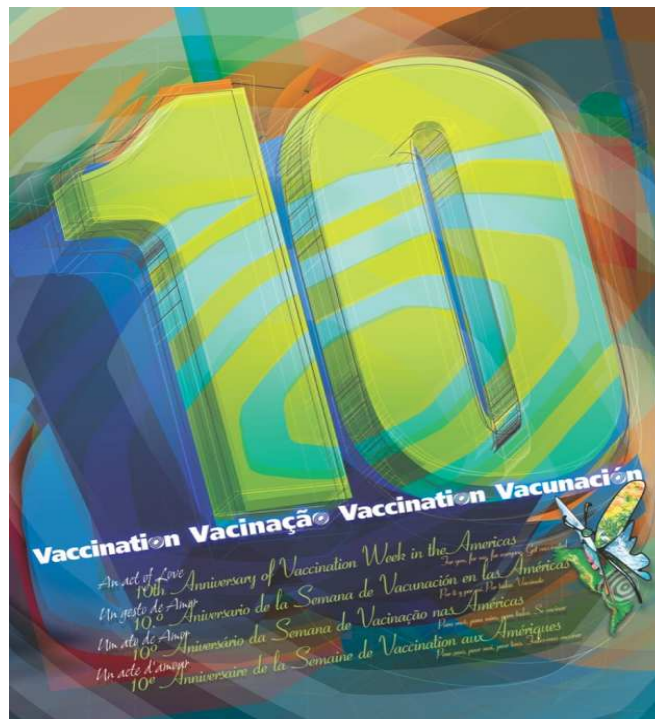




Ministerio de Salud y Protección Social  
República de Colombia

Prosperidad  
para todos

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL  
Dirección de Promoción y Prevención  
Subdirección de enfermedades transmisibles  
Programa Ampliado de Inmunizaciones



JORNADA DE VACUNACIÓN EN LAS AMERICAS 2012

“Por ti y por mí. Por todos. Vacúnate”

**DOCUMENTO MARCO**

Colombia, Abril 2012

***Vacunación sin barreras, un compromiso de todos!!***

Vacunas al día se la ponemos fácil  
Salud es prosperidad para todos



**Ministerio de Salud y Protección Social**  
República de Colombia

**Prosperidad  
para todos**

**BEATRIZ LONDOÑO SOTO**

Ministra de Salud y Protección Social

**CARLOS MARIO RAMIREZ RAMREZ**

Viceministro de Salud Pública y prestación de servicios

**NORMAN JULIO MUÑOZ MUÑOZ**

Viceministro de Protección social

**GERARDO LUBÍN BURGOS BERNAL**

Secretario General

**LENIS ENRIQUE URQUIJO VELASQUEZ**

Director de Promoción y Prevención

**Vacunas al día, se la ponemos fácil**  
**Salud es prosperidad para todos**



**COORDINADOR GRUPO PAI**

DIEGO ALEJANDRO GARCIA LONDOÑO

**GRUPO DE ASISTENCIA TECNICA**

ANA BETTY HIGUERA PEREZ  
ANA DEL CARMEN CASTAÑEDA CARVAJALINO  
BRIGITTE NEFFER FOREST DUQUE  
CARMEN ELISA OJEDA JURADO  
CLARA LUCIA BOCANEGRA CERVERA  
IVÁN MAURICIO CÁRDENAS CAÑÓN  
JACQUELINE PALACIOS GONZALEZ  
LELY ESTELLA GUZMAN  
LÍA MARCELA GÜIZA CASTILLO  
MARIA CRISTINA ARIAS MAHECHA  
MARTHA IMELDA LINERO DELUQUE

**SISTEMA DE INFORMACIÓN**

CAMILO MORENO CANGREJO  
AURA PATRICIA OROZCO

**CADENA DE FRIO**

ALBERTO SANCHEZ CASTRO  
RAFAEL HERNAN RIVERA CABALLERO  
DIEGO HERNANDO REY



## TABLA DE CONTENIDO

<b>SITUACIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL DE VACUNACIÓN EN COLOMBIA</b> .....	<b>7</b>
1. SITUACION NACIONAL 2011.....	7
2. SITUACION NACIONAL ENERO – FEBRERO 2012 .....	7
1.2 SITUACIÓN DEPARTAMENTAL.....	9
<b>3. LINEAMIENTOS DE LA JORNADA DE VACUNACION MES DE ABRIL Y SEMANA DE VACUNACIÓN DE LAS AMERICAS 2012</b> .....	<b>10</b>
3.1 JUSTIFICACIÓN.....	10
3.2 OBJETIVO .....	11
3.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	11
3.4 METAS NACIONALES .....	11
3.5 POBLACIÓN PRIORITARIA.....	12
<b>4. MOVILIZACIÓN SOCIAL</b> .....	<b>13</b>
<b>5. FASES OPERATIVAS</b> .....	<b>15</b>
5.1 PRE JORNADA .....	15
5.2 SEMANA DE VACUNACIÓN EN LAS AMÉRICAS .....	15
5.3 DÍAS DE JORNADA .....	15
5.4 POS JORNADA.....	15
<b>6. SISTEMA DE INFORMACIÓN</b> .....	<b>15</b>
<b>7. PLAN DE ACCIÓN</b> .....	<b>16</b>
<b>8. EVALUACIÓN DEL PLAN DE COMUNICACIONES</b> .....	<b>17</b>
<b>9. ESTRATEGIAS DE VACUNACION</b> .....	<b>17</b>
9.1 VACUNACIÓN INTRAMURAL O INSTITUCIONAL .....	17
9.2 VACUNACIÓN EXTRAMURAL .....	18
<b>10. VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE EVENTOS SUPUESTAMENTE ATRIBUIDOS A LA VACUNACIÓN Ó INMUNIZACIÓN (ESAVI)</b> .....	<b>18</b>
10.1 CLASIFICACIÓN DE ESAVI .....	19
ACCIONES A DESARROLLAR: .....	19
<b>11. EVALUACION DE COBERTURAS DE VACUNACION</b> .....	<b>20</b>
<b>12. EVALUACIÓN DE INDICADORES</b> .....	<b>20</b>
<b>ANEXO 1 MUNICIPIOS CON COBERTURAS DE VOP3 INFERIORES AL 50% EN EL 2011</b> .....	<b>22</b>
<b>ANEXO 3</b> .....	<b>24</b>
<b>ANEXO 4 MUNICIPIOS CON POBLACIÓN INDÍGENA</b> .....	<b>25</b>
<b>ANEXO 5 MUNICIPIOS PRIORIDAD 1A PARA FIEBRE AMARILLA</b> .....	<b>26</b>
<b>ANEXO 6 MODELO DE ENCUESTA PARA EVALUAR LA CAMPAÑA DE COMUNICACIÓN SOCIAL DE LA JORNADA NACIONAL DE VACUNACIÓN DE LAS AMERICAS- OPS</b> .....	<b>27</b>
<b>ANEXO 7 ESQUEMA DE VACUNACION ACTUALIZADO COLOMBIA 2012</b> .....	<b>28</b>



## INTRODUCCIÓN

La Semana de Vacunación en las Américas (SVA), es una iniciativa anual continental, respaldada por el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), fue propuesta inicialmente en el 2002 por los Ministros de Salud de la Región Andina después de un brote de sarampión, en la frontera entre Venezuela y Colombia. De 2003 a 2011, como resultado de las actividades realizadas bajo el marco de la SVA, más de 365 millones de personas de diferentes edades han sido vacunadas contra una amplia variedad de enfermedades. Las celebraciones de la SVA y sus campañas de comunicación, también han contribuido a destacar el trabajo esencial de los programas nacionales de vacunación y de la importancia de la vacunación para el público en general. **Este año se cumple el 10º aniversario de la iniciativa.**

La participación de países y de territorios en la SVA es flexible, las metas y las actividades de esta iniciativa se eligen en conformidad con los objetivos de salud nacionales; sin embargo, los objetivos fundamentales son:

- Promover la equidad y el acceso a la vacunación.
- Promover la transición de la vacunación del niño a la vacunación de la familia.
- Promover la comunicación y cooperación entre países.
- Mantener la vacunación en la agenda política.

El éxito de la SVA también ha servido como ejemplo para otras regiones del mundo en la implementación de sus propias Semanas de Vacunación/ Inmunización.

La introducción de las demás regiones a la semana de vacunación, fue de la siguiente manera:

En 2005, La Región Europea (EURO)

En 2010, la Región Mediterráneo Oriental (EMRO)

En 2011, la Región del Pacífico Occidental (WPRO) y Región Africana (AFRO)

En 2012, la Región del Sudeste Asiático (SEARO) por primera vez realizará la Semana Mundial de la vacunación.

Debido a esta expansión, el 2012 marcará el hito de la primera celebración de la Semana Mundial de Inmunización (SMI), no reemplazará a la SVA, pero servirá como un marco general para unir todos los esfuerzos mundiales. Es un motivo de celebración, ¡que una iniciativa que comenzó en las Américas ahora se conmemorará en todos los rincones del mundo!

Aprovechando el Marco de la Cumbre de las Américas y dado que Colombia fue uno de los países pioneros en la región, en esta iniciativa, la Organización Panamericana de la Salud, solicitó al Gobierno de Colombia la realización del Lanzamiento de la Semana Mundial de la Vacunación, este evento se realizará en la ciudad de Cartagena y contará con la presencia de la Dra. Mirta Roses. Directora de la OPS.

La decima SVA se celebrará del 21 al 28 de abril de 2012, simultáneamente con la Semana Nacional de Vacunación Infantil (NIIW) en Estados Unidos y la región fronteriza con México, la Semana Nacional de Promoción de la Vacunación en Canadá (NIAW), la sexta Semana Europea de Inmunización (EIW), la segunda Semana de Vacunación en el Mediterráneo Oriental (VWEM) y las primeras semanas de



vacunación en las regiones de África y el Pacífico Occidental, bajo el lema **“Por ti y por mí. Por todos. Vacúnate”**.

El objetivo de la SVA es el fortalecimiento de los esquemas de vacunación de rutina de los países y la identificación de las poblaciones con acceso limitado o sin acceso a los servicios de salud, adicionalmente captar los niños que no fueron vacunados el año anterior y en los meses de enero a marzo del presente año, con el fin disminuir la probabilidad de que se presenten brotes de enfermedades prevenibles por vacunas.

En el año 2011 y en lo corrido del 2012, Colombia no ha logrado coberturas útiles en el programa permanente de vacunación, por esta razón se hace necesario realizar una adecuada planeación y ejecución de actividades en **esta primera Jornada Nacional de Vacunación**.

Para lograr las metas propuestas, es necesario y relevante incluir en la planificación de actividades a todos los actores responsables de la ejecución de acciones en salud dirigidas a la población infantil como: las Empresas Promotoras de Servicio de Salud (EPS) de los regímenes subsidiado, contributivo y especial y de excepción, con el fin de garantizar el cumplimiento de las metas y en concordancia con la formulación de la estrategia de la Presidencia de la República para la atención integral de la primera infancia “De Cero a Siempre”.

Este documento es una herramienta que incluye información e instrucciones para organizar y preparar, el desarrollo y evaluación de las actividades de la SVA 2012 de una manera metódica y eficiente.

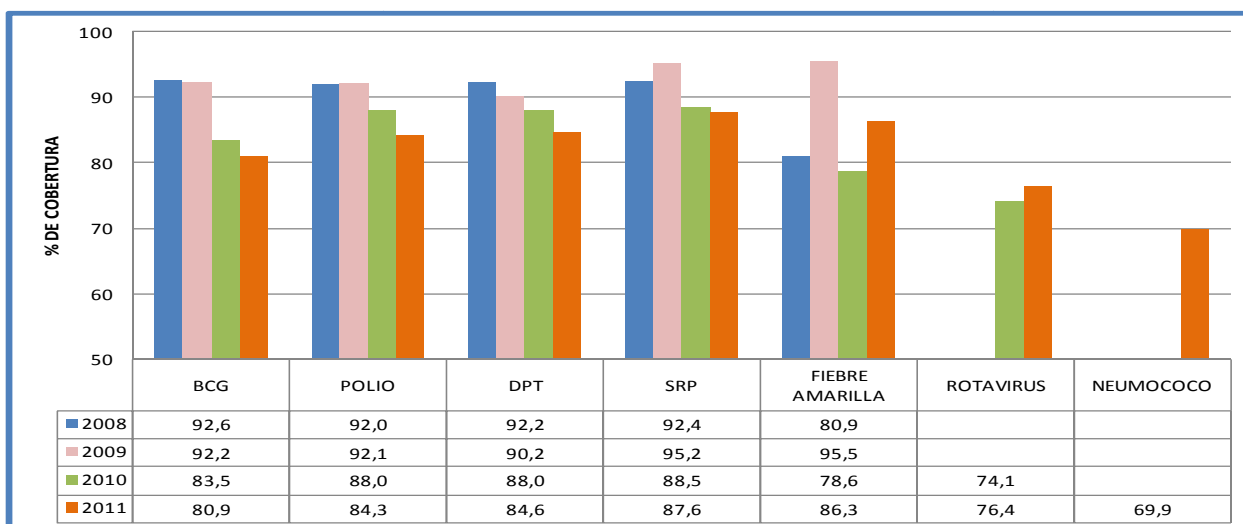
## SITUACIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL DE VACUNACIÓN EN COLOMBIA

### 1. SITUACION NACIONAL 2011

Las coberturas de vacunación alcanzados en el 2011, fueron inferiores a las reportados en años anteriores y por debajo de las metas establecidas nacional e internacionalmente, para asegurar la protección de la población contra las enfermedades prevenibles por vacunas.

Las coberturas de vacunación alcanzadas en los 1.123 municipios fueron de 80,9% con BCG, mientras que la vacunación con VOP3 fue de 84,3%, con Pentavalente (DPT) fue de 84,6%, con triple viral de 87,6% y con fiebre amarilla fue de 86,3, resultados inferiores a la meta trazada, las coberturas alcanzadas con las últimas vacuna introducidas al esquema, rotavirus y neumococo, fueron de 76,4% y 69,9% respectivamente, siendo rotavirus y fiebre amarilla los únicos biológicos con coberturas superiores al año anterior. Gráfica 1.

**Gráfica 1.** Coberturas de vacunación por biológico, Colombia 2008 – 2011



Denominador estimado censo 2005  
Plantilla mensual de vacunación 2012. MSPS

FUENTE:

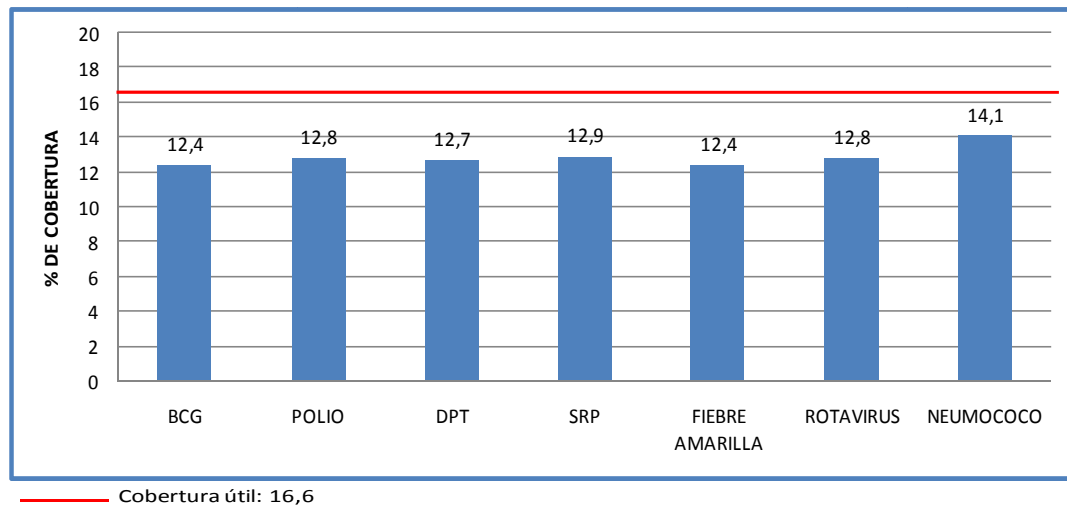
### 2. SITUACION NACIONAL ENERO – FEBRERO 2012

Las coberturas de vacunación en el 2012 con corte a febrero, en todos los biológicos están por debajo de lo esperado para este período. Gráfica 2.

En este periodo en los 1.123 municipios del país, se han dejado de vacunar, 37.160 niños y niñas con BCG, 33.507 no han completado terceras dosis de pentavalente, 33.256 no se han vacunado con

segundas dosis de rotavirus, 22.415 no han recibido la segunda dosis de neumococo y 37.072 aún no han completado el esquema de vacunación al año de edad con triple viral y fiebre amarilla.

**Gráfica 2.** Coberturas de vacunación por biológico, Colombia enero – febrero 2012

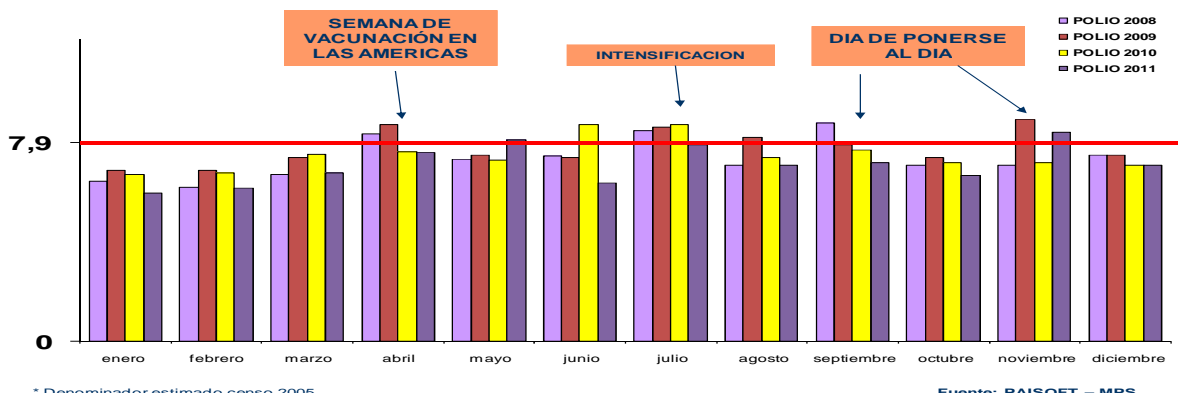


FUENTE: Plantilla mensual de vacunación 2012. MSPS

En la gráfica 3, se puede observar el impacto de las jornadas de vacunación en la meta mensual, cabe destacar que durante el 2011, el porcentaje de cobertura alcanzado mes a mes se logró en mayo y en noviembre, esto confirma que el país debe realizar una última jornada de vacunación en el mes de noviembre, con el fin de poner al día los niños que se encuentren atrasados en el esquema.

**Gráfica 3.** Coberturas VOP alcanzadas por mes para Colombia 2008 - 2011

Fuente: PAISOFT – MPS





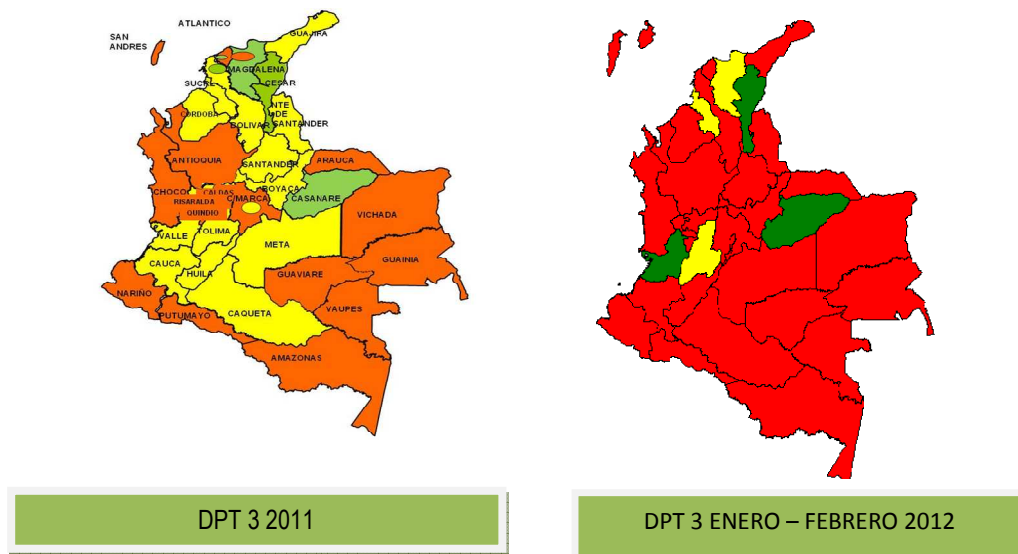
## 1.2 SITUACIÓN DEPARTAMENTAL.

Los departamentos y distritos que alcanzaron coberturas superiores al 95% con VOP3 fueron: Cesar, Cartagena, Barranquilla, Santander, Magdalena y Casanare; el 80% de los departamentos tienen coberturas inferiores al 95% con VOP3 y los Departamentos de Sucre, Córdoba, Meta, Valle, Norte de Santander, Cauca, Huila, Caquetá, Bolívar, Boyacá, Tolima, La Guajira y el distrito de Bogotá obtuvieron coberturas consideradas de bajo riesgo (80% – 94%), gráfica 4.

Hay disminución de 2,9% en el número de niños vacunados con polio comparando el 2011 con el 2010, equivalente a 6153 niños menos vacunados.

En cuanto a la vacuna BCG, los departamentos de Cartagena, Barranquilla, Cesar, Casanare, Santander y el distrito de Bogotá, lograron coberturas útiles; Sucre, Caquetá, Norte de Santander, Meta, Córdoba, Huila, Valle, Guainía, Magdalena y Amazonas obtuvieron coberturas de bajo riesgo (80% – 94%). La diferencia de niños vacunados en el 2011 comparado con 2010 fue de 2.674 niños.

**Grafica 4.** Coberturas de DPT3 Colombia, 2011 - 2012



Denominador estimado censo 2005  
Fuente: Plantilla de Reporte Mensual – MSPS

Los resultados de la cobertura de vacunación con triple viral en población de un año muestran que el 19% de los entes territoriales (Barranquilla, Cesar, Cartagena, Casanare, Sucre, Magdalena y Santander) alcanzaron coberturas útiles, los departamentos de Valle, Norte de Santander, Meta, Córdoba, Huila, Cauca, Tolima, Boyacá, Caquetá, Bolívar, Guainía, Antioquia, La Guajira, Risaralda y el distrito de Bogotá obtuvieron coberturas de bajo riesgo (80% – 94%), tabla 1.

Se evidenció una disminución de 7,8% en vacunación con triple viral, lo que representa 5.037 niños vacunados menos en el 2011 comparado con el 2010.

Tabla 1. Cobertura de triple viral departamental Colombia 2011- 2012

COBERTURA SRP AL AÑO 2011		
DEPARTAMENTO	DOSIS APLICADAS SRP	% DE COBERTURA
GUAVIARE	1681	59,7
SAN ANDRES	818	64,1
CALDAS	10924	66,4
NARIÑO	22426	68,7
ATLANTICO	16369	72,7
ARAUCA	4794	72,9
QUINDIO	7034	76,2
VAUPES	933	76,9
AMAZONAS	1608	76,9
VICHADA	1471	76,9
CUNDINAMARCA	36334	77,4
PUTUMAYO	6184	78,1
CHOCO	10470	78,1
SANTA MARTA	7294	79,1
RISARALDA	12350	80,3
ANTIOQUIA	84471	81,3
GUAINIA	841	81,8
LA GUAJIRA	19802	82,3
BOLIVAR	20403	83,4
CAQUETA	9134	85,3
BOYACA	19584	86,0
TOLIMA	22165	86,2
HUILA	19874	87,9
CAUCA	23280	89,5
CORDOBA	33215	92,6
BOGOTA D.C.	110943	92,7
META	16934	93,3
NORTE DE SANTANDER	23791	93,4
VALLE	69289	95,2
SANTANDER	32473	95,6
MAGDALENA	17997	97,7
SUCRE	16508	97,9
CASANARE	7286	102,7
CARTAGENA	17927	105,6
CESAR	23894	108,1
BARRANQUILLA	22637	112,7

COBERTURA SRP AL AÑO ENERO - FEBRERO 2012		
DEPARTAMENTO	DOSIS APLICADAS SRP	% DE COBERTURA
VAUPES	50	4,1
META	872	4,8
SANTA MARTA	565	6,1
GUAINIA	67	6,4
VICHADA	142	7,3
AMAZONAS	165	7,8
GUAVIARE	248	8,8
LA GUAJIRA	2300	9,3
CHOCO	1264	9,5
SAN ANDRES	123	9,7
ATLANTICO	2279	10,0
ARAUCA	691	10,5
NARIÑO	3501	10,7
CALDAS	1809	11,1
CAQUETA	1215	11,3
BOLIVAR	2809	11,4
ANTIOQUIA	12256	11,7
PUTUMAYO	953	12,1
QUINDIO	1116	12,1
CUNDINAMARCA	5785	12,2
RISARALDA	1913	12,5
CORDOBA	4534	12,6
TOLIMA	3300	12,9
BOYACA	2957	13,2
CAUCA	3486	13,3
HUILA	3072	13,5
SANTANDER	4678	13,8
NORTE DE SANTANDER	3586	14,1
MAGDALENA	2686	14,6
SUCRE	2507	14,9
BOGOTA D.C.	18036	15,0
CARTAGENA	2598	15,5
VALLE	11320	15,5
CASANARE	1163	16,3
CESAR	3675	16,6
BARRANQUILLA	3313	16,7

\* Denominador estimado censo 2005

Fuente: PAISOFT – MPS

### 3. LINEAMIENTOS DE LA JORNADA DE VACUNACION MES DE ABRIL Y SEMANA DE VACUNACIÓN DE LAS AMERICAS 2012

#### 3.1 Justificación

En diferentes puntos del territorio nacional, aún persiste inequidad en el acceso al Programa Ampliado de Inmunizaciones, en sus actividades permanentes, por esta razón es pertinente la realización de la jornada en cada uno de los municipios del país, para disminuir estas inequidades, facilitar estrategias para el mejoramiento de las coberturas y la disminución de la población susceptible. Por consiguiente, todas las IPS públicas y privadas que vacunan, deben iniciar y completar esquemas de vacunación a la población



objeto, utilizando las estrategias de **“vacunación sin barreras”**, ampliando horarios que permitan el fácil acceso al servicio, fortaleciendo la promoción y la demanda inducida con la activa participación de las EPS del subsidiado y contributivo y el régimen especial y de excepción.

### 3.2 Objetivo

Intensificar las estrategias de vacunación que permitan captar la población infantil, mujeres gestantes y las demás en edad fértil y adulto mayor de 59 años, con el fin de iniciar los esquemas de vacunación oportunos y poner al día a los niños y niñas del país que se encuentren atrasados en el esquema, durante el mes de abril con lema **“Por ti y por mí. Por todos. Vacúnate”**.

### 3.3 Objetivos específicos

- Intensificar la vacunación infantil **en niños de 0 - 5 años 11 meses 29 días**, en forma masiva durante abril y mayo.
- Vacunar al total de la población infantil entre **6 y 23 meses** con **una o dos** dosis de influenza.
- Vacunar al total de la población mayor de 60 años con **una** dosis de influenza.
- Vacunar al total de mujeres en segundo y tercer trimestre de gestación con **una** dosis de influenza.
- Realizar búsqueda, seguimiento y vacunación de la población susceptible menor de 6 años.
- Fortalecer el plan de eliminación del tétanos neonatal, administrando dosis de esquema a toda mujer gestante y MEF que no haya iniciado o finalizado su esquema con 5 dosis de Td.
- Apoyar el control de la fiebre amarilla, administrando una dosis de esta vacuna a toda persona de 1 a 59 años sin antecedente vacunal en zonas de riesgo.

### 3.4 Metas nacionales

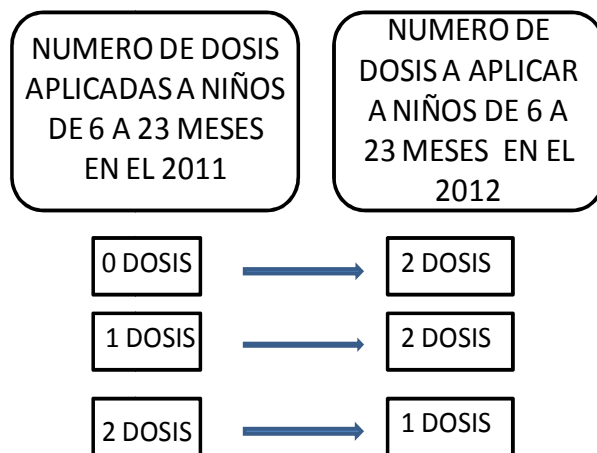
- Vacunar 72.099 recién nacidos con BCG y HB dosis de RN
- Vacunar 216.297 niños menores de un año con primera, segunda o tercera dosis de VOP y vacuna pentavalente (DPT, hepatitis B y Hib).
- Vacunar 144.198 niños menores de un año con primera y segunda dosis de rotavirus.
- Vacunar 71.725 niños de un año con triple viral.
- Vacunar 71.725 niños de un año contra Fiebre Amarilla.
- Vacunar 1.221.571 niños de 6 a 23 meses con una o dos dosis de influenza.
- Vacunar 432.594 mujeres en segundo y tercer trimestre de gestación.
- Vacunar 71.725 niños de 18 meses con refuerzo de DPT y polio.
- Vacunar 70.859 niños de 5 años con refuerzo de DPT, Polio y Triple Viral.
- Iniciar o completar el esquema de Td al 100% de las gestantes en el territorio nacional y a las mujeres en edad fértil (MEF) de 10 a 49 años que la requieran y que sean residentes en municipios de alto riesgo para Tétanos neonatal.

### 3.5 Población prioritaria

En el marco del documento de OPS/2012 referente a la planificación de la semana de vacunación de las Américas, la población objeto a cubrir durante la Jornada Nacional de Vacunación son los niños y niñas de 0 a 5 años de edad de todo el territorio nacional, principalmente a los residentes en municipios de fronteras, con altos índices de NBI, en situación de desplazamiento por el conflicto armado, bajas coberturas de vacunación (<50%) y municipios con población indígena y afrocolombiana; así mismo serán objeto de esta jornada los niños de 1 año de los municipios de riesgo para fiebre amarilla.

- **Población menor de un año de municipios con bajas coberturas:** se debe intensificar la vacunación en 173 municipios que en el 2011 y en lo acumulado 2012, presentaron coberturas de DPT3 por debajo del 50%, en los cuales viven 64.343 menores de un año (Anexo 1).
- **Niños entre 6 y 23 meses:** se realizará vacunación a todos los niños entre 6 y 23 meses con una o dos dosis de acuerdo a su esquema de vacunación de influenza, tabla 2.

**Tabla 2. Dosis de influenza a aplicar en 2012 en población de 6 a 23 meses**



Es importante tomar los datos de identificación y ubicación de los vacunados con primera dosis de influenza en un formato diferente al registro diario, con el fin de facilitar la ubicación del usuario, para realizar el seguimiento y la aplicación de la segunda dosis, que se realizará en mayo y junio (Anexo 2).

- **Mujeres en segundo y tercer trimestre de gestación:** se realizará vacunación a todas las gestantes a partir de la semana 14 con una dosis de influenza.
- **Adultos mayores de 60 años:** se realizará vacunación a todos los adultos mayores de 59 años con una dosis de influenza.

- **Población en fronteras:** se intensificará y se trabajará articuladamente con los municipios fronterizos del país con el fin de coordinar la vacunación de los 89.323 niños menores de un año que habitan en los 69 municipios fronterizos (Anexo 3).
- **Población indígena y afrocolombiana:** en los 161 municipios y resguardos indígenas donde se concentra una gran proporción de población indígena y población afro-colombiana, donde nacen aproximadamente 157.944 niños cada año, se intervendrá con acciones específicas de vacunación, según necesidades y requerimiento de cada población, contando con el apoyo de las alcaldías municipales, las gobernaciones indígenas, Secretarías de Salud, las EPS del subsidiado y del contributivo, las IPS privadas, públicas, indígenas, las ONGs y demás organismos de apoyo al sector salud a partir de los cronogramas de actividades existentes (Anexo 4).
- **Población de un año en municipios de riesgo para fiebre amarilla:** intensificar las acciones de vacunación en los 48 municipios de prioridad 1 A para fiebre amarilla en los que viven 52.954 niños de un año (Anexo 5).

#### 4. MOVILIZACIÓN SOCIAL

En el marco de la Cumbre de Gobernadores realizada en Pereira el 16 marzo de 2012, el Presidente Juan Manuel Santos y la Ministra de Salud Dra. Beatriz Londoño, le pidieron a los gobernantes departamentales y locales que trabajen duro para **“ponérsela fácil”** a los papás y niños de todos los municipios del país, para que tengan sus vacunas completas.

Con los niños como testigos, los gobernadores de Colombia firmaron un pacto por el cuidado y atención de la salud de los niños y niñas de cada departamento; además recibieron un dibujo alusivo a la importancia de proteger la vida y los derechos de la niñez.

Los gobernadores manifestaron: “Estamos comprometidos con el mejoramiento de la calidad de vida de los niños, niñas y adolescentes de nuestra ciudad, por eso de la mano del Gobierno Nacional buscaremos impulsar y fortalecer las estrategias de prevención de la enfermedad y promoción de la salud que garanticen el cumplimiento de nuestros objetivos”.



Fuente: imagen archivo MSPS



La movilización social es determinante para el éxito de la jornada. Se divide en dos subcomponentes: participación y comunicación social. Las actividades se realizarán en todos los niveles: central, departamental, distrital y municipal (IPS, EPS y ESE).

Para esta jornada, en comunicación social a nivel mundial se ha definido el lema: **“Por ti y por mí. Por todos. Vacúnate”**, en Colombia, el lema central y permanente es **“Vacunas al día se la ponemos fácil”**, el cual debe llegar a la población objeto, a las madres y padres o cuidadores de los niños.

El Ministerio de Salud y Protección Social, distribuirá materiales para la difusión de la jornada, pero es responsabilidad de las entidades territoriales la elaboración de materiales para radio, televisión y medios escritos, así como materiales impresos; en los municipios se deberá realizar perifoneo días antes de iniciarse la SVA y donde residen grupos indígenas, esta difusión deberá realizarse utilizando el idioma propio de estas poblaciones. A nivel departamental y distrital se recomienda usar los fondos descentralizados de promoción y prevención para financiar los planes de comunicación social, con el fin de divulgar ampliamente los objetivos, metas, estrategias y cronograma de jornada; se debe coordinar con las aseguradoras para que el mensaje y la publicidad sea unificada, una sola campaña de comunicación.

Las artes de los afiches de esta jornada, están disponibles para su difusión en la siguiente dirección electrónica: [http://new.paho.org/vwa/?page\\_id=15&lang=es](http://new.paho.org/vwa/?page_id=15&lang=es), en las pestañas: multimedia, español.

Los comerciales nacionales para radio y televisión están disponibles para su difusión en el siguiente link: [http://www.minproteccion-social.gov.co/salud/Paginas/ProgramaAmpliadodelInmunizaciones\(PAI\).aspx](http://www.minproteccion-social.gov.co/salud/Paginas/ProgramaAmpliadodelInmunizaciones(PAI).aspx)

Se deberán realizar reuniones del Comité de infancia tanto a nivel departamental como municipal, con el fin de establecer los mecanismos de coordinación con las entidades que deben ejecutar la jornada:

Socios o alianzas estratégicas:

- Secretarías de Educación
- Empresas Promotoras de Salud
- Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
- Acción Social
- Sociedad Colombiana de Pediatría
- ICBF
- Cajas de compensación
- Instituciones educativas
- Medios de Comunicación
- Fuerzas Militares y Policía Nacional.
- Red Unidos y Familias en Acción.
- Iglesias
- Cruz Roja y otras ONG´s en zonas de difícil acceso por conflicto armado.



## **5. FASES OPERATIVAS**

Para cumplir con las metas propuestas se plantean cuatro fases o etapas: pre jornada, Semana de Vacunación en las Américas, día de Jornada, y pos jornada.

### **5.1 Pre Jornada**

A realizarse entre el 1 y 20 de abril, durante la pre jornada se debe alcanzar por lo menos el 90% de la meta propuesta con apoyo de buena divulgación de las actividades de vacunación a realizar, igualmente se deben implementar las estrategias tendientes al logro de las poblaciones prioritarias, asentamientos marginales, áreas de difícil acceso, áreas con población desplazada, comunidades indígenas y afrocolombianas, jardines, colegios, etc.

### **5.2 Semana de Vacunación en las Américas**

Periodo comprendido entre el 21 y el 28 de abril, durante la Semana de Vacunación en las Américas se debe realizar intensificación de la programación de actividades extramurales, a nivel urbano y rural, la meta propuesta para esta semana es del 5%.

### **5.3 Días de Jornada**

El **21** de abril se deben realizar lanzamientos políticos en todos los departamentos con especial énfasis en departamentos fronterizos como: Arauca, Amazonas, La Guajira, Guanía, Norte de Santander, Putumayo, Nariño, Vaupés, Vichada y la instalación de puestos de vacunación en lugares estratégicos de cada municipio y el **28** de abril se deben realizar actos públicos de cierre de jornada.

### **5.4 Pos jornada**

A realizarse entre el 29 de abril y 15 de mayo, durante este periodo se debe llegar hasta las últimas veredas de cada municipio y a cada resguardo indígena, asegurando la vacunación del 100% de la población objeto de esta jornada. Durante la post jornada se debe realizar búsqueda del resto de población hasta alcanzar el 5% de la meta propuesta.

## **6. SISTEMA DE INFORMACIÓN**

La información oportuna y de calidad permite realizar medidas correctivas en el desarrollo del programa. Para la jornada de vacunación, el PAI ha establecido un formato para consolidar la información, la cual debe ser enviada por correo electrónico al grupo del PAI del Ministerio de Salud y Protección Social con las siguientes especificaciones:

Informes	Contenido del informe	Fecha y hora de llegada de la información	Formato
1. PREJORNADA	Informar semanalmente así: <ul style="list-style-type: none"> <li>Lo vacunado del 1 al 7 de abril</li> <li>Lo vacunado del 8 al 14 de abril</li> <li>Lo vacunado del 15 al 20 de abril</li> </ul>	Enviar el 9 de abril. Enviar el 16 de abril Enviar el 23 de abril	Formato Adjunto en Excel
2. JORNADA (SEMANA DE VACUNACIÓN DE LAS AMÉRICAS)	Lo vacunado el 21 y 28 de abril	El 28 de abril entre 5 y 6 de la tarde	Formato Adjunto en Excel
3. TOTAL MES DE ABRIL	Lo vacunado entre 1 y 30 de abril	Enviar los primeros diez días de mayo.	PLANTILLA MENSUAL DE INFORME
4. POST JORNADA MES DE MAYO	Informe del programa permanente y actividades extramurales del 1 al 31 de mayo.	Los primeros diez días de junio	PLANTILLA MENSUAL DE INFORME
5. ENVÍO DE EL INFORME DE EVALUACIÓN DE INDICADORES DE LA "SEMANA DE VACUNACIÓN DE LAS AMÉRICAS"	Evaluación de indicadores de lo vacunado entre el 21 y 28 de abril	Enviar a mas tardar el 4 de mayo	Informe escrito
6. ENVÍO DE EL INFORME DE EVALUACIÓN DE INDICADORES DEL TOTAL DE JORNADA	Evaluación de indicadores de todo lo vacunado en abril y del 1 al 15 de mayo	Enviar a mas tardar el 1 de junio	Informe escrito

## 7. PLAN DE ACCIÓN

La jornada de vacunación de las Américas se llevará a cabo en todo el territorio nacional, haciendo especial énfasis en los municipios fronterizos, para lo cual se deben llevar a cabo reuniones binacionales con la participación de los equipos locales de salud, para concertar planes de acción, tendientes a recuperar las coberturas de vacunación en estas zonas, mejorar la vigilancia en salud pública y lograr tener una frontera saludable. En el anexo 3 se pueden observar los municipios fronterizos del país.

Se deberá realizar mayor focalización en los 173 municipios con coberturas de DPT3 menores al 50%, en el 2011 y en los 392 que con corte a febrero del 2012 se encuentran en la misma situación; adicionalmente en los municipios con población indígena o afro colombiana, en municipios con población desplazada y en zonas de difícil acceso geográfico.

Es necesario implementar todas las estrategias que permitan llegar a los grupos de población como son: la vacunación casa a casa, por concentración, jornadas locales, ampliación de horarios institucionales, correrías, brigadas, seguimiento de cohortes.





***Todos los departamentos, municipios (IPS y ESE) deben elaborar un plan de acción que permita tener claridad en las actividades a realizar y en la evaluación permanente de la cobertura alcanzada.***

### **Planificación de actividades en municipios fronterizos**

Cada Secretaría Departamental de Salud, en forma conjunta con las Secretarías de Salud Municipales y Coordinaciones PAI deben realizar reuniones binacionales o trinacionales, según sea el caso, con sus estados vecinos para la coordinación de acciones de vacunación extramural, capacitación y la realización de monitoreos cruzados.

Las actividades especiales que deben ser planificadas conjuntamente por parte de los municipios fronterizos durante la Semana de Vacunación en las Américas deben ser:

- Iniciar y completar esquemas.
- Vacunación de grupos específicos prioritarios de la jornada.
- Planificación de tres rondas de vacunación.
- Capacitar al personal de salud, en forma conjunta.
- Monitoreo cruzado.
- Lanzamientos binacionales en los departamentos de: Arauca, Guajira, Nariño, Norte de Santander y Guainía.
- Sede central del Lanzamiento Mundial: La ciudad de Cartagena.

## **8. EVALUACIÓN DEL PLAN DE COMUNICACIONES**

Simultáneamente a la evaluación de coberturas debemos evaluar el plan de comunicaciones previsto para la realización de la jornada. La información debe consolidarse por municipio y departamento y enviarse al MPS, con el resumen mensual de dosis aplicadas a cada asistente técnica PAI (las variables para esta evaluación se incluyen en el anexo 6).

## **9. ESTRATEGIAS DE VACUNACION**

Las estrategias de vacunación a emplear, dependen de la situación particular de cada entidad territorial, el acceso a los servicios existentes y disponibles, los recursos, la experiencia previa actividades similares, etc., todas las actividades se deberán coordinar con Familias en Acción, Red Unidos, ICBF, con el objetivo de acceder fácilmente a la población objeto, entre las estrategias más utilizadas tenemos:

### **9.1 Vacunación intramural o institucional**

Las EPS del régimen contributivo y regímenes especiales deben garantizar el acceso a la vacunación a todos sus afiliados directamente en sus municipios de residencia, en concordancia con los principios de accesibilidad y calidad del sistema e implementando estrategias tales como ampliación de horario en su red prestadora y verificando que las IPS contratadas presten el servicio durante las 8 horas diarias.



Todas las IPS vacunadoras que tengan horarios parciales para la prestación del servicio, durante abril y mayo deberán ampliar el horario de vacunación.

Se debe aprovechar todo contacto con la población objeto al llegar a los servicios, independiente del motivo de consulta y del estado de afiliación al SGSSS. Todas las IPS que presten servicios de vacunación deben establecer puestos adicionales en los servicios de consulta externa y urgencias, así como para la vacunación de niños hospitalizados que no tengan contraindicaciones.

Las EPS deben coordinar, facilitar, participar, brindar apoyo logístico y velar porque se realice la vacunación de su población afiliada. Se debe establecer mecanismos de concertación y acuerdos con las administradoras y los prestadores, para garantizar la universalidad de la vacunación en todos los niños. Además, deben garantizar el diligenciamiento de los registros respectivos y su remisión a los programas de vacunación de los municipios o departamentos, según la directriz nacional.

## 9.2 Vacunación extramural

- Visitas casa a casa en especial en las zonas urbanas marginales, poco accesibles al programa regular.
- Brigadas de salud en zonas de difícil acceso, previa promoción de la vacunación por concentración una semana antes de la visita.
- Vacunación casa a casa en zonas urbanas con alto riesgo (albergues, población desplazada).
- Vacunación con puestos fijos en zonas de concentración poblacional (parques, centros comerciales, iglesias, guarderías, centros educativos, hogares geriátricos, centros recreativos, etc.)
- Vacunación con puestos móviles complementarios a los puestos fijos, en zonas urbanas altamente pobladas.

## 10. VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE EVENTOS SUPUESTAMENTE ATRIBUIDOS A LA VACUNACIÓN Ó INMUNIZACIÓN (ESAVI).

Durante la jornada de vacunación se vigilarán los ESAVI catalogados **como graves**, es decir, los que requiera hospitalización, ponen en riesgo la vida, o producen incapacidad o muerte. Los ESAVI pueden ocurrir en grupos específicos de población (personas vacunadas en una empresa, colegios, comunidad, etc.) y/o pueden ser eventos aislados relacionados con el programa (errores en la aplicación del biológico u otras iatrogénicas). De igual forma, los rumores deberán notificarse de manera inmediata al nivel municipal, distrital o departamental y PAI nacional, para lo cual debe usarse la ficha de notificación de ESAVI establecida por el Instituto Nacional de Salud para tal fin.

Las unidades operativas y áreas de vigilancia deben notificar en forma obligatoria e inmediata de los ESAVI graves a su nivel respectivo. Se deberá crear un equipo o grupo de respuesta inmediata para la investigación oportuna de cualquier ESAVI de tipo grave (ejemplo: choque anafiláctico).



## 10.1 Clasificación de ESAVI

### Caso relacionado con la vacunación

- Relacionado con la vacuna: caso sospechoso que ha sido descrito como una reacción esperada después de la administración de la vacuna y además cumple con criterios de causalidad.
- Relacionado con el programa: caso sospechoso en el cual se logra identificar uno o más de los siguientes errores en la preparación, manejo o administración de la vacuna.
  - Dosificación inadecuada.
  - Método de administración incorrecto.
  - Uso inseguro de aguja y jeringas desechables.
  - Falta de verificación del empaque que garantice la esterilidad de agujas y jeringas.
  - Manipulación inadecuada de las agujas y jeringas.
  - Reconstitución de las vacunas con el diluyente equivocado.
  - Cantidad inadecuada de diluyente.
  - Reconstitución inadecuada de vacunas.
  - Sustitución de vacunas o diluyentes por medicamentos u otros.
  - Contaminación de la vacuna o el diluyente.
  - Almacenamiento indebido de las vacunas y jeringas.
  - Vacunas y jeringas usadas después de su fecha de caducidad.

**Caso coincidente:** caso sospechoso en el cual el evento coincide con la vacunación y pudo haberse producido incluso si la persona no hubiese recibido la vacuna.

**Caso no concluyente o desconocido:** caso en el cual el evento adverso no está directamente relacionado a la vacuna, su administración o cualquier otra causa identificable. Por lo cual no es posible determinar una relación causal entre la aplicación del biológico y el trastorno presentado.

### Acciones a desarrollar:

- Garantizar la atención integral del paciente o su remisión a un nivel de mayor complejidad, con el fin de minimizar las complicaciones que se deriven del evento adverso.
- Evaluación inicial: dentro de las primeras 48 horas siguientes a la notificación del caso es necesario realizar una descripción detallada de las características de los elementos que componen el servicio de vacunación.
- Recolección de datos, es necesario cumplir con el diligenciamiento de la ficha de notificación.
- Identificación de la vacuna y jeringa utilizada.
- Revisión e informe de los aspectos operativos del programa.
- Recolección de muestras para estudio patológico: si se sospecha de una muerte a causa de una vacuna, se debe enviar muestras al laboratorio de patología del Instituto Nacional de Salud.



## 11. EVALUACION DE COBERTURAS DE VACUNACION

Posterior a la Jornada se debe realizarse en cada municipio una evaluación de coberturas, esta es una herramienta de gran utilidad que permitirá evaluar el impacto de las acciones en vacunación y a partir de allí planificar nuevas intervenciones. Por lo tanto se requiere programar la evaluación de coberturas entre el 16 y el 30 de mayo, para realizar esta actividad debe revisar lineamiento de evaluación de coberturas y oportunidad de la vacunación del Ministerio de Salud y Protección Social.

## 12. EVALUACIÓN DE INDICADORES

Para medir el éxito de la jornada y de acuerdo al documento de planificación de la OPS del 2012, todos los niveles departamentales deben evaluar los siguientes indicadores durante el mes de abril y específicamente en la semana de vacunación de las Américas

El informe de evaluación de indicadores de la semana de vacunación de las Américas deben enviarlo a mas tardar el 4 de Mayo y el de la jornada más tardar el 1 de junio, la oportunidad en el envío de estos indicadores garantiza el cumplimiento y la consolidación de la información del país, así como el reporte en la fecha establecida por la OPS.

Los indicadores a evaluar son:

- Número y porcentaje de niños de 1 a 4 años con primera, segunda y tercera dosis de DPT/pentavalente vacunados durante la Jornada de vacunación de las Américas (para medir 0 dosis, esquemas atrasados y esquemas terminados)
- Número y porcentaje de MEF vacunadas con primera dosis de Td en municipios de riesgo, durante la Jornada
- Cobertura de vacunación con primera y/o segunda dosis de influenza estacional en niños de 6 a 23 meses.
- Cobertura de vacunación con una dosis de influenza a las gestantes en segundo y tercer trimestre.
- Porcentaje de personas entrevistadas en áreas previamente seleccionadas que tengan conocimiento sobre la SVA.
- Porcentaje de evaluaciones de coberturas en los que los resultados de SR sea menor al 95%.
- Porcentaje de personas entrevistadas en áreas previamente seleccionadas que tengan conocimiento de la jornada.
- Porcentaje de municipios con planes de segunda y tercera ronda de vacunación para completar esquemas después de la jornada.
- Porcentaje de municipios con cobertura mayor al 95% durante la intensificación.
- Porcentaje de municipios con cobertura entre el 80-95% durante la intensificación.
- Porcentaje de municipios con cobertura entre 50 - 79%. durante la intensificación.
- Porcentaje de municipios con coberturas inferiores al 50% durante la intensificación.
- **Esquemas completos para la edad:** Mide la proporción (en porcentaje) de personas que han recibido TODAS las vacunas del esquema apropiadas para su edad.



- Número de casos sospechosos de sarampión/rubéola y parálisis flácida aguda (PFA) que hayan sido identificados durante la búsqueda activa comunitaria y que hayan sido registrados previamente por el sistema de vigilancia

ANEXO 1 Municipios con coberturas de VOP3 inferiores al 50% en el 2011

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	% COBERTURA VOP3 2011	Población Menor de 1 año 2012	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	% COBERTURA VOP3 2011	Población Menor de 1 año 2012	
ANTIOQUIA	ABRIQUI	50,0	37	CHOCO	RIO QUITO	48,5	227	
	APARTADO	47,4	4.258		RIOSUCIO	48,7	901	
	CAROLINA	41,7	58		UNION PANAMERICANA	47,8	241	
	ANTIOQUIA	GIRARDOTA	46,9	884	HUILA	NEIVA	44,0	5.353
		GOMEZ PLATA	42,0	228		BARAYA	40,0	203
		HELICONIA	41,2	115		GARZON	35,9	1.927
		LA ESTRELLA	37,8	988	LA GUAJIRA	EL MOLINO	42,1	196
		PUERTO NARE	47,9	394		VILLANUEVA	46,8	627
		RETIRO	43,8	319	MAGDALENA	SANTA BARBARA DE PINTI	38,7	318
		TARSO	35,7	155	META	EL CASTILLO	43,1	141
		TITIRIBI	46,1	219		MESETAS	41,3	298
		URRAO	47,8	911		LA URIBE	43,7	368
		VALPARAISO	46,6	115		LEJANIAS	46,7	209
SANTA LUCIA	43,1	237	PUERTO GAITAN	38,3		525		
ATLANTICO	ARROYOHONDO	42,1	223	RESTREPO	44,5	207		
	MARGARITA	40,0	232	NARIÑO	ALDANA	31,3	100	
BOLIVAR	MONTECRISTO	24,6	495		CHACHAGUI	40,3	252	
	RIO VIEJO	50,6	436		EL ROSARIO	44,8	229	
	SAN JACINTO DEL CAUCA	41,1	319		EL TABLON DE GOMEZ	40,3	274	
	BRICENO	28,6	47		GUACHUCAL	48,4	234	
BOYACA	BUSBANZA	47,1	19		LINARES	30,5	177	
	CAMPOHERMOSO	50,0	82		MAGUI	24,3	546	
	COPER	38,9	68		MALLAMA	44,1	185	
	GUICAN	34,5	162		NARIÑO	32,5	71	
	MARIPI	46,6	162		FRANCISCO PIZARRO	45,4	364	
	PAYA	50,0	75	POLICARPA	31,3	343		
	RAQUIRA	28,5	278	PUERRES	25,5	138		
	RONDON	32,1	56	SANDONA	39,0	399		
	SAN EDUARDO	46,2	39	SAN BERNARDO	46,9	284		
	SAN MIGUEL DE SEMA	36,1	83	SAN LORENZO	32,2	391		
	SOMONDOCO	30,5	58	SAPUYES	19,2	96		
	SUSACON	36,1	58	TUMACO	49,1	4.784		
	SUTATENZA	50,0	63	NORTE DE SANTANDER	DURANIA	50,8	66	
	TENZA	42,4	58		HACARI	24,4	303	
TUTA	50,6	176	SALAZAR		34,7	208		
CALDAS	VIRACACHA	50,0	65	SAN CAYETANO	43,4	107		
	LA MERCED	45,5	107	RISARALDA	BALBOA	37,9	118	
	MANZANARES	48,3	468		LA CELIA	46,3	165	
	MARULANDA	40,3	78		LA VIRGINIA	48,5	567	
	CAQUETA	NEIRA	41,3	612	CABRERA	47,3	46	
		PACORA	45,3	295	CALIFORNIA	34,8	39	
CAUCA	SAMANA	49,3	536	CIMITARRA	41,1	935		
	SOLANO	36,2	561	COROMORO	43,5	157		
CESAR	LA VEGA	40,1	905	EL PEÑON	43,6	154		
	LOPEZ	24,3	565	GIRON	48,2	2.823		
	SANTA ROSA	36,1	247	GUAPOTA	39,3	47		
	SOTARA	46,1	296	GUEPSA	46,5	71		
CORDOBA	TIMBIQUI	37,6	631	JORDAN	48,5	21		
	GONZALEZ	25,2	149	LEBRIJA	45,4	725		
CUNDINAMARCA	SAN JOSE DE URE	42,7	308	OCAMONTE	40,0	94		
	BELTRAN	46,5	45	PALMAR	48,2	60		
	BITUIMA	35,2	54	PALMAS DEL SOCORRO	24,1	43		
	BOJACA	45,2	228	PUENTE NACIONAL	32,2	224		
	CAPARRAPI	44,7	295	SAN GIL	39,2	640		
	CHAGUANI	31,6	78	SANTA HELENA DEL OPO	45,7	112		
	COGUA	49,7	389	SURATA	42,7	61		
	GACHALA	42,0	135	VETAS	49,2	53		
	GACHANCIPA	40,9	315	ARMERO (GUAYABAL)	38,2	213		
	GAMA	50,0	67	COYAIMA	42,9	706		
	GRANADA	48,8	165	DOLORES	45,5	150		
	GUATAQUI	41,5	52	FLANDES	46,2	472		
	JERUSALEN	50,0	60	PLANADAS	42,2	781		
	JUNIN	46,1	143	SANTA ISABEL	39,4	140		
	MANTA	35,2	87	VALLE DE SAN JUAN	46,2	124		
	NIMAIMA	19,7	126	ANDALUCIA	43,2	296		
	PAIME	34,0	97	SEVILLA	44,6	750		
	PUERTO SALGAR	39,2	358	HATO COROZAL	38,3	284		
	PULI	30,8	52	SABANALARGA	25,3	66		
	QUEBRADANEGRA	33,7	91	VALLE DEL GUAMUEZ	50,0	1.176		
	QUIPILE	44,6	189	VILLAGARZON	38,1	490		
	SAN ANTONIO DEL TEQUE	43,8	206	LA CHORRERA (CD.)	24,8	118		
	SAN CAYETANO	44,9	108	MIRITI-PARANA (CD.)	2,6	48		
	SUPATA	37,7	111	PUERTO ALEGRIA (CD.)	22,9	58		
	SUSA	28,7	254	PUERTO ARICA (CD.)	17,5	55		
	TABIO	47,4	476	TARAPACA (CD.)	44,3	152		
	TENA	29,8	190	MAPIRIPANA (CD.)	40,4	87		
	TIBIRITA	33,9	63	SAN FELIPE (CD.)	46,7	44		
	TOPIAPI	34,1	93	LA GUADALUPE (CD.)	20,4	11		
	UBALA	46,3	245	CACAHUAL (CD.)	50,0	61		
	VERGARA	42,1	149	PANA PANA (CD.)	8,5	98		
	CHOCO	ALTO BAUDO (PIE DE PATO)	20,8	1.192	MORICHAL (CD.)	9,7	29	
		CARMEN DEL DARIEN	44,3	139	SAN JOSE DEL GUAVIARE	25,0	1.665	
EL LITORAL DEL SAN JUAN		39,6	481	MIRAFLORES	41,2	308		
ISTMINA		18,5	632	MITU	31,6	880		
MEDIO ATRATO		49,1	632	YAVARATE (CD.)	25,0	131		
MEDIO BAUDO (BOCA DE FUEGO)		11,8	339	VICHADA	SANTA ROSALIA	46,7	28	
NOVITA		37,6	209					



### ANEXO 2 formato de Seguimiento de vacunados con Influenza

Libertad y Orden

#### FORMATO DE SEGUIMIENTO DE VACUNADOS CON INFLUENZA NIÑOS DE 6 A 23 MESES

DEPARTAMENTO \_\_\_\_\_

MUNICIPIO	VEREDA LOCALIDAD COMUNA O BARRIO	NOMBRE DEL MENOR	GENERO		EDAD EN MESES	REGIMEN	NOMBRE DE LA ASEGURADORA	FECHA DE APLICACIÓN DE LA PRIMERA DOSIS			TELEFONO	DIRECCIÓN DE UBICACIÓN DEL MENOR	FECHA DE APLICACIÓN DE LA SEGUNDA DOSIS									
			MASCULINO	FEMENINO				DIA	MES	AÑO			DIA	MES	AÑO							

Vacunas al día, se la ponemos fácil  
Salud es prosperidad para todos



ANEXO 3

DEPARTAMENTOS Y MUNICIPIOS FRONTERIZOS DE  
COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO
AMAZONAS	Leticia	NARIÑO	Ipiales
	Puerto Nariño		Pasto
ARAUCA	Arauca		Ricaurte
	Arauquita		Tumaco
	Fortul	Túquerres	
	Saravena	Bochalema	
BOYACÁ	Cubará	NORTE DE SANTANDER	Chinácota
CESAR	Aguachica		Convención
	Agustín Codazzi		Cúcuta
	Becerril		Durania
	Curumaní		El Carmen
	La Jagua de Ibirico		El Zulia
	Manauare Balcón del Cesar		Herrán
	Robles (La Paz)		Los Patios
	San Diego		Ocaña
Valledupar	Pamplona		
CHOCÓ	Acandí		Pamplonita
	Juradó		Puerto Santander
	Unguía		Ragonvalia
GUAINÍA	Puerto Inírida		San Cayetano
LA GUAJIRA	Barrancas	Teorama	
	El Molino	Tibú	
	Fonseca	Toledo	
	Hatonuevo	Villa del Rosario	
	Maicao	PUTUMAYO	Puerto Asís
	Manaure		Puerto Leguizamó
	Riohacha		San Miguel
	San Juan del Cesar		Valle del Guamuez
	Uribia	SAN ANDRÉS	Providencia
	Urumita		San Andrés
Villanueva	VAUPÉS	Mitú	
NARIÑO		Albán	Taraira
	Cuaspué	Cumaribo	
	Cumbal	Puerto Carreño	
	Guachucal		



### ANEXO 4 Municipios Con Población Indígena

AMAZONAS	LETICIA	CAUCA	PIAMONTE	META	PUERTO LLERAS
	EL ENCANTO (CD.)		PIENDAMO		SAN MARTIN
	LA PEDRERA (CD.)		PURACE		BARBACOAS
ANTIOQUIA	PUERTO NARIÑO	CESAR	SANTANDER DE QUILICHAO	NARIÑO	CUASPUD
	SANTAFE DE ANTIOQUIA		SANTA ROSA		CUMBAL
	APARTADO		SILVIA		EL CHARCO
	CIUDAD BOLIVAR		TIMBIQUI		GUACHUCAL
	CHIGORODO		TOTORO		IPIALES
	DABEIBA		VALLEDUPAR		LA TOLA
	FRONTINO	CODAZZI	NARIÑO		
	JARDIN	BECERRIL	OLAYA HERRERA		
	MURINDO	ROBLES (LA PAZ)	RICAUARTE		
	MUTATA	QUIBDO	TUMACO		
	NECOCLI	ACANDI	EL CARMEN		
	SEGOVIA	ALTO BAUDO	TEORAMA		
	TAMESIS	BAGADO	TIBU		
	TARAZA	BAHIA SOLANO	MARSELLA		
	TURBO	BAJO BAUDO	MISTRATO		
URAMITA	BOJAYA	PUEBLO RICO			
URRAO	EL CARMEN DE ATRATO	TOLIMA	ATACO		
VALPARAISO	ISTMINA		COELLO		
VIGIA DEL FUERTE	JURADO		COYAIMA		
ARAUCA	ARAUCA		LORO	NATAGAIMA	
	ARAUQUITA		NUQUI	ORTEGA	
	CRAVO NORTE		RIOSUCIO	PLANADAS	
	FORTUL	SAN JOSE DEL PALMAR	RIOBLANCO		
	PUERTO RONDON	TADO	SAN ANTONIO		
	SARAVENA	UNGUIA	ARGELIA		
TAME	PUERTO LIBERTADOR	BOLIVAR			
BOYACÁ	CUBARA	CÓRDOBA	SAN ANDRÉS DE SOTAVENTO	VALLE	BUENAVENTURA
	GUICAN		TIERRALTA		EL CAIRO
CALDAS	BELALCAZAR	GUAINÍA	PUERTO INIRIDA	VALLE	EL DOVIO
	RIOSUCIO	GUAVIARE	SAN JOSE DEL		FLORIDA
	RISARALDA		CALAMAR		JAMUNDI
CAQUETÁ	FLORENCIA	HUILA	EL RETORNO	CASANARE	PRADERA
	BELÉN DE LOS		MIRAFLORES		RESTREPO
	LA MONTAÑITA		NEIVA		TRUJILLO
	MILAN	LA PLATA	PUTUMAYO	TULUA	
	PUERTO RICO	PALERMO		VIJES	
	SAN JOSE DEL	RIVERA		HATO COROZAL	
	SAN VICENTE DEL	SAN AGUSTIN		OROCUE	
SOLANO	VILLAVIEJA	MOCOA			
VALPARAISO	RIOHACHA	ORITO			
HATO COROZAL	BARRANCAS	PUERTO ASIS			
CASANARE	OROCUE	LA GUAJIRA	DISTRACCION	PUTUMAYO	PUERTO GUZMAN
	POPAYAN		FONSECA		PUERTO LEGUIZAMO
CAUCA	BUENOS AIRES	MÁGDALENA	HATONUEVO	PUTUMAYO	SIBUNDOY
	CALDONO		MAICAO		SAN FRANCISCO
	CALOTO		SANTA MARTA		SAN MIGUEL
	INZA	ARIGUANI	SANTIAGO		
	JAMBALO	MAPIRIPAN	VILLAGARZON		
	LOPEZ	META	MAPIRIPAN	VAUPÉS	MITU
	MORALES		MESETAS	VICHADA	PUERTO CARREÑO
	PAEZ		LA URIBE		SANTA ROSALIA
			PUERTO GAITAN		CUMARIBO

### ANEXO 5 Municipios prioridad 1A para Fiebre Amarilla

Deptos	Municipio	Población de 1 año
AMAZONAS	LETICIA	999
	PUERTO SANTANDER (CD.)	83
CAQUETÁ	FLORENCIA	3.286
	BELEN DE LOS ANDAQUIES	312
	MORELIA	94
	PUERTO RICO	832
	SAN VICENTE DEL CAGUAN	1.607
CASANARE	HATO COROZAL	282
	MANI	230
	MONTERREY	299
	NUNCHIA	218
	PORE	183
CESAR	SAN LUIS DE PALENQUE	166
	VALLEDUPAR	8.681
	AGUSTIN CODAZZI	1.214
	BECERRIL	352
GUAINÍA	LA JAGUA DE IBIRICO	529
	PUERTO INIRIDA	470
GUAVIARE	SAN JOSE DEL GUAVIARE	1.668
	CALAMAR	282
	EL RETORNO	574
	MIRAFLORES	309
LA GUAJIRA	RIOHACHA	6.588
	DIBULLA	885
MÁGDALENA	SANTA MARTA	9.214
META	EL CASTILLO	142
	GRANADA	1.321
	MESETAS	287
	LA URIBE	362
	PUERTO GAITAN	529
	PUERTO RICO	448
NORTE DE SANTANDER	SAN JUAN DE ARAMA	224
	CONVENCION	307
	CUCUTILLA	185
	EL CARMEN	340
	EL TARRA	303
	EL ZULIA	488
	SARDINATA	573
	TEORAMA	562
TIBU	955	
PUTUMAYO	ORITO	1.351
	PUERTO ASIS	1.359
	VALLE DEL GUAMUEZ	1.151
	VILLAGARZON	481
SANTANDER	ENCINO	57
	PUERTO WILCHES	719
VICHADA	PUERTO CARREÑO	380
	CUMARIBO	1.073
TOTAL 48 MUNICIPIOS		52.954



## ANEXO 6 MODELO DE ENCUESTA PARA EVALUAR LA CAMPAÑA DE COMUNICACIÓN SOCIAL DE LA JORNADA NACIONAL DE VACUNACIÓN DE LAS AMERICAS- OPS

**Instrucciones para el Entrevistador:** Entrevistar por lo menos a 10 personas que se encuentren fuera del organismo de salud (en una plaza, un mercado, una parada de bus, etc.), evite escoger conglomerados, se sugiere entrevistar una de cada 3 o 5 personas que se encuentren en cada lugar.

Formule las siguientes preguntas y de acuerdo a las respuestas marque según corresponda:

1 ¿En qué categoría poblacional se encuentra usted?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mujer en edad fértil (15-49)     | <input type="checkbox"/> Joven entre 6 y 15 años         |
| <input type="checkbox"/> Hombre adulto (16-59)            | <input type="checkbox"/> Mujer adulta (50-59)            |
| <input type="checkbox"/> Adulto mayor - hombre (60 ó más) | <input type="checkbox"/> Adulto mayor – mujer (60 ó más) |

**Si no está en ninguna de estas categorías, detener la entrevista y excluirla del análisis.**

1. ¿Tiene algún conocimiento sobre el tema de vacunación?

Si  No

2. ¿Ha escuchado algo sobre una actividad especial de vacunación recientemente?

Si  No

**Si la respuesta es Negativa terminar la entrevista, si es Afirmativa continuar.**

3. ¿Puede indicarnos sobre qué tipo de actividad de vacunación escuchó? Marque todas las que apliquen

- |  |  |
|--|--|
| Jornada de Vacunación <input type="checkbox"/>       | Semana de Vacunación <input type="checkbox"/>        |
| Jornada contra la rubéola <input type="checkbox"/>   | Jornada contra la influenza <input type="checkbox"/> |
| Jornada contra el sarampión <input type="checkbox"/> | Jornada contra la Polio <input type="checkbox"/>     |

Otra  ¿Cual? \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró de esta actividad? (Marque todas las que ella mencione)

- |  |  |
|--|--|
| a. Radio <input type="checkbox"/>      | d. Establecimiento de Salud <input type="checkbox"/> |
| b. Televisión <input type="checkbox"/> | e. Prensa <input type="checkbox"/>                   |
| c. Perifoneo <input type="checkbox"/>  | f. Escuelas <input type="checkbox"/>                 |
| g. Otros <input type="checkbox"/>      | Especifique _____                                    |

4. Al enterarse de la Actividad de Vacunación, ¿qué hizo?

- |  |
|--|
| a. Revisó el carné de vacunación de su hijo <input type="checkbox"/> |
| b. Fue a vacunarse <input type="checkbox"/>                          |
| c. Llevó su hijo u otra persona a vacunar <input type="checkbox"/>   |
| d. Consiguió más información <input type="checkbox"/>                |
| e. Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____                        |



## ANEXO 7 ESQUEMA DE VACUNACION ACTUALIZADO COLOMBIA 2012

Para dar cumplimiento con el esquema de vacunación se debe tener en cuenta los siguientes ítems:

- La población objeto son los niños hasta los cinco años, 11 meses y 29 días, mujeres en edad fértil (MEF) de 10 a 49 años gestantes y no gestantes para vacunación antitetánica y población mayor de un año viviendo en zonas de riesgo para fiebre amarilla.
- Las primeras dosis de esquema en niños se deben aplicar a los dos meses de edad.
- Se deben respetar los intervalos entre dosis de 8 semanas.

### Vacunación del recién nacido

- En el recién nacido con peso igual o superior a 2000 gramos se debe aplicar BCG dosis única y una dosis de Hepatitis B, dentro de las primeras doce horas del nacimiento.
- En el recién nacido hijo de madre con antígeno de superficie positivo (hepatitis B), debe aplicarse la dosis completa de la vacuna contra hepatitis B, a pesar de que el recién nacido tenga peso inferior a 2000 gramos, esta dosis no cuenta como dosis del recién nacido y requiere que se repita la aplicación a las cuatro semanas, siempre y cuando el niño haya alcanzado los 2000 gramos.

### Esquema a partir de los dos meses de edad

- Tres dosis de pentavalente y polio, la primera a los dos meses, la segunda a los 4 meses y la tercera a los 6 meses de edad.
- Dos dosis de anti rotavirus, la primera a los dos meses, en casos extremos se puede aplicar hasta los 3 meses 21 días (máximo 15 semanas), la segunda a los 4 meses, (siempre se debe conservar el intervalo de 8 semanas entre dosis), la edad máxima de aplicación de la segunda dosis es 7 meses y 29 días.
- Neumococo primera dosis a los dos meses, segunda dosis a los 4 meses y aplicar un refuerzo al año de edad.
- El neumococo se debe aplicar a población objeto con los siguientes factores de riesgo (Acuerdo 406), según la tabla No. 1
  - Enfermedad de células falciformes, otras falciformias y asplenia
  - Infección por VIH
  - Inmunocompromiso por: inmunodeficiencias congénitas o primarias, insuficiencia renal crónica ó síndrome nefrótico, inmunocompromiso por cáncer o por quimio o radio terapia inmunosupresora
  - Menores a ser transplantados o a ser sometidos a cirugías del sistema nervioso central
  - Enfermedades crónicas: cardiopatía congénita, enfermedad pulmonar crónica (de más de un mes de evolución), fístula de líquido cefalorraquídeo, diabetes, enfermedad hepática crónica.

*NOTA: a todos los niños de 1 año se les debe aplicar un refuerzo contra el neumococo independiente si recibió la dosis NO PAI contra el neumococo a los 6 meses.*

**Tabla 1. Esquema de vacunación contra neumococo de acuerdo a la edad de inicio**

Menores de un año (2 meses hasta 10 meses 29 días)	de 11 a 22 meses y 29 días	De 23 meses a 35 meses 29 días
<p><b>3 dosis</b></p> <p>La primera a los 2 meses, La segunda a los 4 meses y un Refuerzo entre 12 y 15 meses de edad</p>	<p><b>2 dosis</b></p> <p>conservando el intervalo de 8 semanas</p>	<p>1 dosis (Dosis única)</p>

- Vacuna contra Influenza estacional, aplicar dos dosis, la primera a partir de los 6 meses de edad (Primovacuna) y la segunda a los 7 meses. En los niños que ya recibieron primovacuna (dos dosis en un mismo año) se debe aplicar una dosis anual.

#### Esquema al año de edad

- Una dosis de triple viral
- Una dosis de fiebre amarilla
- El refuerzo de fiebre amarilla debe aplicarse cada 20 años.
- Viajeros internacionales que tengan vencido el carné se deben vacunar con fiebre amarilla.
- Refuerzo de DPT y polio al año de haber aplicado las terceras dosis (18 meses de edad).

#### Esquema de los 5 años de edad

- Segundo refuerzo de DPT, triple viral y polio

#### Niños de 12 a 23 meses con esquema de vacunación incompleto

Sin antecedente vacunal:

- Una dosis de BCG ( si pertenece a población indígena o rural dispersa)
- Tres dosis de VOP con intervalo de 4 semanas
- Primera dosis de pentavalente (DPT-hepatitis B y Hib), las segundas y terceras dosis se continúan con DPT y hepatitis B, con intervalo de 4 semanas entre dosis.
- Una dosis de triple viral
- Una dosis de fiebre amarilla (refuerzo 20 años después de la última dosis)
- Una dosis de influenza estacional
- Dos dosis de neumococo ( en los departamentos priorizados y patologías específicas)

Con antecedente vacunal:

- Completar el esquema de acuerdo a las dosis recibidas, con un intervalo de 4 semanas entre dosis de la misma vacuna.
- Los niños de 12 a 23 meses sólo requieren una dosis de Hib, si ya la trae, se completa con DPT y hepatitis B monovalente con intervalo de 4 semanas entre las dosis.



- Estos niños deben recibir el primer refuerzo contra polio y DPT al año de la aplicación de las terceras dosis de las mismas vacunas y el segundo refuerzo a los 5 años de edad.

### Niños de 2 a 5 años con esquema de vacunación incompleto

Sin antecedente vacunal:

- Una dosis de BCG ( si pertenece a población indígena o rural dispersa)
- Tres dosis de VOP con intervalo de 4 semanas
- Tres dosis DPT con intervalo de 4 semanas entre dosis.
- Tres dosis HB con intervalo de 4 semanas entre dosis.
- Una dosis de triple viral
- Una dosis de fiebre amarilla (Refuerzo 20 años después de la última dosis)
- Los niños con patologías específicas contempladas en el Acuerdo 406, se les debe aplicar el esquema contra el neumococo de acuerdo a la edad. tabla 1.

Con antecedente vacunal:

- Completar el esquema de acuerdo a las dosis recibidas, con un intervalo de 4 semanas entre dosis de la misma vacuna.
- A partir de los dos años no se requiere aplicar Hib
- Estos niños deben recibir el primer refuerzo contra polio y DPT al año de la aplicación de las terceras dosis de las mismas vacunas y el segundo refuerzo a los 5 años de edad.

**Mujeres en edad fértil (10 a 49 años de edad)** la vacunación contra el tétanos y la difteria (Td) depende del antecedente vacunal así:

- MEF con antecedente de 5 dosis de DPT (tres de esquema y dos refuerzos, se aplica un refuerzo cada 10 años (15, 25, 35, 45 años de edad)
- Si la MEF tiene antecedente de vacunación con DPT debe continuársele el esquema de acuerdo a la tabla 2
- A las gestantes se les debe revisar el antecedente vacunal y aplicar el esquema de acuerdo a la tabla 2

**Tabla 2. Esquema de Td según antecedente vacunal**

No. De dosis según antecedente vacunal	No. de Dosis de Td a aplicar	Nombre de la dosis a aplicar	Refuerzos
0	5	1a,2a,3a,4a y 5a	1 cada 10 años
1	4	2a,3a,4a y 5a	1 cada 10 años
2	3	3a,4a y 5a	1 cada 10 años
3	2	4a y 5a	1 cada 10 años
4	1	5a	1 cada 10 años
5	0	0	1 cada 10 años