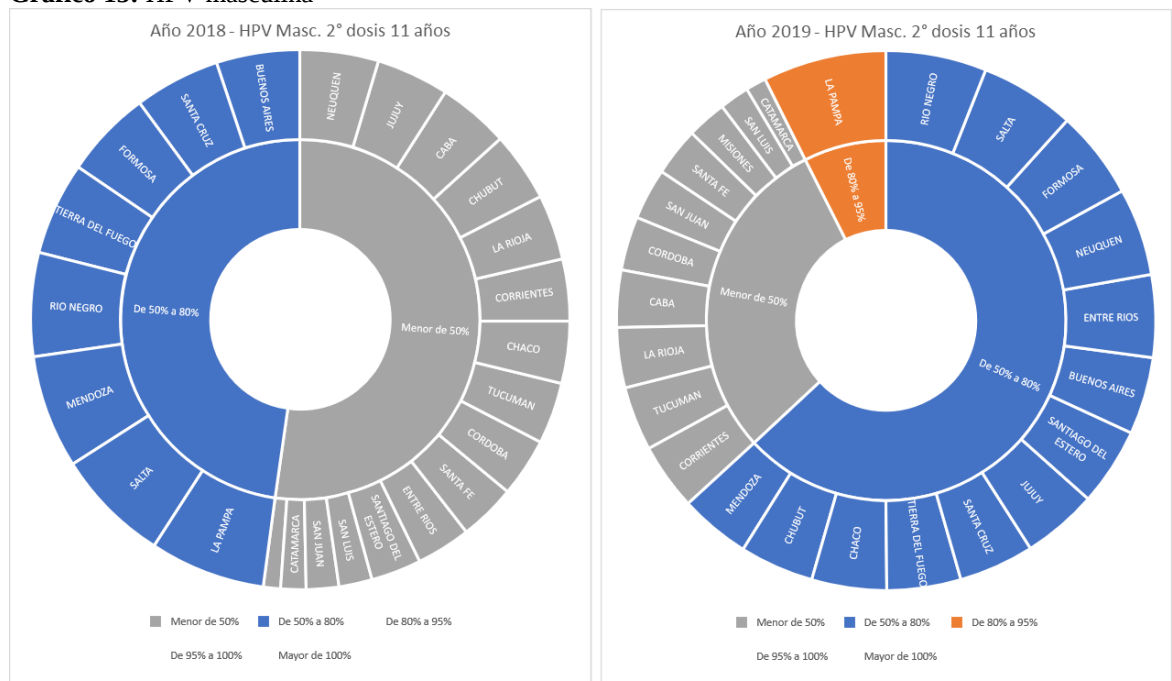
Auditoría General de la Nación



Fuente: Elaboración propia en base a información proporcionada por el auditado.

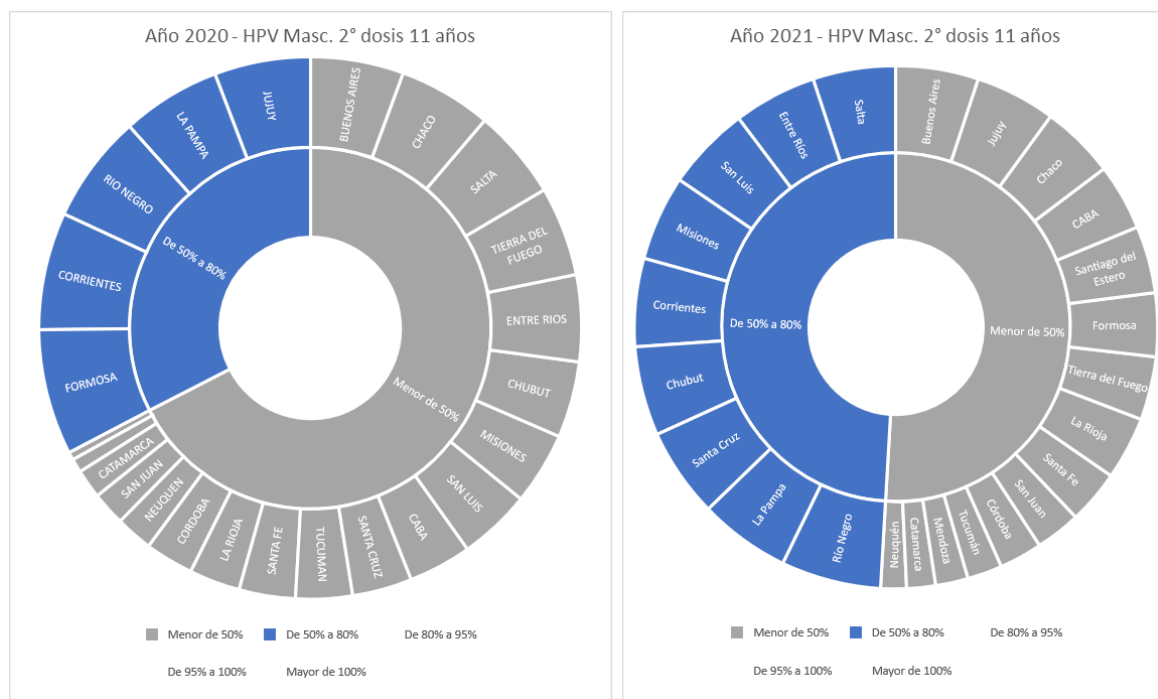
* Año 2020, cobertura menor de 50%: Santiago del Estero y Mendoza.

Gráfico 15: HPV masculina





Auditoría General de la Nación



Fuente: Elaboración propia en base a información proporcionada por el auditado.

* Año 2018, cobertura menor de 50%: Misiones.

* Año 2020, cobertura menor de 50%: Santiago del Estero y Mendoza.

Se destaca que las vacunas Meningococo únicas dosis y HPV femenina y masculina fueron las últimas en ser incorporadas al CNV.

4.1.2. Coberturas oportunas y recuperos

Los resultados de coberturas oportunas y de recupero del total país evidencian la implementación de estrategias para lograr la eficacia y la inmunidad de rebaño¹⁹.

Si bien estas coberturas surgen del mismo año calendario, no se suman por pertenecer a diferentes denominadores de poblaciones objetivo, pero demuestran que los recuperos, a pesar de no ser estadísticamente significativos, contribuyen a alcanzar la inmunidad de rebaño como una estrategia más para controlar poblaciones no vacunadas.

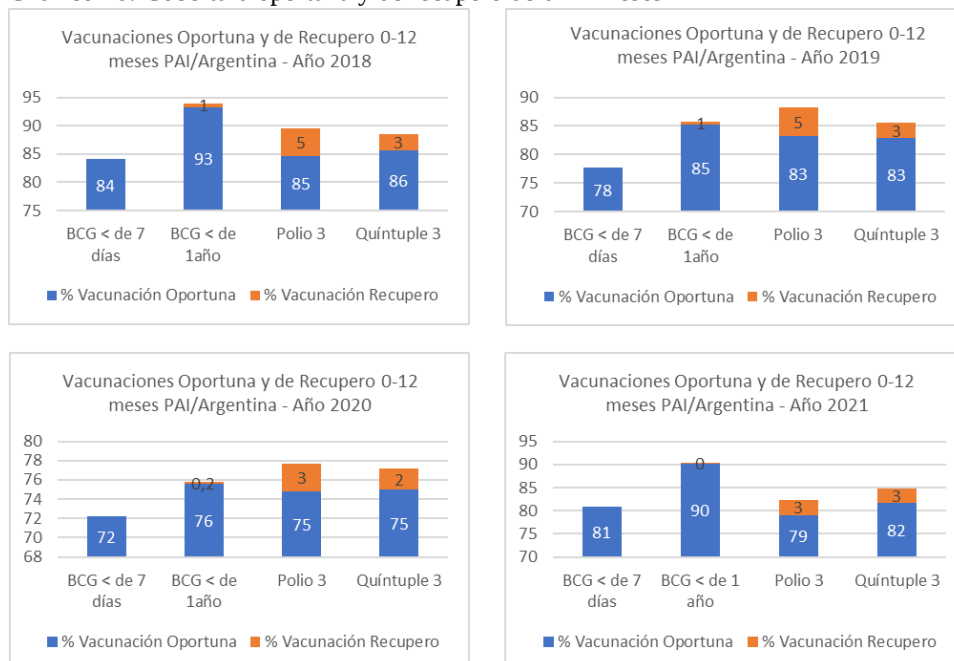
Vacunaciones oportunas y de recupero se exponen en los siguientes gráficos (16, 17 y 18), por grupo de vacunas según rango etario y por año calendario:

¹⁹ Estado de inmunidad en la población que previene la presentación de epidemias al impedir o dificultar, por la cantidad de personas inmunes, la circulación del agente causal. La protección colectiva comporta un menor riesgo para todo el grupo y no sólo para los vacunados.



Auditoría General de la Nación

Gráfico 16: Cobertura oportuna y de recupero de 0-12 meses



Fuente: Elaboración propia en base a información proporcionada por el auditado.

Gráfico 17: Cobertura oportuna y de recupero 12-23 meses.



Fuente: Elaboración propia en base a información proporcionada por el auditado.



Auditoría General de la Nación

Gráfico 18: Cobertura oportuna y de recupero 5-14 años



Fuente: Elaboración propia en base a información proporcionada por el auditado.

Los recuperos más significativos se evidenciaron en la franja etaria de 5 a 14 años y se dieron para las vacunas: SRP refuerzo ingreso escolar en 2019 y HPV femenina y masculina en el año 2021.

4.1.3. Acceso al CNV

El acceso al CNV disminuyó durante los años 2019 y 2020, pero en 2021 logró recuperar niveles aunque no alcanzó los de 2018.



Auditoría General de la Nación

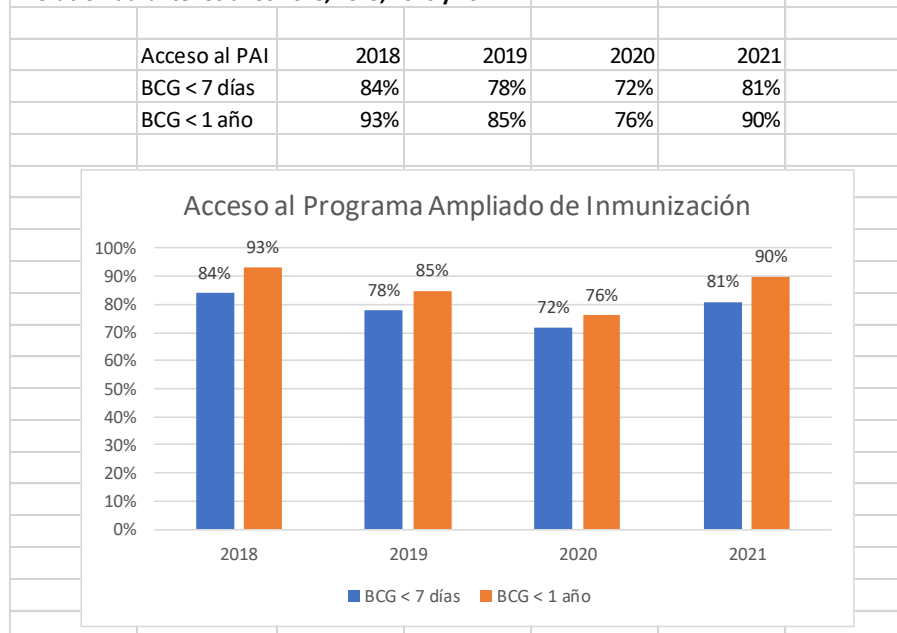
Para evaluar el acceso al CNV se estableció la evolución de la cobertura total país de BCG utilizada como indicador por la OPS/OMS, por considerarse una vacuna trazadora²⁰ a estos fines.

La vacunación con BCG es una única dosis y puede aplicarse hasta los 12 meses de manera oportuna.

A continuación, se exponen estos resultados en Gráfico 19.

Gráfico 19: Evolución BCG cobertura nacional

Acceso al PAI: Cobertura de vacunación Oportuna de BCG < 7 días y BCG < de 1 año
Evolución durante los años 2018, 2019, 2020 y 2021.



Fuente: Elaboración propia en base a información proporcionada por el auditado.

4.1.4. Tasa de deserción o abandono DPT

Al determinar la tasa de deserción o abandono entre la primera y tercera dosis de la vacuna DPT, indicador recomendado por la OPS/OMS para medir desempeño del PAI, se advierte que durante todo el período auditado fue inferior al 10%²¹, denotando un buen desempeño, no obstante el ASPO y el DISPO²².

A continuación en Gráfico 20 se exponen los datos de este indicador.

²⁰ Aquella que permite observar el estado de situación del del programa de inmunización en post de la mejora y el fortalecimiento continuo del Sistema Público de Salud (BCG Y DPT).

²¹ Para medir el desempeño del Programa de inmunización en cada ejercicio del período auditado, se utilizó como indicador, la tasa de deserción entre la DPT1 y la DPT3 recomendado por la OPS. DPT es otra de las vacunas trazadoras y si el indicador es inferior al 10% muestra un buen desempeño del programa de inmunización del país.

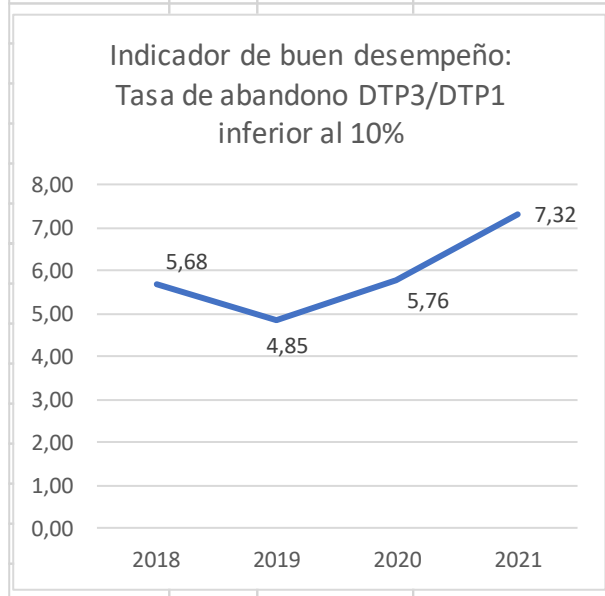
²² Estrategias y prácticas mundiales de inmunización sistemática (GRISP)-Documento complementario al Plan de Acción Mundial sobre Vacunas (GVAP), pág. 16.



Auditoría General de la Nación

Gráfico 20: Indicador de deserción DPT

DTP3 indicador de desempeño del PAI			
Año	COB 1 dosis	COB 3 dosis	DTP3/DTP1 < al 10%
2018	90,9	85,7	5,68
2019	87,1	82,9	4,85
2020	79,5	75,0	5,76
2021	87,5	81,1	7,32



Fuente: Elaboración propia en base a información proporcionada por el auditado.

4.1.5. Calidad de la información de coberturas de CNV

Respecto a la calidad de la información, el auditado informó que los datos de coberturas están subestimados debido a una disminución de la tasa de fecundidad que comenzó a suceder gradualmente desde el año 2015, no habiendo sido ajustado los denominadores jurisdiccionales en este sentido durante el período auditado.

Como ya se mencionó, el denominador indica la población objetivo que debe recibir la dosis/vacuna para su edad, de manera oportuna. Si el denominador está sobreestimado, su ajuste implicaría un impacto positivo con el aumento en los porcentajes de cobertura en la mayoría de las jurisdicciones donde se deba ajustar.

Durante el período auditado, coexistieron dos maneras diferentes de informar los datos. Una mediante la planilla única de notificación directa por agrupado numérico al NOMIVAC y la otra por RNVe propios de algunas jurisdicciones, por lo que las coberturas



Auditoría General de la Nación

que se informan surgieron del acoplamiento de registros administrativos de datos a través de ambas modalidades (Ver. 3.1.1. pps. 8/9).

En entrevista realizada con el Director de Estadísticas e Información de Salud de la DEIS, el funcionario explicó la relación entre los datos de estadísticas vitales y sus proyecciones y las coberturas de vacunación.

De sus dichos surge que: “Con respecto a la calidad y oportunidad de los datos, manifiesta que la demora en el registro de nacidos vivos se modificó desde los años 2006/2007 cuando había demoras significativas, gracias a la implementación de estrategias de concientización y políticas como la gratuidad para la obtención del DNI. En los últimos estudios (año 2014) se advirtió que se puede llegar como máximo a los 3 meses de demora en la inscripción. Pero es importante destacar que, actualmente se relaciona la fecha de ocurrencia del evento “nacimiento” con la fecha de registro, es decir cuando se encuentran inscripciones tardías, se vincula esa inscripción a la fecha de ocurrencia del nacimiento. Así, los datos por año de inscripción incluyen las inscripciones tardías. A los efectos del cálculo de los “nacidos vivos registrados” (cifra que se difunde anualmente) se consideran solo los nacidos vivos ocurridos en el año de registro y en el inmediato anterior. Hoy en día existe en bajo porcentaje la inscripción tardía, no es significativo. Para defunciones por una cuestión de regulación, el registro debe realizarse dentro de las 48 hs. de ocurrencia del evento cuando se trata de muertes de causas no violentas.”.

Asimismo, agregó que: “...con respecto a otros datos que utiliza la DiCEI para el cálculo de cobertura, por ejemplo, los niños de 5 años y más, se utilizan estimaciones oficiales en virtud de las proyecciones efectuadas por el INDEC a partir de datos censales. Ahora bien, de algunos trabajos realizados en el ámbito de la DEIS se puede advertir que la tasa de fecundidad está bajando desde 2015, lo que en principio debería afectar las estimaciones de natalidad y por ende afectar el dato de cobertura de vacunación. Actualmente se está evaluando junto a la DiCEI la posibilidad de implementar otro mecanismo de cálculo considerando los nacidos vivos y las defunciones.”.

Esta circunstancia fue refrendada en entrevista realizada con el Subsecretario de Estrategias Sanitarias, quien manifestó: “Hay que tener en cuenta cómo cambian los denominadores cuando se ajustan con los datos recibidos, ya que, si se mantiene el denominador de una tasa de natalidad con un número de años anteriores hay una falsa cobertura porque en realidad viene bajando la tasa de natalidad” A modo de ejemplo, el



Auditoría General de la Nación

funcionario comentó que se hizo un ejercicio durante 2020 ajustando los denominadores donde mejoran las coberturas en todas las vacunas, casi 3 o 4 puntos.

Asimismo, informó que se está trabajando con los referentes PAI jurisdiccionales y Ministerios de Salud provinciales para la implementación de una nueva metodología para ajustar los denominadores provinciales, es decir, cómo emplear el dato de los nacidos vivos del año correspondiente y cómo se tiene que calcular el denominador a partir de la baja en las tasas de fecundidad y natalidad locales.

Se informó que la tendencia es llegar a la carga nominalizada de vacunas del CNV como se realiza con las vacunas contra COVID-19 pero por ser estos procesos posteriores al período auditado no fueron motivo de procedimientos de auditoría.

Al cierre de las tareas de campo continúan en revisión los datos para determinar las coberturas de vacunación de CNV.

4.2. Surgidos de la PA 2.2

4.2.1. Cobertura contra COVID-19 esquema primario (2 dosis)

El Informe de Avance de Vacunación contra COVID-19 al cierre del período auditado (30/09/2021) emitido el 7 de abril 2022 muestra una cobertura total país²³ con esquema primario del 50,1% y una cobertura considerando la POV a esa fecha (12 años²⁴ y más) del 62,2%.

A continuación se expone en Gráfico 21 el reporte correspondiente:

²³ Incluye toda la población del país de acuerdo a proyecciones efectuadas por el INDEC a partir de datos censales.

²⁴ El grupo etario entre los 12 y los 17 años sin comorbilidades se incorporó a la POV el 16/09/2021.



Auditoría General de la Nación **Gráfico 21:** Reporte cobertura al 30/09/2021 esquema primario 12 años y más (abril 2022)

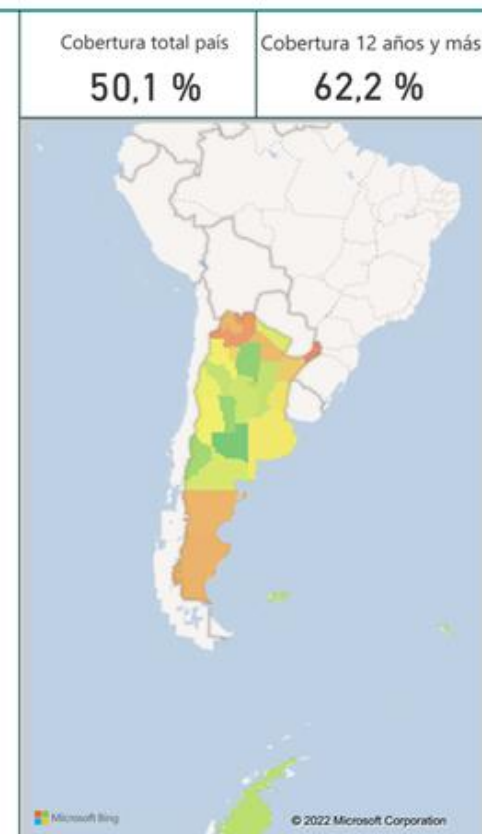
2022 - "Las Malvinas son argentinas"

Dirección de Enfermedades Inmunoprevenibles - Subsecretaría de Estrategias Sanitarias



Cobertura dosis 2 por grupo etario y por jurisdicción, 12 años y más

PROVINCIA	12-17	18-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-69	70-79	80 y más	Total
Buenos Aires	7,6	45,0	52,0	54,2	58,5	64,9	65,7	85,3	86,1	91,5	91,8	82,1	60,9
CABA	6,0	50,8	72,9	81,0	74,3	88,5	90,8	91,9	90,1	86,9	98,3	98,2	75,6
Catamarca	7,4	36,9	53,0	60,2	66,6	86,5	83,7	86,4	87,5	89,7	87,9	75,6	61,9
Chaco	13,2	42,6	47,3	57,4	61,9	65,7	65,6	70,0	74,0	81,7	76,6	64,4	54,5
Chubut	5,1	36,9	43,9	51,1	56,0	62,1	66,4	69,6	74,2	83,9	85,9	79,0	53,7
Córdoba	4,0	50,4	48,2	62,9	74,0	80,1	79,6	83,1	85,4	91,6	91,5	83,1	65,4
Corrientes	9,1	37,3	37,9	61,2	70,4	72,1	76,3	76,1	83,1	86,1	80,0	64,6	56,8
Entre Ríos	5,2	42,3	51,2	60,2	66,2	72,0	71,5	75,9	81,2	89,0	86,2	76,6	60,2
Formosa	0,9	57,8	64,7	63,5	82,7	86,2	80,1	83,2	88,4	84,2	79,2	64,4	63,8
Jujuy	5,8	36,9	41,9	49,5	57,3	68,8	69,1	73,2	78,8	89,3	85,7	75,4	53,9
La Pampa	10,4	51,8	65,3	79,7	85,5	89,8	87,9	88,1	93,2	94,0	95,3	85,1	73,4
La Rioja	13,5	57,0	61,7	69,3	73,7	82,1	77,3	83,4	83,6	86,5	82,3	69,4	66,1
Mendoza	3,3	49,3	51,6	60,3	67,8	75,9	75,2	80,3	81,5	88,8	87,3	73,0	61,9
Misiones	16,0	31,7	36,9	48,6	55,6	62,0	61,8	67,4	70,9	77,5	73,3	56,6	48,5
Neuquén	14,4	53,8	57,7	72,9	79,3	84,5	81,9	86,6	89,8	92,8	92,6	81,4	69,2
Río Negro	6,2	51,6	55,4	62,3	69,1	75,1	76,5	81,3	86,8	91,8	91,6	82,6	64,5
Salta	5,0	38,8	42,3	48,8	56,1	62,5	63,8	67,6	72,6	81,1	78,6	64,3	50,1
San Juan	8,2	58,9	57,1	63,5	65,1	77,5	76,5	73,7	77,6	87,7	85,2	73,0	62,6
San Luis	8,1	62,7	52,6	79,3	84,8	89,0	85,4	89,5	90,1	89,4	86,2	70,6	70,0
Santa Cruz	4,6	31,9	47,5	53,3	59,2	65,6	69,3	76,7	79,8	85,1	86,6	81,6	53,3
Santa Fe	7,3	43,1	53,4	64,6	71,4	82,4	80,7	85,3	89,8	91,5	91,6	81,1	66,4
Santiago del Estero	3,3	66,5	73,6	85,3	87,5	89,5	84,5	87,3	89,7	92,8	86,3	70,6	71,0
Tierra del Fuego	3,3	51,2	67,8	79,6	78,6	80,8	80,8	84,2	93,0	87,4	86,0	85,0	67,2
Tucumán	3,8	47,6	45,0	59,5	65,3	70,5	73,2	79,0	82,9	87,7	81,1	64,5	58,0
Total	7,0	46,1	52,2	60,1	65,3	72,6	72,8	82,7	84,9	89,5	89,8	80,6	62,2



Fuente: MSal-NO-2022-34896362-APN-DNCET#MS



Auditoría General de la Nación

Los informes de avance de vacunación contra COVID-19 permiten realizar el seguimiento por jurisdicción y por grupo etario de las coberturas tanto de dosis de esquema primario, como de los refuerzos.

Ahora bien, se advirtió que la carga nominalizada realizada de manera inmediata o al cierre del día registra la tasa de cobertura inicial y mayormente significativa, aunque se registran actualizaciones posteriores.

En efecto, de procedimientos de constatación directa realizados por esta auditoría con personal del área de Datos de la DiCEI se obtuvo reporte emitido al cierre de tareas de campo (septiembre de 2022) del que se advierten modificaciones de los porcentajes de cobertura por grupo etario en distintas jurisdicciones.

La captura de pantalla realizada durante dicha constatación (27/09/2022) se expone a continuación como Gráfico 22.



Auditoría General de la Nación

Gráfico 22: Cobertura al 30/09/2021 esquema primario 3 años y más (septiembre 2022)

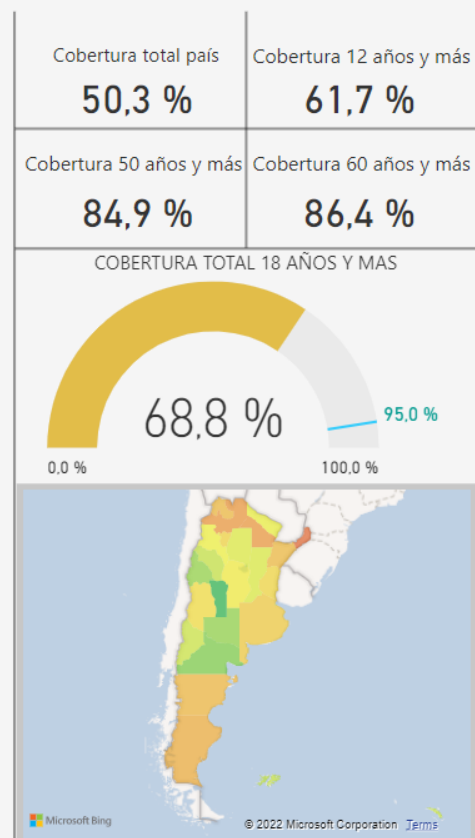
2022 - "Las Malvinas son argentinas"

Dirección de Enfermedades Inmunoprevenibles - Subsecretaría de Estrategias Sanitarias



Cobertura dosis 2 y dosis única, por grupo etario y por jurisdicción, 3 años y más

PROVINCIA	12-17	18-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-69	70-79	80 y más	Total
Buenos Aires	7,5	45,0	52,4	53,9	57,9	64,9	63,9	83,2	85,4	90,4	89,5	80,0	60,2
CABA	6,1	54,4	76,0	85,2	75,7	89,5	89,8	89,3	90,5	87,0	97,5	97,1	76,5
Catamarca	7,6	38,1	52,8	58,6	67,3	87,3	80,8	83,9	86,2	88,5	84,7	73,1	61,6
Chaco	13,2	43,7	47,0	55,5	61,7	65,4	63,5	69,2	74,0	80,3	73,8	62,4	54,1
Chubut	5,0	36,6	43,7	50,7	55,9	61,2	63,4	67,2	73,3	81,8	82,5	76,0	52,8
Córdoba	4,0	51,1	48,5	62,2	73,5	79,8	77,0	81,4	85,1	90,6	89,4	80,8	64,9
Corrientes	9,1	39,5	38,3	59,5	70,1	72,3	74,6	75,5	83,3	85,0	77,5	62,8	56,7
Entre Ríos	5,2	43,6	51,2	59,5	66,4	72,1	69,8	74,5	81,2	88,0	84,3	74,5	60,0
Formosa	0,9	59,2	63,9	60,3	82,8	86,6	78,2	82,3	87,6	82,4	76,2	61,9	63,3
Jujuy	5,9	37,4	41,8	47,9	57,9	68,9	66,6	70,6	77,8	87,9	82,7	72,4	53,4
La Pampa	10,4	54,2	66,9	79,4	86,0	90,2	86,3	87,1	93,1	92,9	93,5	82,7	73,5
La Rioja	13,6	58,7	62,4	67,2	73,0	82,0	74,3	81,2	83,0	84,8	79,1	67,4	65,5
Mendoza	3,3	49,8	52,4	59,9	67,2	75,8	73,2	78,3	81,1	88,7	85,4	71,0	61,5
Misiones	16,2	32,4	36,5	47,0	55,5	61,8	60,2	66,4	71,0	75,6	70,5	54,7	48,2
Neuquén	14,2	55,8	59,8	73,3	79,9	85,1	80,1	84,6	88,9	90,7	88,6	77,8	69,1
Río Negro	6,2	51,7	55,4	61,1	68,9	74,4	74,0	79,3	86,0	90,0	88,3	79,3	63,6
Salta	5,0	39,1	41,9	47,1	55,9	62,2	61,8	65,8	71,7	79,6	75,9	62,0	49,4
San Juan	8,2	58,9	56,8	61,8	64,8	77,2	74,5	71,2	76,8	86,9	82,7	69,9	61,8
San Luis	8,2	65,3	53,5	78,1	85,5	89,7	83,0	87,8	89,5	88,0	83,6	67,7	70,0
Santa Cruz	4,6	31,3	47,4	53,1	58,9	63,9	65,5	73,7	78,3	81,9	82,4	77,9	52,1
Santa Fe	7,2	43,9	54,0	64,3	71,2	81,8	77,6	83,8	89,9	90,6	89,7	79,6	65,9
Santiago del Estero	3,3	68,1	72,5	82,5	88,2	89,7	81,6	84,8	89,1	91,9	83,6	68,5	70,7
Tierra del Fuego	3,3	50,0	67,0	78,3	77,4	78,6	76,9	81,7	93,0	82,6	79,2	79,9	65,6
Tucumán	3,8	48,0	44,8	58,0	64,8	70,4	69,8	76,8	82,6	87,1	77,8	62,7	57,3
Total	7,0	46,7	52,6	59,6	65,0	72,5	70,7	80,8	84,5	88,5	87,5	78,6	61,7



Fuente: Área de datos de la DiCEI obtenido por constatación directa y remitida por correo electrónico.



Auditoría General de la Nación

Se aclara que los parámetros de búsqueda fueron idénticos aunque el reporte incluye en el texto a los niños y niñas de 3 a 11 años porque había sido incorporado a la POV a esa fecha.

Del reporte que antecede surge que la cobertura de 12 años y más disminuyó pero de manera poco significativa (de 62,2 a 61,7 %) y aumentó la cobertura total país de 50,1 % a 50,3 %.

Según expresó el auditado, esto obedece a que, para la emisión del último reporte, se tomaron los denominadores de cada grupo etario de acuerdo a las proyecciones que el INDEC estimó para 2022 (en base al Censo 2010) y no como para el primero en que se tomaron los estimados para 2021, lo que implica que el monitoreo es dinámico.

4.2.2. Evolución de la cobertura contra COVID-19

De acuerdo a lo informado por el auditado²⁵ la evolución semanal de la cobertura a nivel país de primera dosis y esquema primario de vacunación contra COVID-19 para el grupo etario de 60 años y más, desagregado por quinquenios durante el período analizado fue la siguiente (Gráficos 23 y 24):

²⁵ Informe de Avance de Vacunación contra COVID-19 al 30/09/2021 del 30/09/2021.



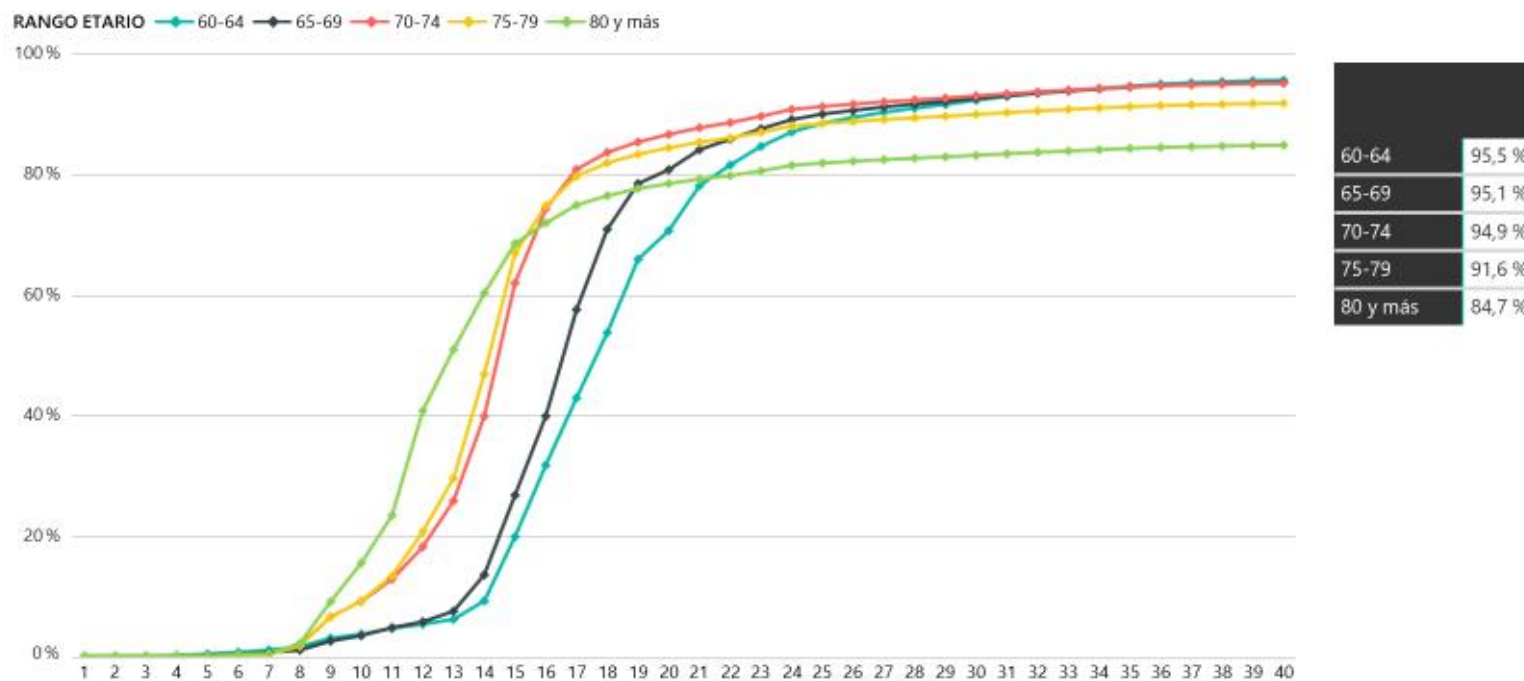
Auditoría General de la Nación

Gráfico 23: Evolución de cobertura primera dosis por semana-personas de 60 años y más al 30/09/2021

2021 - Año de Homenaje al Premio Nobel de Medicina Dr. César Milstein



Cobertura por grupo etario con 1er dosis aplicada por semana de campaña de vacunación*. Mayores de 60 años



Fuente: : Área de datos de la DiCEI obtenido por constatación directa y remitida por correo electrónico.

*La semana de vacunación corresponde a las dosis aplicadas entre el día domingo y el día sábado. La primera semana de vacunación corresponde a la semana epidemiológica 53 de 2020. Los datos de la última semana de vacunación son parciales al 30/09/2021

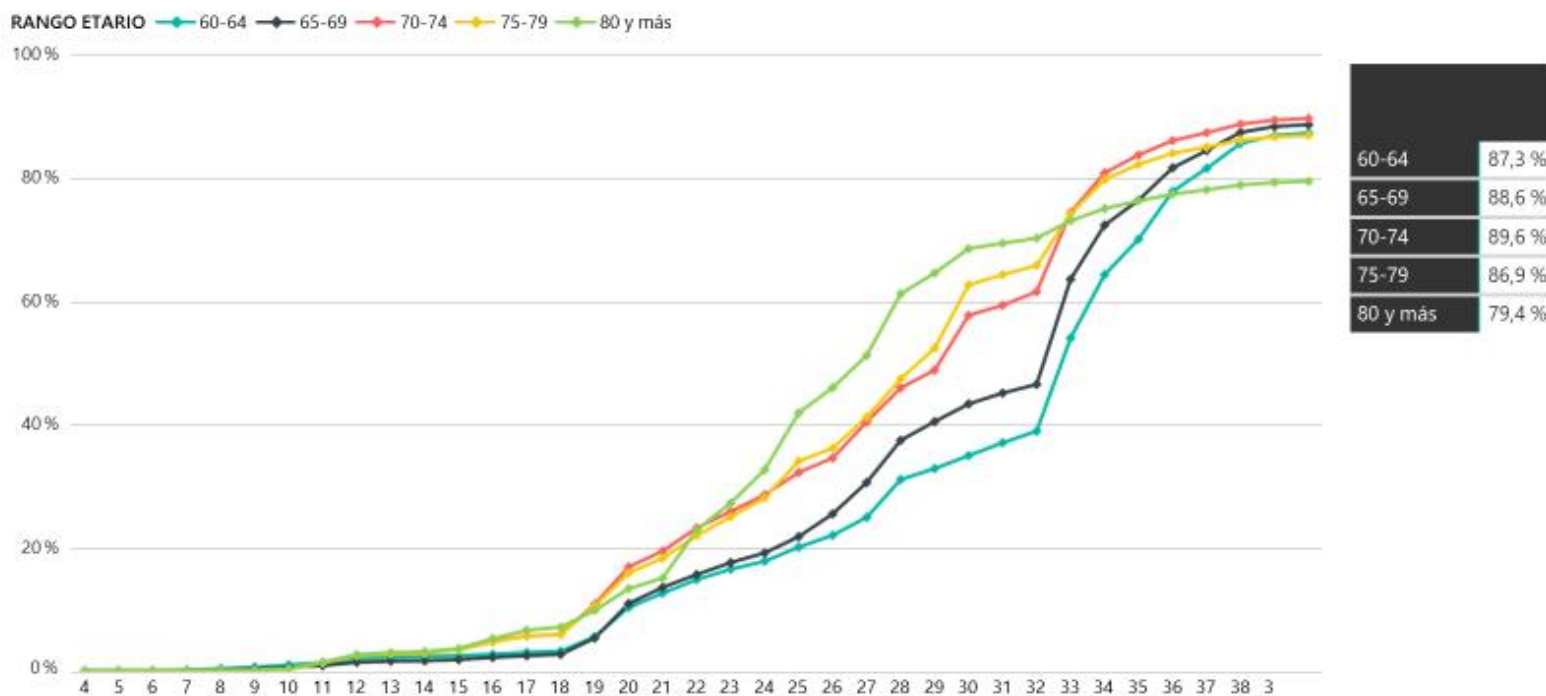


Gráfico 24: Evolución de cobertura esquema primario por semana-personas de 60 años y más al 30/09/2021

2021 - Año de Homenaje al Premio Nobel de Medicina Dr. César Milstein



Cobertura por grupo etario con 2da dosis aplicada por semana de campaña de vacunación*. Mayores de 60 años



Fuente: : Área de datos de la DiCEI obtenido por constatación directa y remitida por correo electrónico.

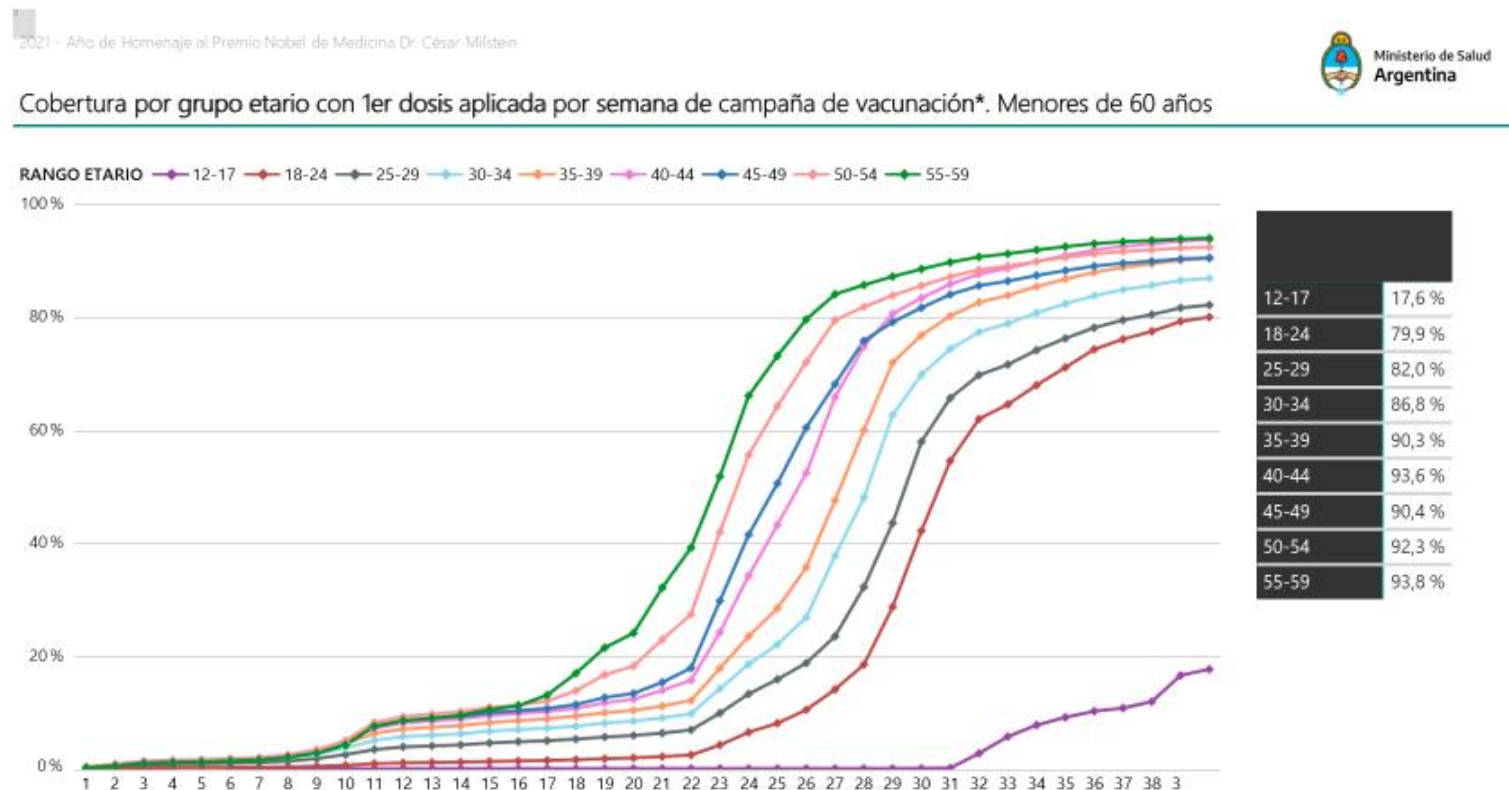
*La semana de vacunación corresponde a las dosis aplicadas entre el día domingo y el día sábado. La primera semana de vacunación corresponde a la semana epidemiológica 53 de 2020. Los datos de la última semana de vacunación son parciales al 30/09/2021.



Auditoría General de la Nación

Y con el mismo nivel de desagregación, las coberturas de vacunación a nivel país de personas entre 12 y 59 años tuvieron la evolución semanal que se expone en Gráficos 25 y 26, para primera dosis y esquema primario, respectivamente.

Gráfico 25: Evolución de cobertura primera dosis por semana-personas menores de 60 al 30/09/2021



Fuente: : Área de datos de la DiCEI obtenido por constatación directa y remitida por correo electrónico.

*La semana de vacunación corresponde a las dosis aplicadas entre el día domingo y el día sábado. La primera semana de vacunación corresponde a la semana epidemiológica 53 de 2020. Los datos de la última semana de vacunación son parciales al 30/09/2021.



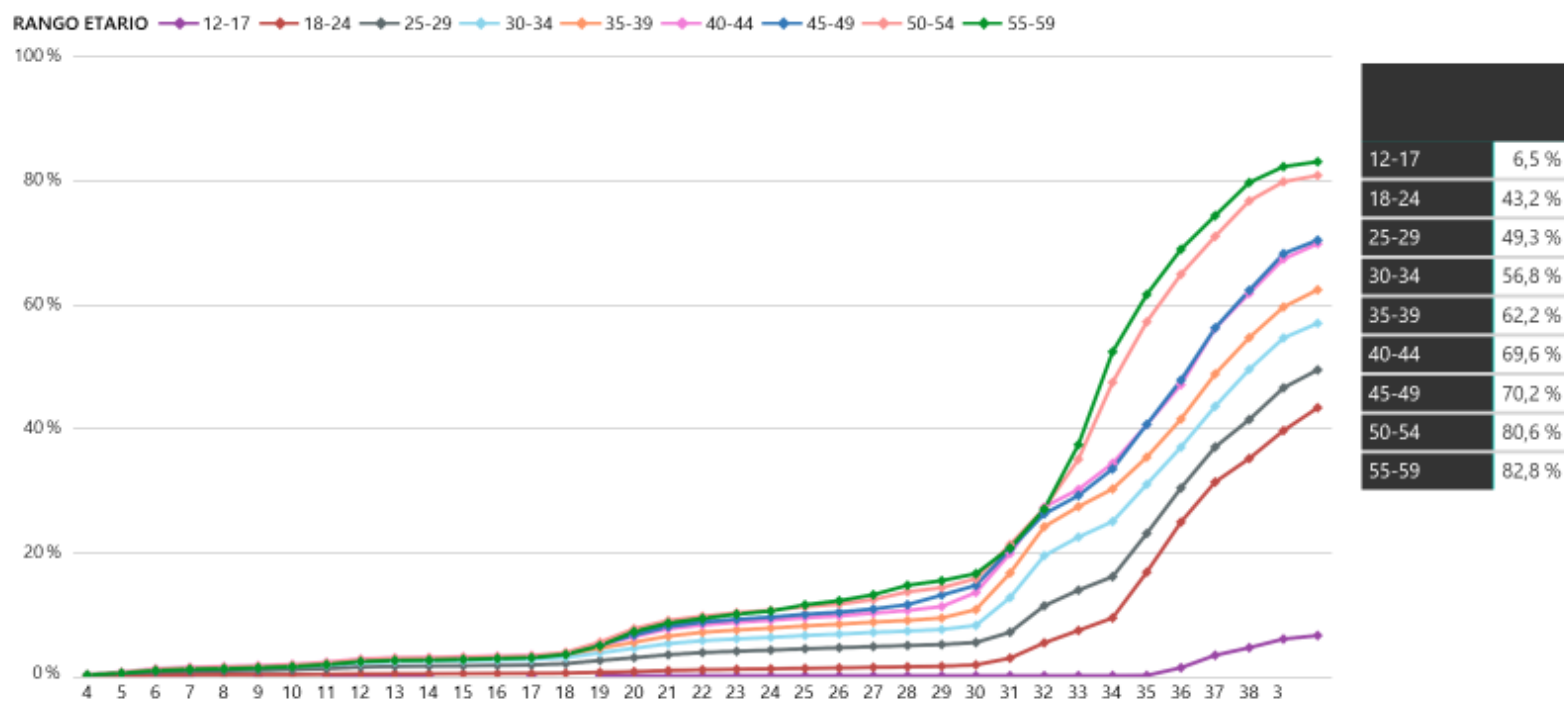
Auditoría General de la Nación

Gráfico 26: Evolución de cobertura esquema primario por semana-personas menores de 60 al 30/09/2021

2021 - Año de Homenaje al Premio Nobel de Medicina Dr. César Milstein



Cobertura por grupo etario con 2da dosis aplicada por semana de campaña de vacunación*. Menores de 60 años



Fuente: : Área de datos de la DiCEI obtenido por constatación directa y remitida por correo electrónico.

*La semana de vacunación corresponde a las dosis aplicadas entre el día domingo y el día sábado. La primera semana de vacunación corresponde a la semana epidemiológica 53 de 2020. Los datos de la última semana de vacunación son parciales al 30/09/2021.



Auditoría General de la Nación

4.3. Surgidos de la PA 3

4.3.1. La evolución del Indicador 3.b.2 adaptado muestra que durante en los ejercicios 2019 y 2021 se superó el hito intermedio previsto para 2020, sin embargo, ni este hito intermedio ni el final -expresados en pesos- fueron actualizados teniendo en cuenta las variaciones presupuestarias existentes a través de los ejercicios auditados.

Se determinó la evolución del indicador 3.b.2 adaptado por el MSal a través de lo informado en los distintos Informes Voluntarios y de País y se evaluó el cumplimiento de sus hitos intermedios.

En Tabla 3 que prosigue se expone dicha evolución.

Tabla 3: Evolución del Indicador 3.b.2

Indicador	Línea de base	Años						Meta Intermedia (2020)	Meta Final 2030
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021		
3.b.2 Montos presupuestarios para áreas de investigación en salud (en \$)	15.000.000	18.150.000	21.000.000	21.000.000	43.839.349	16.167.010	58.440.000	30.000.000	60.000.000

Fuente: Elaboración propia en base a información proporcionada por el MSal y contrastada con IVN 2022.

Los montos informados para el período auditado corresponden a los montos devengados del presupuesto de cada ejercicio, en relación al financiamiento de becas y/o proyectos de investigación en salud que son administrados por la DIS. Previamente, se informaba en base a los montos presupuestarios programados (crédito inicial) para cada Convocatoria Anual de Becas, independientemente del ejercicio en el que se ejecutara.

4.3.2. A los fines de calcular la proporción de fondos públicos destinados a financiar investigación en salud y su relación con el PBI y el Presupuesto Nacional en cada ejercicio del período auditado, se consideraron los datos proporcionados por el MSal respecto a las Becas “Salud Investiga” y los datos proporcionados por el MinCyT respecto de los fondos FONCYT y FONARSEC gestionados por la Agencia respecto de proyectos de investigación financiados en salud humana y vacunas de uso humano.

Con relación a la información proporcionada por el CONICET, la misma no fue considerada para este cálculo, toda vez que no se obtuvo información de importes pagados en virtud de becas (financiadas por Inc. 3 Servicios No Personales) y respecto de los datos aportados sobre proyectos de investigación financiados no fue posible atribuirlos a cada



Auditoría General de la Nación

ejercicio del período auditado, toda vez que algunos comienzan en 2017 y otros tienen previsto finalizar en 2023 y no se aportó información sobre lo erogado en cada año.



Auditoría General de la Nación

Sentado ello, a continuación se exponen la relación de proporcionalidad obtenida respecto de los fondos destinados a investigación en salud y el PBI, el Presupuesto Nacional y el Presupuesto Nacional en Ciencia y Tecnología²⁶ para cada ejercicio del período auditado en Tabla 4.

Tabla 4: % gasto en investigación en salud humana /PBI; Presupuesto Nacional y Presupuesto en Ciencia y Tecnología (*)

Año	PBI	Presupuesto APN total	Gasto APN en Ciencia y Técnica	Gasto en Becas "Salud Investiga"	Gasto en Ciencias Médicas (Salud humana) de FONARSEC	Gasto en Ciencias Médicas (Salud humana) en FONCYT	Gasto Investigación en Salud humana	Proporción Gasto Investigación en Salud Humana/PIB (%)	Proporción Gasto Investigación en Salud Humana/Presup. Nacional (%)	Proporción Gasto Investigación en Salud Humana/Presup. en Ciencia y Tecnología (%)
2018	14.744.810,68	3.296.145,10	37.349,95	21,00	68,49	162,09	251,58	0,001706222	0,007632526	0,673572888
2019	21.802.256,30	4.760.984,30	49.052,57	43,83	0,00	289,79	333,62	0,001530221	0,00700743	0,680132813
2020	27.481.439,97	7.001.314,90	65.775,27	16,16	133,27	388,70	538,13	0,001958173	0,007686188	0,81814068
2021	46.687.236,00	10.763.163,90	116.273,33	58,44	337,82		396,26	0,000848763	0,003681669	0,340803884

Fuente: Elaboración propia en base a información proporcionada por el MSal y la Agencia e información obtenida del sitio web oficial del Ministerio de Economía <https://www.economia.gob.ar/onp/ejecucion/2018>; <https://www.economia.gob.ar/onp/ejecucion/2019>; <https://www.economia.gob.ar/onp/ejecucion/2020> y <https://www.economia.gob.ar/onp/ejecucion/2021>

(*) Valores expresados en millones de pesos corrientes devengados en cada ejercicio.

(**) Los valores consignados en las columnas 5, 6 y 7 corresponden a devengados al 30/09/2021

²⁶ Si bien se había planificado efectuar este cálculo respecto del Presupuesto del área Salud, se advirtió que no resultaría representativo toda vez que el presupuesto del área Salud está compuesto principalmente por cuestiones asistenciales y no a investigación y desarrollo.



Auditoría General de la Nación

Adicionalmente se relevó, el sitio web oficial <https://www.argentina.gob.ar/ciencia/indicadorescti/inversion> del que se obtuvo la información sobre inversión en investigación y desarrollo en salud (I+D Salud) para los ejercicios 2018 a 2020, por lo que a continuación se expone su proporción el PBI y el Presupuesto Nacional y el Presupuesto Nacional en Ciencia y Tecnología (Tabla 5)

Tabla 5: % gasto I+D Salud/PBI; Presupuesto Nacional y Presupuesto en Ciencia y Tecnología (*)

Año	PBI	Presupuesto APN total	Gasto APN en Ciencia y Técnica	Gasto I+D Salud	Proporción Gasto I+D Salud/PIB (%)	Proporción Gasto I+D Salud/Presup. Nacional (%)	Proporción Gasto I+D Salud/Presup. Ciencia y Tecnología (%)
2018	14.744.811	3.296.145	37.350	9.233	0,06	0,28	24,72
2019	21.802.256	4.760.984	49.053	10.556	0,05	0,22	21,52
2020	27.481.440	7.001.315	65.775	14.406	0,05	0,21	21,90

Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente de los sitios web oficiales:

<https://www.argentina.gob.ar/ciencia/indicadorescti/inversion>; <https://www.economia.gob.ar/onp/ejecucion/2018>;

<https://www.economia.gob.ar/onp/ejecucion/2019>; <https://www.economia.gob.ar/onp/ejecucion/2020>; y

<https://www.economia.gob.ar/onp/ejecucion/2021>

(*) Valores expresados en millones de pesos corrientes devengados en cada ejercicio.

4.3.3. Teniendo en cuenta la consideración vertida en el hallazgo que antecede sobre la información del CONICET y agregando que no se pudo determinar los importes correspondientes a la beca y los dos proyectos de investigación vinculados a vacunas que se financiaron por “Salud Investiga” en 2018 y 2019, respectivamente, se expone a continuación la proporción que representó el gasto en investigación en vacunas de uso humano respecto del gasto en investigación en salud humana en cada ejercicio del periodo auditado (Tabla 6).

Tabla 6: Proporción gasto en investigación en vacunas/investigación en salud (*)

Año	Gasto Investigación en Salud humana	Gasto en Inv. En vacunas uso humano FONARSEC	Gasto en Inv. En vacunas uso humano FONCYT	Gasto Inv. En vacunas uso humano	Proporción gasto Inv. Vacunas uso humano/Gasto Inv. en salud humana (%)
2018	251,58	0,00	9,47	9,47	0,04
2019	333,62	0,00	16,37	16,37	4,91
2020	538,13	0,00	32,36	32,36	6,01
2021 (**)	396,26	240,00	No informa	240,00	60,57

Fuente: Elaboración propia en base a información proporcionada la Agencia.

(*) Valores expresados en millones de pesos corrientes devengados en cada ejercicio.

(**) Los valores consignados corresponden a devengados al 30/09/2021



Auditoría General de la Nación

4.3.4. Durante el período auditado se otorgaron becas y se financiaron proyectos de investigación vinculados a vacunas tanto en el ámbito de la DIS como del CONICET y la Agencia, habiéndose informado que en todos los casos se trata de financiamiento con fondos presupuestarios públicos, ya sea de fuente interna o externa.

A continuación, se expone detalle en Tablas 7 y 8.

Tabla 7: Becas otorgadas durante el período auditado

Año	2018		2019		2020		2021	
Organismo/Fondo	Salud Humana/ Ciencias Médicas	Vacunas uso humano	Salud Humana/ Ciencias Médicas	Vacunas uso humano	Salud Humana/ Ciencias Médicas	Vacunas uso humano	Salud Humana/ Ciencias Médicas	Vacunas uso humano
DIS	299	1	0	0	200	0	0	0
CONICET	209	12	196	19	200	17	86	12
Totales	508	13	196	19	400	17	86	12

Fuente: Elaboración propia en base a información proporcionada por el MSal, el MinCyT y el CONICET.

(*) Durante el ejercicio 2019 al DIS financió proyectos de investigación, el resto de los ejercicios otorgó becas para investigación.

Tabla 8: Proyectos financiados durante el período auditado

Año	2018		2019		2020		2021	
Organismo/Fondo	Salud Humana/ Ciencias Médicas	Vacunas uso humano	Salud Humana/ Ciencias Médicas	Vacunas uso humano	Salud Humana/ Ciencias Médicas	Vacunas uso humano	Salud Humana/ Ciencias Médicas	Vacunas uso humano
DIS	0	0	25	2	0	0	0	0
La Agencia	FONARSEC	13	0	0	22	0	8	4
	FONCYT	181	13	230	13	193	11	
Totales	194	13	255	15	215	11	8	4

Fuente: Elaboración propia en base a información proporcionada por el MSal, el MinCyT y la Agencia.

Todo ello surge del análisis y cotejo de las nóminas o bases de datos que, con diferentes atributos, proporcionaron el MSal, el MinCyT, el CONICET y la Agencia.

Respecto a las Becas “Salud Investiga” que otorga la DIS correspondientes al ejercicio 2021, el auditado manifestó que la convocatoria abarcó los años 2021-2022, y su ejecución comenzó en noviembre de 2021, luego del cierre del período auditado, de conformidad con RESOL-2021-4052-APN-MS por lo cual no fueron informadas.

Ahora bien, respecto a la investigación vinculadas a vacunas, se identificaron en el ámbito de la DIS una beca (2018) y dos proyectos de investigación (2019)²⁷, que trataron cuestiones de reticencia y percepción de riesgos de la vacunación de la población en general y de los profesionales de la salud.

²⁷ Uno de los cuales no fue ejecutado.



Auditoría General de la Nación

Por su parte, el CONICET otorgó durante los 4 años del período auditado 54 becas destinadas a realizar investigación vinculadas a vacunas de uso humano tanto de desarrollo como relacionadas con políticas de inmunización. Asimismo, informó 180 proyectos de investigación en ciencias médicas, de los cuales 9 son en vacunas de uso humano, pero algunos comenzaron en 2017 y otros tienen previsto finalizar en 2023, por lo que no fue posible atribuirlos a cada ejercicio del período auditado.

En cuanto a la Agencia, financió a través del FONARSEC, cuatro proyectos de desarrollo de vacunas contra COVID-19 durante el año 2020. Y a través del FONCYT, financió hasta 2020, 37 proyectos de investigación en vacunas de uso humano y de los cuáles uno es un estudio histórico y etnográfico sobre la construcción de confianza en la campaña de vacunación contra COVID-19.

5. OPINION DEL AUDITADO

Por Nota 170/22-AG02 se remitió el presente informe al MSal, quien por NO-2022-130107060-APN-DD#MS, remitió su descargo, el que fue tenido en cuenta para la redacción final del presente informe de auditoría y se agrega como Anexo IV.

En dicha oportunidad, el organismo responsable de la Meta 3.b. realizó aclaraciones que ratifican, complementan o amplían los hallazgos detectados que no ameritaron su modificación.

Como Anexo VI se incorpora el análisis del descargo efectuado.

Asimismo, por Nota 169/22-AG02 se remitió el presente informe al CNCPS en su calidad de centro de gobierno, para que también efectúe las aclaraciones o comentarios que considere pertinentes. Por Nota 193/22-AG02 se reiteró la solicitud, la que fue respondida por NO-2022-133755305-APN-DGRIYCI#CNCPS, que se agrega como Anexo V, manifestando haber tomado nota de las recomendaciones.

6. RECOMENDACIONES

6.1. Dirigidas al MSal

6.1.1. Evaluar y propiciar la implementación de un sistema de registro nominalizado único para todas las jurisdicciones con parámetros estandarizados y atributos esenciales para agilizar la carga y dotar de precisión y oportunidad a la información de cobertura de CNV y contra COVID-19. (Cde. 4.1.1.1.; 4.1.1.2; 4.1.1.3 y 4.2.1.).



Auditoría General de la Nación

6.1.2. Continuar y optimizar la implementación de estrategias tendientes a lograr la inmunidad de rebaño y el acceso al CNV. (Cde. 4.1.2. y 4.1.3.)

6.1.3. Ajustar denominadores a las variables estadísticas vigentes. (Cde. 4.1.5.).

6.1.4. Dotar de recursos adecuados para la nominalización del registro. (Cde. 4.1.1.1, 4.1.1.2, 4.1.1.3 y 4.2.1.).

6.1.5. Diseñar e implementar mecanismos de articulación y coordinación interinstitucional e intersectorial para evaluar la inclusión en el Indicador 3.b.2 de otros recursos presupuestarios destinados a financiar investigación en salud conforme un enfoque integrado de gobierno y asociarlos a través de categorías programáticas. (Cde. 4.3.2.; 4.3.3. y 4.3.4).

6.2. Dirigidas al CNCPS y al MSal

6.2.1. En conjunto con el centro de gobierno, evaluar la actualización del hito final del Indicador 3.b.2. (Cde. 4.3.1).

7. CONCLUSIONES

En la Asamblea General de Naciones Unidas celebrada en septiembre de 2015, los Estados miembros aprobaron la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible como plan de acción en favor de las personas, el planeta y la prosperidad y reconocieron que la erradicación de la pobreza en todas sus formas y dimensiones, incluida la pobreza extrema, es el mayor desafío a que se enfrenta el mundo y constituye un requisito indispensable para el desarrollo sostenible.

La Agenda está conformada por 17 Objetivos y 169 metas que deberán ser cumplidos al 2030. Entre ellos el ODS 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.

Para alcanzarlo, la Agenda 2030 propone 9 metas (numéricas) y 4 medios de implementación que las complementan, con sus 27 indicadores destinados a proporcionar información relevante sobre distintos atributos y dimensiones del estado salud y del desempeño del sistema de salud mediante su monitoreo.

Entre ellas se encuentra la Meta 3.b “Apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos para las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan primordialmente a los países en desarrollo y facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales asequibles de conformidad con la Declaración de Doha relativa al



Auditoría General de la Nación

Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública, en la que se afirma el derecho de los países en desarrollo a utilizar al máximo las disposiciones del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio en lo relativo a la flexibilidad para proteger la salud pública y, en particular, proporcionar acceso a los medicamentos para todos.”

Los indicadores definidos a nivel mundial para su medición son: 3.b.1 Proporción de la población inmunizada con todas las vacunas incluidas en cada programa nacional; 3.b.2 Total neto de asistencia oficial para el desarrollo destinado a los sectores de la investigación médica y la atención sanitaria básica; 3.b.3 Proporción de centros de salud que disponen de un conjunto básico de medicamentos esenciales asequibles de manera sostenible²⁸.

Los países signatarios adoptaron el compromiso de realizar un proceso de adaptación de la Agenda a sus necesidades y objetivos, lo que implica definir y cuantificar las metas (adoptando o adaptando las mismas) de acuerdo a sus realidades y planificaciones estratégicas.

En nuestro país, el organismo encargado de la implementación de los ODS a nivel nacional es el CNCPS, quien es responsable de la coordinación y articulación con los organismos nacionales, gobiernos provinciales y municipales, y con actores no gubernamentales, para implementar el proceso de adaptación de la Agenda 2030 al contexto nacional y de su seguimiento. Por su parte, la construcción y medición de los indicadores son responsabilidad de los organismos públicos involucrados en las temáticas relativas a cada ODS (denominados responsables de meta), siendo el CNCPS un vehículo para la armonización de los mismos con el INDEC y otros organismos que aportan una mirada transversal. Por lo que el principal organismo involucrado en la definición de las metas y elaboración de indicadores del ODS 3 es el MSal.

Para evaluar los resultados de la política relacionada al Indicador 3.b.1., las vacunas seleccionadas del CNV fueron las recomendadas por el PAI de la OPS como indicadores de cobertura de vacunación y se agregaron las dos últimas vacunas incorporadas al CNV, a saber: HPV 2 dosis y Meningococo única dosis. Asimismo se analizaron las coberturas por ejercicio auditado y por jurisdicción en las 3 franjas etarias recomendadas, a saber: niños y niñas de 0 a 12 meses, de 12 a 23 meses y de 5 a 14 años de edad. Los porcentajes de

²⁸ Con relación al Indicador 3.b.3, no es objeto de la presente auditoría.



Auditoría General de la Nación

coberturas de vacunación surgen de registros de datos que se basan en cantidad de personas con dosis aplicadas por vacuna en relación a sus poblaciones objetivo (cobertura administrativa).

Considerando cada franja etaria las principales conclusiones por vacuna analizada, son:

- Niños y niñas de 0 a 12 meses:
 - BCG < 1 año: coberturas de niveles óptimos y aceptables se mantuvieron en la mayoría de las provincias durante los años auditados.
 - Rotavirus 2ª dosis: en 2018 y 2019 la mayoría de las provincias sostuvo coberturas aceptables y en sumatoria con las óptimas superaron más del 50% de las jurisdicciones, lo que disminuyó en 2020. En 2021 la mitad de las jurisdicciones logró coberturas regulares, y el resto coberturas aceptables y óptimas.
 - Antipoliomielítica 3ª dosis: salvo en 2020 las coberturas aceptables se dan en la mayoría de las jurisdicciones, alcanzándose los mayores niveles de cobertura óptima en 2019.
 - Quíntuple 3ª dosis: en 2018, 2019 y 2021 la mayoría de las jurisdicciones logró coberturas aceptables y óptimas.
- Niñas y niños de 12 a 23 meses:
 - Antipoliomielítica 1º refuerzo: En junio de 2020, se adoptó un cambio de esquema de esta vacuna en el CNV de acuerdo a lo sugerido por la OPS. En 2018, 2019 y 2020 predominaron las coberturas aceptables.
 - Quíntuple refuerzo: En 2018 las coberturas fueron óptimas y aceptables en la mayoría de las provincias. En 2021 aumentaron las jurisdicciones con cobertura aceptable.
 - SRP1: En 2021 se recuperaron porcentajes óptimos, reportándose registros similares a 2018.
 - Neumococo refuerzo: En 2021 se obtuvieron coberturas similares a 2018.
 - Meningococo tetravalente refuerzo: No se logran coberturas óptimas en todo el período auditado. En 2018 y 2019, la mayoría de las jurisdicciones tuvieron porcentajes bajos de cobertura (16 en 2018 y 13 en 2019). Durante 2020 se alcanzó la cobertura regular para la mayoría de la población objetivo. En 2021 se llegó a 12 provincias, a coberturas aceptables.
- Niñas, niños y adolescentes de 5 a 14:



Auditoría General de la Nación

- DPT (Triple Bacteriana) y SRP1 (ingreso escolar): en los cuatro años auditados se deben revisar las coberturas superiores al 100%.
- Antipoliomielítica (ingreso escolar): Se comenzó a administrar en 2021 por cambio de esquema y se lograron coberturas aceptables en 12 provincias.
- Meningococo única dosis: en 2018 y 2019 la cobertura fue baja en 18 y 20 provincias respectivamente. En 2020 y 2021 la mayoría de las jurisdicciones tuvieron coberturas regulares.
- HPV 2º dosis femenina y masculina: Durante todo el período auditado la vacunación oportuna (11 años) tanto en mujeres como en varones muestra una cobertura predominantemente baja y regular.

Ahora bien, los resultados de coberturas oportunas y de recupero del total país evidencian la implementación de estrategias para lograr la eficacia y la inmunidad de rebaño, destacando que estas coberturas surgen del mismo año calendario pero no se suman por pertenecer a diferentes denominadores de poblaciones objetivo, pero demuestran que los recuperos, a pesar de no ser estadísticamente significativos, contribuyen a alcanzar la inmunidad de rebaño como una estrategia más para controlar poblaciones no vacunadas.

Con relación al indicador de acceso al CNV se estableció la evolución de la cobertura total país de BCG utilizada como indicador por la OPS/OMS, por considerarse una vacuna trazadora a estos fines y se concluyó que el acceso disminuyó durante los años 2019 y 2020, pero en 2021 logró recuperar niveles aunque no alcanzó los de 2018.

Asimismo, al determinar la tasa de deserción o abandono entre la primera y tercera dosis de la vacuna DPT -indicador recomendado por la OPS/OMS para medir desempeño del PAI- se verificó que durante todo el período auditado el abandono fue inferior al 10%, denotando un buen desempeño, no obstante el ASPO y el DISPO.

Con relación a la calidad de los datos utilizados para medir las coberturas de vacunación, se estableció -según dichos del auditado- que los datos de coberturas están subestimados debido a una disminución de la tasa de fecundidad que comenzó a suceder gradualmente desde el año 2015 y la falta de ajuste de los denominadores jurisdiccionales durante el período auditado. En efecto, el denominador indica la población objetivo que debe recibir la dosis para su edad, de manera oportuna.

Para finalizar con el análisis de resultados de la política de vacunación se analizó la cobertura de vacunación contra COVID-19 esquema primario (2 dosis), a través de los



Auditoría General de la Nación

informes de avance respectivos que permiten realizar el seguimiento por jurisdicción y por grupo etario de las coberturas tanto de dosis de esquema primario, como de los refuerzos.

Se analizó la evolución semanal de la cobertura de la campaña de vacunación iniciada el 28/12/2020 hasta el cierre del período auditado y el Informe de Avance de Vacunación contra COVID-19 a la misma fecha, emitido el 7 de abril 2022, que muestra una cobertura total país²⁹ con esquema primario del 50,1% y una cobertura considerando la POV a esa fecha (12 años y más) del 62,2%.

Con respecto a los resultados de las políticas vinculadas y/o relacionadas con el Indicador 3.b.2, se constató que el Indicador 3.b.2 adaptado muestra una evolución que durante en los ejercicios 2019 y 2021 se superó el hito intermedio previsto para 2020, sin embargo, ni este hito intermedio ni el final -expresados en pesos- fueron actualizados teniendo en cuenta las variaciones presupuestarias existentes a través de los ejercicios auditados.

BUENOS AIRES, 13 de diciembre de 2022.

²⁹ Incluye toda la población del país de acuerdo a proyecciones efectuadas por el INDEC a partir de datos censales.



Auditoría General de la Nación

ANEXO I

Criterios de auditoría

- ✓ “Se requieren coberturas elevadas, homogéneas y sostenidas para mantener los logros y afrontar los desafíos de la prevención y eliminación de las enfermedades prevenibles por vacunación. Independientemente de la enfermedad de que se trate, la cobertura mínima recomendada es 95 % para cada una de las vacunas de los esquemas de inmunización. Para alcanzar esa cobertura de forma sostenida, el PAI utiliza un conjunto de estrategias, que incluyen la vacunación habitual de rutina, las jornadas de vacunación para mejorar las coberturas al captar poblaciones no vacunadas y las campañas masivas para elevar el grado de inmunidad poblacional”³⁰. En esa línea, la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (DiCEI) tiene entre sus Objetivos “Alcanzar coberturas de vacunación superiores al 95% en todas las vacunas del calendario en todos los departamentos de todas las jurisdicciones”³¹ Asimismo, el Programa 20 “Prevención y Control de Enfermedades Inmunoprevenibles” del Ministerio de Salud, se propone en su política presupuestaria alcanzar idéntico porcentaje de cobertura.
- ✓ El Objetivo general del Plan Estratégico para la Vacunación contra la COVID 19 en nuestro país es “Vacunar al 100% de la población objetivo en forma escalonada y progresiva, de acuerdo con la priorización de riesgo y la disponibilidad gradual y creciente del recurso”. Asimismo, entre sus objetivos específicos se encuentra: “Establecer un orden de prioridad en la población objetivo a vacunar, teniendo en cuenta criterios científicos y éticos, en una situación de disponibilidad progresiva de dosis de vacunas; considerando la protección de los grupos con mayor riesgo, junto a grupos de población estratégicos necesarios para asegurar el desarrollo de actividades prioritarias”
- ✓ La República Argentina adoptó Meta 3.b. “Apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos contra las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan primordialmente a los países en desarrollo y facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales asequibles de conformidad con la

³⁰ Herramientas para el monitoreo de coberturas de intervenciones integradas de salud pública, Organización Panamericana de la Salud 2017, pp.19/20.

³¹ <https://www.argentina.gob.ar/salud/inmunoprevenibles/institucional>



Auditoría General de la Nación

declaración relativa al acuerdo sobre los aspectos de los derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el comercio y la Salud Pública, en la que se afirma el derecho de los países en desarrollo a utilizar al máximo las disposiciones del acuerdo sobre los aspectos de los derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el comercio respecto a la flexibilidad para proteger la salud pública y, en particular, proporcionar acceso a los medicamentos para todos. Asimismo, adaptó el Indicador 3.b.2 de la Meta de la siguiente manera: “Montos presupuestarios para áreas de investigación en salud “y lo definió como el monto anual asignado para financiar investigación en salud pública³².

³² Confr. Primer Informe Voluntario Nacional Argentina Julio 2017 y Segundo Informe Voluntario Nacional Argentina Junio 2020.



CALENDARIO NACIONAL DE VACUNACIÓN

El Estado Nacional garantiza **VACUNAS GRATUITAS** en centros de salud y hospitales públicos de todo el país

Vacunas Edad	EXCLUSIVO ZONAS DE RIESGO																	
	BCG (1)	Hepatitis B	Neumococo Conjugada 13 valente (2)	Quíntuple o Pentavalente (3)	IPV (4)	Rotavirus	Meningococo ACYW	Antigripal	Hepatitis A	Triple Viral (5)	Varicela	Triple Bacteriana Celular (6)	Triple Bacteriana Acelular (7)	Virus Papiloma Humano	Doble Bacteriana (8)	Fiebre Amarilla	Fiebre Hemorrági Argentina	
Recién nacido	única dosis (A)	dosis neonatal (B)																
2 meses			1º dosis	1º dosis	1º dosis	1º dosis (D)												
3 meses							1º dosis											
4 meses			2º dosis	2º dosis	2º dosis	2º dosis (E)												
5 meses							2º dosis											
6 meses				3º dosis	3º dosis													
12 meses			refuerzo					dosis anual (F)	única dosis	1º dosis								
15 meses						refuerzo					1º dosis							
15-18 meses				1º refuerzo														
18 meses																1º dosis (N)		
24 meses																		
5 años (ingreso escolar)					1º refuerzo					2º dosis	2º dosis	2º refuerzo						
11 años						única dosis		dosis anual (G)					refuerzo	2 dosis (M)		refuerzo (O)		
A partir de los 15 años										iniciar o completar esquema (J)							única dosis (P)	única dosis (P)
Adultos		iniciar o completar esquema (C)	Esquema secuencial													refuerzo cada 10 años		
Embarazadas								una dosis (H)					una dosis (K)					
Puerperio								una dosis (I)		iniciar o completar esquema (J)								
Personal de salud								dosis anual					una dosis (L)					

(1) Previene la tuberculosis.
(2) Previene meningitis, neumonía y sepsis por neumococo.
(3) DTPa: Difteria, Tétanos y Pertussis. Tdap: Tétanos, Difteria y Pertussis. Tdap acelular: Tétanos, Difteria y Pertussis acelular.
(4) Vacuna antigripal celular inactivada tipo B/G.
(5) Vacuna antigripal celular inactivada tipo B/G.
(6) Vacuna antigripal celular inactivada tipo B/G.
(7) Vacuna antigripal celular inactivada tipo B/G.
(8) Vacuna antigripal celular inactivada tipo B/G.

(A) Antes de ingresar a la maternidad.
(B) En las primeras 12 horas de vida.
(C) Vacunación universal. Si no hubiere recibido el esquema completo, deberá completarlo. En caso de tener que viajar, recibir 1ª dosis, 2ª dosis al mes de la primera y 3ª dosis a los seis meses de la primera.
(D) La 1ª dosis debe administrarse antes de los cuatro meses y cada seis o tres meses y medio de vida.
(E) La 2ª dosis debe administrarse antes de los cuatro meses o los seis meses de vida.
(F) Recibirán dosis en su primer año de vida 2 dosis de la vacuna separadas al menos por cuatro semanas.
(G) Recibirán dosis a personas con factores de riesgo y salud de los niños o niñas.
(H) En cada embarazo deberá recibir la vacuna antigripal en cualquier trimestre de la gestación.
(I) Mujeres deberán recibir vacuna antigripal si no la hubieron recibido durante el embarazo, antes del ingreso a la maternidad y hasta un máximo de diez días después del parto.

(J) Si no hubiere recibido dos dosis de triple viral o una dosis de triple viral + 1 dosis de covid-19, después del año de vida para los nacidos después de 1965.
(K) Aplicar si se va cada embarazo, independientemente del tiempo transcurrido desde la dosis previa, de una a cuatro semanas.
(L) Personal de salud que trabajen en áreas de riesgo de 17 meses. Recibirán cada 5 años.
(M) Vacuna y antigripal deben recibir 2 dosis separadas por un intervalo mínimo de 6 meses.
(N) Residentes en zonas de riesgo.
(O) Residentes en zona de riesgo, hasta refuerzo a los diez años de la primera dosis.
(P) Residentes en zona de riesgo, hasta refuerzo a los diez años de la primera dosis.
(Q) Residentes en zona de riesgo, hasta refuerzo a los diez años de la primera dosis.

0-800-222-1002
argentina.gob.ar/salud/vacunas



Fuente: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/calendario-nacional-de-vacunacion-2022> y cotejado con información proporcionada por el auditado.

ANEXO III

Metodología aplicada para el análisis y evaluación de coberturas de vacunación CNV

➤ Metodología para el monitoreo de coberturas

Existen distintas metodologías utilizadas para el monitoreo de coberturas de vacunación, a saber:

a) Cobertura administrativa: Se basa utilización de registro de datos administrativos de vacunación. Su objetivo es determinar si se alcanzó el nivel requerido. Si no ha sido así, habrá que realizar las intervenciones para mejorarlas y mantener coberturas altas y homogéneas con datos de calidad. La confiabilidad de los datos de la cobertura administrativa dependerá de la disponibilidad de numeradores y denominadores válidos de población, que reflejen la realidad hasta de las localidades geográficas más pequeñas.

El denominador indica la población objetivo que debe recibir la dosis/vacuna para su edad de manera oportuna. El numerador, la cantidad de personas de la población objetivo de ese grupo etario, que recibió efectivamente la aplicación de la dosis/vacuna. Así se determina la tasa de cobertura de vacunación por cada una de las vacunas suministradas y su resultado se expresa en porcentaje.

$$\text{Tasa de cobertura} = \frac{\text{Población que recibe la dosis de una vacuna}}{\text{Población objetivo correspondiente al grupo etario a vacunar}} \times 100$$

Resultado : % de cobertura de esa vacuna

b) Cobertura en el campo: El PAI ha aplicado diversos métodos para monitorear las coberturas de inmunización en el terreno, entre ellas, las encuestas de muestreo por conglomerados, el muestreo por garantía de calidad de lotes y el monitoreo rápido. Las encuestas, por ejemplo, generan información de mucha utilidad para evaluar los programas de salud. Sin embargo, requieren apoyo de personal especializado, son costosas, sus resultados tardan cierto tiempo en estar disponibles y, en general, no son representativos del nivel local.

La República Argentina emplea la metodología de monitoreo de coberturas basadas en registros administrativos.

➤ Indicadores de cobertura

Para monitorear las metas de vacunación, el PAI/OPS utiliza indicadores que miden la cobertura alcanzada con cada una de las vacunas del esquema de vacunación.

Para las vacunas que requieren un esquema de varias dosis, tradicionalmente el cálculo de cobertura se ha obtenido con base en la primera y tercera dosis aplicadas. El denominador ha sido la población oficial del país, según censos, proyecciones y estimaciones. De manera complementaria, es deseable que los países monitoreen las tasas de deserción, es decir, el porcentaje de niños y niñas que comienzan sus esquemas y no los completan, así como la proporción de esquemas completos según la edad y la oportunidad en el cumplimiento de los esquemas de vacunación.

Para ello el PAI/OPS propone el monitoreo de las siguientes vacunas:

- 1) BCG: vacuna contra la tuberculosis;
- 2) Polio1, Polio3: vacuna contra la poliomielitis, primera y tercera dosis, respectivamente;
- 3) DPT1, DPT3, DPT4, DPT5: vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina, primera, tercera, cuarta y quinta dosis, respectivamente;
- 4) Neumococo 3: Vacuna antineumocócica conjugada, tercera dosis;
- 5) HiB3: vacuna contra el *Haemophilus influenzae* tipo b, tercera dosis;
- 6) SRP1, SRP2: vacuna contra el sarampión, rubéola y parotiditis, primera y segunda dosis, respectivamente;
- 7) HB3: vacuna contra el virus hepatitis B segunda dosis;
- 8) Rotavirus 2: vacuna contra el rotavirus segunda dosis.

La República Argentina utiliza este indicador (numerador/denominador) para medir la cobertura de vacunación alcanzada en cada una de las vacunas propuestas por el PAI/OPS, incluidas en el CNV obligatorio, conjuntamente con otras, pero cabe aclarar que las vacunas DPT3, HB3, Hib3 están incluidas en la vacuna Quintuple.

Los resultados de vacunación obtenidos en cada ejercicio del período auditado se analizaron de la siguiente manera:

- Se seleccionaron las vacunas del CNV recomendadas por el PAI de la OPS³³, como indicadores de cobertura de vacunación.
- Se agregaron las dos últimas vacunas incorporadas al CNV, a saber: HPV 2 dosis y Meningococo única dosis, ambas con esquema de aplicación a los 11 años.
- Se tuvieron en cuenta los criterios de porcentaje de cobertura establecidos por la

³³ “Herramientas para el monitoreo de coberturas de intervenciones integradas de salud pública” sitio web oficial de la OPS, <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34511>

GRISP³⁴ y se cuantificaron las jurisdicciones según sus porcentajes de cobertura oportuna.

- Para estimar poblaciones vacunadas fuera de esquema, se determinaron los porcentajes de cobertura de vacunas del total país en las que se admite cuantificar recuperos³⁵. Los porcentajes obtenidos se acoplaron (no se sumaron) a los resultados de coberturas oportunas total país y se tomó como denominador, el de la población objetivo vacunada adecuadamente en cada ejercicio auditado.
- Para verificar el ingreso al CNV, se estableció la evolución durante el período auditado, de la cobertura de BCG, como indicador para acceso al CNV, por considerarse una vacuna trazadora³⁶ a estos fines. La BCG se da en una única dosis antes de los 7 días o antes del primer año de vida. En ambas modalidades se considera vacunación oportuna. Se tomaron los registros de cobertura de BCG menores de 1 año.
- Para medir el desempeño del Programa de inmunización en cada ejercicio del período auditado, se utilizó como indicador, la tasa de deserción entre la DPT1 y la DPT3 recomendado por la OPS. DPT es otra de las vacunas trazadoras con la siguiente lectura:
 - Tasa de deserción DPT3/DPT1 es inferior al 10% es indicador de buen desempeño del programa de inmunización del país.

En tabla que prosigue se exponen los indicadores de cobertura utilizados en esta metodología.

Indicadores para el monitoreo de las coberturas de vacunación propuestos por el PAI/Argentina

Indicador	Numerador	Denominador
Coberturas de vacunación del esquema básico de inmunización de niños de 0 a 12 meses de edad	Número de niños recién nacidos a 12 a meses de edad que están vacunados con BCG, Polio3, Quintuple (DPT3, Hepatitis B3, Hib3) y Rotavirus 2	Número total de niños de 0 a 12 meses de edad
Coberturas de vacunación de niños de 12 a 23 meses de edad	Número de niños de 12 a 23 meses de edad que están vacunados con Polio 1° refuerzo, DPT refuerzo, SRP (SRP1), Neumococo 3 y Meningococo tetravalente refuerzo	Número total de niños de 12 a 23 meses de edad

³⁴ Estrategias y prácticas mundiales de inmunización sistemática (GRISP): documento complementario al Plan de Acción Mundial sobre Vacunas (GVAP).

³⁵ Vacunas inoculadas con posterioridad al plazo previsto en el esquema de vacunación respectivo.

³⁶ Aquella que permite observar el estado de situación del programa de inmunización en post de la mejora y el fortalecimiento continuo del Sistema Público de Salud (BCG Y DPT).

Indicador	Numerador	Denominador
Coberturas de vacunación de escolares (5 a 14 años de edad)	Número de niños de 5 a 14 años de edad que están vacunados con DPT refuerzo, SRP refuerzo, Polio 2ºrefuerzo (ingreso escolar), HPV y Meningo tetravalente (11 años)	Número total de niños de 5 a 14 años de edad
	Número de niños de 5 a 14 años que tiene el esquema de vacunación completo para la edad	

Fuente: Elaboración propia

ANEXO IV: DESCARGO DEL MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
Las Malvinas son argentinas

Nota

Número: NO-2022-13010/060-APN-DD#MS

CIUDAD DE BUENOS AIRES
Jueves 1 de Diciembre de 2022

Referencia: EX-2022-119535881-APN-DD#MS AGN S/NOTA N° 170/22-AG02 REF.: Act. N° 377/21-AGN

A: AGN (CLAURIA@agn.gov.ar / GCGSNF@agn.gov.ar),

Con Copia A:

De mi mayor consideración:

AUDITORÍA GENERAL DE LA NACIÓN

Auditor General

Juan Ignacio FORLON

Me dirijo a usted en respuesta a la la NOTA N° 170/22-AG02 referente a la Act. N° 377/21-AGN sobre "copia de los Proyectos de Informe de Auditoría en el ámbito de ese Ministerio y del Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales, referido a la "Gestión de gobierno para la implementación y seguimiento de la Meta 3.b. del ODS 3 (Indicadores 3.b.1 y 3.b.2)".-

Se adjunta como archivo PDF, para mejor ilustración, respuesta de las áreas dependientes de ésta Cartera que tomaron intervención en el tema expuesto.-

Sin otro particular saluda atte.

Digitally signed by Gestion Documental Electronica
Date: 2022.12.01 19:01:40 -03:00

Alejandro Andrés Scrofani
Director
Direccion de Despacho
Ministerio de Salud

Digitally signed by Gestion Documental
Electronica
Date: 2022.12.01 19:01:40 -03:00



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
Las Malvinas son argentinas

Providencia

Número: PV-2022-129973212-APN-SAS#MS

CIUDAD DE BUENOS AIRES

Jueves 1 de Diciembre de 2022

Referencia: EX-2022-119535881-APN-DD#MS - Nota N° 170/22-AG02 de la AUDITORIA GENERAL DE LA NACION-

DIRECCION DE DESPACHO

Que conforme surge de las constancias de autos, en las mismas ha tramitado una Comunicación realizada por parte de la AUDITORIA GENERAL DE LA NACION en la que se han remitido "copia de los Proyectos de Informe de Auditoría en el ámbito de ese Ministerio y del Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales, referido a la "Gestión de gobierno para la implementación y seguimiento de la Meta 3.b del ODS 3 (Indicadores 3.b.1 y 3.b.2)"" –objetivos abordados: evaluación de la eficacia del Gobierno Nacional para vincular y coordinar políticas y/o programas, ejecutar el seguimiento y comunicar los resultados de la Meta 3.b del ODS 3 (Indicadores 3.b.1 y 3.b.2) y evaluación de la eficacia de las acciones del Gobierno Nacional para lograr la cobertura de vacunación en la población y el apoyo económico para la investigación en materia de vacunas, considerando los indicadores 3.b.1 y 3.b.2 de la Meta 3.b del ODS 3- (IF-2022-119541579-APN-DD#MS).

Que habiéndose dado intervención a la Dirección de Control de Enfermedades Immunoprevenibles, el área ha brindado la información requerida mediante INFORME N° IF-2022-129378007-APN-DCEI#MS (Orden N° 27).

Asimismo ha respondido el requerimiento formulado por la Auditoría General de la Nación, la Dirección de Investigación en Salud, ello a través de Nota N° NO-2022-128901620-APN-DIS#MS, la que se ha adjuntado a Orden N° 31.

Por lo expuesto y contando con las conformidades a lo informado, de la Dirección Nacional de Control de Enfermedades Transmisibles (PV-2022-129391771-APN-DNCET#MS, Orden N° 28) así como de la Subsecretaría de Estrategias Sanitarias (PV-2022-129844060-APN-SSES#MS, Orden N° 29) y de la Subsecretaría de Medicamentos e Información Estratégica (NO-2022-128912454-APN-SSMEIE#MS, Orden N° 32), se remiten las presentes actuaciones para su intervención y prosecución de su trámite.

Digitally signed by Gestion Documental Electronica
Date: 2022.12.01 15:10:06 -03:00

Sandra Marcela Tirado
Secretaria
Secretaria de Acceso a la Salud
Ministerio de Salud

Digitally signed by Gestion Documental
Electronica
Date: 2022.12.01 15:10:06 -03:00



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
Las Malvinas son argentinas

Providencia

Número: PV-2022-129844060-APN-SSSES#MS

CIUDAD DE BUENOS AIRES
Jueves 1 de Diciembre de 2022

Referencia: Auditoría Gral. de la Nación - Auditoría Compras Pub. de Emergencia ref. NOTA N° 170/22-AG02
REF. Act. N° 377/21-AGN; EX-2022-119535881- -APN-DD#MS

SECRETARÍA DE ACCESO A LA SALUD

DRA. SANDRA TIRADO

Atento a la PV-2022-129391771-APN-DNCET#MS de Orden 28 de la Dirección Nacional de Control de Enfermedades Transmisibles, con la conformidad de esta Subsecretaría se eleva el presente para su consideración, por el que tramita una Comunicación de la AUDITORIA GENERAL DE LA NACIÓN.

Informa la Dirección Nacional que mediante esta comunicación se remitió "copia de los Proyectos de Informe de Auditoría en el ámbito de ese Ministerio y del Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales, referido a la "Gestión de gobierno para la implementación y seguimiento de la Meta 3.b. del ODS 3 (Indicadores 3.b.1 y 3.b.2)" –objetivos abordados: evaluación de la eficacia del Gobierno Nacional para vincular y coordinar políticas y/o programas, ejecutar el seguimiento y comunicar los resultados de la Meta 3.b del ODS 3 (Indicadores 3.b.1 y 3.b.2) y evaluación de la eficacia de las acciones del Gobierno Nacional para lograr la cobertura de vacunación en la población y el apoyo económico para la investigación en materia de vacunas, considerando los indicadores 3.b.1 y 3.b.2 de la Meta 3.b del ODS 3- (IF-2022- 119541579-APN-DD#MS).

Informa asimismo que brindó la conformidad de su competencia al IF-2022-129378007-APN-DCEI#MS de Orden 26 de la DIRECCIÓN DE CONTROL DE ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES con la respuesta a lo requerido.

Digitally signed by Gestion Documental Electronica
Date: 2022.12.01 12:30:13 -03:00

Juan Manuel Castelli
Subsecretario
Subsecretaria de Estrategias Sanitarias
Ministerio de Salud

Digitally signed by Gestion Documental
Electronica
Date: 2022.12.01 12:30:14 -03:00



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
Las Malvinas son argentinas

Providencia

Número: PV-2022-129391771-APN-DNCET#MS

CIUDAD DE BUENOS AIRES
Miércoles 30 de Noviembre de 2022

Referencia: EX-2022-119535881- -APN-DD#MS

SUBSECRETARÍA DE ESTRATEGIAS SANITARIAS

Dr. Juan Manuel Castelli

S _ / _ D

Vuelven a consideración de esta Dirección Nacional las presentes actuaciones mediante las cuales tramita una Comunicación de la AUDITORIA GENERAL DE LA NACIÓN remitiendo "copia de los Proyectos de Informe de Auditoría en el ámbito de ese Ministerio y del Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales, referido a la "Gestión de gobierno para la implementación y seguimiento de la Meta 3.b. del ODS 3 (Indicadores 3.b.1 y 3.b.2)" –objetivos abordados: evaluación de la eficacia del Gobierno Nacional para vincular y coordinar políticas y/o programas, ejecutar el seguimiento y comunicar los resultados de la Meta 3.b del ODS 3 (Indicadores 3.b.1 y 3.b.2) y evaluación de la eficacia de las acciones del Gobierno Nacional para lograr la cobertura de vacunación en la población y el apoyo económico para la investigación en materia de vacunas, considerando los indicadores 3.b.1 y 3.b.2 de la Meta 3.b del ODS 3- (IF-2022- 119541579-APN-DD#MS).

Habiendo finalmente intervenido la DIRECCIÓN DE CONTROL DE ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES, mediante IF-2022-129378007-APN-DCEI#MS, obrante en Orden N° 27, en respuesta a lo requerido, con la conformidad de esta Dirección Nacional, se elevan estos actuados para su conocimiento e intervención competente.-

Digitally signed by Gestion Documental Electronica
Date: 2022.11.30 15:31:53 -03:00

Teresa Mabel Strella
Directora Nacional
Direccion Nacional de Control de Enfermedades Transmisibles
Ministerio de Salud

Digitally signed by Gestion Documental
Electronica
Date: 2022.11.30 15:31:53 -03:00



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
Las Malvinas son argentinas

Informe

Número: IF-2022-129378007-APN-DCEI#MS

CIUDAD DE BUENOS AIRES
Miércoles 30 de Noviembre de 2022

Referencia: : EX-2022-119535881- -APN-DD#MS Auditoria General de la Nacion

Dirección Nacional de Control de Enfermedades Transmisibles

Dra. Teresa Mabel Strella

S _____ / _____ D

Vienen a consideración de esta Dirección las presentes actuaciones mediante las cuales tramita una Comunicación de la AUDITORIA GENERAL DE LA NACIÓN remitiendo “copia de los Proyectos de Informe de Auditoría en el ámbito de ese Ministerio y del Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales, referido a la “Gestión de gobierno para la implementación y seguimiento de la Meta 3.b. del ODS 3 (Indicadores 3.b.1 y 3.b.2)” –objetivos abordados: evaluación de la eficacia del Gobierno Nacional para vincular y coordinar políticas y/o programas, ejecutar el seguimiento y comunicar los resultados de la Meta 3.b del ODS 3 (Indicadores 3.b.1 y 3.b.2) y evaluación de la eficacia de las acciones del Gobierno Nacional para lograr la cobertura de vacunación en la población y el apoyo económico para la investigación en materia de vacunas, considerando los indicadores 3.b.1 y 3.b.2 de la Meta 3.b del ODS 3- (IF-2022- 119541579-APN-DD#MS).

En la comunicación asimismo se ha solicitado que “en caso que, en relación a los citados proyectos, tuviere aclaraciones o comentarios que formular, podrá enviarlos a este Organismo junto con la documentación de respaldo respectiva, dentro del plazo de diez (10) días de recibida la presente” (IF-2022-119541579-APNDD#MS in fine).

Este Nivel toma intervención en función de su remisión de PV-2022-124343343-APN-DNCET#MS (Orden Nro. 16).

En primer lugar, se hace constar que se deja sin efecto los Informes IF-2022-126722215-APN-DCEI#MS de fecha 24/11/2022 obrante a Orden Nro. 20, e Informe IF-2022-128881389-APN-DCEI#MS de fecha 29/11/2022 obrante a Orden Nro. 23, solicitando se tengan por reproducidas las consideraciones aquí vertidas.

En tal sentido, la Dirección de Control de Enfermedades Immunoprevenibles (en adelante "DiCEI") considera pertinente formular los siguientes comentarios que se exponen a continuación:

Auditoría Coordinada a la Meta 3.b del ODS 3 "Salud y Bienestar"

Evaluación de la gobernanza de la Meta 3.b del ODS 3

Pág. 16: "El Indicador 3.b.1 no fue adoptado ni adaptado por la República Argentina hasta la fecha del presente informe, sin perjuicio de la existencia de políticas públicas relacionadas y de datos estadísticos para su medición".

Se hace saber que si bien el indicador no se expresa en el Informe de País 2021: Seguimiento de los progresos hacia las metas de los 17 ODS, ver en:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/argentina_informe_de_pais_2021_final.pdf

Desde la DiCEI, se trabaja en forma permanente con las jurisdicciones en el indicador 3.b.1: *Proporción de la población inmunizada con todas las vacunas incluidas en cada programa nacional*.

A modo de ejemplo, en los Talleres del PAI (Programa Ampliado de Immunizaciones), se trató el tema de coberturas de vacunación de Calendario Nacional de Vacunación, habiéndose realizado trabajos en talleres presenciales para el análisis, mejoramiento de coberturas, indicadores y planes de acción para recupero de esquemas. En tal sentido, se acompañan como archivos embebidos:

- Acta Acuerdos 1º Taller Nacional PAI – Direcciones de Epidemiología de fecha 22/06/2022.
- Acta de Acuerdo Marco Taller Nacional Jefes PAI de fecha 26/08/2021
- Acta de Acuerdo Marco Taller Nacional Jefes PAI de fecha 12/06/2019
- Presentación: "Coberturas de vacunación. Indicadores, análisis y herramientas para el recupero de esquemas"

En tal sentido, y a los fines de brindar información actualizada, se comparte el siguiente enlace de consulta pública referido a Coberturas de Vacunación por Jurisdicción del Calendario Nacional de Vacunación disponible en:

<https://www.argentina.gob.ar/salud/immunoprevenibles/coberturas-de-vacunacion>

En dicho link, se podrán visualizar, entre otros, los siguientes documentos en PBI (Proyectos power BI) los cuales se detallan a continuación:

- Cobertura de Vacunación Calendario Nacional 2018.i.
- Cobertura de Vacunación Calendario Nacional 2019;ii.
- Cobertura de Vacunación Calendario Nacional 2020; yiii.
- Cobertura de Vacunación Calendario Nacional 2021iv.

Pág. 18: "Sin perjuicio de que la Ley 27.491 -vigente desde enero de 2019- creó el Registro Nacional de la

Población Vacunada Digital, el MSal informó que ya funcionaba con anterioridad (desde junio de 2013) el registro NOMIVAC (Sistema Federal de Vacunación Nominalizado) y se había comenzado a registrar nominalmente las dosis aplicadas de vacunas, pero este registro no era inmediato y a causa de la diversidad en las condiciones materiales de nuestro país, específicamente conectividad y recursos, se afectaba el registro nominal”.

Respecto a esta observación debe manifestarse que, para la fecha mencionada, el registro nominal aún no se encontraba implementado en varias jurisdicciones. A partir de la vacunación contra la COVID-19, que se realizó con un registro 100% nominal desde el inicio, la implementación de los registros nominales tomó un mayor impulso.

A la fecha se encuentran nominalizadas vacunas COVID-19, vacuna antigripal y Campaña Nacional de Seguimiento (SRP y Polio). En forma paulatina, con diferentes estrategias, cada jurisdicción está nominalizando las dosis aplicadas del resto de las vacunas. Esto se debe a que, para el año 2023, las coberturas serán calculadas de los registros exclusivamente nominales.

Pág. 19: “Desde el área de procesamiento de datos de la DiCEI se va actualizando un consolidado mensualmente en plataforma Excel a nivel país, detallando denominadores y numeradores informados por cada jurisdicción total, y una solapa exclusiva para cada una de las jurisdicciones con el dato de denominador y numerador desagregando a nivel departamental”.

El procesamiento de datos desde el 2021 a la actualidad es trabajado en la DiCEI con Power BI, y se realizan informes en formato PDF, de esta forma se evitan errores y pérdida de información, siendo un formato más seguro y amigable para compartir la información.

En la página 22 del Informe de Auditoría se menciona que: “Las coberturas nacionales de vacunación de Argentina han registrado un descenso gradual y progresivo en el período 2009-2019, presentando una disminución promedio de 10 puntos en una década especialmente en las vacunas de la infancia. ...Con base en este preocupante escenario, el impacto de la pandemia por SARS-CoV-2 sobre las coberturas de todos los grupos etarios fue muy significativo”. Asimismo, se agrega que esto implicó una profundización de la situación desfavorable que ya se evidenciaba en 2019 y puso de manifiesto la magnitud del problema. Sin embargo, no se adoptó ni adaptó el Indicador 3.b....”.

Respecto a este punto, en primer lugar es importante resaltar que la profundización de la situación por el impacto de la pandemia se vio particularmente en el año 2020. En el año 2021 se lograron coberturas similares a los valores del 2019, incluso superiores en algunas vacunas, lo cual da indicios de comienzos de recuperación en las coberturas.

Asimismo, se hace saber que si bien el indicador no se expresa en el Informe de País 2021: Seguimiento de los progresos hacia las metas de los 17 ODS, ver en :

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/argentina_informe_de_pais_2021_final.pdf

Desde la DiCEI, se trabaja en forma permanente con las jurisdicciones en el indicador 3.b.1: Proporción de la población inmunizada con todas las vacunas incluidas en cada programa nacional.

A modo de ejemplo, en los Talleres del PAI (Programa Ampliado de Inmunizaciones), se trató el tema de coberturas de vacunación de Calendario Nacional de Vacunación, habiéndose realizado trabajos en talleres presenciales para el análisis, mejoramiento de coberturas, indicadores y planes de acción para recupero de esquemas. En tal sentido, se acompañan como archivos embebidos:

- Acta Acuerdos 1º Taller Nacional PAI – Direcciones de Epidemiología de fecha 22/06/2022.
- Acta de Acuerdo Marco Taller Nacional Jefes PAI de fecha 26/08/2021
- Acta de Acuerdo Marco Taller Nacional Jefes PAI de fecha 12/06/2019
- Presentación: "Coberturas de vacunación. Indicadores, análisis y herramientas para el recupero de esquemas"

Página 24: 4.2.1.1. Con relación al Indicador 3.b.1, la DiCEI, estuvo prevista durante todo el periodo auditado en las diversas normas que establecieron la estructura organizacional del MSal y la entonces Secretaría de Salud, aunque no contó con aperturas inferiores y sus procesos de gestión no se encuentran formalmente establecidos en su totalidad.

Asimismo, funcionan en el ámbito del MSal como comités asesores; i) la CoNaIn, creada en octubre del año 2000 (Res. 941/2000 MSal); y ii) la CoNaSeVa creada en octubre de 2013 por Res. 259/2013 MSal. Ambas cuentan con reglamentos de funcionamiento y documentan sus reuniones a través de actas de acceso público.

Conforme surge de la información proporcionada por el MSal, como de la obtenida de los sitios web oficiales las organizaciones mencionadas cuentan con procesos de gestión definidos, aunque no en todos los casos formalmente establecidos, por ejemplo, el caso de los procedimientos de control de calidad de los datos de cobertura de vacunación de CNV que se encuentran definidos, pero de manera informal y sin documentar

La Dirección de Control de Enfermedades Immunoprevenibles informa que si bien los controles de calidad de los datos de cobertura, no se encuentran aun formalmente definidos, son realizados, tanto por las jurisdicciones, a modo de monitoreos de coberturas, como a nivel de DiCEI, con el ajuste de las poblaciones utilizadas para construir las coberturas que actualmente son administrativas, pero que a partir del año 2023 serán nominales, lo cual mejorara la calidad del dato.

También se realiza un seguimiento de las dosis de vacunas distribuidas, en cuanto a su aplicación, área de aplicación y su descarte (en caso de vencimiento o pérdida de cadena de frío, etc), todo este proceso se realiza a través del Sistema de Monitoreo de Productos Sanitarios (SIMS), aunque aún no informan descarte el total de las jurisdicciones, se está trabajando para que ocurra en 2023.

Asimismo, los datos de construcción de la cobertura de vacunación del Calendario Nacional de Vacunación se encuentran formalmente documentadas. A modo de ejemplo, se citan los acuerdos entre las jurisdicciones y nivel nacional para la definición de los denominadores de Calendario Nacional de Vacunación en Talleres del PAI (Programa Ampliado de Inmunizaciones), habiéndose realizado trabajos en talleres presenciales para el análisis y trabajo de coberturas. En tal sentido, se acompañan como archivos embebidos:

- Acta Acuerdos 1º Taller Nacional PAI – Direcciones de Epidemiología de fecha 22/06/2022. Mediante dicho documento se consensua definición de denominadores para planificación y coberturas de calendario nacional;
- Acta de Acuerdo Marco Taller Nacional Jefes PAI de fecha 26/08/2021. Se trabajó en modalidad taller la situación de las coberturas de vacunación de los distintos grupos etarios y se planificaron acciones que se concretaron en la elaboración de planes de acción para llevar adelante desde los niveles jurisdiccionales; etc;
- Acta de Acuerdos en el marco del III Taller Nacional de Jefes y Jefas PAI de fecha 16/11/2017 mediante el cual se hizo constar que el objetivo del grupo de trabajo es homogeneizar y estandarizar las fuentes de datos del denominador en el programa regular y se consensuaron denominadores.

Página 29: 4.3.2. Los formularios de ejecución física remitidos a la ONP presentan inconsistencias con relación a la información proporcionada por los respectivos centros de medición (DIS y DiCEI) y que fue verificada por esta auditoría. Por su parte, analizados los desvíos informados para todos los ejercicios en las metas físicas Inmunización del Programa 20 “Prevención y Control de Enfermedad Inmunoprevenibles”, se advierte que no son consistentes con las coberturas de vacunación informadas.

Esto evidencia la falta de articulación entre los centros de medición de los Programas y el centro de coordinación del SAF del MSal. Asimismo, puede atribuirse la diferencia entre las metas físicas de Inmunización y la cobertura informada por la DiCEI al hecho de que las coberturas de vacunación durante el período auditado se continuaban informando y ajustando hasta el 30 de junio del año siguiente, mientras que los cierres para la remisión de información física a la ONP son anteriores a esa fecha

Se informa que las diferencias radican en que las metas físicas se notifican de forma inmediata al término del trimestre, mientras que las jurisdicciones continúan cargando la información durante todo el mes posterior a concluido el trimestre. Por este motivo, las coberturas definitivas se alcanzan de manera posterior al informe de las metas físicas. Cabe aclarar que, cada vez que la DiCEI informa nuevas metas físicas, se envían entre los comentarios las actualizaciones de trimestres anteriores.

Pág. 37: 6.1.4. Evaluar el diseño e implementación de acciones de sensibilización y concientización sobre el valor de la participación y retroalimentación ciudadana en los procesos de comunicación de resultados en el ámbito de los organismos auditados. En ese marco, dotar a los organismos de recursos y capacidades para afrontar este tipo de mecanismos de retroalimentación ciudadana. (Cde. 4.6.3. y 4.6.4.)

La DiCEI informa que se proveen los datos para la publicación de *datasets* con las aplicaciones de vacunas contra la COVID-19, como parte de la política de gobierno abierto, en la página web del Ministerio de Salud. De esta forma, la población tiene acceso a las dosis aplicadas de vacunas COVID-19, según dosis o refuerzo, desde el comienzo de la pandemia.

Asimismo, con respecto a los datos del CNV, se publican anualmente las coberturas de Calendario desde el año 2000 a la fecha.

Por otro lado, y dada la relevancia del tema, se han publicado los análisis realizados del impacto de la pandemia por SARS-CoV-2 en las coberturas de las vacunas del Calendario Nacional. Toda persona que requiera esta

información (tanto profesionales de la salud como la comunidad en general) puede acceder a través del link <https://www.argentina.gob.ar/salud/inmunoprevenibles/coberturas-de-vacunacion>

En atención a lo expuesto, se elevan las actuaciones a los fines de su consideración e intervención en el marco de sus competencias, para la continuidad de trámite correspondiente.

Digitally signed by Gestion Documental Electronica
Date: 2022.11.30 15:05:06 -03:00

Alicia Florencia Bruggesser
Directora
Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles
Ministerio de Salud

Digitally signed by Gestion Documental
Electronica
Date: 2022.11.30 15:05:07 -03:00



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
Las Malvinas son argentinas

Nota

Número: NO-2022-128901620-APN-DIS#MS

CIUDAD DE BUENOS AIRES
Martes 29 de Noviembre de 2022

Referencia: Respuesta a NOTA N° 170/22-AG02 AUDITORIA GENERAL DE LA NACION

A: Sandra Marcela Tirado (SAS#MS),

Con Copia A: Natalia Grinblat (SSMEIE#MS), Analía Rearte (DNEEIE#MS), Gianfranco Scigliano (SSMEIE#MS), María Celeste DIAZ (SSMEIE#MS), Maximiliano Cruz Azcui (SAS#MS), Verónica Mercedes Velázquez (SAS#MS),

De mi mayor consideración:

SECRETARÍA DE ACCESO A LA SALUD

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. en respuesta a la NO-2022-128709080-APN-SAS#MS, en virtud de la Nota N° 170/22-AG02 que fuera enviada por la Auditoría General de la Nación, en la que se agregan copia de los Proyectos de Informe de Auditoría en el ámbito de ese Ministerio y del Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales, referido a la "Gestión de gobierno para la implementación y seguimiento de la Meta 3.b. del ODS 3 (Indicadores 3.b.1 y 3.b.2).

Al respecto se adjunta, como archivo embebido, los comentarios formulados a los puntos pertinentes a la DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD.

Sin otro particular saluda atte.

Digitally signed by Gestion Documental Electronica
Date: 2022.11.29 17:16:31 -03:00

Maria Bárbara García Godoy
Directora
Dirección de Investigación en Salud
Ministerio de Salud

Digitally signed by Gestion Documental
Electronica
Date: 2022.11.29 17:16:32 -03:00

**RESPUESTA AL INFORME DE AUDITORÍA COORDINADA DE LA META 3.b
DEL ODS 3 "SALUD Y BIENESTAR"**

Respuesta a los puntos pertinentes a la Dirección de Investigación en Salud.

PARTE I

6.1.5. Diseñar e implementar mecanismos de articulación y coordinación interinstitucional e intersectorial para evaluar la inclusión en el Indicador 3.b.2 de otros recursos presupuestarios destinados a financiar investigación en salud conforme un enfoque integrado de gobierno y asociarlos a través de categorías programáticas. (Cde. 4.3.2.; 4.3.3. y 4.3.4).

Rta: Se contempló el pedido de partida presupuestaria en el presupuesto para la asignación de Becas Salud Investiga para el ejercicio 2023.

Paralelamente se está trabajando en un programa interministerial entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación con la finalidad de diseñar políticas de articulación sobre investigación y capacitación.

PARTE II

4.1.1.2. El Indicador 3.b.2 fue vinculado a la política pública Becas "Salud Investiga" que otorga periódicamente la DIS, sin tener en cuenta políticas y/o programas que llevan adelante otros organismos especializados en investigación y desarrollo (MinCyT y sus descentralizados CONICET y la Agencia), que otorgan becas y financian proyectos de investigación y desarrollo en salud y específicamente en vacunas con fondos presupuestarios que podrían ser medidos por este Indicador, por lo que el proceso no fue eficaz y no pudo lograr coherencia entre estas políticas públicas.

Rta. La Dirección de Investigación en Salud sólo cuenta con la información brindada anteriormente, no incluyendo políticas y/o programas que llevan adelante otros organismos especializados en investigación y desarrollo ya que excede el ámbito de competencia.

4.2.1.2. Respecto del Indicador 3.b.2, la DIS fue creada por DA 498/2016 y desde entonces y durante el período auditado está incluida en las diversas normas que establecieron la estructura organizacional del MSal y la entonces Secretaría de Salud15, aunque no contó con aperturas inferiores.

Rta. La Dirección de Investigación en Salud prácticamente no cuenta con personal de planta lo que dificulta la concreción de aperturas inferiores.

4.3.2. Los formularios de ejecución física remitidos a la ONP presentan inconsistencias con relación a la información proporcionada por los respectivos centros de medición (DIS y DiCEI) y que fue verificada por esta auditoría.

Rta. Se ratifica lo informado oportunamente por la Dirección.

4.4.3. Respecto a las políticas de investigación en salud vinculadas y/o relacionadas con el Indicador 3.b.2, se verificó la existencia de instancias formales de coordinación horizontal dentro de cada Ministerio (MinCyT y MSal) y con las jurisdicciones provinciales, pero actúan de forma aislada, con foco en su propia política pública, sin un enfoque integrado.

Rta. Se está trabajando en un programa interministerial entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación con la finalidad de diseñar políticas de articulación sobre investigación y capacitación.

4.4.3.2. En el ámbito del MinCyT funciona el Consejo Interinstitucional de Ciencia y Tecnología (CICyT)19, organización destinada a la coordinación de políticas comunes en el Sistema Científico-Tecnológico Nacional y una mayor relación con el sector socio-productivo, en el cual el MSal es representado por la ANLIS Malbrán, pero no por la DIS, responsable de la política vinculada formalmente al Indicador 3.b.2.

Rta. Se están realizando las gestiones necesarias para que la Dirección de Investigación en Salud participe del CICyT.

4.6.4. No se tuvo evidencia de la existencia de mecanismos de retroalimentación respecto de la política vinculada al Indicador 3.b.2.

Rta. En términos de mecanismos de retroalimentación de los resultados de las investigaciones financiadas con las Becas Salud Investiga desde la DIS, además de la edición de la Revista Argentina de Salud Pública [rasp.msal.gov.ar], en 2022 se han publicado los registros correspondientes a los resúmenes de investigaciones financiadas desde 2021 hasta 2016, y se tiene previsto continuar con esta estrategia en 2023 para avanzar retrospectivamente hasta la cohorte 2011. Cabe destacar que estos resúmenes han sido cargados en la Biblioteca Virtual en Salud del Ministerio de Salud de la Nación [bvs.salud.gob.ar].

Además, en 2022 se está trabajando en la implementación de boletines para tomadores de decisiones sanitarias (policy briefs) que formará parte de los productos de investigación que los equipos de investigación deberán entregar en la instancia de la presentación del informe final de la beca, por lo cual este requisito ha sido incorporado en las bases de las Becas Salud Investiga 2022 correspondientes a Estudios Multicéntricos de Investigación (EMI). Asimismo, está previsto no solamente que dichos documentos se publiquen en la BVS MSal, sino que también en 2023 se realicen encuentros de presentación de resultados desde el equipo de investigación hacia tomadores de decisiones

sanitarias. Todo ello en el marco de las actividades de cooperación técnica desarrolladas con el área de Gestión del Conocimiento y Comunicación de la oficina argentina de la Organización Panamericana de la Salud.

ANEXO V: DESCARGO DEL CONSEJO NACIONAL DE COORDINACIÓN DE POLÍTICAS SOCIALES



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
Las Malvinas son argentinas

Nota

Número: NO-2022-133755305-APN-DGRIYCI#CNCPS

CIUDAD DE BUENOS AIRES
Martes 13 de Diciembre de 2022

Referencia: Respuesta- Nota 169/22- Informe AGN sobre la "Gestión de gobierno para la implementación y seguimiento de la Meta 3.b. del ODS 3 (Indicadores 3.b.1 y 3.b.2)".

A: Juan Ignacio Forlón (Auditoría General de La Nación),

Con Copia A:

De mi mayor consideración:

Sr. Juan Ignacio Forlón
Auditor General
Auditoría General de La Nación
S / D:

Me dirijo a usted a los efectos de dar respuesta a la vista del informe de la Auditoría General de la Nación N°169/22-AG02 sobre la "Gestión de gobierno para la implementación y seguimiento de la Meta 3.b. del ODS 3 (Indicadores 3.b.1 y 3.b.2)".

En tal sentido, se toma nota de la recomendación y se informa que se están desarrollando acciones en el sentido que en ella se plantea.

Sin otro particular saluda atte.

Digitally signed by Gestión Documental Electronica
Date: 2022.12.13 10:38:54 -0300

Matías Sotomayor
Director
Dirección General de Relaciones Internacionales y Comunicación
Institucional
Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales

AUDITORIA GENERAL DE LA NACION	
GERENCIA DE CONTROL DEL	
SECTOR NO FINANCIERO	
ENTRÓ	SALÍÓ
13 DIC. 2022	

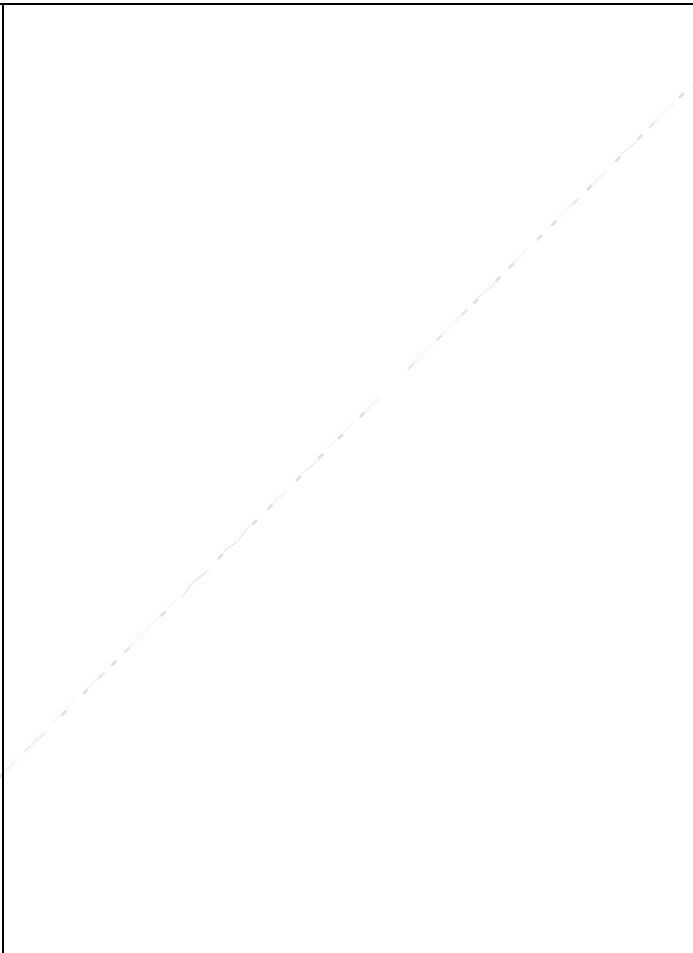
ANEXO VI: ANÁLISIS DEL DESCARGO DEL MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN

Proyecto de Informe de la AGN ³⁷	Descargo del MSal	Análisis del descargo
4. HALLAZGOS 4.1.1. Escala de evaluación de coberturas CNV De las vacunas seleccionadas del CNV para esta evaluación (conforme lo expuesto en Anexo III) los porcentajes de coberturas de vacunación surgen de registros de datos que se basan en cantidad de personas con dosis aplicadas por vacuna en relación a sus poblaciones objetivo. A los fines de evaluar los resultados de coberturas obtenidos por las jurisdicciones en cada año del período auditado se utilizó la escala establecida para esta AC ³⁸ , que considera meta mundial de lograr el 95% de cobertura en todas las vacunas que también se fijó el auditado como objetivo en todos los años del período bajo análisis. Para facilitar la lectura de los gráficos que se expondrán más abajo se identificó por colores, la clasificación de las coberturas según su porcentaje por jurisdicción y por año auditado, de la manera que se expone en Tabla 1 del Informe II.	4.1.1. Sin comentarios del auditado.	4. HALLAZGOS 4.1.1. Atento a que el auditado no realizó comentarios sobre el hallazgo, se mantiene su redacción.
4.1.1.1. Cobertura de vacunación oportuna de 0 a 12 meses - BCG < 1 año: Los resultados de cobertura de niveles óptimos y aceptables se mantuvieron en la mayoría de las provincias durante los años auditados. De los gráficos BCG < 1 año (menores a un año) se observa que, el año 2019 tuvo la mayor cantidad de jurisdicciones con coberturas óptimas respecto de los otros 3 años, mientras que el año 2021 mantuvo la misma cantidad de jurisdicciones con esos niveles que en 2018 y mejoró en relación al 2020. Esto indica que el acceso a la vacunación se está recuperando, lo que coincide con resultados de cobertura BCG < 7 días que se realizan en las maternidades al recién nacido, pese haber mediado el DISPO.	4.1.1.1. Sin comentarios del auditado.	4.1.1.1. Atento a que el auditado no realizó comentarios sobre el hallazgo, se mantiene su redacción.

³⁷ A los fines de una adecuada visualización se modifica parcialmente la redacción por no transcribirse tablas ni gráficos.

³⁸ “Metodología para medir los resultados de los indicadores de la Meta 3b”, AC al ODS 3 “Salud y Bienestar”, Contraloría General de la República del Perú, pág 11.

Respecto a porcentajes mayores que 100% que indican coberturas a revisar, se aprecia que el cálculo de tasas de coberturas erróneas fue superándose desde 2018 a 2020 informándose mediante la planilla única de notificación. En el 2021 la DiCEI circularizó que la carga de datos debe realizarse directamente por agrupado numérico al NOMIVAC, pero las dosis aplicadas en algunas jurisdicciones, denominadas “ciudades espejo” por ser fronterizas, superaron a la población nominalmente registrada por lo que tanto sus numeradores como denominadores deben corregirse. Similar situación sucedió con CABA, Córdoba y Santiago del Estero, jurisdicciones que identificaron residentes y no residentes mediante filtros y atributos que genera el NOMIVAC en el entorno del SISA. Se debe tener en cuenta que los denominadores de nacidos vivos varían entre los años calendario del período auditado. - Rotavirus segunda dosis: De los resultados de cobertura se desprende que en 2018 y 2019 la mayoría de las provincias sostuvo coberturas aceptables y en sumatoria con las óptimas superaron más del 50% de las jurisdicciones, dentro de las que se incluyen 3 provincias densamente pobladas, lo que disminuyó en 2020. En 2021 la mitad de las jurisdicciones logró coberturas regulares, y el resto coberturas aceptables y óptimas. . Antipoliomielítica tercera dosis: Para esta vacuna, salvo en 2020 las coberturas aceptables se dan en la mayoría de las jurisdicciones, alcanzándose los mayores niveles de cobertura óptima en 2019. - Quíntuple tercera dosis: Se observa en los años 2018, 2019 y 2021 que la mayoría de las jurisdicciones logró coberturas aceptables y óptimas. En 2021 con niveles comparables a las coberturas pre pandemia. La recuperación en 2021 se atribuye a que hubo oportunidades ganadas para vacunas del CNV imputables a la vacunación contra COVID-19.		
4.1.1.2. Cobertura de vacunación oportuna de 12 a 23 meses	4.1.1.2. Sin comentarios del auditado.	4.1.1.2. Atento a que el auditado no realizó comentarios sobre el hallazgo, se mantiene su redacción.

- Antipoliomielítica primer refuerzo: A partir de junio de 2020, se adoptó un cambio de esquema de esta vacuna en el CNV de acuerdo a lo sugerido por la OPS. - Quíntuple refuerzo: En 2018 mostró coberturas óptimas y aceptables en la mayoría de las provincias. A su vez, pese observarse predominantemente, coberturas regulares en el 2020, se aclara que ésta es la cuarta dosis que reciben los niños y las niñas en el transcurso del año y medio de vida. En 2021 aumentaron las jurisdicciones con cobertura aceptable. - SRP1: En 2021 se recuperaron porcentajes óptimos, reportándose registros similares a 2018. En 2020 se registraron la mayor cantidad de jurisdicciones con cobertura regular. Las coberturas superiores a 100% dejaron de registrarse en 2021 atento que en ese año se modificó la forma de envío de información de las jurisdicciones a través del agrupado numérico por NOMIVAC, lo que evidencia que se pudieron cuantificar por jurisdicción las dosis aplicadas. - Neumococo dosis refuerzo: En 2021 se obtuvieron coberturas similares a 2018. - Meningococo trivalente dosis refuerzo: A pesar de no lograr las coberturas esperadas en todo el período auditado, se aprecia que en 2018 y 2019, la mayoría de las jurisdicciones tuvieron porcentajes bajos de cobertura (16 en 2018 y 13 en 2019). En cambio, durante 2020 se alcanzó la cobertura regular para la mayoría de la población objetivo, es decir entre el 50% y 80% de las personas recibieron la vacuna y solo una provincia no superó la baja cobertura. En 2021 mejoró aún más el desempeño llegando en 12 provincias, a coberturas aceptables.		
4.1.1.3. Cobertura de vacunación oportuna de 5 a 14 años - DPT (Triple Bacteriana) y SRP1 ingreso escolar (refuerzo): Para ambas vacunas se observa que, en los cuatro años auditados se deben revisar las coberturas superiores al 100%. El auditado informó que no por eso el dato deja de ser confiable, si bien refleja coberturas por encima del 100%,	4.1.1.3. Sin comentarios del auditado.	4.1.1.3. Atento a que el auditado no realizó comentarios sobre el hallazgo, se mantiene su redacción.

realizado el ajuste de los denominadores se obtendrán coberturas de niveles óptimos, aunque no se obtuvo evidencia de ello. La deficiente calidad en los registros de coberturas de 2018 y 2019, mejoró durante 2020 y 2021. - Antipoliomielítica 6 años o ingreso escolar: A partir de 2021 se comenzó a administrar esta vacuna a los 6 años o ingreso escolar y se lograron coberturas aceptables en 12 provincias y coberturas regulares en 10 más. Esto puede obedecer a la implementación de estrategias de comunicación eficaces por tratarse de un cambio de esquema en el CNV ocurrido en junio del 2020. - Meningococo única dosis: Predominaron las bajas coberturas en 2018 y 2019, es decir porcentajes bajos de cobertura para 18 y 20 provincias respectivamente. En 2020 y 2021 la mayoría de las jurisdicciones estuvieron con porcentajes de cobertura regular, mejorando en 2021 respecto a los 3 años anteriores. - HPV segunda dosis femenina y masculina: Durante todo el período auditado la vacunación oportuna (11 años) tanto en mujeres como en varones muestra una cobertura predominantemente baja y regular, con excepción de tres provincias para la femenina en 2018 y una para la masculina en 2019 que lograron coberturas aceptables.		
4.1.2. Coberturas oportunas y recuperos Los resultados de coberturas oportunas y de recupero del total país evidencian la implementación de estrategias para lograr la eficacia y la inmunidad de rebaño³⁹. Si bien estas coberturas surgen del mismo año calendario, no se suman por pertenecer a diferentes denominadores de poblaciones objetivo, pero demuestran que los recuperos, a pesar de no ser estadísticamente significativos, contribuyen a alcanzar la inmunidad de rebaño como una estrategia más para controlar poblaciones no vacunadas.	4.1.2. Sin comentarios del auditado.	4.1.2. Atento a que el auditado no realizó comentarios sobre el hallazgo, se mantiene su redacción.

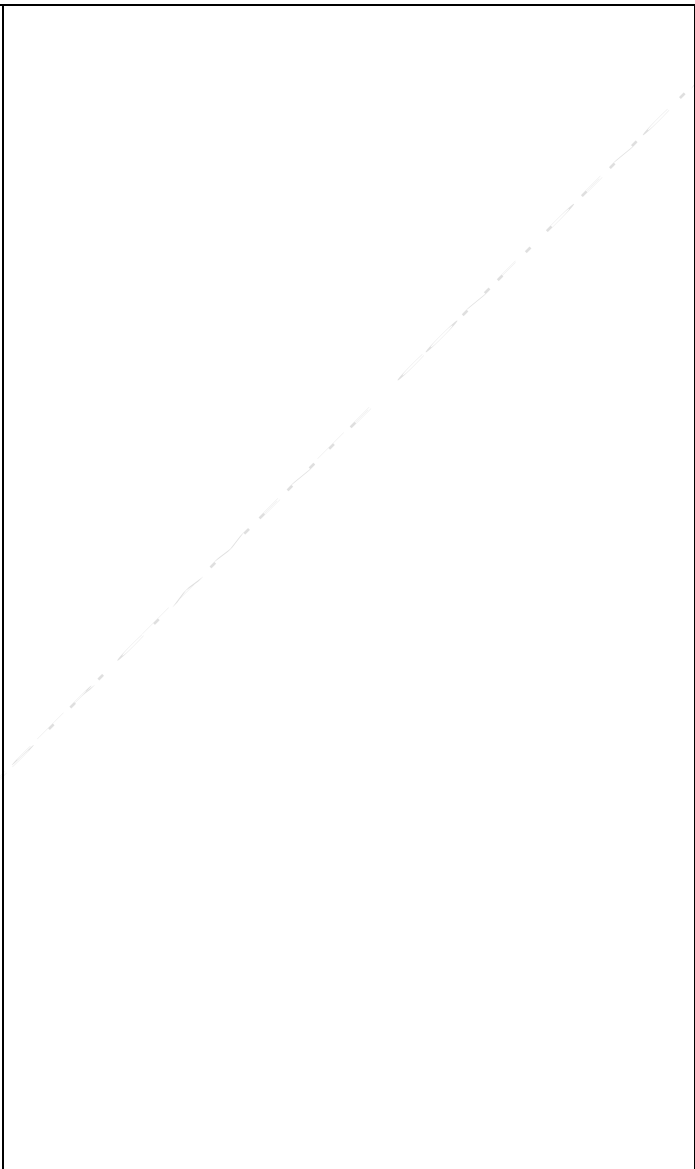
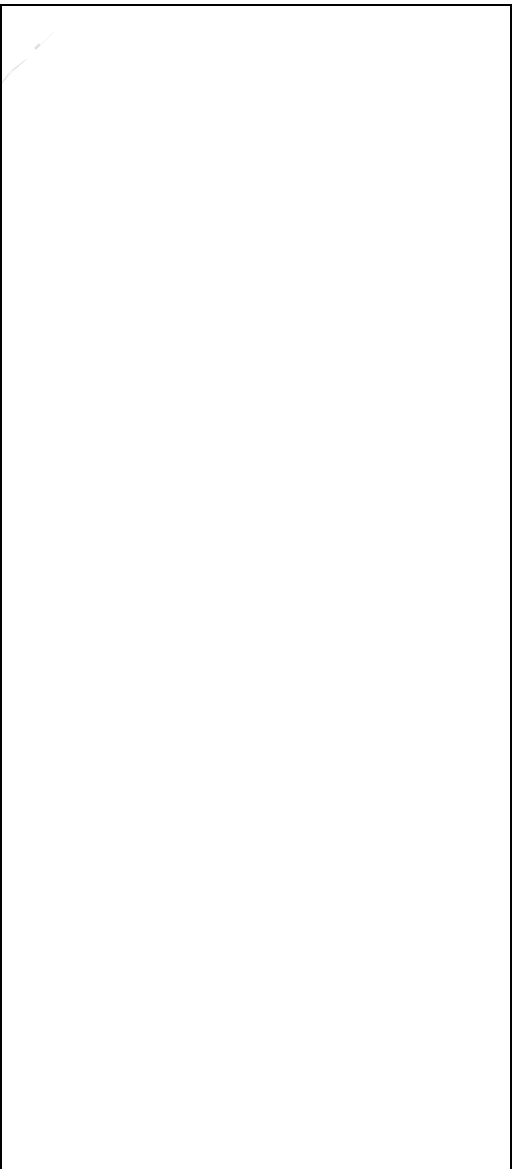
³⁹ Estado de inmunidad en la población que previene la presentación de epidemias al impedir o dificultar, por la cantidad de personas inmunes, la circulación del agente causal. La protección colectiva comporta un menor riesgo para todo el grupo y no sólo para los vacunados.

Vacunaciones oportunas y de recupero se exponen en los gráficos (16, 17 y 18) del Informe II, por grupo de vacunas según rango etario y por año calendario Los recuperos más significativos se evidenciaron en la franja etaria de 5 a 14 años y se dieron para las vacunas: SRP refuerzo ingreso escolar en 2019 y HPV femenina y masculina en el año 2021.		
4.1.3. Acceso al CNV El acceso al CNV disminuyó durante los años 2019 y 2020, pero en 2021 logró recuperar niveles aunque no alcanzó los de 2018. Para evaluar el acceso al CNV se estableció la evolución de la cobertura total país de BCG utilizada como indicador por la OPS/OMS, por considerarse una vacuna trazadora⁴⁰ a estos fines. La vacunación con BCG es una única dosis y puede aplicarse hasta los 12 meses de manera oportuna.	4.1.3. Sin comentarios del auditado.	4.1.3. Atento a que el auditado no realizó comentarios sobre el hallazgo, se mantiene su redacción.
4.1.4. Tasa de deserción o abandono DPT Al determinar la tasa de deserción o abandono entre la primera y tercera dosis de la vacuna DPT, indicador recomendado por la OPS/OMS para medir desempeño del PAI, se advierte que durante todo el período auditado fue inferior al 10%⁴¹, denotando un buen desempeño, no obstante el ASPO y el DISPO⁴².	4.1.4. Sin comentarios del auditado.	4.1.4. Atento a que el auditado no realizó comentarios sobre el hallazgo, se mantiene su redacción.
4.1.5. Calidad de la información de coberturas de CNV Respecto a la calidad de la información, el auditado informó que los datos de coberturas están subestimados debido a una disminución de la tasa de fecundidad que comenzó a suceder gradualmente desde el año 2015, no habiendo sido ajustado los denominadores jurisdiccionales en este sentido durante el período auditado.	4.1.5. Sin comentarios del auditado.	4.1.5. Atento a que el auditado no realizó comentarios sobre el hallazgo, se mantiene su redacción.

⁴⁰ Aquella que permite observar el estado de situación del del programa de inmunización en post de la mejora y el fortalecimiento continuo del Sistema Público de Salud (BCG Y DPT).

⁴¹ Para medir el desempeño del Programa de inmunización en cada ejercicio del período auditado, se utilizó como indicador, la tasa de deserción entre la DPT1 y la DPT3 recomendado por la OPS. DPT es otra de las vacunas trazadoras y si el indicador es inferior al 10% muestra un buen desempeño del programa de inmunización del país.

⁴² Estrategias y prácticas mundiales de inmunización sistemática (GRISP)-Documento complementario al Plan de Acción Mundial sobre Vacunas (GVAP), pág. 16.

Como ya se mencionó, el denominador indica la población objetivo que debe recibir la dosis/vacuna para su edad, de manera oportuna. Si el denominador está sobreestimado, su ajuste implicaría un impacto positivo con el aumento en los porcentajes de cobertura en la mayoría de las jurisdicciones donde se deba ajustar. Durante el período auditado, coexistieron dos maneras diferentes de informar los datos. Una mediante la planilla única de notificación directa por agrupado numérico al NOMIVAC y la otra por RNVe propios de algunas jurisdicciones, por lo que las coberturas que se informan surgieron del acoplamiento de registros administrativos de datos a través de ambas modalidades (Ver. 3.1.1. pps. 8/9). En entrevista realizada con el Director de Estadísticas e Información de Salud de la DEIS, el funcionario explicó la relación entre los datos de estadísticas vitales y sus proyecciones y las coberturas de vacunación. De sus dichos surge que: “Con respecto a la calidad y oportunidad de los datos, manifiesta que la demora en el registro de nacidos vivos se modificó desde los años 2006/2007 cuando había demoras significativas, gracias a la implementación de estrategias de concientización y políticas como la gratuidad para la obtención del DNI. En los últimos estudios (año 2014) se advirtió que se puede llegar como máximo a los 3 meses de demora en la inscripción. Pero es importante destacar que, actualmente se relaciona la fecha de ocurrencia del evento “nacimiento” con la fecha de registro, es decir cuando se encuentran inscripciones tardías, se vincula esa inscripción a la fecha de ocurrencia del nacimiento. Así, los datos por año de inscripción incluyen las inscripciones tardías. A los efectos del cálculo de los “nacidos vivos registrados” (cifra que se difunde anualmente) se consideran solo los nacidos vivos ocurridos en el año de registro y en el inmediato anterior. Hoy en día existe en bajo porcentaje la inscripción tardía, no es significativo. Para defunciones por una cuestión de regulación, el registro debe realizarse dentro de las 48 hs. de ocurrencia del evento cuando se trata de muertes de causas no violentas.”.		
---	---	--

Asimismo, agregó que: “...con respecto a otros datos que utiliza la DiCEI para el cálculo de cobertura, por ejemplo, los niños de 5 años y más, se utilizan estimaciones oficiales en virtud de las proyecciones efectuadas por el INDEC a partir de datos censales. Ahora bien, de algunos trabajos realizados en el ámbito de la DEIS se puede advertir que la tasa de fecundidad está bajando desde 2015, lo que en principio debería afectar las estimaciones de natalidad y por ende afectar el dato de cobertura de vacunación. Actualmente se está evaluando junto a la DiCEI la posibilidad de implementar otro mecanismo de cálculo considerando los nacidos vivos y las defunciones.”. Esta circunstancia fue refrendada en entrevista realizada con el Subsecretario de Estrategias Sanitarias, quien manifestó: “Hay que tener en cuenta cómo cambian los denominadores cuando se ajustan con los datos recibidos, ya que, si se mantiene el denominador de una tasa de natalidad con un número de años anteriores hay una falsa cobertura porque en realidad viene bajando la tasa de natalidad” A modo de ejemplo, el funcionario comentó que se hizo un ejercicio durante 2020 ajustando los denominadores donde mejoran las coberturas en todas las vacunas, casi 3 o 4 puntos. Asimismo, informó que se está trabajando con los referentes PAI jurisdiccionales y Ministerios de Salud provinciales para la implementación de una nueva metodología para ajustar los denominadores provinciales, es decir, cómo emplear el dato de los nacidos vivos del año correspondiente y cómo se tiene que calcular el denominador a partir de la baja en las tasas de fecundidad y natalidad locales. Se informó que la tendencia es llegar a la carga nominalizada de vacunas del CNV como se realiza con las vacunas contra COVID-19 pero por ser estos procesos posteriores al período auditado no fueron motivo de procedimientos de auditoría. Al cierre de las tareas de campo continúan en revisión los datos para determinar las coberturas de vacunación de CNV.		
4.2.1. Cobertura contra COVID-19 esquema primario (2 dosis)	4.2.1. Sin comentarios del auditado.	4.2.1. Atento a que el auditado no realizó comentarios sobre el hallazgo, se mantiene su redacción.

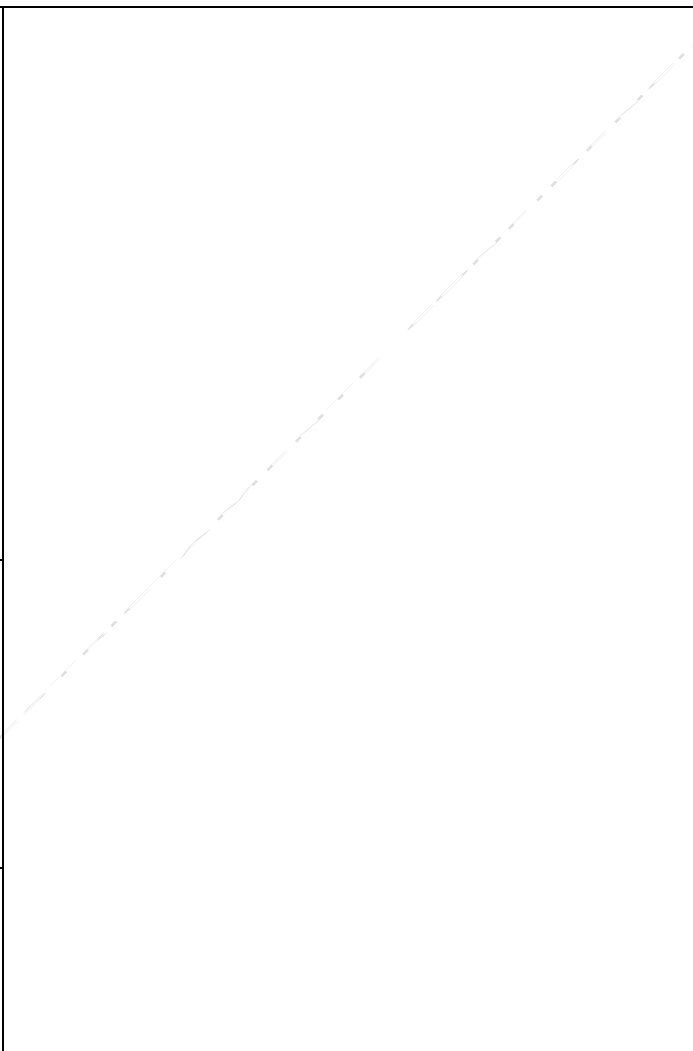
El Informe de Avance de Vacunación contra COVID-19 al cierre del período auditado (30/09/2021) emitido el 7 de abril 2022 muestra una cobertura total país⁴³ con esquema primario del 50,1% y una cobertura considerando la POV a esa fecha (12 años⁴⁴ y más) del 62,2%. Los informes de avance de vacunación contra COVID-19 permiten realizar el seguimiento por jurisdicción y por grupo etario de las coberturas tanto de dosis de esquema primario, como de los refuerzos. Ahora bien, se advirtió que la carga nominalizada realizada de manera inmediata o al cierre del día registra la tasa de cobertura inicial y mayormente significativa, aunque se registran actualizaciones posteriores. En efecto, de procedimientos de constatación directa realizados por esta auditoría con personal del área de Datos de la DiCEI se obtuvo reporte emitido al cierre de tareas de campo (septiembre de 2022) del que se advierten modificaciones de los porcentajes de cobertura por grupo etario en distintas jurisdicciones. Se aclara que los parámetros de búsqueda fueron idénticos aunque el reporte incluye en el texto a los niños y niñas de 3 a 11 años porque había sido incorporado a la POV a esa fecha. Del reporte que antecede surge que la cobertura de 12 años y más disminuyó pero de manera poco significativa (de 62,2 a 61,7 %) y aumentó la cobertura total país de 50,1 % a 50,3 %. Según expresó el auditado, esto obedece a que, para la emisión del último reporte, se tomaron los denominadores de cada grupo etario de acuerdo a las proyecciones que el INDEC estimó para 2022 (en base al Censo 2010) y no como para el primero en que se tomaron los estimados para 2021, lo que implica que el monitoreo es dinámico.		
4.2.2. Evolución de la cobertura contra COVID-19 De acuerdo a lo informado por el auditado⁴⁵ la evolución semanal de la cobertura a nivel país de primera dosis y	4.2.2. Sin comentarios del auditado.	4.2.2. Atento a que el auditado no realizó comentarios sobre el hallazgo, se mantiene su redacción.

⁴³ Incluye toda la población del país de acuerdo a proyecciones efectuadas por el INDEC a partir de datos censales.

⁴⁴ El grupo etario entre los 12 y los 17 años sin comorbilidades se incorporó a la POV el 16/09/2021.

⁴⁵ Informe de Avance de Vacunación contra COVID-19 al 30/09/2021 del 30/09/2021.

esquema primario de vacunación contra COVID-19 para el grupo etario de 60 años y más, desagregado por quinquenios durante el período analizado. Y con el mismo nivel de desagregación, las coberturas de vacunación a nivel país de personas entre 12 y 59 años tuvieron la evolución semanal.		
4.3.1. La evolución del Indicador 3.b.2 adaptado muestra que durante en los ejercicios 2019 y 2021 se superó el hito intermedio previsto para 2020, sin embargo, ni este hito intermedio ni el final -expresados en pesos- fueron actualizados teniendo en cuenta las variaciones presupuestarias existentes a través de los ejercicios auditados. Se determinó la evolución del indicador 3.b.2 adaptado por el MSal a través de lo informado en los distintos Informes Voluntarios y de País y se evaluó el cumplimiento de sus hitos intermedios. Los montos informados para el período auditado corresponden a los montos devengados del presupuesto de cada ejercicio, en relación al financiamiento de becas y/o proyectos de investigación en salud que son administrados por la DIS. Previamente, se informaba en base a los montos presupuestarios programados (crédito inicial) para cada Convocatoria Anual de Becas, independientemente del ejercicio en el que se ejecutara.	4.3.1. Sin comentarios del auditado.	4.3.1. Atento a que el auditado no realizó comentarios sobre el hallazgo, se mantiene su redacción.
4.3.2. A los fines de calcular la proporción de fondos públicos destinados a financiar investigación en salud y su relación con el PBI y el Presupuesto Nacional en cada ejercicio del período auditado, se consideraron los datos proporcionados por el MSal respecto a las Becas “Salud Investiga” y los datos proporcionados por el MinCyT respecto de los fondos FONCYT y FONARSEC gestionados por la Agencia respecto de proyectos de investigación financiados en salud humana y vacunas de uso humano. Con relación a la información proporcionada por el CONICET, la misma no fue considerada para este cálculo, toda vez que no se obtuvo información de importes pagados en virtud de becas	<u>6.1.5. Diseñar e implementar mecanismos de articulación y coordinación interinstitucional e intersectorial para evaluar la inclusión en el Indicador 3.b.2 de otros recursos presupuestarios destinados a financiar investigación en salud conforme un enfoque integrado de gobierno y asociarlos a través de categorías programáticas. (Cde. 4.3.2.; 4.3.3. y 4.3.4).</u> Rta: Se contempló el pedido de partida presupuestaria en el presupuesto para la asignación de Becas Salud Investiga para el ejercicio 2023. Paralelamente se está trabajando en un programa interministerial entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación con la finalidad de diseñar políticas de articulación sobre investigación y capacitación.	4.3.2.; 4.3.3. y 4.3.4. Atento las que acciones informadas por el auditado refieren a un período posterior al auditado y podrán ser objeto de futuras labores de auditoría, no ameritan modificar el cuerpo principal del informe.

(financiadas por Inc. 3 Servicios No Personales) y respecto de los datos aportados sobre proyectos de investigación financiados no fue posible atribuirlos a cada ejercicio del período auditado, toda vez que algunos comienzan en 2017 y otros tienen previsto finalizar en 2023 y no se aportó información sobre lo erogado en cada año. Sentado ello, se exponen en Tabla 4 del Informe II, la relación de proporcionalidad obtenida respecto de los fondos destinados a investigación en salud y el PBI, el Presupuesto Nacional y el Presupuesto Nacional en Ciencia y Tecnología⁴⁶ para cada ejercicio del período auditado. Adicionalmente se relevó, el sitio web oficial https://www.argentina.gob.ar/ciencia/indicadorescti/inversion del que se obtuvo la información sobre inversión en investigación y desarrollo en salud (I+D Salud) para los ejercicios 2018 a 2020, por lo que a continuación se expone su proporción el PBI y el Presupuesto Nacional y el Presupuesto Nacional en Ciencia y Tecnología.		
4.3.3. Teniendo en cuenta la consideración vertida en el hallazgo que antecede sobre la información del CONICET y agregando que no se pudo determinar los importes correspondientes a la beca y los dos proyectos de investigación vinculados a vacunas que se financiaron por “Salud Investiga” en 2018 y 2019, respectivamente, se expone en Tabla 6 del Informe II, la proporción que representó el gasto en investigación en vacunas de uso humano respecto del gasto en investigación en salud humana en cada ejercicio del período auditado.		
4.3.4. Durante el período auditado se otorgaron becas y se financiaron proyectos de investigación vinculados a vacunas tanto en el ámbito de la DIS como del CONICET y la Agencia, habiéndose informado que en todos los casos se trata de financiamiento con fondos presupuestarios públicos, ya sea de fuente interna o externa.		

⁴⁶ Si bien se había planificado efectuar este cálculo respecto del Presupuesto del área Salud, se advirtió que no resultaría representativo toda vez que el presupuesto del área Salud está compuesto principalmente por cuestiones asistenciales y no a investigación y desarrollo.

Todo ello surge del análisis y cotejo de las nóminas o bases de datos que, con diferentes atributos, proporcionaron el MSal, el MinCyT, el CONICET y la Agencia. Respecto a las Becas “Salud Investiga” que otorga la DIS correspondientes al ejercicio 2021, el auditado manifestó que la convocatoria abarcó los años 2021-2022, y su ejecución comenzó en noviembre de 2021, luego del cierre del período auditado, de conformidad con RESOL-2021-4052-APN-MS por lo cual no fueron informadas. Ahora bien, respecto a la investigación vinculada a vacunas, se identificaron en el ámbito de la DIS una beca (2018) y dos proyectos de investigación (2019)⁴⁷, que trataron cuestiones de reticencia y percepción de riesgos de la vacunación de la población en general y de los profesionales de la salud. Por su parte, el CONICET otorgó durante los 4 años del período auditado 54 becas destinadas a realizar investigación vinculada a vacunas de uso humano tanto de desarrollo como relacionadas con políticas de inmunización. Asimismo, informó 180 proyectos de investigación en ciencias médicas, de los cuales 9 son en vacunas de uso humano, pero algunos comenzaron en 2017 y otros tienen previsto finalizar en 2023, por lo que no fue posible atribuirlos a cada ejercicio del período auditado. En cuanto a la Agencia, financió a través del FONARSEC, cuatro proyectos de desarrollo de vacunas contra COVID-19 durante el año 2020. Y a través del FONCYT, financió hasta 2020, 37 proyectos de investigación en vacunas de uso humano y de los cuáles uno es un estudio histórico y etnográfico sobre la construcción de confianza en la campaña de vacunación contra COVID-19.		
--	--	--

⁴⁷ Uno de los cuales no fue ejecutado.



Auditoría General de la Nación

INFORME EJECUTIVO DE AUDITORÍA DE GESTIÓN AUDITORÍA COORDINADA AL ODS 3 META 3.B

A:

**LA SEÑORA PRESIDENTA
DEL CONSEJO NACIONAL DE COORDINACIÓN
DE POLÍTICAS SOCIALES
Dra. Marisol MERQUEL**

**LA SEÑORA MINISTRA
DE SALUD DE LA NACIÓN
Dra. Carla VIZZOTTI**

1. OBJETO DE LA AUDITORÍA

Gestión de gobierno para la implementación y seguimiento de la Meta 3.b. del ODS 3 (Indicadores 3.b.1 y 3.b.2).

1.1. Objetivo II

Evaluar si las acciones del Gobierno Nacional fueron eficaces para lograr la cobertura de vacunación en la población y el apoyo económico para la investigación en materia de vacunas, considerando los indicadores 3.b.1 y 3.b.2 de la Meta 3.b del ODS 3.

2. ALCANCE DEL EXAMEN

Conforme lo anunciado en la Asamblea General Extraordinaria de la Organización Latinoamericana y del Caribe de Entidades Fiscalizadoras Superiores (OLACEFS), se presentó la iniciativa de Auditoría Coordinada al Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 (ODS 3) a las EFS miembros del Grupo de Trabajo sobre Fiscalización de Gestión de Desastres en el Marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (GTFD), liderado por la Auditoría Superior de la Federación de México, instancia en la que se creó la Fuerza de Tarea, liderada por la Contraloría General de la República del Perú, cuyo objetivo principal es evaluar la Meta 3.b del ODS 3, considerando que la salud es un tema de suma importancia para el desarrollo de los países y asunto prioritario de la agenda a partir de los efectos de la pandemia de COVID-19.

En este contexto la Auditoría General de la Nación como miembro de la OLACEFS suscribió el compromiso de realizar esta auditoría, que permitirá impulsar el cumplimiento de las metas relacionadas al ODS 3, que en el contexto de la pandemia adquirieron un rol más relevante.



Auditoría General de la Nación

El trabajo fue realizado de conformidad con las Normas de Control Externo Gubernamental aprobadas por las Resoluciones AGN 26/2015 y 186/2016, dictadas en virtud de las facultades conferidas por el artículo 119, inciso d) de la Ley 24.156.

El período de auditoría abarcó desde el 01/01/2018 al 30/09/2021, sin perjuicio de la consideración de los hechos posteriores relevantes.

La implementación de la Agenda 2030 requiere un enfoque integrado de gobierno, como herramienta que, trascendiendo las estructuras, busque aumentar la integración, coordinación, capacidades, conocimientos y experiencias dentro y fuera del gobierno e integrar todos los niveles gubernamentales para facilitar la implementación de políticas complejas, para lograr una prestación de servicios más eficientes y efectivos.

En tal sentido se evaluaron las acciones del centro de gobierno CNCPS y del MSal como responsable de la Meta 3.b del ODS 3.

3. ACLARACIONES PREVIAS

En la Asamblea General de Naciones Unidas celebrada en septiembre de 2015, los Estados miembros aprobaron la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible como plan de acción en favor de las personas, el planeta y la prosperidad y reconocieron que la erradicación de la pobreza en todas sus formas y dimensiones, incluida la pobreza extrema, es el mayor desafío a que se enfrenta el mundo y constituye un requisito indispensable para el desarrollo sostenible.

La Agenda está conformada por 17 Objetivos y 169 metas que deberán ser cumplidos al 2030. Entre ellos el ODS 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.

Para alcanzarlo, la Agenda 2030 propone 9 metas (numéricas) y 4 medios de implementación que las complementan, con sus 27 indicadores destinados a proporcionar información relevante sobre distintos atributos y dimensiones del estado salud y del desempeño del sistema de salud mediante su monitoreo.

Entre ellas se encuentra la Meta 3.b “Apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos para las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan primordialmente a los países en desarrollo y facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales asequibles de conformidad con la Declaración de Doha relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública, en la que se afirma el derecho de los países en desarrollo a utilizar al máximo las disposiciones del Acuerdo sobre los



Auditoría General de la Nación

Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio en lo relativo a la flexibilidad para proteger la salud pública y, en particular, proporcionar acceso a los medicamentos para todos.”

Los indicadores definidos a nivel mundial para su medición son: 3.b.1 Proporción de la población inmunizada con todas las vacunas incluidas en cada programa nacional; 3.b.2 Total neto de asistencia oficial para el desarrollo destinado a los sectores de la investigación médica y la atención sanitaria básica; 3.b.3 Proporción de centros de salud que disponen de un conjunto básico de medicamentos esenciales asequibles de manera sostenible⁴⁸.

Los países signatarios adoptaron el compromiso de realizar un proceso de adaptación de la Agenda a sus necesidades y objetivos, lo que implica definir y cuantificar las metas (adoptando o adaptando las mismas) de acuerdo a sus realidades y planificaciones estratégicas.

En nuestro país, el organismo encargado de la implementación de los ODS a nivel nacional es el CNCPS, quien es responsable de la coordinación y articulación con los organismos nacionales, gobiernos provinciales y municipales, y con actores no gubernamentales, para implementar el proceso de adaptación de la Agenda 2030 al contexto nacional y de su seguimiento. Por su parte, la construcción y medición de los indicadores son responsabilidad de los organismos públicos involucrados en las temáticas relativas a cada ODS (denominados responsables de meta), siendo el CNCPS un vehículo para la armonización de los mismos con el INDEC y otros organismos que aportan una mirada transversal. Por lo que el principal organismo involucrado en la definición de las metas y elaboración de indicadores del ODS 3 es el MSal.

4. HALLAZGOS

4.1. Surgidos de la PA 2.1

4.1.1. Escala de evaluación de coberturas CNV

De las vacunas seleccionadas del CNV para esta evaluación, los porcentajes de coberturas de vacunación surgen de registros de datos que se basan en cantidad de personas con dosis aplicadas por vacuna en relación a sus poblaciones objetivo.

⁴⁸ Con relación al Indicador 3.b.3, no es objeto de la presente auditoría.



Auditoría General de la Nación

A los fines de evaluar los resultados de coberturas obtenidos por las jurisdicciones en cada año del período auditado se utilizó la escala establecida para esta AC⁴⁹, que considera meta mundial de lograr el 95% de cobertura en todas las vacunas que también se fijó el auditado como objetivo en todos los años del período bajo análisis. La clasificación de las coberturas se expone a continuación:

Tabla 1: Escala de evaluación de coberturas

Clasificación de la cobertura	Porcentajes	Identificación gráfica
Cobertura óptima	Mayor o igual a 95% y menor que 100%	Verde
Cobertura aceptable	Mayor o igual a 80% y menor que 95%	Naranja
Cobertura regular	Mayor o igual a 50% y menor que 80%	Azul
Cobertura baja	Menor que 50%	Gris
Cobertura a revisar	Mayor que 100%	Amarillo

Fuente: Elaboración propia en base a Metodología para medir los resultados de los indicadores de la Meta 3b.

Cobertura de vacunación oportuna de 0 a 12 meses

- BCG < 1 año: Los resultados de cobertura de niveles óptimos y aceptables se mantuvieron en la mayoría de las provincias durante los años auditados. En 2019 tuvo la mayor cantidad de jurisdicciones con coberturas óptimas respecto de los otros 3 años, mientras que el año 2021 mantuvo la misma cantidad de jurisdicciones con esos niveles que en 2018 y mejoró en relación al 2020.
- Rotavirus segunda dosis: De los resultados de cobertura se desprende que en 2018 y 2019 la mayoría de las provincias sostuvo coberturas aceptables y en sumatoria con las óptimas superaron más del 50% de las jurisdicciones, dentro de las que se incluyen 3 provincias densamente pobladas, lo que disminuyó en 2020. En 2021 la mitad de las jurisdicciones logró coberturas regulares, y el resto coberturas aceptables y óptimas.
- Antipoliomielítica tercera dosis: Para esta vacuna, salvo en 2020 las coberturas aceptables se dan en la mayoría de las jurisdicciones, alcanzándose los mayores niveles de cobertura óptima en 2019.
- Quíntuple tercera dosis: Se observa en los años 2018, 2019 y 2021 que la mayoría de las jurisdicciones logró coberturas aceptables y óptimas. En 2021 con niveles comparables a las coberturas pre pandemia. La recuperación en 2021 se atribuye a que hubo oportunidades ganadas para vacunas del CNV imputables a la vacunación contra COVID-19.

⁴⁹ “Metodología para medir los resultados de los indicadores de la Meta 3b”, AC al ODS 3 “Salud y Bienestar”, Contraloría General de la República del Perú, pág. 11.



Auditoría General de la Nación

Cobertura de vacunación oportuna de 12 a 23 meses

- Antipoliomielítica primer refuerzo: A partir de junio de 2020, se adoptó un cambio de esquema de esta vacuna en el CNV de acuerdo a lo sugerido por la OPS.
- Quíntuple refuerzo: En 2018 mostró coberturas óptimas y aceptables en la mayoría de las provincias. A su vez, pese observarse predominantemente, coberturas regulares en el 2020, se aclara que ésta es la cuarta dosis que reciben los niños y las niñas en el transcurso del año y medio de vida. En 2021 aumentaron las jurisdicciones con cobertura aceptable.
- SRP1: En 2021 se recuperaron porcentajes óptimos, reportándose registros similares a 2018. En 2020 se registraron la mayor cantidad de jurisdicciones con cobertura regular. Las coberturas superiores a 100% dejaron de registrarse en 2021 atento que en ese año se modificó la forma de envío de información de las jurisdicciones a través del agrupado numérico por NOMIVAC, lo que evidencia que se pudieron cuantificar por jurisdicción las dosis aplicadas.
- Neumococo dosis refuerzo: En 2021 se obtuvieron coberturas similares a 2018.
- Meningococo trivalente dosis refuerzo: A pesar de no lograr las coberturas esperadas en todo el período auditado, se aprecia que en 2018 y 2019, la mayoría de las jurisdicciones tuvieron porcentajes bajos de cobertura (16 en 2018 y 13 en 2019). En cambio, durante 2020 se alcanzó la cobertura regular para la mayoría de la población objetivo, es decir entre el 50% y 80% de las personas recibieron la vacuna y solo una provincia no superó la baja cobertura. En 2021 mejoró aún más el desempeño llegando en 12 provincias, a coberturas aceptables.

Cobertura de vacunación oportuna de 5 a 14 años

- DPT (Triple Bacteriana) y SRP1 ingreso escolar (refuerzo): Para ambas vacunas se observa que, en los cuatro años auditados se deben revisar las coberturas superiores al 100%.
- Antipoliomielítica 6 años o ingreso escolar: A partir de 2021 se comenzó a administrar esta vacuna a los 6 años o ingreso escolar y se lograron coberturas aceptables en 12 provincias y coberturas regulares en 10 más.



Auditoría General de la Nación

➤ **Meningococo única dosis:** Predominaron las bajas coberturas en 2018 y 2019, es decir porcentajes bajos de cobertura para 18 y 20 provincias respectivamente. En 2020 y 2021 la mayoría de las jurisdicciones estuvieron con porcentajes de cobertura regular, mejorando en 2021 respecto a los 3 años anteriores.

➤ **HPV segunda dosis femenina y masculina:** Durante todo el período auditado la vacunación oportuna (11 años) tanto en mujeres como en varones muestra una cobertura predominantemente baja y regular, con excepción de tres provincias para la femenina en 2018 y una para la masculina en 2019 que lograron coberturas aceptables.

Se destaca que las vacunas Meningococo únicas dosis y HPV femenina y masculina fueron las últimas en ser incorporadas al CNV.

4.1.2. Coberturas oportunas y recuperos

Los resultados de coberturas oportunas y de recupero del total país evidencian la implementación de estrategias para lograr la eficacia y la inmunidad de rebaño⁵⁰. Estas coberturas surgen del mismo año calendario, no se suman por pertenecer a diferentes denominadores de poblaciones objetivo.

Los recuperos más significativos se evidenciaron en la franja etaria de 5 a 14 años y se dieron para las vacunas: SRP refuerzo ingreso escolar en 2019 y HPV femenina y masculina en el año 2021.

4.1.3. Acceso al CNV

El acceso al CNV disminuyó durante los años 2019 y 2020, pero en 2021 logró recuperar niveles aunque no alcanzó los de 2018. Para evaluarlo se estableció la evolución de la cobertura total país de BCG utilizada como indicador por la OPS/OMS, por considerarse una vacuna trazadora⁵¹ a estos fines.

4.1.4. Tasa de deserción o abandono DPT

Al determinar la tasa de deserción o abandono entre la primera y tercera dosis de la vacuna DPT, indicador recomendado por la OPS/OMS para medir desempeño del PAI, se advierte

⁵⁰ Estado de inmunidad en la población que previene la presentación de epidemias al impedir o dificultar, por la cantidad de personas inmunes, la circulación del agente causal. La protección colectiva comporta un menor riesgo para todo el grupo y no sólo para los vacunados.

⁵¹ Aquella que permite observar el estado de situación del programa de inmunización en post de la mejora y el fortalecimiento continuo del Sistema Público de Salud (BCG Y DPT).



Auditoría General de la Nación

que durante todo el período auditado fue inferior al 10%⁵², denotando un buen desempeño, no obstante el ASPO y el DISPO ⁵³.

4.1.5. Calidad de la información de coberturas de CNV

Respecto a la calidad de la información, el auditado informó que los datos de coberturas están subestimados debido a una disminución de la tasa de fecundidad que comenzó a suceder gradualmente desde el año 2015, no habiendo sido ajustado los denominadores jurisdiccionales en este sentido durante el período auditado.

4.2. Surgidos de la PA 2.2

4.2.1. Cobertura contra COVID-19 esquema primario (2 dosis)

El Informe de Avance de Vacunación contra COVID-19 al cierre del período auditado (30/09/2021) emitido el 7 de abril 2022 muestra una cobertura total país⁵⁴ con esquema primario del 50,1% y una cobertura considerando la POV a esa fecha (12 años⁵⁵ y más) del 62,2%.

Los informes de avance de vacunación contra COVID-19 permiten realizar el seguimiento por jurisdicción y por grupo etario de las coberturas tanto de dosis de esquema primario, como de los refuerzos.

4.2.2. Evolución de la cobertura contra COVID-19

De acuerdo a lo informado por el auditado⁵⁶ se analizó la evolución semanal de la cobertura a nivel país de primera dosis y esquema primario de vacunación contra COVID-19 para el grupo etario de 60 años y más, desagregado por quinquenios durante el período analizado, y con el mismo nivel de desagregación, las coberturas de vacunación a nivel país de personas entre 12 y 59 años.

4.3. Surgidos de la PA 3

⁵² Para medir el desempeño del Programa de inmunización en cada ejercicio del período auditado, se utilizó como indicador, la tasa de deserción entre la DPT1 y la DPT3 recomendado por la OPS. DPT es otra de las vacas trazadoras y si el indicador es inferior al 10% muestra un buen desempeño del programa de inmunización del país.

⁵³ Estrategias y prácticas mundiales de inmunización sistemática (GRISP)-Documento complementario al Plan de Acción Mundial sobre Vacunas (GVAP), pág. 16.

⁵⁴ Incluye toda la población del país de acuerdo a proyecciones efectuadas por el INDEC a partir de datos censales.

⁵⁵ El grupo etario entre los 12 y los 17 años sin comorbilidades se incorporó a la POV el 16/09/2021.

⁵⁶ Informe de Avance de Vacunación contra COVID-19 al 30/09/2021 del 30/09/2021.



Auditoría General de la Nación

4.3.1. La evolución del Indicador 3.b.2 adaptado muestra que durante en los ejercicios 2019 y 2021 se superó el hito intermedio previsto para 2020, sin embargo, ni este hito intermedio ni el final -expresados en pesos- fueron actualizados teniendo en cuenta las variaciones presupuestarias existentes a través de los ejercicios auditados.

Los montos informados para el período auditado corresponden a los montos devengados del presupuesto de cada ejercicio, en relación al financiamiento de becas y/o proyectos de investigación en salud que son administrados por la DIS. Previamente, se informaba en base a los montos presupuestarios programados (crédito inicial) para cada Convocatoria Anual de Becas, independientemente del ejercicio en el que se ejecutara.

4.3.2. A los fines de calcular la proporción de fondos públicos destinados a financiar investigación en salud y su relación con el PBI y el Presupuesto Nacional en cada ejercicio del período auditado, se consideraron los datos proporcionados por el MSal respecto a las Becas “Salud Investiga” y los datos proporcionados por el MinCyT respecto de los fondos FONCYT y FONARSEC gestionados por la Agencia respecto de proyectos de investigación financiados en salud humana y vacunas de uso humano.

Con relación a la información proporcionada por el CONICET, la misma no fue considerada para este cálculo, toda vez que no se obtuvo información de importes pagados en virtud de becas (financiadas por Inc. 3 Servicios No Personales) y respecto de los datos aportados sobre proyectos de investigación financiados no fue posible atribuirlos a cada ejercicio del período auditado, toda vez que algunos comienzan en 2017 y otros tienen previsto finalizar en 2023 y no se aportó información sobre lo erogado en cada año

4.3.3. Durante el período auditado se otorgaron becas y se financiaron proyectos de investigación vinculados a vacunas tanto en el ámbito de la DIS como del CONICET y la Agencia, habiéndose informado que en todos los casos se trata de financiamiento con fondos presupuestarios públicos, ya sea de fuente interna o externa.

Ahora bien, respecto a la investigación vinculadas a vacunas, se identificaron en el ámbito de la DIS una beca (2018) y dos proyectos de investigación (2019)⁵⁷, que trataron cuestiones de reticencia y percepción de riesgos de la vacunación de la población en general y de los profesionales de la salud.

⁵⁷ Uno de los cuales no fue ejecutado.



Auditoría General de la Nación

Por su parte, el CONICET otorgó durante los 4 años del período auditado 54 becas destinadas a realizar investigación vinculadas a vacunas de uso humano tanto de desarrollo como relacionadas con políticas de inmunización. Asimismo, informó 180 proyectos de investigación en ciencias médicas, de los cuales 9 son en vacunas de uso humano, pero algunos comenzaron en 2017 y otros tienen previsto finalizar en 2023, por lo que no fue posible atribuirlos a cada ejercicio del período auditado.

En cuanto a la Agencia, financió a través del FONARSEC, cuatro proyectos de desarrollo de vacunas contra COVID-19 durante el año 2020. Y a través del FONCYT, financió hasta 2020, 37 proyectos de investigación en vacunas de uso humano y de los cuáles uno es un estudio histórico y etnográfico sobre la construcción de confianza en la campaña de vacunación contra COVID-19.

5. OPINION DEL AUDITADO

Por Nota 170/22-AG02 se remitió el presente informe al MSal, quien por NO-2022-130107060-APN-DD#MS, remitió su descargo, el que fue tenido en cuenta para la redacción final del presente informe de auditoría. En dicha oportunidad, el organismo responsable de la Meta 3.b. realizó aclaraciones que ratifican, complementan o amplían los hallazgos detectados que no ameritaron su modificación.

Asimismo, por Nota 169/22-AG02 se remitió el presente informe al CNCPS en su calidad de centro de gobierno, para que también efectúe las aclaraciones o comentarios que considere pertinentes. Por Nota 193/22-AG02 se reiteró la solicitud, la que fue respondida por NO-2022-133755305-APN-DGRIYCI#CNCPS, manifestando haber tomado nota de las recomendaciones.

6. RECOMENDACIONES

6.1. Dirigidas al MSal

6.1.1. Evaluar y propiciar la implementación de un sistema de registro nominalizado único para todas las jurisdicciones con parámetros estandarizados y atributos esenciales para agilizar la carga y dotar de precisión y oportunidad a la información de cobertura de CNV y contra COVID-19.

6.1.2. Continuar y optimizar la implementación de estrategias tendientes a lograr la inmunidad de rebaño y el acceso al CNV.

6.1.3. Ajustar denominadores a las variables estadísticas vigentes.

6.1.4. Dotar de recursos adecuados para la nominalización del registro.



Auditoría General de la Nación

6.1.5. Diseñar e implementar mecanismos de articulación y coordinación interinstitucional e intersectorial para evaluar la inclusión en el Indicador 3.b.2 de otros recursos presupuestarios destinados a financiar investigación en salud conforme un enfoque integrado de gobierno y asociarlos a través de categorías programáticas.

6.2. Dirigidas al CNCPS y al MSal

6.2.1. En conjunto con el centro de gobierno, evaluar la actualización del hito final del Indicador 3.b.2.

7. CONCLUSIONES

En la Asamblea General de Naciones Unidas celebrada en septiembre de 2015, los Estados miembros aprobaron la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible como plan de acción en favor de las personas, el planeta y la prosperidad y reconocieron que la erradicación de la pobreza en todas sus formas y dimensiones, incluida la pobreza extrema, es el mayor desafío a que se enfrenta el mundo y constituye un requisito indispensable para el desarrollo sostenible.

La Agenda está conformada por 17 Objetivos y 169 metas que deberán ser cumplidos al 2030. Entre ellos el ODS 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.

Para alcanzarlo, la Agenda 2030 propone 9 metas (numéricas) y 4 medios de implementación que las complementan, con sus 27 indicadores destinados a proporcionar información relevante sobre distintos atributos y dimensiones del estado salud y del desempeño del sistema de salud mediante su monitoreo.

Entre ellas se encuentra la Meta 3.b “Apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos para las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan primordialmente a los países en desarrollo y facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales asequibles de conformidad con la Declaración de Doha relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública, en la que se afirma el derecho de los países en desarrollo a utilizar al máximo las disposiciones del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio en lo relativo a la flexibilidad para proteger la salud pública y, en particular, proporcionar acceso a los medicamentos para todos.”

Los indicadores definidos a nivel mundial para su medición son: 3.b.1 Proporción de la población inmunizada con todas las vacunas incluidas en cada programa nacional; 3.b.2



Auditoría General de la Nación

Total neto de asistencia oficial para el desarrollo destinado a los sectores de la investigación médica y la atención sanitaria básica; 3.b.3 Proporción de centros de salud que disponen de un conjunto básico de medicamentos esenciales asequibles de manera sostenible⁵⁸.

Los países signatarios adoptaron el compromiso de realizar un proceso de adaptación de la Agenda a sus necesidades y objetivos, lo que implica definir y cuantificar las metas (adoptando o adaptando las mismas) de acuerdo a sus realidades y planificaciones estratégicas.

En nuestro país, el organismo encargado de la implementación de los ODS a nivel nacional es el CNCPS, quien es responsable de la coordinación y articulación con los organismos nacionales, gobiernos provinciales y municipales, y con actores no gubernamentales, para implementar el proceso de adaptación de la Agenda 2030 al contexto nacional y de su seguimiento. Por su parte, la construcción y medición de los indicadores son responsabilidad de los organismos públicos involucrados en las temáticas relativas a cada ODS (denominados responsables de meta), siendo el CNCPS un vehículo para la armonización de los mismos con el INDEC y otros organismos que aportan una mirada transversal. Por lo que el principal organismo involucrado en la definición de las metas y elaboración de indicadores del ODS 3 es el MSal.

Para evaluar los resultados de la política relacionada al Indicador 3.b.1., las vacunas seleccionadas del CNV fueron las recomendadas por el PAI de la OPS como indicadores de cobertura de vacunación y se agregaron las dos últimas vacunas incorporadas al CNV, a saber: HPV 2 dosis y Meningococo única dosis. Asimismo se analizaron las coberturas por ejercicio auditado y por jurisdicción en las 3 franjas etarias recomendadas, a saber: niños y niñas de 0 a 12 meses, de 12 a 23 meses y de 5 a 14 años de edad. Los porcentajes de coberturas de vacunación surgen de registros de datos que se basan en cantidad de personas con dosis aplicadas por vacuna en relación a sus poblaciones objetivo (cobertura administrativa).

Considerando cada franja etaria las principales conclusiones por vacuna analizada, son:

- Niños y niñas de 0 a 12 meses:
 - BCG < 1 año: coberturas de niveles óptimos y aceptables se mantuvieron en la mayoría de las provincias durante los años auditados.

⁵⁸ Con relación al Indicador 3.b.3, no es objeto de la presente auditoría.



Auditoría General de la Nación

- Rotavirus 2ª dosis: en 2018 y 2019 la mayoría de las provincias sostuvo coberturas aceptables y en sumatoria con las óptimas superaron más del 50% de las jurisdicciones, lo que disminuyó en 2020. En 2021 la mitad de las jurisdicciones logró coberturas regulares, y el resto coberturas aceptables y óptimas.
- Antipoliomielítica 3ª dosis: salvo en 2020 las coberturas aceptables se dan en la mayoría de las jurisdicciones, alcanzándose los mayores niveles de cobertura óptima en 2019.
- Quíntuple 3ª dosis: en 2018, 2019 y 2021 la mayoría de las jurisdicciones logró coberturas aceptables y óptimas.
- Niñas y niños de 12 a 23 meses:
 - Antipoliomielítica 1º refuerzo: En junio de 2020, se adoptó un cambio de esquema de esta vacuna en el CNV de acuerdo a lo sugerido por la OPS. En 2018, 2019 y 2020 predominaron las coberturas aceptables.
 - Quíntuple refuerzo: En 2018 las coberturas fueron óptimas y aceptables en la mayoría de las provincias. En 2021 aumentaron las jurisdicciones con cobertura aceptable.
 - SRP1: En 2021 se recuperaron porcentajes óptimos, reportándose registros similares a 2018.
 - Neumococo refuerzo: En 2021 se obtuvieron coberturas similares a 2018.
 - Meningococo tetravalente refuerzo: No se logran coberturas óptimas en todo el período auditado. En 2018 y 2019, la mayoría de las jurisdicciones tuvieron porcentajes bajos de cobertura (16 en 2018 y 13 en 2019). Durante 2020 se alcanzó la cobertura regular para la mayoría de la población objetivo. En 2021 se llegó a 12 provincias, a coberturas aceptables.
- Niñas, niños y adolescentes de 5 a 14:
 - DPT (Triple Bacteriana) y SRP1 (ingreso escolar): en los cuatro años auditados se deben revisar las coberturas superiores al 100%.
 - Antipoliomielítica (ingreso escolar): Se comenzó a administrar en 2021 por cambio de esquema y se lograron coberturas aceptables en 12 provincias.
 - Meningococo única dosis: en 2018 y 2019 la cobertura fue baja en 18 y 20 provincias respectivamente. En 2020 y 2021 la mayoría de las jurisdicciones tuvieron coberturas regulares.



Auditoría General de la Nación

- HPV 2º dosis femenina y masculina: Durante todo el período auditado la vacunación oportuna (11 años) tanto en mujeres como en varones muestra una cobertura predominantemente baja y regular.

Ahora bien, los resultados de coberturas oportunas y de recupero del total país evidencian la implementación de estrategias para lograr la eficacia y la inmunidad de rebaño, destacando que estas coberturas surgen del mismo año calendario pero no se suman por pertenecer a diferentes denominadores de poblaciones objetivo, pero demuestran que los recuperos, a pesar de no ser estadísticamente significativos, contribuyen a alcanzar la inmunidad de rebaño como una estrategia más para controlar poblaciones no vacunadas.

Con relación al indicador de acceso al CNV se estableció la evolución de la cobertura total país de BCG utilizada como indicador por la OPS/OMS, por considerarse una vacuna trazadora a estos fines y se concluyó que el acceso disminuyó durante los años 2019 y 2020, pero en 2021 logró recuperar niveles aunque no alcanzó los de 2018.

Asimismo, al determinar la tasa de deserción o abandono entre la primera y tercera dosis de la vacuna DPT -indicador recomendado por la OPS/OMS para medir desempeño del PAI- se verificó que durante todo el período auditado el abandono fue inferior al 10%, denotando un buen desempeño, no obstante el ASPO y el DISPO.

Con relación a la calidad de los datos utilizados para medir las coberturas de vacunación, se estableció -según dichos del auditado- que los datos de coberturas están subestimados debido a una disminución de la tasa de fecundidad que comenzó a suceder gradualmente desde el año 2015 y la falta de ajuste de los denominadores jurisdiccionales durante el período auditado. En efecto, el denominador indica la población objetivo que debe recibir la dosis para su edad, de manera oportuna.

Para finalizar con el análisis de resultados de la política de vacunación se analizó la cobertura de vacunación contra COVID-19 esquema primario (2 dosis), a través de los informes de avance respectivos que permiten realizar el seguimiento por jurisdicción y por grupo etario de las coberturas tanto de dosis de esquema primario, como de los refuerzos.

Se analizó la evolución semanal de la cobertura de la campaña de vacunación iniciada el 28/12/2020 hasta el cierre del período auditado y el Informe de Avance de Vacunación contra COVID-19 a la misma fecha, emitido el 7 de abril 2022, que muestra una cobertura total



Auditoría General de la Nación

país⁵⁹ con esquema primario del 50,1% y una cobertura considerando la POV a esa fecha (12 años y más) del 62,2%.

Con respecto a los resultados de las políticas vinculadas y/o relacionadas con el Indicador 3.b.2, se constató que el Indicador 3.b.2 adaptado muestra una evolución que durante en los ejercicios 2019 y 2021 se superó el hito intermedio previsto para 2020, sin embargo, ni este hito intermedio ni el final -expresados en pesos- fueron actualizados teniendo en cuenta las variaciones presupuestarias existentes a través de los ejercicios auditados.

BUENOS AIRES, 13 de diciembre de 2022.

⁵⁹ Incluye toda la población del país de acuerdo a proyecciones efectuadas por el INDEC a partir de datos censales.

OBJETO DE AUDITORIA: Gestión de gobierno para la implementación y seguimiento de la Meta 3.b. del ODS 3 (Indicadores 3.b.1 y 3.b.2)- Evaluación de las políticas vinculadas y relacionadas a los Indicadores 3.b.1 y 3.b.2.
Período auditado: 01/01/2018 al 30/09/2021

GERENCIA DE CONTROL DE GESTIÓN DEL SECTOR NO FINANCIERO
DEPARTAMENTO DE CONTROL DE GESTIÓN DE ORGANISMOS DESCENTRALIZADOS Y OTRAS ENTIDADES

NORMATIVA ANALIZADA / MARCO NORMATIVO APLICABLE

- **Leyes:** 22.909 de Vacunación obligatoria; 27.491 de Control de enfermedades prevenibles por vacunación; 25.467 del Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación.
- **Decretos:** 357/2002; 310/2007; 112/2017; 499/2017; 174/2018; 50/2019 y 229/2021.
- **Decisiones Administrativas:** 358/2016; 498/2016; 301/2018; 307/2018; 457/2020; 1461/2020 y 379/2021.
- **Resoluciones:** 941/2000 MSal; 259/2013 MSal.

En la Asamblea General de Naciones Unidas celebrada en septiembre de 2015, los Estados miembros aprobaron la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible como plan de acción en favor de las personas, el planeta y la prosperidad y reconocieron que la erradicación de la pobreza en todas sus formas y dimensiones, incluida la pobreza extrema, es el mayor desafío a que se enfrenta el mundo y constituye un requisito indispensable para el desarrollo sostenible.

La Agenda está conformada por 17 Objetivos y 169 metas que deberán ser cumplidos al 2030. Entre ellos el ODS 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.

Para alcanzarlo, la Agenda 2030 propone 9 metas (numéricas) y 4 medios de implementación que las complementan, con sus 27 indicadores destinados a proporcionar información relevante sobre distintos atributos y dimensiones del estado salud y del desempeño del sistema de salud mediante su monitoreo.

Entre ellas se encuentra la Meta 3.b “Apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos para las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan primordialmente a los países en desarrollo y facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales asequibles de conformidad con la Declaración de Doha relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública, en la que se afirma el derecho de los países en desarrollo a utilizar al máximo las disposiciones del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio en lo relativo a la flexibilidad para proteger la salud pública y, en particular, proporcionar acceso a los medicamentos para todos.”

Los indicadores definidos a nivel mundial para su medición son: 3.b.1 Proporción de la población inmunizada con todas las vacunas incluidas en cada programa nacional; 3.b.2 Total neto de asistencia oficial para el desarrollo destinado a los sectores de la investigación médica y la atención sanitaria básica; 3.b.3 Proporción de centros de salud que disponen de un conjunto básico de medicamentos esenciales asequibles de manera sostenible.

Los países signatarios adoptaron el compromiso de realizar un proceso de adaptación de la Agenda a sus necesidades y objetivos, lo que implica definir y cuantificar las metas (adoptando o adaptando las mismas) de acuerdo a sus realidades y planificaciones estratégicas.

En nuestro país, el organismo encargado de la implementación de los ODS a nivel nacional es el CNCPS, quien es responsable de la coordinación y articulación con los organismos nacionales, gobiernos provinciales y municipales, y con actores no gubernamentales, para implementar el proceso de adaptación de la Agenda 2030 al contexto nacional y de su seguimiento. Por su parte, la construcción y medición de los indicadores son responsabilidad de los organismos públicos involucrados en las temáticas relativas a cada ODS (denominados responsables de meta), siendo el CNCPS un vehículo para la armonización de los mismos con el INDEC y otros organismos que aportan una mirada transversal. Por lo que el principal organismo involucrado en la definición de las metas y elaboración de indicadores del ODS 3 es el MSal.

CONCLUSIONES

Para evaluar los resultados de la política relacionada al Indicador 3.b.1., las vacunas seleccionadas del CNV fueron las recomendadas por el PAI de la OPS como indicadores de cobertura de vacunación y se agregaron las dos últimas vacunas incorporadas al CNV, a saber: HPV 2 dosis y Meningococo única dosis. Asimismo se analizaron las coberturas por ejercicio auditado y por jurisdicción en las 3 franjas etarias recomendadas, a saber: niños y niñas de 0 a 12 meses, de 12 a 23 meses y de 5 a 14 años de edad. Los porcentajes de coberturas de vacunación surgen de registros de datos que se basan en cantidad de personas con dosis aplicadas por vacuna en relación a sus poblaciones objetivo (cobertura administrativa).

Autoridades AGN (a la fecha de aprobación del informe)

Presidente

Lic. Jesús Rodríguez

Auditores

Dr. Francisco J. Fernández
Dr. Juan I. Forlón
Dr. Gabriel Mihura Estrada

Dr. Alejandro M. Nieva
Dr. Miguel Ángel Pichetto
Lic. María Graciela de la Rosa

Contacto

Av. Rivadavia 1745 - (C1033AAH) CABA -
Argentina Tel.: (54 11) 4124 - 3700
informacion@agn.gov.ar / www.agn.gov.ar

Considerando cada franja etaria las principales conclusiones por vacuna analizada, son:

- Niños y niñas de 0 a 12 meses:

-BCG < 1 año: coberturas de niveles óptimos y aceptables se mantuvieron en la mayoría de las provincias durante los años auditados.

-Rotavirus 2ª dosis: en 2018 y 2019 la mayoría de las provincias sostuvo coberturas aceptables y en sumatoria con las óptimas superaron más del 50% de las jurisdicciones, lo que disminuyó en 2020. En 2021 la mitad de las jurisdicciones logró coberturas regulares, y el resto coberturas aceptables y óptimas.

-Antipoliomielítica 3ª dosis: salvo en 2020 las coberturas aceptables se dan en la mayoría de las jurisdicciones, alcanzándose los mayores niveles de cobertura óptima en 2019.

-Quíntuple 3ª dosis: en 2018, 2019 y 2021 la mayoría de las jurisdicciones logró coberturas aceptables y óptimas.

- Niñas y niños de 12 a 23 meses:

-Antipoliomielítica 1º refuerzo: En junio de 2020, se adoptó un cambio de esquema de esta vacuna en el CNV de acuerdo a lo sugerido por la OPS. En 2018, 2019 y 2020 predominaron las coberturas aceptables.

-Quíntuple refuerzo: En 2018 las coberturas fueron óptimas y aceptables en la mayoría de las provincias. En 2021 aumentaron las jurisdicciones con cobertura aceptable.

-SRP1: En 2021 se recuperaron porcentajes óptimos, reportándose registros similares a 2018.

-Neumococo refuerzo: En 2021 se obtuvieron coberturas similares a 2018.

-Meningococo trivalente refuerzo: No se logran coberturas óptimas en todo el período auditado. En 2018 y 2019, la mayoría de las jurisdicciones tuvieron porcentajes bajos de cobertura (16 en 2018 y 13 en 2019). Durante 2020 se alcanzó la cobertura regular para la mayoría de la población objetivo. En 2021 se llegó a 12 provincias, a coberturas aceptables.

- Niñas, niños y adolescentes de 5 a 14:

-DPT (Triple Bacteriana) y SRP1 (ingreso escolar): en los cuatro años auditados se deben revisar las coberturas superiores al 100%.

-Antipoliomielítica (ingreso escolar): Se comenzó a administrar en 2021 por cambio de esquema y se lograron coberturas aceptables en 12 provincias.

-Meningococo única dosis: en 2018 y 2019 la cobertura fue baja en 18 y 20 provincias respectivamente. En 2020 y 2021 la mayoría de las jurisdicciones tuvieron coberturas regulares.

-HPV 2ºdosis femenina y masculina: Durante todo el período auditado la vacunación oportuna (11 años) tanto en mujeres como en varones muestra una cobertura predominantemente baja y regular.

Ahora bien, los resultados de coberturas oportunas y de recupero del total país evidencian la implementación de estrategias para lograr la eficacia y la inmunidad de rebaño, destacando que estas coberturas surgen del mismo año calendario pero no se suman por pertenecer a diferentes denominadores de poblaciones objetivo, pero demuestran que los recuperos, a pesar de no ser estadísticamente significativos, contribuyen a alcanzar la inmunidad de rebaño como una estrategia más para controlar poblaciones no vacunadas.

Con relación al indicador de acceso al CNV se estableció la evolución de la cobertura total país de BCG utilizada como indicador por la OPS/OMS, por considerarse una vacuna trazadora a estos fines y se concluyó que el acceso disminuyó durante los años 2019 y 2020, pero en 2021 logró recuperar niveles aunque no alcanzó los de 2018.

Asimismo, al determinar la tasa de deserción o abandono entre la primera y tercera dosis de la vacuna DPT -indicador recomendado por la OPS/OMS para medir desempeño del PAI- se verificó que durante todo el período auditado el abandono fue inferior al 10%, denotando un buen desempeño, no obstante el ASPO y el DISPO.

Con relación a la calidad de los datos utilizados para medir las coberturas de vacunación, se estableció -según dichos del auditado- que los datos de coberturas están subestimados debido a una disminución de la tasa de fecundidad que comenzó a suceder gradualmente desde el año 2015 y la falta de ajuste de los denominadores jurisdiccionales durante el período auditado. En efecto, el denominador indica la población objetivo que debe recibir la dosis para su edad, de manera oportuna.

Para finalizar con el análisis de resultados de la política de vacunación se analizó la cobertura de vacunación contra COVID-19 esquema primario (2 dosis), a través de los informes de avance respectivos que permiten realizar el seguimiento por jurisdicción y por grupo etario de las coberturas tanto de dosis de esquema primario, como de los refuerzos.

Se analizó la evolución semanal de la cobertura de la campaña de vacunación iniciada el 28/12/2020 hasta el cierre del período auditado y el Informe de Avance de Vacunación contra COVID-19 a la misma fecha, emitido el 7 de abril 2022, que muestra una cobertura total país con esquema primario del 50,1% y una cobertura considerando la POV a esa fecha (12 años y más) del 62,2%.

Con respecto a los resultados de las políticas vinculadas y/o relacionadas con el Indicador 3.b.2, se constató que el Indicador 3.b.2 adaptado muestra una evolución que durante en los ejercicios 2019 y 2021 se superó el hito intermedio previsto para 2020, sin embargo, ni este hito intermedio ni el final -expresados en pesos- fueron actualizados teniendo en cuenta las variaciones presupuestarias existentes a través de los ejercicios auditados.

BUENOS AIRES, 13 de diciembre de 2022.