



**La salud
es de todos**

Minsalud

**LINEAMIENTOS TÉCNICOS Y OPERATIVOS PARA LA INTRODUCCIÓN DE LA
TERCERA DOSIS DE LA VACUNA INACTIVADA CONTRA LA POLIOMIELITIS (VIP),
EN EL ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACIÓN DEL PROGRAMA AMPLIADO DE
INMUNIZACIONES (PAI) COLOMBIA, 2020.**

Busca ya las vacunas ¡es gratis, hazlo de una!

**Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)**

Colombia, febrero de 2020



IVAN DARIO GONZALEZ ORTIZ
Ministro de Salud y Protección Social (E)

IVAN DARIO GONZALEZ ORTIZ
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

DIANA ISABEL CÁRDENAS GAMBOA
Viceministra de Protección Social

GERARDO BURGOS BERNAL
Secretario General

AIDA MILENA GUTIERREZ ALVAREZ
Directora de Promoción y Prevención

CLAUDIA MILENA CUELLAR SEGURA
Subdirectora de Enfermedades Transmisibles



**Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)**

CLARA LUCÍA BOCANEGRA CERVERA
Coordinadora Nacional

Equipo Técnico

CARMEN ELISA OJEDA JURADO
CLAUDIA LILIANA SOSA MESA
JACQUELINE PALACIOS GONZÁLEZ
JAID CONSTANZA ROJAS SOTELO
JOSÉ ALEJANDRO MOJICA MADERA
JUANITA CORRAL CASTILLO
MARÍA CLAUDIA ACEVEDO RITTER
MARTA EUGENIA MARIN GONZÁLEZ

Sistema de Información

CAMILO MORENO CANGREJO
HERLY JOHANA VARGAS

Gestión de insumos – Cadena de frío

LUZ MARINA DUQUE TORRES
NATALIA ZULUAGA SALAZAR
WILMER FERNEY ACEVEDO MONTAÑO

Dirección de Epidemiología y Demografía

SANDRA LORENA GIRÓN VARGAS
Directora

Instituto Nacional de Salud

MARTHA LUCÍA OSPINA MARTÍNEZ
Directora General

FRANKLIN EDWIN PRIETO ALVARADO
Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública



TABLA DE CONTENIDO

Contenido

| | |
|--|----|
| Introducción: | 5 |
| Objetivos..... | 7 |
| 1. Población Objeto, esquema, dosis, intervalo, vía y edad de vacunación contra la poliomielitis:..... | 7 |
| 2. Utilización de la vacuna | |
| 2.1 Aplicación simultánea con otras vacunas..... | 9 |
| 2.2. Contraindicaciones..... | 9 |
| 2.3. Advertencias especiales y precauciones de uso | 9 |
| 2.4 Eventos adversos | 9 |
| 3. Información para la salud, educación y comunicación en salud | 10 |
| 4. Capacitación | 10 |
| 5. Sistema de información | 10 |
| 6. Almacenamiento, conservación y cadena de frío | 10 |
| 7. Vacunación segura..... | 11 |
| 7.1. Desecho de insumos utilizados en la vacunación..... | 11 |
| 8. Vigilancia de eventos supuestamente atribuidos a vacunación o inmunización – ESAVI | 11 |
| 9. Plan de crisis | 11 |



LINEAMIENTOS TÉCNICOS Y OPERATIVOS PARA LA INTRODUCCIÓN DE LA TERCERA DOSIS DE LA VACUNA INACTIVADA CONTRA LA POLIOMIELITIS (VIP), EN EL ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACIÓN DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI) COLOMBIA, 2020.

Introducción:

En septiembre de 1985, durante la 31.a Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), los Estados Miembros aprobaron por unanimidad la resolución en la que se estableció la meta de erradicar la poliomielitis por poliovirus salvaje.

En la Región de las Américas, se estableció la estrategia de vacunación contra la poliomielitis y se añadieron los días nacionales de vacunación a los programas de rutina; con lo que los países fueron fortaleciendo sus programas rutinarios. Las altas coberturas de vacunación alcanzadas con la vacuna trivalente oral contra la poliomielitis (VOPT), lograron interrumpir la transmisión del virus salvaje en la Región.

A partir del control de la poliomielitis en la Región de las Américas, la 41.a Asamblea Mundial de la Salud adoptó en 1988, la resolución sobre la erradicación mundial de la poliomielitis, que marcó la creación de la Iniciativa de la Erradicación Mundial de la Poliomielitis (IEMP), encabezada por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En mayo de 2012, la Asamblea Mundial de la Salud declaró la finalización de la erradicación de la poliomielitis como “emergencia programática para la salud pública mundial” y entonces surge El Plan Estratégico para la Erradicación de la Poliomielitis y Fase Final 2013-2018, elaborado para aprovechar esta nueva oportunidad de poner fin al flagelo de la poliomielitis. Su objetivo es la erradicación del virus salvaje y la eliminación de los poliovirus circulantes derivados de la vacuna-(cVDPV).¹

En 2013 la OMS aprobó las metas, los objetivos y el cronograma de este Plan que está orientado a detectar e interrumpir la transmisión de los virus de la poliomielitis; a fortalecer los programas de inmunización, a retirar la vacuna oral trivalente, que se inicia con el retiro del componente tipo 2, mediante el cambio de la vacuna trivalente oral (serotipos 1, 2 y 3) por la bivalente oral (serotipos 1 y 3); a contener los virus de la poliomielitis existentes en los laboratorios del mundo, a certificar la interrupción de su transmisión; y a planificar el aprovechamiento del legado de la lucha contra la poliomielitis.

En la actualidad, solo quedan tres países endémicos: Afganistán, Nigeria y Pakistán. Sin embargo, hay países no endémicos que después de varios años sin circulación de virus salvaje, notificaron casos importados de poliomielitis con cadenas de transmisión secundarias o brotes de virus derivados de vacuna circulantes.

El mundo está a punto de alcanzar un logro histórico: la erradicación del poliovirus salvaje (WPV). El éxito de la Implementación de la IEMP es evidente. No solo ha conseguido arrinconar el WPV en determinados puntos geográficos del mundo, sino que también ha eliminado sucesivamente diferentes tipos de WPV. En 2015 se declaró la erradicación del WPV de tipo 2, con el WPV de tipo 3 se declara su erradicación el 17 de octubre de 2019 y, aunque todavía no se ha podido detener del todo el WPV1, su incidencia se ha reducido en más del 90% desde 2014.

En Colombia en 2015 se realizó la introducción de VIP para la primera dosis contra la Poliomielitis en el esquema de vacunación nacional por recomendación del Comité Nacional de Prácticas de Inmunización (CNPI). La sustitución de la vacuna antipoliomielítica oral trivalente por la bivalente se llevó a cabo el 1 de mayo de 2016 en todo el territorio nacional.

¹http://www.paho.org/Hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11038&catid=1875&Itemid=2244&lang=es



El 01 de noviembre de 2018, el país realizó el cambio de la segunda dosis de vacuna oral bivalente a la VIP en el esquema nacional de vacunación, y el **01 de abril de este 2020** se realizará el cambio de la VOPb a la VIP para las terceras dosis de esquema y así avanzar en el retiro gradual de la vacuna oral contra la Poliomieltis.

Una vez se hayan erradicado todos los focos de transmisión de poliovirus salvaje y se haya certificado que el mundo está libre de Poliomieltis se dejará de utilizar completamente las vacunas antipoliomielíticas orales restantes.

En la fase final hacia la erradicación mundial de la polio en la que nos encontramos, donde sólo uno de los tres tipos de poliovirus salvaje continúa activo, los países de la región deben mantener las altas coberturas de vacunación (mayores al 95%), logrando coberturas homogéneas a nivel nacional, evaluando los riesgos de reintroducción del virus, poniendo en marcha el plan de mitigación de los riesgos, reforzando la vigilancia epidemiológica y estando preparado ante un evento de detección de poliovirus o un brote de poliomieltis.

Tabla 1. Total de municipios con terceras dosis de polio, en población menor de un año – 2019 (Rangos - OPS).

| RANGOS COBERTURA | DE | NÚMERO MUNICIPIOS | DE |
|---------------------|----|-------------------------|----|
| >=100,00 | | 403 | |
| 95,00% - 99,99% | | 161 | |
| 90,00% - 94,99% | | 136 | |
| 80,00% - 89,99% | | 249 | |
| 50,00% - 79,99% | | 160 | |
| 0,1% - <=49,99% | | 13 | |
| TOTAL | | 1.122 MUNICIPIOS | |

Fuente: Plantillas de Reporte Mensual - Sistemas de Información – MPS. Fecha de Corte diciembre - 2019
Última Actualización 04/02/2020

Del total de municipios del país para terceras dosis de polio, (564/1122) lograron coberturas del 95% y más, y (558/1122) alcanzaron coberturas por debajo del 95%, lo que representa un acúmulo de susceptibles de 45.074 en población menor de un año, población que se debe buscar y poner al día con las terceras dosis, las cuales a partir del 1 de abril se deben aplicar con VIP.

Comportamiento de vigilancia de PFA, Colombia 2019

Para el año 2019 se notificaron al sistema de vigilancia 153 casos probables de parálisis flácida aguda; no se confirmaron casos por poliovirus salvaje; se evaluaron los indicadores establecidos para el monitoreo de la erradicación de la poliomieltis el país cumple con cuatro, la tasa de notificación de PFA de 1,19 casos por 100 000 menores de 15 años, superando la tasa de notificación esperada para el periodo evaluado; 5 entidades territoriales (Amazonas, Cartagena, Guanía, San Andrés y Vaupés) no realizaron notificación de casos manteniendo su tasa de notificación en 0; 15 entidades territoriales no alcanzaron la tasa de notificación de 1 caso por cada 100 000 menores de 15 años.

Los casos son procedentes de 91 municipios de 32 entidades territoriales. Se notificaron 5 casos en población indígena que pertenecen a las comunidades Embera (2), Zenu (2) y Sikuni (1).



De los 153 casos notificados, 8 son de nacionalidad venezolana, entre estos, dos casos son procedentes del estado de Táchira Venezuela que solicitaron únicamente atención médica en Colombia, los 6 restantes residen en el país.

Los cuadros clínicos de los casos se caracterizan por fiebre, dolor muscular y parálisis de progresión ascendente, en la mayor proporción de casos. Los signos menos comunes son los respiratorios, los digestivos, fiebre al inicio de la parálisis y signos meníngeos. La afectación de las extremidades en los casos notificados suele ser mayor en los miembros inferiores, siendo la paresia el signo clínico más común.

El 88.3% de los casos contaron con muestra de heces para su procesamiento en el laboratorio de virología del Instituto Nacional de Salud (INS). Los casos sin muestra se descartaron por medio de unidades de análisis. El indicador de procesamiento de muestras en menos de 14 días evalúa la gestión realizada por el laboratorio nacional de referencia, se constituye en el indicador con mejor comportamiento al reportar un cumplimiento del 90%.

Dos indicadores no alcanzan el umbral del 80%, el primer indicador corresponde a la investigación de campo en menos de 48 horas con el 76,5% para todo el país, diez entidades territoriales no cumplieron con la meta establecida del 80%. El segundo indicador es el envío oportuno de muestras por parte de las entidades territoriales, diecisiete entidades territoriales mostraron una gestión inadecuada para este indicador, de las cuales, trece entidades territoriales tuvieron cumplimientos inferiores al 50%.

Teniendo en cuenta todo anterior y con el fin de dar cumplimiento al compromiso mundial de la erradicación de la poliomielitis, el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), define los **“Lineamientos técnicos y operativos para la introducción de la tercera dosis de la vacuna inactivada contra la poliomielitis (VIP), en el esquema nacional de vacunación del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) Colombia, 2020”**. El cual está dirigido a las entidades territoriales de todos los niveles, Entidades Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB), personal de salud, equipos de vacunadores.

Objetivos

- Iniciar la aplicación de la tercera dosis de vacuna contra la poliomielitis, con vacuna inactivada inyectable, a todos los niños y niñas menores de 6 años de edad (5 años, 11 meses y 29 días), a partir del **1 de abril de 2020**, bien sea en la tercera dosis a los 6 meses de edad aplicada de manera oportuna en el esquema permanente o en población susceptible objeto de esta vacuna.
- Mantener la erradicación del virus salvaje y la eliminación de los poliovirus circulantes derivados de la vacuna (cVDPV), en todo el territorio Colombiano, alcanzando coberturas del 95% con las terceras dosis de esquema contra la poliomielitis.

1. Población Objeto, esquema, dosis, intervalo, vía y edad de vacunación contra la poliomielitis:

Para los niños y niñas menores de 6 años, el esquema de vacunación contra la poliomielitis a partir del **1 de abril del 2020** será el siguiente:

| DOSIS | Primera | Segunda | Tercera | 1er Refuerzo | 2º Refuerzo |
|----------------|---------------|---------------|---------------|--------------|-------------|
| EDAD | 2 MESES | 4 MESES | 6 MESES | 18 MESES | 5 AÑOS |
| TIPO DE VACUNA | VIP | VIP | VIP | VOPb* | VOPb* |
| VÍA | Intramuscular | Intramuscular | Intramuscular | Oral | Oral |
| DOSIFICACIÓN | 0.5 ml | 0.5 ml | 0.5 ml | 2 gotas | 2 gotas |

*Las dosis de vacuna oral bivalente VOPb, solo se administrará para los refuerzos contra la poliomielitis y tiene como edad máxima de aplicación hasta los 5 años 11 meses y 29 días.



Para la población de riesgo con un grado de inmunocompromiso, o que vive en contacto cercano con esta población, todas las dosis del esquema y de refuerzos contra la poliomielitis continuarán aplicándose únicamente con la VIP.

“Todo niño o niña menor de 6 años a partir del 1 de abril del presente año, que NO tenga la tercera dosis de vacuna contra la poliomielitis debe recibir esta dosis con VIP”

Tener en cuenta que:

- Ninguna dosis contra la Poliomielitis se repite, solo se continúa de acuerdo al antecedente vacunal.
- Las dosis de refuerzo deberán aplicarse con VIP o VOP de acuerdo a la condición de riesgo de los niños y niñas y a las indicaciones del esquema nacional.

2. Utilización de la vacuna

Actualmente Colombia cuenta con las vacunas inactivadas contra la poliomielitis de laboratorios Bilthoven Biological y Sanofi Pasteur; sin embargo, como con cualquier vacuna, antes de su aplicación se debe revisar el inserto de la misma.

| Características de las vacunas | Bilthoven Biological | Sanofi Pasteur HIMOVAX POLIO |
|--------------------------------|--|--|
| Imagen de la vacuna |  |  |
| Presentación de la vacuna | Frasco multidosis -vial de 5 dosis de 0.5 ml | Frasco multidosis -vial de 10 dosis de 0.5 ml |
| Aspecto de la vacuna | Puede variar de naranja/amarillo o naranja/rojo | Suspensión inyectable limpia e incolora |
| Composición de la vacuna | Virus de la poliomielitis tipo 1 cepa Mahoney (inactivado) . . . 40 UDa Virus de la poliomielitis tipo 2 cepa MEF-1 (inactivado) . . . 8 UD Virus de la poliomielitis tipo 3 cepa Saukett (inactivado) . . . 32 UD | Virus de la poliomielitis tipo 1 cepa Mahoney (inactivado) . . . 40 UDa Virus de la poliomielitis tipo 2 cepa MEF-1 (inactivado) . . . 8 UD Virus de la poliomielitis tipo 3 cepa Saukett (inactivado) . . . 32 UD |
| Sitio de aplicación | No caminadores: Cara anterolateral del muslo. | No caminadores: Cara anterolateral del muslo. |



| Características de las vacunas | Bilthoven Biological | Sanofi Pasteur HIMOVAX POLIO |
|--------------------------------|--|--|
| | En caminadores: tercio medio del musculo deltoides. | En caminadores: tercio medio del musculo deltoides. |
| Dosis | 0,5 ml | 0,5 ml |
| Vía de aplicación | Intramuscular | Intramuscular |
| Conservación de la vacuna | Conservar en refrigeración entre +2°C a + 8°C. NO CONGELAR | Conservar en refrigeración entre +2°C a + 8°C. NO CONGELAR |

Fuente: Insertos de VIP de laboratorios Bilthoven Biological y Sanofi Pasteur. Y Lineamientos Técnicos y Operativos para la Introducción - Universalización de la Vacuna Inactivada contra la Poliomieltis -VIP, en el Esquema de Vacunación Permanente del Programa Ampliado de Inmunizaciones -PAI. Colombia, enero 2015.

Estas vacunas cumplen con las especificaciones de la Farmacopea Europea y con las recomendaciones de la OMS.

2.1 Aplicación simultánea con otras vacunas

Puede aplicarse de manera simultánea con todas las otras vacunas del esquema nacional de vacunación.

La aplicación debe ser en sitios diferentes y con jeringas diferentes.

2.2. Contraindicaciones

No debe administrarse a personas con hipersensibilidad conocida a cualquiera de los componentes de la vacuna. No se debe administrar a personas con alergia documentada o conocida a la estreptomina, la neomicina o la polimixina B, o con antecedentes de reacción alérgica después de una inyección previa de la VIP.

2.3. Advertencias especiales y precauciones de uso

Uso en personas con deficiente coagulación o Trombocitopenia (cantidad insuficiente de plaquetas): Al aplicar la VIP a personas con antecedentes de enfermedades hemorrágicas o en tratamiento con anticoagulantes, se recomienda su administración por vía subcutánea debido al sangrado que puede ocurrir durante la administración intramuscular de la vacuna y el cual debe realizarse bajo supervisión médica.

Uso en lactantes prematuros: La VIP se puede administrar a lactantes prematuros (nacidos con menos de 37 semanas de gestación) en la edad cronológica recomendada para otras vacunas del esquema de rutina.

Uso en personas con inmunodeficiencias: La VIP se puede administrar con seguridad a personas con inmunodeficiencias (por ejemplo, con VIH/SIDA, inmunodeficiencia congénita o adquirida, o enfermedad de células falciformes). De hecho, la VIP se recomienda universalmente para estas personas.

Si el menor de edad recibe tratamiento que suprime sus defensas inmunitarias, la respuesta inmunitaria de la vacuna puede verse reducida, en este caso se recomienda esperar al final del tratamiento para vacunar o asegurarse de la buena protección del niño o niña, siempre consulte con el médico tratante.

Uso en embarazo y lactancia: Esta vacuna puede utilizarse en el embarazo en caso de riesgo importante. La lactancia no es una contraindicación.

2.4 Eventos adversos

Las vacunas inactivadas contra la poliomieltis, de manera general pueden presentar los siguientes eventos adversos locales: dolor, eritema (enrojecimiento de la piel), induración en el sitio de la inyección y reacciones



sistémicas como fiebre, inquietud, llanto no habitual, somnolencia, pérdida de apetito, vómito y diarrea. Sin embargo, es imposible establecer una relación causal de dichos síntomas con la VIP, aunque no todas las personas los sufren.

3. Información para la salud, educación y comunicación en salud

Para el logro de resultados en la aplicación de las terceras dosis con VIP, es determinante contar con el fortalecimiento de este componente, en la sensibilización y difusión de manera permanente a los padres o cuidadores, para que acudan al punto de vacunación a iniciar, continuar y completar el esquema de vacunación en la población objeto.

Las estrategias de abogacía y comunicación deben dirigirse a lograr los siguientes objetivos:

- Sensibilizar a toda la población sobre la importancia del uso de la VIP según el esquema nacional de vacunación.
- Fomentar confianza en el esquema nacional de vacunación.
- Evitar rumores y desinformación.
- Mejorar la demanda inducida al programa de vacunación para lograr la meta esperada.
- Fortalecer la detección y notificación de posibles casos de ESAVI.

4. Capacitación

La capacitación de este lineamiento va dirigida al personal administrativo y operativo del programa de cada nivel territorial, EAPB, Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) vacunadoras, a los profesionales que de manera privada ejercen esta actividad, aliados estratégicos y con mayor énfasis a todos los vacunadores, dicha capacitación estará a cargo de las entidades territoriales en cada nivel durante el mes de marzo del presente año.

5. Sistema de información

La aplicación de las terceras dosis de VIP debe registrarse en los diarios de vacunación, en la plantilla de dosis aplicadas que se envía en la plantilla Excel®. El registro adecuado de las dosis administradas de VIP es fundamental para evaluar el resultado de la aplicación de la dosis de esquema.

La información oportuna y de calidad permite realizar medidas correctivas en el desarrollo del programa.

Ingresar la información de los vacunados en el sistema de información nominal del PAIWEB, este se encuentra ajustado para su registro.

Los departamentos y distritos son responsables de consolidar y enviar en los primeros 10 días calendario de cada mes al nivel nacional, la información en la plantilla Excel® de reporte de dosis aplicadas.

Con respecto al registro en el carné de vacunación, se debe especificar claramente la aplicación de la **TERCERA** dosis con la VIP, diligenciando la totalidad de las variables del carné.

6. Almacenamiento, conservación y cadena de frío

Se debe tener en cuenta siempre la presentación de la vacuna con el fin de verificar la capacidad de almacenamiento.

Se debe almacenar y transportar según las normas técnico administrativas del PAI disponible en el siguiente enlace: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/paginas/freesearchresults.aspx?k>manual%20pai&ss=Todos>, a continuación se relacionan algunas de las indicaciones:



- Mantener la vacuna a una temperatura entre +2 y +8 grados centígrados. No congelar.
- Verificar la fecha de vencimiento de la vacuna antes de su uso.
- Reportar los casos de pérdida de cadena de frío que se presenten, según lo estipulado en el procedimiento publicado en la página del INVIMA, apoyarse con el nivel inmediatamente superior.
- Utilizar los equipos de almacenamiento y transporte con código PQS.
- Seguir las recomendaciones conforme al Manual Técnico Administrativo del PAI -2015,
- Realizar adecuadamente el proceso de atemperamiento de paquetes fríos para cajas y termos.

7. Vacunación segura

La vacunación segura, incluye diferentes elementos, desde la producción y el control de la calidad de la vacuna, la evaluación y garantía de la eficacia y seguridad, el transporte y distribución, la implementación de prácticas adecuadas de aplicación y el uso del biológico.

Se deben tener todas las precauciones y acciones tendientes a conservar la seguridad del vacunado, el vacunador y el medio ambiente, por ejemplo, aplicar las normas de bioseguridad, uso de los correctos en vacunación, manejo de residuos en la vacunación intra y extramural entre otros, descritos en el capítulo de vacunación segura del Manual técnico administrativo del PAI.

Cumplir con la Circular 026 de 2017 del 1 de agosto 2017. Actualización de la política de frascos abiertos para el manejo de las vacunas en Colombia.

7.1. Desecho de insumos utilizados en la vacunación

Tener en cuenta el Plan para la Gestión Integral de los Residuos Generados en la Atención en Salud y otras Actividades. (PGIRASA) de cada institución, para el manejo y disposición final de los residuos generados durante la jornada.

8. Vigilancia de eventos supuestamente atribuidos a vacunación o inmunización – ESAVI

Para cumplir con los lineamientos de vacunación segura con esta vacuna, como con cualquiera de las otras incluidas en el esquema nacional, se deberá garantizar la notificación y seguimiento a las reacciones adversas que se presenten en la población después de la administración, tomando como referencia el protocolo de vigilancia en Salud Pública de los ESAVI GRAVE - Código 298 del Instituto Nacional de Salud disponible en el siguiente enlace: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/PRO%20ESAVI_.pdf

Se debe socializar la ficha de notificación de eventos adversos seguidos a la vacunación o inmunización ESAVI (ficha 298) con todas las IPSs, ESEs y equipos de vacunadores para su adecuado diligenciamiento y entrega a los supervisores directos. Disponible en: http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/298_Evento%20supuestamente%20atribuido%20a%20la%20vacunaci%C3%B3n%20o%20inmunizaci%C3%B3n%20ESAVI_2019.pdf

9. Plan de crisis

La presentación de ESAVI puede generar pérdida de confianza de la población en forma abrupta, lo cual puede distraer recursos en forma inesperada para contrarrestar el efecto negativo de las declaraciones inapropiadas de los medios de comunicación. Situaciones que tiene explicación científica, pueden verse mal interpretadas por la



población si hay una canalización inadecuada de los mensajes. La demanda de información puede ocasionar una crisis, no solo para la intensificación sino para el sector pues se puede caer en la improvisación, por falta de estrategias previamente definidas. Las consecuencias de esto serán una población atemorizada, una demanda o acoso excesivo de los medios. El costo de restablecer la confianza será la movilización de recursos adicionales para equilibrar la confianza, que distraerá recursos destinados a la intensificación de vacunación.

Por lo anterior, se debe conformar un Plan de Crisis liderado por un equipo de crisis, que persiga los siguientes objetivos:

- Determinar las conductas a seguir frente a los medios de comunicación para confrontar un ESAVI.
- Establecer un equipo de crisis: Jefe, técnicos y voceros.
- Identificar personas claves que deben estar informadas y elaborar directorio telefónico.
- Identificar estrategias de comunicación para contrarrestar efectos negativos.
- Asegurar que TODOS conozcan a los voceros oficiales.
- Definir mensajes
- Establecer calendario de capacitaciones
- Definir y asignar tareas.

El equipo de crisis debe estar conformado por el Secretario de Salud, el responsable de vigilancia en salud pública, el coordinador del PAI, el coordinador de salud pública, entre otros, de la Entidad territorial que estén al frente de la crisis; este equipo debe ser multidisciplinario, cumplir con los objetivos del plan de crisis y contar con un vocero quien dará la información respectiva a los medios de comunicación. Este equipo y conforme a la situación debe:

- Promover las conferencias de prensa, boletines diarios, entre otros.
- Supervisar el material para los medios.
- Instalar una sede donde brindar información permanente sobre cualquier situación inesperada, donde se pueda capacitar además a los comunicadores y periodistas.
- Facilitar historias sobre la vida real, de situaciones similares en otros países y lugares del país.
- Asegurar la entrega de materiales a la prensa y darles seguimiento.
- Emitir boletines de prensa para todo el país.

Es muy importante contar con un plan de crisis, ya que con el:

- Se mantiene una imagen positiva de la vacunación con argumentos sólidos, oportunos y confiables.
- Se brinda confianza en el sector salud con la organización minuciosa de la información crítica
- Se fortalecen los vínculos, alianzas y confianza con la población y con los medios.