



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

Plan estratégico para la Erradicación Mundial de la poliomielitis y la fase final 2013-2018. Santiago de Cali, 2016



**ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI**

**ALCALDE DE SANTIAGO DE CALI
MAURICE ARMITAGE**

**SECRETARIO DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL
ALEXANDER DURAN PEÑAFIEL**

**GRUPO DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD PÚBLICA
FREDDY AGREDO LEMOS**

**COORDINADORA PAI – CALI
LILIANA ALARCÓN LUNA**

GRUPO DE SALUD PÚBLICA

GRUPO PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES

GRUPO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Enero de 2016



TABLA DE CONTENIDO

Introducción.....	6
Plan estratégico para la Erradicación Mundial de la poliomielitis y la fase final 2013-2018,	14
Colombia, 2015	14
1. Generalidades del país.....	14
1.1 Situación política, geográfica y socioeconómica del país	16
1.2 Sistema de Salud Colombiano.....	16
1.3 Morbimortalidad general y Morbimortalidad infantil.	18
2. Plan estratégico para la Erradicación Mundial de la poliomielitis y la fase final 2013-2018. ...	20
2.1 Objetivo general:	21
Erradicar todo tipo de virus de la poliomielitis, esto incluye por poliovirus salvaje (WPV) poliovirus vacunales Sabin-like y poliovirus circulantes de origen vacunal (cVDPV).	21
2.2 Objetivos específicos.....	21
3. Generalidades del Plan de Erradicación Mundial de la poliomielitis.....	21
3.1 Conformación de Comités.....	21
3.2 Amenazas para cumplimiento del plan.....	24
4. Componentes del plan de erradicación.....	24
4.1 Contención del poliovirus (salvaje, Sabin-like y derivados de vacuna).....	24
4.1.1 Fase I: Inventario de la red de laboratorios y análisis del riesgo.....	25
4.1.2 Fase II: Biocontención de los poliovirus para el control del riesgo: Proyectado a realizarse de febrero a Junio de 2016.....	30
4.1.3 Fase III:.....	30
4. 2 Fortalecimiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones-PAI.....	32
4.2.1 Introducción de la vacuna inactivada contra la poliomielitis-VIP.	35
4.2.2 Plan de sincronización global (switch) para el cambio de la vacuna trivalente oral-VOPt..	36
a vacuna Bivalente oral- VOPb.	36
4.2.2.1 Que es el Plan de sincronización global o switch.....	36
4.2.2.2 Objetivos del Plan de sincronización global (switch).	36
4.2.2.3 Por qué realizar este cambio de vacuna trivalente oral-VOPt a vacuna Bivalente oral- VOPb?	37
4.2.2.4 Estructura de gestión para el manejo del Switch.....	38
4.2.2.5 Cronograma de las actividades preparatorias a desarrollarse a nivel nacional para la implementación del Switch y responsables por niveles.	56
4.2.2.6 Actividades a desarrollarse el Día Nacional del Switch y responsables por niveles.....	57
4.2.2.7 Cronograma de las actividades de verificación a desarrollarse posterior al Día Nacional del Switch y responsables por niveles	62
4.2.2.8 Instrucciones para la destrucción segura de la VOPt	63
4.2.2.9 Actualización del sistema de información.....	64



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

4.2.2.10 Evaluación de la capacidad de la cadena de frío a nivel nacional y territorial.....	65
4.2.2.11 Indicadores claves para el seguimiento al switch.....	67
4.3 Plan de certificación de todas las regiones del mundo, como libres de la poliomielitis. (Realizado por la OMS y OPS)	69
4.4 Planificación de la transmisión del legado.	69
4.4.1 Histórico de la vigilancia de la poliomielitis en Colombia, cumplimiento de indicadores. .	69
4.4.2 Retos de la vigilancia para el legado.	70
4.4.3 Plan de vigilancia epidemiológica de las parálisis flácidas.....	71
ANEXOS.....	74
Anexo 1.“Lineamientos Técnicos y Operativos para la Introducción - Universalización de la Vacuna Inactivada contra la Poliomielitis -VIP, en el esquema de vacunación permanente del Programa Ampliado de Inmunizaciones-PAI, Colombia, enero 2015.	74
Anexo 2. Otras preguntas frecuentes sobre el switch.....	74
Anexo 3A. Formato excel de información General para el desarrollo del switch.....	76
Anexo 3B. Formato excel :Inventario previo de métodos de eliminación de la vacuna el día del switch.....	76
Anexo 4. Cronograma de distribución de la vacuna del almacén nacional a las entidades territoriales.....	77
Anexo 5. Formato excel para consolidación de inventarios de vacunas VOPt, VOPb, VIP.....	78
Anexo 6. Plantilla de oficio para gerentes de ESE e IPS vacunadoras de cada entidad territorial.	79
Anexo 7. Formato de acta de eliminación de vacuna VOPt.....	82
Anexo 8. Formato de acta de inicio de la VOPb	83
Anexo 9. Formato de ficha de verificación técnica de cumplimiento de actividades del switch en las IPS.....	84
Anexo 10. Formato de ficha de verificación técnica de cumplimiento de actividades del switch en los municipios.....	85
Anexo 11. Formato de consolidación de costos del proceso.....	85
Anexo 12. Guía para el informe ejecutivo de la ejecución del Plan de implementación del switch a nivel territorial.	87
Anexo 13. Formato excel consolidacion de infromación territorial.....	87
14. “Gestión de residuos Químicos y medicamentos, según el anexo 2 de la resolución 1164 de 2002.”	90



**ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI**

Anexo 15. Formato de estudio de caso simulado para la atención de brotes por polio 2 derivado de vacuna, código, Código: REG-R01.001.4040-003, Instituto Nacional de Salud.	95
Bibliografía consultada.....	96



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.

El último caso de esta enfermedad causado por el virus salvaje de la polio en la Región de las Américas, se detectó en 1991 en Perú, en Colombia fue en este mismo año, en el municipio de Arjona, departamento de Bolívar y en 1994 la Comisión Internacional para la Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis, revisó las pruebas disponibles en cada país o territorio y concluyó que se había interrumpido la circulación autóctona del virus salvaje en el continente, con lo que la región de las Américas se convirtió en la primera región del mundo en lograr esta meta.

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, encabezada por la Organización Mundial de la Salud (**OMS**).

En los años siguientes, otras tres regiones recibieron la certificación de la erradicación: Región del Pacífico Occidental en 2000; Región de Europa en junio de 2002, y la Región del Sudeste de Asia (incluye a la India) en marzo de 2014. 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 que generaron casos secundarios.

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 pidió a la Directora General de la OMS desarrollar una estrategia global para la fase final de la erradicación de la poliomielitis; 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

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



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

El 25 de enero de 2013, el Consejo Ejecutivo de la OMS aprobó las metas, los objetivos y el cronograma de este Plan Estratégico 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 y certificar la interrupción de su transmisión; y a planificar el aprovechamiento del legado de la lucha contra la poliomielitis.

En julio de 2014 el Grupo Técnico Asesor sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación (TAG), de la OPS, en su reunión, emitió recomendaciones para la Región de las Américas relacionadas con la introducción de la VIP. En esa ocasión, el TAG reiteró las recomendaciones presentadas durante su reunión extraordinaria realizada en abril de 2014 y las recomendaciones del SAGE 2013, respaldando los esfuerzos para erradicar la poliomielitis y los objetivos de la fase final de erradicación, dentro de ellos, los dirigidos al retiro de la vacuna oral -VOP (vacuna Sabin) del esquema de vacunación de rutina. Recomiendan a los países que durante la introducción de la vacuna inactivada contra la poliomielitis-VIP, tener en cuenta esquemas secuenciales; lo ideal sería que los países consideren utilizar dos dosis de la VIP, seguidas por tres dosis de la VOP. En este momento, los países no deberían considerar cambiar directamente a la vacunación contra poliomielitis solamente con la VIP, a menos que cumplan los criterios previamente recomendados por el TAG y la OMS (bajo riesgo de transmisión e importación, alta cobertura homogénea y buen saneamiento básico).

Las principales metas propuestas por la OMS para la implementación del plan estratégico para la erradicación de la polio y fase final 2013-2018, a ser desarrolladas por los países para alcanzar estos objetivos son:

1. Fortalecer la vigilancia epidemiológica para detectar rápidamente cualquier importación de poliovirus. La vigilancia de las parálisis flácidas agudas (PFA) seguirá siendo el principal mecanismo para la detección del poliovirus. Adicionalmente, la vigilancia ambiental podrá complementar la vigilancia de los casos de PFA para detectar la presencia del virus de la polio en zonas y poblaciones seleccionadas.
2. Alcanzar y mantener adecuadas coberturas de vacunación, por encima del 95%, de manera uniforme en todos los municipios o distritos.
3. Fortalecimiento del programa de vacunación, con la introducción de la vacuna de VIP, en el programa permanente de vacunación y el retiro del virus vacunal tipo 2 de la vacuna oral trivalente, que implica un plan de sincronización global, para el cambio de vacuna viva trivalente oral-VOPt-, la cual contiene los antígenos de los poliovirus tipo 1, 2 y 3, por la vacuna viva bivalente oral contra la poliomielitis-VOPb-, que contiene solo los antígenos tipos 1 y 3, proyectado para mayo de 2016.

**ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI**

4. Certificar la erradicación y la contención de todos los poliovirus (salvaje y vacunal).
5. Planificar la transmisión del legado de un mundo libre de poliomielitis.

El presente documento es de obligatorio cumplimiento en el 100% de las actividades planteadas y está dirigido a los tomadores de decisión, coordinadores PAI de distritos, departamentos, municipios y coordinadores nacionales y regionales del programa en las Empresas Administradoras de Planes de beneficios-EAPB, responsables departamentales, distritales y municipales de la vigilancia de los eventos Inmunoprevenibles, vacunadores de cada institución prestadora de servicios de vacunación, como la directriz técnica para orientar el proceso de planeación, organización, gestión, seguimiento y evaluación, del plan de sincronización global, para el cambio en la utilización de la vacuna trivalente oral-VOPt- a la vacuna Bivalente oral- VOPb, conocido mundialmente como switch, proyectado a realizarse en Colombia, el 1 de mayo de 2016.



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL DE CALI

CARACTERIZACIÓN MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI

LOCALIZACIÓN

El municipio de Santiago de Cali, es la capital del Departamento del Valle del Cauca y es la tercera ciudad más poblada en Colombia. La ciudad forma parte del Área Metropolitana de Santiago de Cali, junto con los municipios aledaños a ésta.

Figura 1. Ubicación del Municipio de Santiago de Cali



Su ubicación geográfica es excelente, limita al norte con los municipios de La Cumbre y Yumbo, al oriente con los municipios de Palmira, Candelaria y Puerto Tejada, al sur con el municipio de Jamundí y al occidente con los municipios de Buenaventura y Dagua. Tiene una superficie total de 560.3 Km² de los cuales 120.9 Km² corresponde a comunas (zona urbana), 437.2 Km² a corregimientos y 2.2 a Protección Río Cauca (km²).

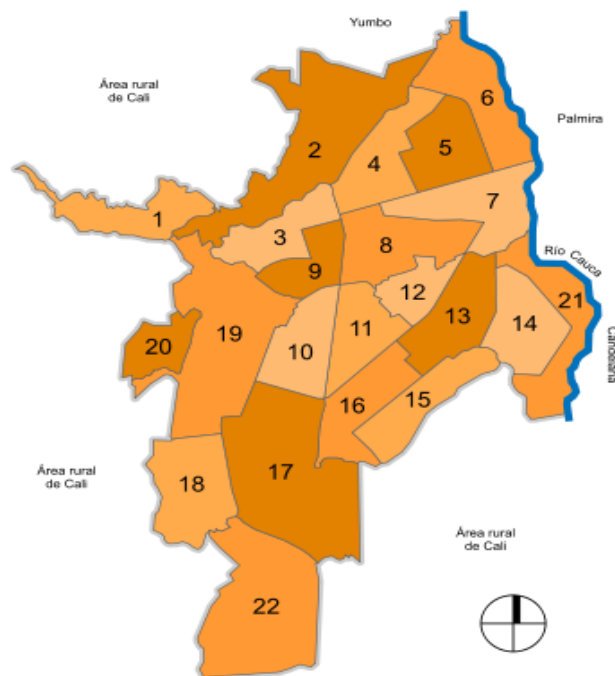
Se encuentra ubicado a 3° 27'26" de latitud norte y a 76° 31'42" de longitud oeste (Meridiano de Greenwich), una altura de 1,070 m sobre el nivel del mar (Coordenadas 110.000N, 110.000) siendo la altura máxima 4,070 m (Farallones) y una altura mínima 950 m (oriente).



DIVISIÓN ADMINISTRATIVA

El área urbana de la ciudad, se encuentra dividida en 22 comunas, estas a su vez se dividen en barrios y urbanizaciones. En toda la ciudad hay 249 barrios aprobados y 91 urbanizaciones. Las comunas, se encuentran estratificadas de acuerdo al nivel socioeconómico de tal forma que el 83% de las comunas están en estrato 1,2 y 3. Esto hace que se tengan comunas donde las condiciones sociales, económicas, culturales y ambientales requieran mayor atención ya que cuentan con características de pobreza y presenten un nivel de salud deficiente. La zona rural se divide en 15 corregimientos, estos a su vez se dividen en veredas. La zona rural se extiende 43.717,75 ha y en ella viven 48.368 personas según poblaciones proyectadas por el Departamento Administrativo de Planeación Municipal (**DAPM**).

Figura 2. División Administrativa zona urbana de Cali



Fuente: http://es.wikipedia.org/wiki/Cali#/media/File:Comunas_de_Cali.svg

Las zonas de mayor densidad poblacional se encuentran en el oriente y la ladera occidental de la ciudad, donde generalmente se asocia a hacinamiento crítico, un factor de riesgo para la transmisión de enfermedades como la tuberculosis e infecciones respiratorias agudas. El 98,4% de los habitantes residen en la cabecera municipal. La comuna con mayor proporción de habitantes es la 6 (8,2%) seguida de las 13(7,7%), 14 (7,4%) y 15(6,7%) mientras las comunas menos pobladas corresponden a la 22 (0,5%) y la 9 y cada una con 3%. En la zona rural el corregimiento más poblado es Montebello (24,8%) seguido de La Buitrera (17,5%).



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

Las comunas de mayor riesgo en el municipio de Cali están ubicadas en zona de ladera siendo las comunas 18, 20, 1 y parte de la comuna 2. Y en la zona plana, las comunas del nororiente y oriente de Cali, como son las comunas 6, 7, 13, 14, 15, 16, 21. En la zona rural el corregimiento más poblado es Montebello (24,8%) seguido de La Buitrera (17,5%) mientras La Leonera (1,5%) y la Paz (1,8%) presentan la menor proporción poblacional.

La población total en el Municipio para el año 2014 fue de 2,344.703, en la cabecera de 2.308.086 y en la zona rural fue de 36.617. Para el año 2015, se estima que la población total será de 2.369.829, en la cabecera de 2.333.213 y en el resto de 36.616. Con respecto a la población por comuna, para el año 2014, fue de 2.308.086, de los cuales 1.103.011 correspondieron al sexo masculino y 1.205.075 al sexo femenino. Para el 2015, se estima una población por comuna de 2.333.213, siendo 1.115.019 del sexo masculino y 1.218.194 del sexo femenino

Durante el periodo 2007 a 2011 en el municipio de Santiago de Cali no se presentaron letalidades por Difteria, EDA, fiebre amarilla, fiebre paratifoidea, parálisis flácida, parotiditis, rotavirus, rubeola, sarampión, síndrome de rubeola congénita, ni tétanos neonatal ni por eventos supuestamente atribuidos a inmunizaciones (ESAVI).

Con respecto a Parálisis Flácida Aguda (**PFA**), en el 2012 la tasa de notificación de 0.18 x 100.000 menores de 15 años

El objetivo general del PAI en el municipio de Cali es el de erradicar, eliminar y controlar las enfermedades prevenibles por vacunación, contempladas en el esquema del PAI adoptado para Colombia, con el fin de interrumpir las cadenas de transmisión, disminuyendo las tasas de mortalidad y morbilidad, prioritariamente en la población objeto del PAI.

Una vacunación por encima del 95%, permite alcanzar el umbral de inmunidad comunitario en una población, logrando así erradicar la morbimortalidad ocasionada por las enfermedades que dichas vacunas previenen.

El último caso de poliomielitis en el país se registró en 1991 en el municipio de Arjona Bolívar. La vacunación antipolio presentó coberturas muy bajas, en promedio del 77.2% (1992 - 2002); a partir de 2001 se incrementó rápidamente pasando, en éste año, a 123.9% y manteniéndose altas hasta hoy (el promedio del periodo 2003 - 2014 fue de 111.5%).

Las coberturas en Cali son superiores al 100% porque se vacunan niños procedentes de municipios aledaños como Candelaria, Jamundí y Yumbo. Sin embargo, para verificar las coberturas administrativas de los residentes en Cali, la Secretaría de



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

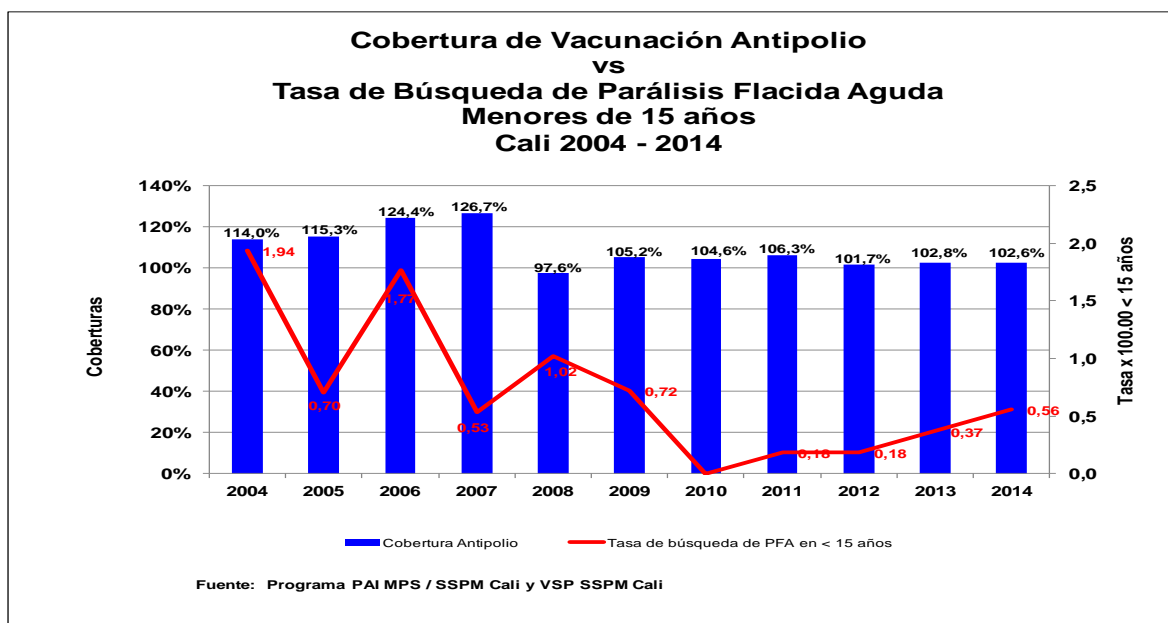
Salud Pública Municipal - SPM realiza Monitoreos Rápidos de Coberturas de Vacunación (MRC).

Para controlar la poliomielitis, enfermedad que la vacuna antipolio previene, se vigila la notificación de casos probables de parálisis flácida aguda, en menores de 15 años. La meta establecida para esta notificación se define a través del indicador “Tasa de búsqueda de parálisis flácida aguda”, que debe ser igual o mayor a 1 por 100.000 menores de 15 años. La Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali realiza acciones de vigilancia activa en función del cumplimiento de esta meta y su evolución está registrada desde el año 2004. En los años 2005 y 2007 la tasa estuvo por debajo de la meta nacional (0.7 y 0.5 respectivamente), mientras que en 2006 y 2008 estuvo por encima (1.8 y 1.0 respectivamente).

En los años 2009, 2010, 2011, 2012, 2013 y 2014 la tasa estuvo nuevamente por debajo de la meta nacional (0.7, 0, 0.2, 0.2, 0.4 y 0.6 respectivamente) A partir del 2007 la estrategia de búsqueda activa institucional de casos probables de parálisis flácida aguda, se ha fortalecido de manera importante sin haber encontrado por esta vía casos no notificados, lo cual evidencia una reducción real de casos y no un bajo subregistro.

A continuación se presenta una grafica con la cobertura de Vacunacion Antipolio versus la tasa de busqueda de paralisis flacida aguda menores de 15 años en Cali 2004-2014.

Figura 3. Cobertura de Vacunación Antipolio Vs Tasa de búsqueda de PFA





ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

Las coberturas de vacunación en el Municipio de Santiago de Cali para Polio superan el 95 % comparado con el Departamento del Valle y Colombia, como se evidencia en el siguiente cuadro:

Figura 4. Resultados Cobertura de Vacunación

Resultados Coberturas de Vacunación				
Biológico	Colombia	Cali	Valle	Línea Base
Polio	90	98,8	94	95
BCG	88,7	98,5	84,8	95
Hb recién nacido	85,5	98,5	83,4	95
Neumococo 2° dosis	90,3	98,1	91,5	95
Neumococo 12 meses	89,3	99,1	77,7	95
Rotavirus	88,6	98,2	92,8	95
Pentavalente	90,3	98,6	94,3	95
Influenza 6 meses	93,3	95,3	82,2	95
Triple viral 1 año	91,2	98,4	95,7	95
Fiebre amarilla	91,7	98,8	96,1	95
Hepatitis a	93,7	98,3	95,7	95
Polio 1 refuerzo	90,1	99,1	95,1	95
Polio 5 años	89,3	96,6	92,3	95
DPT 18 meses	89,7	99,1	96,1	95
DPT 5 años	88,5	96,7	79,7	95

Cali, en el 2015 contó con 153 Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud (IPS), que ofrecen el servicio de vacunación, 90 pertenecen al sector público, 35 al Régimen Contributivo, 4 al Régimen Especial, y 24 al sector particular.

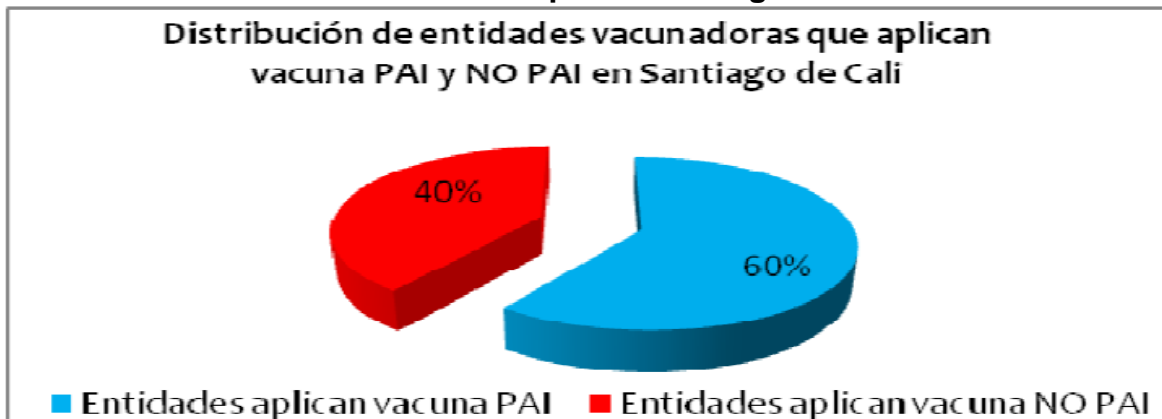
De las 153 IPS, 18 son IPS vacunadoras de Recién Nacidos, 5 son IPS públicas, 12 privadas y 1 especial

Figura 5. Distribución de Entidades Vacunadoras en el Municipio de Santiago de Cali al 2015

Distribución de entidades vacunadoras en Santiago de Cali	Número	%
Entidades Privadas	59	39%
Entidades Publicas	91	59%
Entidades Especiales	3	2%
Total de Entidades	153	100%

Dentro de estas entidades vacunadoras el 40% aplica vacuna PAI y el 60% vacuna no PAI como se evidencia en el siguiente grafico:

Figura 6. Distribución de entidades vacunadoras que aplican vacuna PAI y no PAI en el Municipio de Santiago de Cali.



Plan estratégico para la Erradicación Mundial de la poliomielitis y la fase final 2013-2018, Colombia, 2016

1. Generalidades del país.

SITUACION Y LÍMITES

El territorio continental de la República de Colombia se encuentra ubicado entre las siguientes coordenadas geográficas latitudes Norte en 12 27'46" en el lugar denominado Punta Gallinas, y Sur en 4 13'30" en Boca San Antonio Leticia y longitudes Oriente en 66 50'54" situada en la Isla San José Negro, y al Occidente en 79 1'23" en el Cabo Manglares.

Colombia tiene una extensión de 1.141.748 kilómetros se localiza en la esquina Noroccidental de la América del Sur, en plena zona tórrida y posee una ubicación estratégica por su cercanía a Panamá, punto neurálgico para el transporte internacional. Esta actividad se facilita por cuanto el país está bañado por dos océanos, el Atlántico por el Norte con una extensión de 1.600 kilómetros y el Pacífico por Occidente con 1.300 kilómetros. Por el Oriente el país limita con Venezuela (2.219 kilómetros) y Brasil (1.645 kilómetros al Sur con Perú (1.626 kilómetros) y Ecuador (586 kilómetros) y al Noroeste con Panamá (266 kilómetros).

Además de la parte continental, forman parte del territorio nacional una serie de islas y cayos que conforman el archipiélago de San Andrés y Providencia en el océano Atlántico y las islas de Malpelo, Gorgona y Gorgonilla en el océano Pacífico.



REGIONES NATURALES

Según condiciones similares de clima, topografía, vegetación y suelos se distinguen en el país las siguientes regiones naturales: la del Caribe, la del Pacífico, la Andina, la Amazónica, los Llanos Orientales u Orinoquia colombiana, y la región insular de San Andrés y Providencia.

La región Caribe comprende la parte septentrional del país. Su amplia extensión ofrece un aspecto físico muy diverso con variaciones notorias en su relieve y, como consecuencia en las condiciones climáticas. Observa importante desarrollo en las actividades agropecuarias industriales, mineras, turísticas y de transporte internacional.

La región del Pacífico, ubicada al occidente del país abarca desde el Golfo de Uraba, al norte, hasta el valle del río Mira en la frontera con el Ecuador esta conformada en gran parte por una extensa llanura selvática, en donde predomina la humedad. La región Andina constituida por las cordilleras Occidental, Central y Oriental, presenta un conjunto de valles montañosos, mesetas y vertientes, dotadas de condiciones favorables que facilitan el desarrollo de las actividades económicas y culturales. Esta región concentra la mayor parte de la población y el mayor nivel socioeconómico.

La región Amazónica, de aspecto plano en general, esta cubierta, en gran parte, por vegetación selvática surcada por grandes corrientes fluviales. Se encuentra en la parte sureste del país entre la cordillera Oriental, los límites con Brasil y Perú y los Llanos Orientales.

La región de los Llanos Orientales u Orinoquia colombiana abarca las sierras planas y onduladas comprendidas entre la cordillera Oriental, los ríos Arauca, Meta y Orinoco y la región Amazónica. Esta constituida por extensas sabanas regadas por ríos afluentes del Orinoco, en donde la actividad agropecuaria se ha intensificado.

La región insular de San Andrés y Providencia esta conformada por las islas de San Andrés y Providencia y Santa Catalina, los bancos Alicia, Quitasueño, Serrana y Serranilla, el Bajo Nuevo y una serie de cayos entre los que se distinguen Roncador y Alburquerque. Todo este territorio está ubicado en el mar Caribe, al noroeste del área continental. Su mayor desarrollo lo observan los sectores del comercio y el turismo, este último atraído por la belleza de sus costas y del paisaje tropical.

Colombia cerró 2014 con una población de 47.662.000 personas, lo que supone un incremento de 541.000 habitantes respecto a 2013, Colombia puede considerarse un país con un número de habitantes significativo, si lo comparamos con el resto de los países, ya que ocupa el puesto número 28 del ranking de 196 estados que componen la tabla de población mundial de datosmacro.com. En 2013, la población femenina fue mayoritaria, con 24.562.767 mujeres, lo que supone el 50,83% del total, frente a los 23.758.638 hombres que son el 49,17%. Colombia tiene una densidad de población moderada de 42 habitantes por Km².

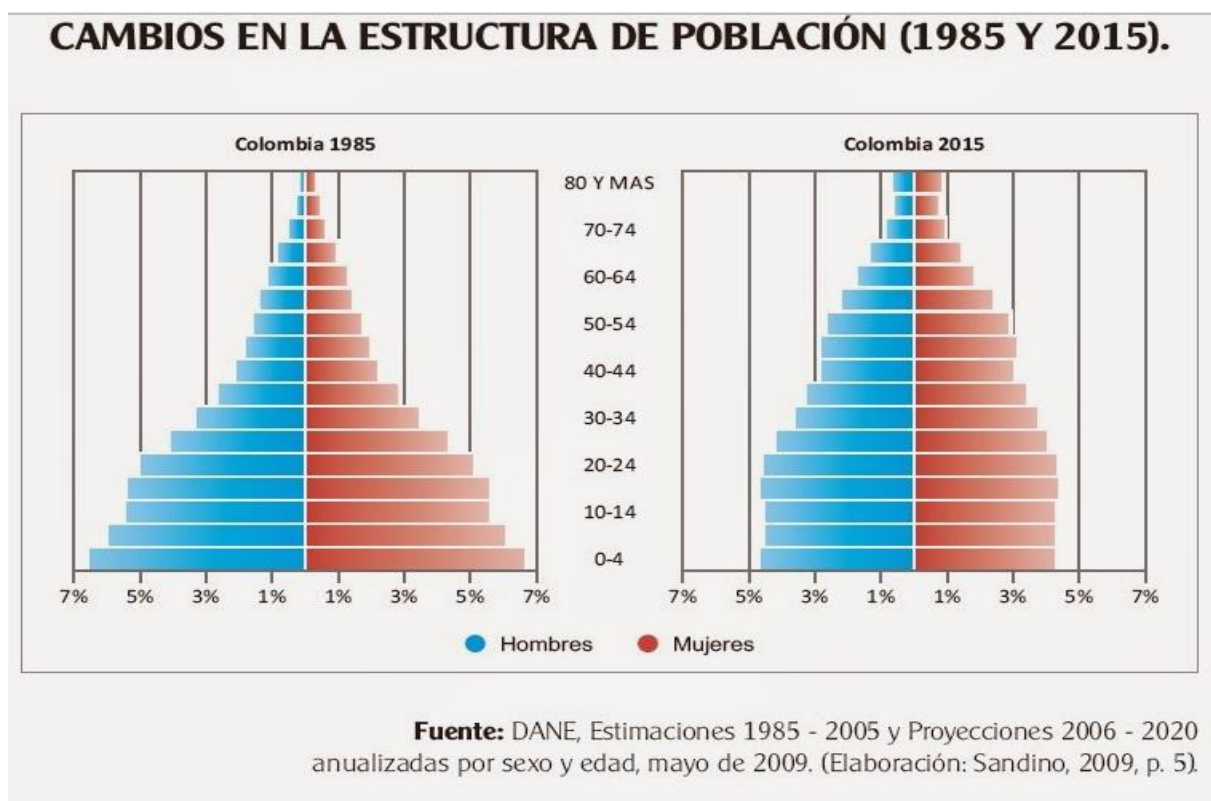


ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

Diferentes conclusiones se derivan del siguiente gráfico comparativo. La más visible es la reducción de la población entre los 0 y los 15 años. Ya no nacen tantos niños en Colombia, al tiempo que la población mayor de 60 años crece. Aunque Colombia sigue siendo un país joven, la tendencia cambia rápidamente.

La pirámide poblacional de Colombia es regresiva e ilustra el descenso de la fecundidad y la natalidad con un estrechamiento en su base para el año 2015 comparado con el año 1985, los grupos de edad donde hay mayor cantidad de población son los intermedios y a medida que se avanza, se evidencia el estrechamiento que representa a la población adulta mayor, además del descenso en la mortalidad.

Figura 7. Cambios en la estructura de población de Colombia 1985 y 2015



1.1 Situación política, geográfica y socioeconómica del país

Colombia es una democracia en la que los ciudadanos les dan poder a los gobernantes mediante el voto para que los representen y tomen las decisiones referentes al país. Los colombianos pueden elegir a sus representantes cuando son mayores de dieciocho años y posean cédula de ciudadanía. En Colombia el sufragio no es obligatorio, su sistema electoral es sufragio voluntario. El voto obligatorio es permitido en la mayoría de países de América Latina. La abstención en Colombia es una de



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

las más altas de América. Para el 2014 Transparencia Internacional en su informe Índice de Percepción de Corrupción del sector público ubica a Colombia en el puesto 94 de 175 naciones.

La Constitución Política de 1991 determina todas las normas, derechos y deberes de los colombianos y de las ramas del poder público. La Constitución Política de Colombia ordena el poder público en tres ramas: ejecutiva, legislativa y judicial. De esta manera se busca evitar la concentración del poder. Cada rama cumple diferentes funciones y actúa de forma independiente pero armónica según la constitución.

Las estimaciones del crecimiento de la economía colombiana indican que el país avanza a buen ritmo, inclusive por encima del promedio de América Latina y del crecimiento mundial.

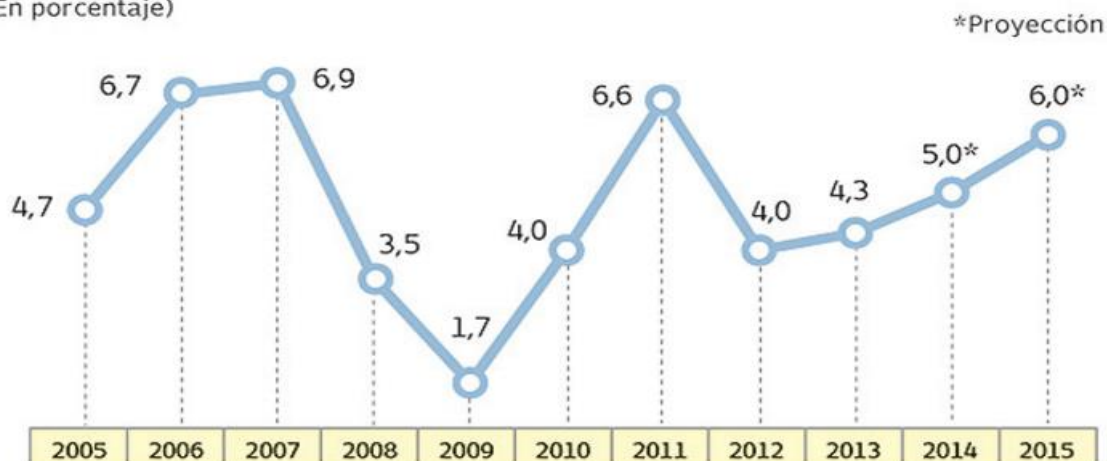
Las estimaciones indican que la economía nacional crecería este año 5 %, aunque plantea un rango posible de 4,2 % y 5,8 %. Hasta hace unas semanas el Banco le apostaba a un crecimiento del 4,3 % promedio para el 2014.

Asimismo, para el 2015 la expectativa es que el Producto Interno Bruto, PIB, se incremente en un 6 % como se evidencia en el siguiente gráfico:

Figura 8. Crecimiento de la economía Colombiana

Crecimiento de la economía colombiana

(En porcentaje)

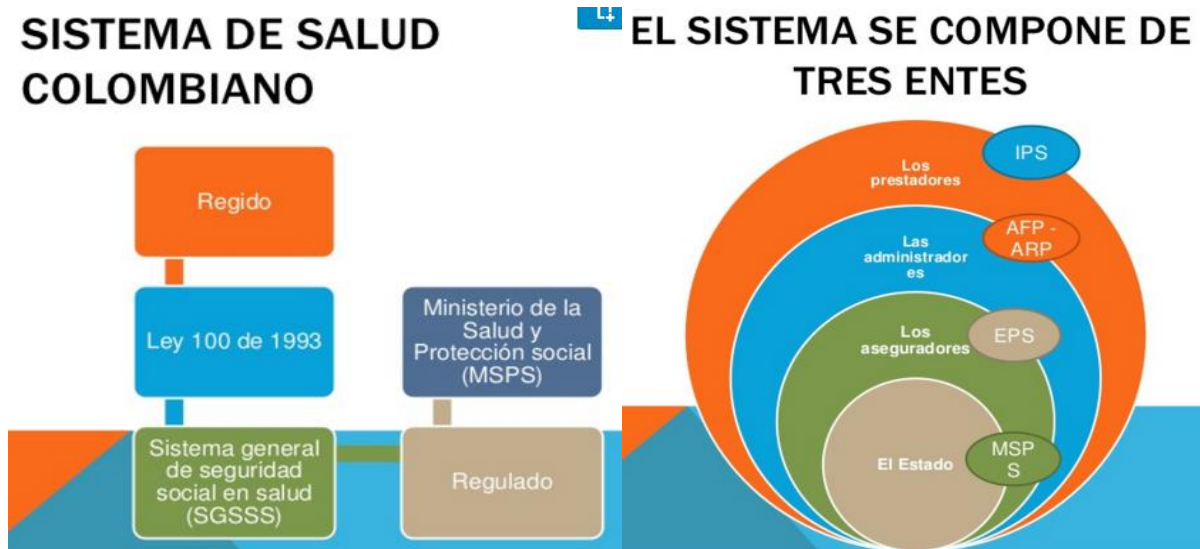


Fuente: Dane

Gráfico: El País

1.2 Sistema de Salud Colombiano

Figura 9. Sistema de Salud Colombiano



El SGSSS cuenta con unas filosofías:

- Eficacia: Mejor utilización social y económica de los recursos
- Universalidad: protección para todos
- Solidaridad: Mutua ayuda
- Integralidad: Cobertura para todos
- Unidad: Articulación
- Participación: Intervención en la comunidad

Los participantes del sistema son:

- Afiliados estos a su vez en:

Régimen contributivo

Régimen subsidiado

- Vinculados
- Regímenes especiales

1.3 Morbimortalidad general y Morbimortalidad infantil.

Mortalidad infantil La mayoría de las muertes en menores de un año se han considerado inequitativas por reunir características de evitabilidad, injusticia y ser innecesarias. Así mismo, el indicador es reflejo de las condiciones de salud y desarrollo de los países, y evidencia el nivel de prioridad que dan los gobiernos al derecho a la salud. En el mundo la mortalidad en la niñez se ha reducido durante los

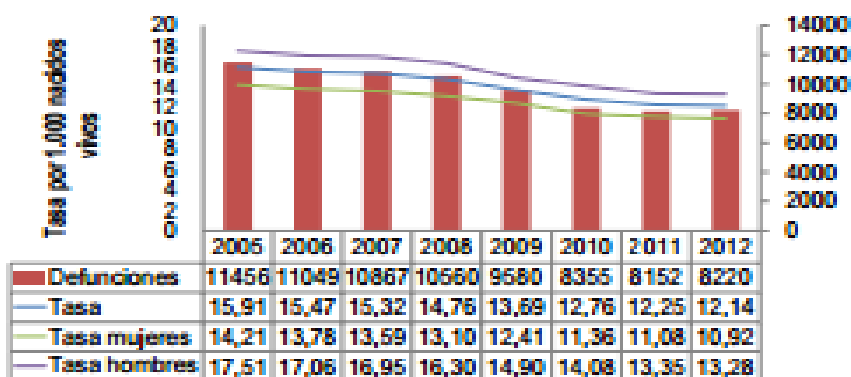


ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

últimos veinte años aunque no en la medida necesaria para alcanzar el logro del cuarto ODM. Para 2012 por cada 1.000 nacidos vivos 35 menores de un año perdieron la vida en el mundo, y 16 en los países de ingresos medio altos¹⁶; las tasas de mortalidad infantil más bajas (inferiores a 10 muertes en menores de un año por cada 1.000 nacidos vivos), se registraron en países como Estados Unidos, Canadá, Rusia, y en los países nórdicos, entre otros. En la región de Latinoamérica y el Caribe, solo Chile y Uruguay se clasificaron entre los países de menor mortalidad, y el resto mantuvieron tasas oscilantes entre 10 y 49,9 muertes en menores de un año por cada 1.000 nacidos vivos.

En Colombia la mortalidad infantil ha seguido una tendencia al descenso a través de los años. Entre 2005 y 2012 se registraron en total 78.239 muertes para un promedio anual de 9.780 y una desviación estándar de 1.382, el número de muertes osciló entre 8.152 y 11.456 para un rango de 3.304. Las tasas de mortalidad infantil disminuyeron un 14,91%, lo cual equivale a que para 2012 se produjeron casi 4 muertes menos por cada 1.000 nacidos vivos que en 2005. La tendencia decreciente se replicó en ambos sexos aunque la brecha se mantuvo a través del tiempo. Las tasas de mortalidad en hombres se mantuvieron entre un 20% y un 25% más altas que en las mujeres. (Figura 10) El cambio porcentual anual entre los ocho años fue de -4,29 y fue estadísticamente significativo con un nivel de confianza del 95%.

Figura 10. Mortalidad infantil. Colombia, 2005-2012

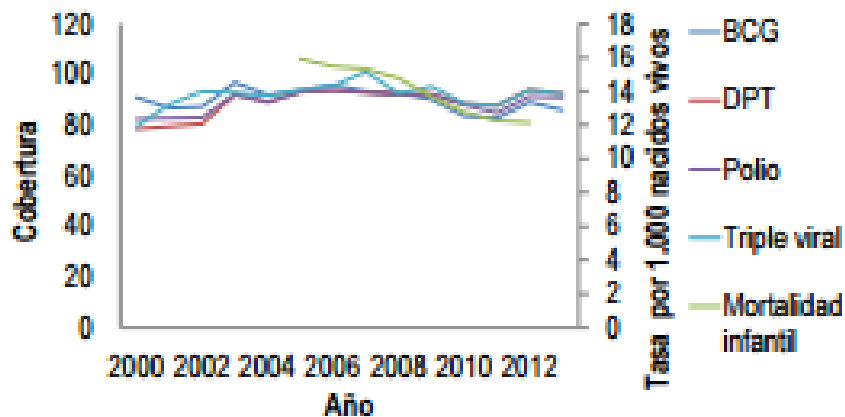


La mejoría observada está relacionada con las estrategias implementadas y los esfuerzos invertidos para el logro del cuarto ODM, en este sentido durante los

últimos 13 años las coberturas administrativas de vacunación para BCG se han mantenido entre 86% y 97%; así mismo, la vacunación anti polio estuvo entre 82% y 93%, las de DPT oscilaron entre 78% y 93%, y las de triple viral entre 79% y 100%²² (Figura 11), aunque se observan importantes diferencias a nivel departamental y municipal. Así mismo, la promoción de la lactancia materna hizo que entre 2005 y 2010 el número de meses de duración aumentara en 1,5 pasando de 0,70 a 2,20.

ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

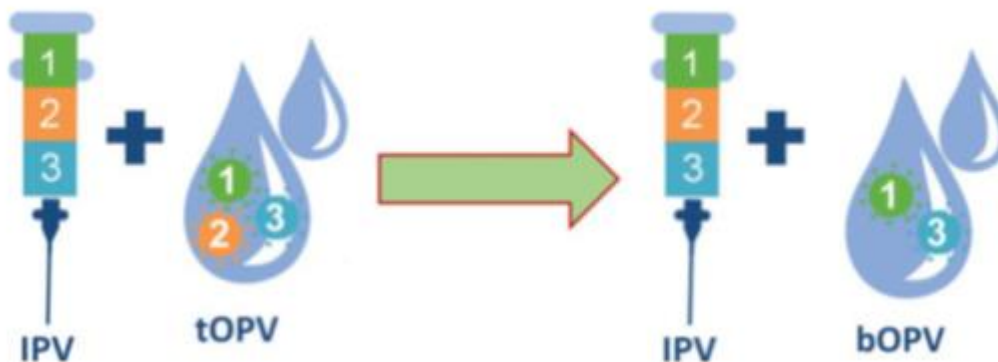
Figura 11. Mortalidad infantil 2005-2012 y coberturas de vacunación 2000-2013. Colombia



2. Plan estratégico para la Erradicación Mundial de la poliomielitis y la fase final 2013-2018.

Figura 12. Switch POLIO

El Switch o Cambio de la tOPV a la bOPV - Documentos técnicos de apoyo



consiste en el cambio de la vacuna viva trivalente oral contra la poliomielitis-VOPt, por la vacuna viva bivalente oral- VOPb- en los programas rutinarios de vacunación y en las campañas, en un mismo periodo de tiempo, en todos los países del mundo, a fin de reducir al mínimo, el riesgo de aparición de casos de poliomielitis post-vacunal.



2.1 Objetivo general:

Erradicar todo tipo de virus de la poliomielitis, esto incluye por poliovirus salvaje (WPV) poliovirus vacunales Sabin-like y poliovirus circulantes de origen vacunal (cVDPV).

2.2 Objetivos específicos

2.2.1 Detectar e interrumpir la transmisión del poliovirus en la población.

2.2.2 Fortalecer los Programas de vacunación sistemática y retirar la vacuna antipoliomielítica oral trivalente.

2.2.3 Confinar los poliovirus salvajes y vacunales y certificar la interrupción de su transmisión.

2.2.4 Planificar la transmisión del legado de la lucha contra la poliomielitis.

3. Generalidades del Plan de Erradicación Mundial de la poliomielitis.

3.1 Conformación de los Comités nacionales de certificación de la erradicación de la poliomielitis y de la contención de los virus de la polio.

3.1.1 Comité Nacional de certificación de la erradicación-CNC: Presidente Dra. Martha Álvarez

En la tabla 1, se identifica la conformación del comité nacional de certificación de la erradicación de la poliomielitis en Colombia, tres de sus integrantes son médicos especialistas que forman parte del Comité Nacional de Prácticas de Inmunización- (CNPI), con el más alto grado de experiencia en vacunación.

La función principal de este comité es evaluar, verificar y presentar la documentación nacional necesaria para la certificación, de que el país está libre del virus salvaje como del vacunal tipo 2. El gobierno nacional autoriza al Comité Nacional de Certificación a validar los datos y la documentación nacional solicitada por el comité regional de certificación-RCC, sobre el retiro y la eliminación de la VOPT.

El CNC supervisará el proceso y la documentación de:

- La detección e interrupción de la transmisión de todos los poliovirus salvajes.
- Evaluación de la calidad del sistema de vigilancia de la parálisis flácida aguda (PFA).
- La certificación de la erradicación de todos los poliovirus, empezando con el poliovirus salvaje tipo 2 (WPV2).
 - El WPV2 será declarado cómo erradicado globalmente en la próxima reunión del comité global de contención-GCC- en septiembre del 2015.



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

- La verificación del retiro del componente tipo 2, de las vacunas orales contra la poliomielitis, conocido como el cambio o switch a realizarse en Colombia, el 1 de mayo de 2016.
- Debe emitir la declaración formal del retiro y destrucción de la VOPt, después de realizado el switch.
- Revisar periódicamente entre ahora y abril del 2016, el progreso del país en la planeación del switch.

Después de verificar todo el proceso de la recolección y la eliminación de la VOPt, este comité presentará la documentación del país, al Comité Regional de Certificación de la OPS.

Tabla 1. Comité nacional de certificación de la erradicación de la poliomielitis, Colombia, 2015.

NOMBRE	ENTIDAD	TELEFONO	DIRECCION	CORREO
Ana Cristina Mariño	Sociedad Colombiana de Pediatría y CNPI	310 2850849		cristina.marino@gmail.com
Alberto Vélez Van Meerbeke	Asociación Colombiana de Neurología Pediátrica y CNPI	3157917473-3202713392		lilinacorrea@acnweb.org a.velezvm@gmail.com
Martha Álvarez	Sociedad Colombiana de Pediatría y CNPI	315 7734008		mialvarez1@cardioinfantil.org
Jorge Boshell Samper	Médico Patólogo, virólogo, experto en poliomielitis y en salud pública.	3144707195		jboshell@cydbank.org
Gerardo Chávez Montagno	Club Rotario, Referente para poliomielitis en Colombia	3142808965	Cra 10 N° 64 – 28 Bogotá	

3.1.2 Comité de certificación de la contención de los poliovirus. Presidente Dra. Dioselina Peláez

En la tabla N° 2, se muestra la conformación del comité de contención de los poliovirus en Colombia, cuya función es la verificación y certificación que los laboratorios del país se encuentran libres del virus en muestras potencialmente infecciosas para polio. Se encuentra conformado por profesionales con alta experiencia en el tema.



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

Este comité nacional debe supervisar el proceso y la documentación de:

- La implementación del manejo seguro de los poliovirus y las medidas de contención para reducir los riesgos de una reintroducción del virus.
- A enero del 2016 – el comité entregará el informe de contención al RCC
- Julio del 2016 – los CNC entregan informes de contención de poliovirus Sabin tipo 2 al RCC.

El Gobierno Nacional autoriza al Comité Nacional de Contención a recoger y validar los datos recolectados en todos los laboratorios del país y a revisar el documento final del proceso realizado, para ser presentado al Comité Regional de Certificación de la OPS.

Tabla 2. Comité de la contención de los poliovirus, Colombia, 2015

NOMBRE	ENTIDAD	TELEFONO	DIRECCION	CORREO
Dioselina Peláez	Instituto Nacional de Salud	Avenida calle 26 No. 51-20 CAN, Bogotá	3105735831	dpelaez@ins.gov.co
José Orlando Castillo Pabón	Instituto Nacional de Salud	Avenida calle 26 No. 51-20 CAN, Bogotá	2207700 ext 1396	ocastillo@ins.gov.co hsalas@ins.gov.co
INVIMA, Grupo de Programas Especiales		3105753055	Cra 10 N° 64 – 28 Bogotá	cpinop@invima.gov.co
Elsy Pilar González	MSPS, Dirección de PyP Grupo Medio Ambiente.	3305000 ext 1232 3108168496	Cra 13 N° 32-76 piso 12 Minsalud	egonzalez@minsalud.gov.co
María Mercedes González	Investigadora Universidad del Quindío		Universidad del Quindío Carrera 15, Calle 12 Norte	mmgonzalez@uniquindio.edu.co

El comité para la ciudad de Cali encargado de implementar, socializar y verificar que se cumpla el plan de erradicación de poliovirus fase final 2013-2018 se evidencia en el siguiente cuadro:

Tabla 3. Comité de la contención de los poliovirus, Cali, 2016

NOMBRE	ENTIDAD	TELEFONO	DIRECCION	CORREO
Alexander Duran Peñafiel	Secretario de salud –SSPM	5542522	Calle 4B # 36-00	Duran.alexander@gmail.com
Liliana Alarcón Luna	SSPM - Coordinadora PAI	5542528	Calle 4B # 36-01	calisaludable@gmail.com



Tabla 4. Otros participantes, Cali, 2016

PERSONERIA CALI	Hector Hugo Montoya
CONTRALORIA CALI	Ricardo Rivera
REPRESENTANTE DEL MEDIO AMBIENTE CVC CALI	Ruben Dario Materon
JEFE DE SALUD PUBLICA SSPM	Freddy Enrique Agredo
PROCURADURIA CALI	Lorena Ivette Mendoza

Los próximos pasos a tener en cuenta los comités nacionales de certificación y el comité regional, son:

- Septiembre del 2015, el GCC declarará la erradicación mundial del WPV2.
- Periódicamente entre septiembre 2015 y abril del 2016: el RCC revisará el progreso de cada país con el Swtich y las metas de la Fase Final a través de un tablero regional.
- En enero del 2016 – los CNC entregarán informes de contención de poliovirus salvaje a la RCC
- En febrero del 2016 – el RCC revisa los informes de contención de WPV y le entrega un informe de resumen al GCC.
- Mayo del 2016: los CNC entregan informes del retiro y destrucción de la VOPT al RCC.
- Junio del 2016: el RCC revisa los informes de los CNC sobre el retiro y destrucción de la VOPT y prepara un informe resume al GCC.
- Julio del 2016 – los CNC entregan informes de contención de poliovirus Sabin tipo 2 al RCC.
- Agosto del 2016 – la RCC revisa los informes de contención de los poliovirus Sabin tipo 2 de los CNC y le entrega un informe resumen al GCC.

3.2 Amenazas para cumplimiento del plan.

La posibilidad de incumplir con el plan de erradicación de la poliomiélitis a nivel mundial y de no poder realizar el switch en el momento en que está proyectado, sería el no suministro oportuno de las vacunas de VIP y VOPb, requeridas en este proceso.

4. Componentes del Plan estratégico para la Erradicación Mundial de la poliomiélitis y la fase final 2013-2018.

4.1 Contención del poliovirus (salvaje, Sabin-like y derivados de vacuna).

El Plan mundial para la contención de poliovirus en los laboratorios, está dividido en tres etapas y estas a su vez en fases. La primera etapa se realizó entre 1999 a 2008 y tuvo como objetivo la destrucción o contención de los poliovirus salvaje tipo 1, 2 y 3 en nuestro país. Se inició con el levantamiento de un inventario de laboratorios clínicos de investigación, de control biológico, de gastroenterología, productores de sus



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

tancias virucidas, de estudios de calidad del agua y laboratorios de virología con manejo de muestras biológicas y ambientales, infecciosos y potencialmente infecciosos. Luego de inventariar los laboratorios de biomedicina, se identificó el nivel de riesgo teniendo en cuenta la actividad de cada instituto, aplicando una encuesta en la que se preguntaba por el tipo de muestras biológicas procesadas, su conservación y disposición de las mismas. Se visitaron los laboratorios clasificados como de alto y mediano riesgo, para llegar al consenso de destruir (o conservar en laboratorios de nivel de Bioseguridad 4) todo el material infeccioso o potencialmente infeccioso de poliovirus salvaje.

Esta segunda etapa del Plan de Acción Mundial (GAPIII) alinea el manejo seguro y la contención de poliovirus infeccioso y materiales potencialmente infecciosos con la estrategia “Endgame” de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que incluye:

- Contención específica de poliovirus salvaje, así como la VOP / poliovirus Sabin y virus derivado de vacuna (VDPV), en consonancia con el objetivo del cese secuencial del uso de la VOP, después de la erradicación del poliovirus salvaje tipo específico.
- Descripción del tiempo y de los requerimientos para el cumplimiento de la contención de poliovirus tipo 2 salvaje, reduciendo al mínimo el riesgo asociado de reintroducción del virus a la comunidad, luego del retiro de la VOPt.
- Lineamientos para equilibrar la necesidad de un acceso equitativo a los poliovirus, por ejemplo, para la producción de vacunas.
- Establecer el objetivo a largo plazo de minimizar el riesgo de la presencia de poliomieltis mediante el acceso continuo a biológicos seguros y asequibles como la VIP o Sabin-IPV, reduciendo al mínimo el número de las instalaciones de manipulación y almacenamiento poliovirus y asegurando el cumplimiento de todas las garantías necesarias en la era de la post-erradicación / post VOPb para mantener a la comunidad libre de poliovirus.

Por encontrarnos en la recta final hacia la “declaratoria global de un mundo libre de poliovirus” nos urge nuevamente reactivar esta actividad, conocida como el plan de contención para la minimización del riesgo por poliovirus en los laboratorios.²

4.1.1 Fase I: Inventario de la red de laboratorios y análisis del riesgo

En el año 2015, para realizar esta actividad, se generó una encuesta institucional (similar a la aplicada en la primera fase de contención (2006-2008) que fue entregada a los Gerentes de Salud Pública en las entidades territoriales, quienes se encargaron de direccionar a los Coordinadores de Salud Pública Departamental y estos su red local de laboratorios. A 30 de junio de 2015 solo habían respondido 8 Laboratorios de Salud Pública y 26 laboratorios de hospitales y clínicas de las ciudades de Cúcuta, Bogotá, Manizales y del departamento de Quindío.

²WHO global action plan to minimize poliovirus facility-associated risk -GAPIII



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

Para cumplir con este inventario, se contará con un profesional contratado a través de OPS/OMS quien se desplazará a las ciudades capitales los departamentos de Antioquia, Bolívar, Atlántico, Bucaramanga, Córdoba y Valle. Este inventario debe estar listo a finales de Octubre de 2015.

La construcción de una base de datos será esencial para la clasificación de los laboratorios según el análisis de riesgo, tal como se realizó en el 2008. A partir de estos datos se priorizarán los laboratorios a visitar para la segunda fase de este Plan de contención, como es la eliminación e inactivación de muestras infecciosos y potencialmente infecciosas con virus de polio. Aquí es importante la comprensión por parte de los investigadores de los distintos laboratorios que se identifiquen realizan esta actividad, para la eliminación de las muestras por autoclave y posterior incineración o del traslado de las mismas a un mayor nivel de seguridad. Para esta fase ya se han redactado oficios comunicando a las Directivas del INS la necesidad de un Laboratorio Nivel 3 de seguridad.

En la fase post erradicación, en la cual se irá acumulando paulatinamente población susceptible a poliovirus, el desafío es mantener esta comunidad global libre de virus polio. Una fuente importante de riesgo de reintroducción de este agente a la comunidad la constituyen los laboratorios y otras instalaciones afines, que almacenen y/o manipulen estos virus para diversos fines, o que posean y/o manipulen material en el cual estos virus puedan estar presentes inadvertidamente.

En la ciudad de Santiago de Cali se realizó las visitas de los laboratorios con manejo de muestras biológicas y ambientales, en el mes de Noviembre de 2015 en compañía de una profesional de la OPS –INS, profesionales de la Secretaria de salud Departamental y Secretaria de salud Municipal, en estos laboratorios se realizó una encuesta que recoge datos de interés para desarrollar el proceso definitivo de contención de los virus del polio (poliovirus) en cumplimiento de las recomendaciones establecidas en el documento GAP- III (OMS, Diciembre 2014), las cuales fueron revisadas y adaptadas para la Región de las Américas en el GAP-III-R (OPS Abril de 2015).

Las preguntas van dirigidas a identificar y actualizar la información concerniente a las instalaciones (como laboratorios, entidades de almacenamiento de muestras, etc) e instituciones propietarias y conocer el estado actual de manipulación y almacenamiento de muestras que pueden clasificarse como materiales infecciosos o potencialmente infecciosos para polio virus salvaje (**WPV**), poliovirus derivado de la vacuna (**VDPV**) y polio virus de la vacuna oral (**OPV**). En esta actividad, los VDPV se incluyen dentro de los WPV, a menos que alguna pregunta los diferencie.

Esta encuesta debe ser respondida por las siguientes instalaciones: Todas aquellas instalaciones que extraigan, manipulen o almacenen muestras biológicas de personas o de animales bajo experimentación y de aguas para el consumo, residuales o cuerpos de agua. Estas entidades pueden ser todos los laboratorios clínicos y biológicos, laboratorios para la investigación de muestras clínicas,


 ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

biológicas, laboratorios de salud pública, de estudios ambientales, de aguas y además, instituciones que almacenen muestras procedentes de tales laboratorios o investigaciones

A continuación se presenta la encuesta institucional realizada a los laboratorios en el Municipio de Santiago de Cali Nivel II y III de complejidad que posiblemente manipulen o almacenen muestras biológicas potencialmente infecciosas para poliovirus.

Figura 13. Encuesta plan de contención de poliovirus en el laboratorio Fase II, 2015

					
REPUBLICA DE COLOMBIA MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PLAN DE CONTENCIÓN DE POLIOVIRUS EN EL LABORATORIO Fase II, 2015.					
Encuesta institucional de laboratorios: Materiales infecciosos y potencialmente infecciosos de Poliovirus salvaje, virus derivados de vacuna oral de polio (VDPV) y virus vacunales Sabin like.					
Institución:					
Dirección:					
Tiempo de funcionamiento de la Institución:					
Ubicación:		Departamento:		Municipio:	
				Barrio:	
Contacto:		Cargo:			
Número de teléfono:		Fax No.:			
Correo electrónico:					
<input type="checkbox"/> El laboratorio NO tiene materiales infecciosos o posiblemente infecciosos de poliovirus salvajes, virus derivado de vacuna (VDPV) y virus vacunales Sabin-like. (<i>Diligenciar página 3 del presente informe: SECCION A numeral 1</i>)					
<input type="checkbox"/> El laboratorio SI tiene materiales infecciosos o posiblemente infecciosos de poliovirus salvajes, virus derivado de vacuna (VDPV) y virus vacunales Sabin-like. (<i>Diligenciar página 3 del presente informe: SECCION A numeral 1</i>)					
Esta institución ha realizado una encuesta acerca de los materiales infecciosos o posiblemente infecciosos de poliovirus salvajes, como se describen en la hoja de trabajo de laboratorio biomédico y en el Plan de acción mundial de la OMS para el confinamiento en el laboratorio de material infeccioso y potencialmente infeccioso de poliovirus salvajes, virus derivado de vacuna (VDPV) y virus vacunales Sabin-like.					
Comprendo que todos los países deben notificar a todas las instituciones de diagnóstico, investigación, patología, vigilancia epidemiológica, producción de vacunas y control de vacunas OPV, los procedimientos de bioseguridad apropiados al tipo de materiales que almacenan y a sus procedimientos de trabajo o verificar la eliminación e inactivación de dicho material.					
Certifico que la relación adjunta es completa y exacta. Cualquier cambio de esta situación se comunicará al Comité Nacional para el inventario de laboratorios y la contención de material infeccioso y potencialmente infeccioso con poliovirus.					
Nombre:				Fecha:	
Firma:				Título – Cargo:	
Sírvese escribir su nombre en letra de imprenta					



ALCALDÍA DE



REPUBLICA DE COLOMBIA
 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
 PLAN DE CONTENCIÓN DE POLIOVIRUS EN EL LABORATORIO
 Fase II, 2015.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), agradece su participación y la de su institución en esta encuesta. Con este formulario se recogen datos de interés para desarrollar el proceso definitivo de contención de los virus de la polio (poliovirus) en cumplimiento de las recomendaciones establecidas en el documento GAP-III (OMS, diciembre de 2014), las cuales fueron revisadas y adaptadas para la Región de las Américas en el GAP-III-R (OPS, abril de 2015).

Las preguntas van dirigidas a identificar y actualizar la información concerniente a las Instalaciones (como laboratorios, entidades de almacenamiento de muestras, etc.) e Instituciones Propietarias y conocer el estado actual de manipulación y almacenamiento de muestras que puedan clasificarse como materiales infecciosos o potencialmente infecciosos para poliovirus salvaje (WPV), poliovirus derivado de la vacuna (VDPV) y poliovirus de la vacuna oral (OPV). En esta actividad, los VDPV se incluyen dentro de los WPV, a menos que alguna pregunta los diferencie.

Esta encuesta debe ser respondida por las siguientes instalaciones:

Todas aquellas instalaciones que extraigan, manipulen, o almacenen muestras biológicas de personas o de animales bajo experimentación y de aguas para consumo, residuales o cuerpos de agua. Estas entidades pueden ser **TODOS los laboratorios clínicos y biomédicos; laboratorios para la investigación de muestras clínicas, biológicas; laboratorios de salud pública, de estudios ambientales, de aguas y además, instituciones que almacenen muestras procedentes de tales laboratorios o investigaciones.**

Estructura de la encuesta:

Esta encuesta tiene una estructura interior que la divide en Secciones. **Las secciones son marcadas en su título como A, B y C. Las secciones A y B deben ser diligenciadas por el 100% de las instalaciones.** La sección C solo debe ser llenada por algunas Instalaciones seleccionadas según indicaciones al final de la Sección A.

Algunas preguntas tienen indicaciones detalladas (en cursiva, a menor tamaño de fuente y color) para facilitar su llenado.

Opciones para el llenado de la encuesta:

1. Formulario electrónico para responder en línea, requiere firma de quien lo diligencia.
2. En caso de no disponer de internet de manera permanente, se descarga y completa un archivo, para posteriormente subirlo en línea.

Todas las preguntas deben ser contestadas, si no aplica coloque NA. No olvide marcar las casillas de verificación de constancia de aprobación por las directivas de la entidad.

FECHA LÍMITE PLAZO MÁXIMO: 27-11-2015

Se calcula que el tiempo necesario para diligenciar el presente formulario oscila entre 30 y 60 minutos, con un promedio de 45 minutos. Se incluye aquí el tiempo para examinar las instrucciones, buscar las fuentes de datos existentes, copiar y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la información recogida. Esta información deberá ser remitida vía e-mail: lunajfc@gmail.com.



SECCION A

1. Condiciones de almacenamiento en el (los) laboratorio(s) y/o almacenamiento de materiales infecciosos y potencialmente infecciosos de Poliovirus derivados de vacuna VDPV y Sabin-like.					
Nombre de la institución:					
Preparado por:					
Número de laboratorios calificados para la encuesta:					
Disciplina principal (♦)	Nombre del laboratorio y ubicación	Posee congelador a -20 o -70	Almacena materiales (♦) en el congelador o refrigerador de su laboratorio	Número aproximado de muestras	
				Materiales infecciosos de poliovirus	Material es posible mente infecciosos de poliovirus

♦ Seleccione una de las siguientes, la que mejor describa la función principal del laboratorio: virología (V), Microbiología (M), histopatología (P) u otra (O).

- ❖ Frotis faríngeos, heces, aislamientos de enterovirus, o piezas de autopsia congelados?
- ❖ Ambientales (agua o aguas residuales)?
- ❖ Aislamientos de Poliovirus o cepas de referencia de poliovirus?



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

Los laboratorios visitados en la Ciudad de Santiago de Cali por Profesionales del INS-OPS, Secretaria de Salud Departamental y Secretaria de Salud Publica Municipal.

Figura 14. Laboratorios visitados

Laboratorio	Dirección	Correo Electrónico	Jefe/ coordinadora
Fundación Valle del Lili	Cra. 98 # 18-49	laboratorioclinico@fcvl.org	Gloria Inés Lizarazo Giraldo
Virología Dpto. Microbiología Univalle	Av. 1A Norte # 3N-03	beatriz.parra@correounivalle.edu.co	Beatriz Parra
Hospital Universitario del Valle	Calle 5 # 36-08	n_olenis@huv.gov.co	Olga Lucia Lenis
Fundación Clínica Infantil Club Noel	Calle 5 # 22-76	marlav1466@hotmail.com	María Victoria Muñoz
Centro de estudios en infectología pediátrica CEIP	Calle 5aB 5 # 37 BIS-28	beatriz.vanegas@aiponline.org	Beatriz Elena Vanegas
Centro Medico Imbanaco	Cra. 38A # 5A-100	laboratorio.microbiologia@imbanaco.com.co	Adriana Correo Bermúdez

4.1.2 Fase II: Biocontención de los poliovirus para el control del riesgo: Proyectado a realizarse de febrero a Junio de 2016.

Para el cumplimiento de esta fase se debe:

- Adoptar los objetivos internacionales, para asegurar el control del riesgo en los laboratorios no esenciales.
- Transferencia del material necesario para actividades de polio como de diagnóstico o producción de vacuna, a instalaciones esenciales con un mayor nivel de bioseguridad. (Junio 2016).
- Definición del proceso para la eliminación del material infeccioso o construcción de laboratorios de alta seguridad (nivel 4) para la retención del mismo.

4.1.3 Fase III:

- Preparación para la contención de poliovirus post erradicaron tipo específico (diciembre de 2018).
- Preparación para la gestión de riesgo post-erradicación y cese de la vacunación.



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

4.1.4 Inventario de últimos poliovirus circulantes: certificación a emitir por parte del INS.

4.1.5 Certificación de los últimos casos de polio salvaje y vacunal

El 5 de mayo de 2015, el país certificó los últimos casos de polio salvaje tipos 1,2 y 3, y el último caso de polio derivado de vacuna, información que se especifica a continuación:

➤ **Ultimo caso de Poliomieltis por virus Salvaje Tipo 1**

En 1991 se confirmó el último caso de polio por poliovirus salvaje tipo 1, en un niño de seis años de edad, no vacunado, residente en el municipio de Arjona, Bolívar, Costa Atlántica del país y que inició parálisis el 24 de mayo del mismo año. El cuadro clínico se caracterizó por fiebre e instalación de la parálisis en tres días, sin más datos. El 19 de septiembre de ese año, el Instituto Nacional de Salud de Colombia emitió un resultado de aislamiento de poliovirus 1 desconocido, el cual se confirmó como poliovirus salvaje 1, en el Centro para el Control de Enfermedades de Atlanta.

➤ **Ultimo caso de Poliomieltis por virus Salvaje Tipo 2**

La revisión de las bases de datos Polio Eradication Surveillance System (PESS) no permitió evidenciar casos confirmados con aislamiento de poliovirus salvaje tipo 2. Sin embargo, hay una anotación en el informe anual de PFA año 2004 del Instituto Nacional de Salud, en donde se menciona que el serotipo 2 circuló hasta el año 1982.

➤ **Ultimo caso de Poliomieltis por virus Salvaje Tipo 3**

En 1989 se confirmó el último caso de polio por poliovirus salvaje tipo 3, en un niño de cinco años de edad, no vacunado, residente en el municipio de Maicao, La Guajira, Costa Atlántica del país, y que inició parálisis el 05 de abril. El cuadro clínico se caracterizó por fiebre al inicio de la parálisis, dolor muscular, con parálisis flácida de hemicuerpo izquierdo. El 16 de junio de ese año el Instituto Nacional de Salud de Colombia, emitió un resultado de aislamiento de poliovirus 3, el cual se confirmó como poliovirus salvaje 3, en el Centro para el Control de Enfermedades de Atlanta.

➤ **Último caso de poliomieltis por poliovirus derivado de vacuna**

Para el 2009, en el mes de julio se notificó el único caso de polio por poliovirus derivado de vacuna confirmado en el país, en un niño de 14 meses de edad, vacunado con tres dosis de VOP (la última 28 de octubre de 2008), residente en el municipio de Marulanda departamento de Caldas, en el centro del país, y que inició parálisis el 10 de julio; el cuadro clínico se caracterizó por fiebre al inicio de la



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

parálisis, síntomas respiratorios, instalación en cinco días, de parálisis flácida distal de hemicuerpo derecho, reflejos y sensibilidad disminuidos. El 5 de agosto de ese año el Instituto Nacional de Salud de Colombia emitió un resultado de aislamiento de poliovirus vacunal 2, el cual se confirmó como poliovirus derivado de vacuna tipo 2, en el Centro para el Control de Enfermedades de Atlanta. Estudios complementarios realizados al caso, revelaron una inmunodeficiencia combinada, el niño falleció semanas después de la confirmación del laboratorio.

4. 2 Fortalecimiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones-PAI.

El fortalecimiento del PAI a nivel mundial y a nivel de cada país, implica el desarrollo o implementación de dos procesos fundamentales que se desarrollan a continuación: la introducción progresiva de la VIP (descrito en el lineamiento de introducción de la vacuna de VIP) y el cambio de la vacuna VOPT a VOPb, llamado internacionalmente como Plan de sincronización global (switch), este último, se desarrolla de manera prioritaria en este documento, por su relevancia en la erradicación mundial de la poliomielitis.

El fortalecimiento del programa Ampliado de Inmunizaciones- PAI para la ciudad de Santiago de Cali Año 2014.

La concepción del Programa Ampliado de Inmunizaciones (**PAI**), es una acción conjunta de las naciones del mundo, de la Organización Mundial de la Salud (**OMS**) y de la Organización Panamericana de Salud (**OPS**) para alcanzar la vacunación de por lo menos 95% de los menores de 6 años con todos los biológicos del PAI, la erradicación de la poliomielitis, y garantizar coberturas útiles de vacunación en todos y cada uno de los municipios de la ciudad de Santiago de Cali.

El PAI es un programa que tiene alta prioridad política y las vacunas están consideradas como un bien público de salud, por lo tanto su acceso debe ser garantizado para toda la población, independientemente del sistema de salud de los usuarios.

La gestión en el Programa y sus dependencias como garantía de la calidad, cadena de frío, Monitoreos Rápidos de Cobertura - MRC y de la información, es prioridad en el PAI, ya que ésta soporta todas las acciones realizadas en miras al cumplimiento de objetivos y metas establecidos.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Realizar visitas para que las IPS vacunadoras de Cali, realicen las actividades que propendan por la Calidad en la prestación de los servicios de vacunación, teniendo en cuenta los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social - MSPS



OBJETIVOS ESPECÍFICOS

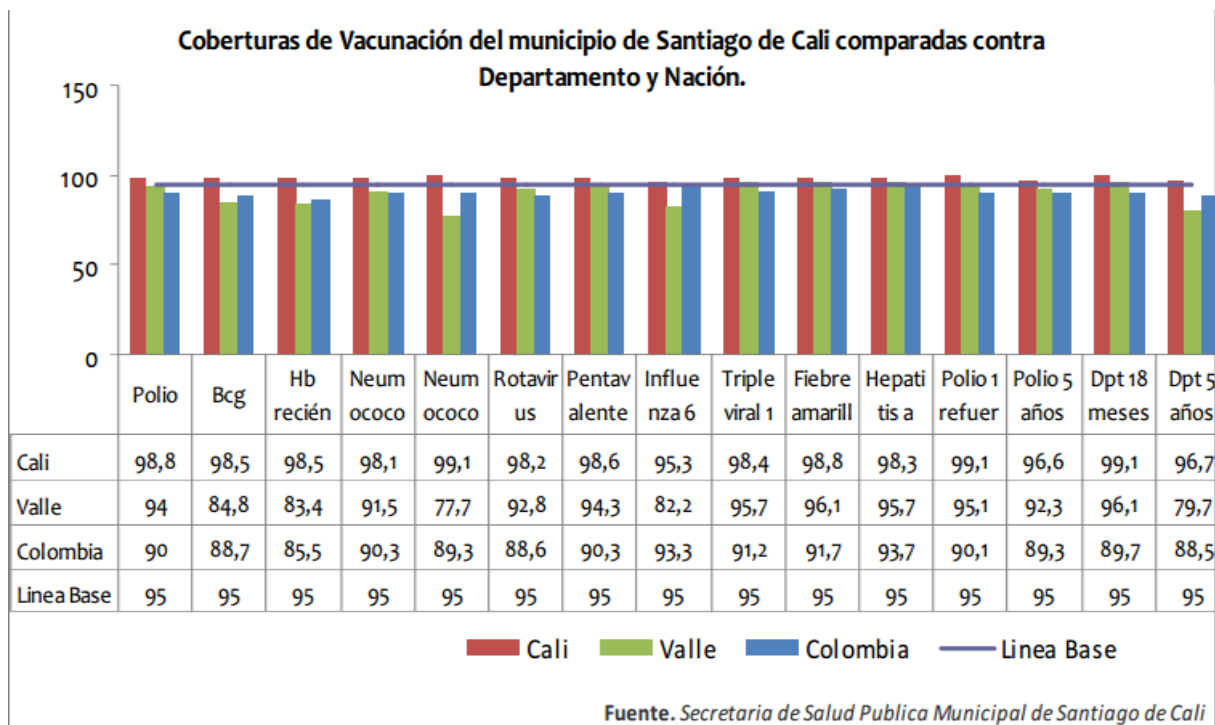
1. Elaborar la base de datos de las instituciones vacunadoras que hacen parte activa del PAI
2. Elaborar la base de datos de la información del talento humano de las IPS Vacunadoras de Cali.
3. Realizar seguimiento al Sistema de Información PAIWEB en las ESE de Cali.
4. Realizar visitas del área a cada IPS Vacunadora de Cali.
5. Diligenciar el formato de verificación del cumplimiento de los lineamientos del MSPS en cada uno de los componentes del PAI.
6. Realizar verificación del cumplimiento de los lineamientos del MSPS en cada uno de los componentes del PAI.
7. Realizar recomendaciones según los hallazgos en cada uno de los componentes verificados
8. Solicitar plan de mejoramiento, si es necesario, según los hallazgos de la visita.
9. Actualizar las bases de datos del PAI 2016.
10. Realizar informes de las IPS vacunadoras de Cali.
11. Participar en las actividades programadas del PAI: Jornadas de vacunación, capacitación continua, eventos masivos y demás actividades relacionadas.

A continuación se presenta las coberturas de vacunación en la ciudad de Santiago de Cali comparadas con el Departamento y la Nación. Se evidencia que las coberturas de todos los biológicos están por encima del 95%, la vacuna contra la poliomielitis se destaca en un 98,8% respectivamente el 1 refuerzo en un 99,1 % y a los 5 años 96,6 %.



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

Figura 15. Coberturas de vacunación del Municipio de Santiago de Cali vs Departamento Vs Nación



Respecto al mecanismo de suministro y distribución de las vacunas VOP y VIP se aclara:

- ✓ Las vacunas para el Programa Ampliado de Inmunizaciones se adquieren a través del Fondo Rotatorio de la OPS/OMS y son entregadas trimestralmente de acuerdo a la programación remitida desde el país
- ✓ Respecto al licenciamiento de las vacunas, al ser adquiridas a través del Fondo Rotatorio de la OPS son vacunas precalificadas por la OMS, el ingreso al país se realiza bajo el amparo del Decreto 249 de 2013, el cual no exige como requisito para el ingreso el registro sanitario, para el visto bueno de la autoridad sanitaria – INVIMA, y una carta firmada por la representante en Colombia de la OPS en la cual se informan las cantidades, proveedor, nombre del biológico y se ratifica que son biológicos precalificados por la OMS.
- ✓ Referente a la oferta de la vacuna oral contra la Poliomieltis por parte del sector privado, se aclara que en Colombia esta es entregada en su totalidad, por el Ministerio de Salud y Protección Social, a través de las Direcciones Territoriales de Salud, quienes a su vez realizan la entrega a los municipios y estos a las IPS públicas y privadas. Dicha vacuna no ingresa al país por otro medio diferente al del Fondo Rotatorio.
- ✓



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

- ✓ La frecuencia del suministro de la vacuna VOPt a los departamentos y distritos, es de acuerdo con la capacidad de almacenamiento disponible en cada uno de los territorios, en ningún caso se distribuye vacuna para más de tres meses. Esta capacidad instalada se encuentra descrita en el punto 4.2.2.10.
- ✓ Las existencias de vacuna disponible en el almacén nacional con corte al 3 de julio de 2015, son 1.716.000 dosis de vacuna VOPt de laboratorios Sanofi, con fecha de vencimiento abril del 2016, las existencias con corte a 30 de junio de 2015 disponibles a nivel departamental y distrital son aproximadamente 600.000 dosis, con vencimiento diciembre de 2015.
- ✓ Teniendo en cuenta que el país tiene disponibilidad de vacuna VOPt que cubre necesidades hasta el mes de abril de 2016, se realizó la estimación de la necesidad de vacuna VOPb, y se remitió en el formulario de reconfirmación de necesidades PAHO 173, de insumos para el segundo semestre de 2015. Las cantidades proyectadas en dicho formulario de vacunas VOPb fueron 900.000 dosis las cuales corresponden a las necesidades del programa para un trimestre, posterior al switch.
- ✓ La solicitud se realizó en el segundo semestre de 2015, con el fin de que la recepción del insumo en el nivel central se realice a más tardar durante el mes de enero de 2016 y se pueda garantizar la distribución del biológico a los departamentos y distritos durante el mes de febrero de 2016, para que estos a su vez la distribuyan a los 1.102 municipios y 20 corregimientos del país antes entre el 1 y el 15 de marzo de 2016.
- ✓ Para garantizar la continuidad del proceso anterior, se estimó las necesidades de dicho biológico para el segundo semestre de 2016 y primer semestre del año 2017, el cual fue remitido en el formulario PAHO 173 -2016, durante el mes de julio de 2015 al Fondo Rotatorio de la OPS-OMS.

4.2.1 Introducción de la vacuna inactivada contra la poliomielitis-VIP.

Este proceso de introducción de la vacuna VIP, se debió a la recomendación del Comité Nacional de Prácticas de Inmunización-CNPI, realizada el 13 de febrero de 2013 y fue introducida en el esquema nacional de vacunación, en enero de 2015, iniciándose su aplicación a partir del 1 de febrero de este año, actividad puesta en marcha a nivel nacional mediante la generación y envío de los “Lineamientos Técnicos y Operativos para la Introducción de la Vacuna Inactivada contra la Poliomielitis -VIP, en el esquema de vacunación permanente del Programa Ampliado de Inmunizaciones-PAI”. Anexo 1.

El país realizó la proyección de necesidades de vacuna VIP las cuales fueron remitidas al Fondo Rotatorio mediante el formulario PAHO 173 para el 2015 y 2016. De existir la disponibilidad de vacuna VIP a través del Fondo Rotatorio, el país continuará con el cambio progresivo de vacuna VOPb a VIP, introduciendo la segunda dosis y de acuerdo a la disponibilidad presupuestal del programa, se continuará con la inclusión de la tercera dosis del esquema.



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

En la ciudad de Santiago de cali capital del Departamento del Valle del Cauca se introdujo la vacuna inactivada contra la poliomeilitis- VIP, en el esquema de vacunacion permanente desde el mes de febrero del año 2015.

Figura 16. Esquema de vacunación Polio

Esquema	Básica			Refuerzo	
	1. ^a	2. ^a	3. ^a	1. ^a	2. ^a
Primera opción	IPV	IPV	OPV	OPV	OPV
Opción alternativa	IPV	OPV	OPV	OPV	OPV

4.2.2 Plan de sincronización global (switch), cambio de la vacuna trivalente oral-VOPt a vacuna Bivalente oral- VOPb.

Lineamiento para la implementación del cambio sincronizado en Colombia.

4.2.2.1 Que es el Plan de sincronización global o switch.

El Plan de sincronización global, consiste en el cambio de la vacuna viva trivalente oral contra la poliomieltis-VOPt, por la vacuna viva bivalente oral- VOPb- en los programas rutinarios de vacunación y en las campañas, en un mismo periodo de tiempo, en todos los países del mundo, a fin de reducir al mínimo, el riesgo de aparición de casos de poliomieltis postvacunal. Después del Switch, ya no se usará la VOPt en ningún lugar del mundo y los laboratorios no la producirán³. En el país, este cambio sincronizado se realizará el 1 de mayo de 2016.

4.2.2.2 Objetivos del Plan de sincronización global (switch).

- Interrumpir la emergencia de los poliovirus circulantes derivados de la vacuna (cVDPV) y los casos de poliomieltis parálitica asociada con la vacuna (VAPP), causado por el componente del poliovirus tipo 2 contenido en la VOPt.
- El retiro planificado del componente tipo 2 de esta vacuna, como parte de la estrategia mundial para la fase final de la erradicación mundial de la poliomieltis.

³http://www.paho.org/Hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11038&catid=1875&Itemid=2244&lang=es



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

- Retirar la VOPt e introducir la VOPb de manera exitosa, el 1 de mayo de 2016.
- Planificar las necesidades de VOPt, para reducir al mínimo el desperdicio de esta vacuna.
- Evitar el desabastecimiento de VOPt antes del switch y de la VOPb después del switch.
- Verificar que no existe en el territorio la VOPt, entre el 1 y el 06 de mayo de 2016.

4.2.2.3 Por qué realizar este cambio de vacuna trivalente oral-VOPt a vacuna Bivalente oral-VOPb?

La vacuna contra la poliomielitis que contiene los virus vivos atenuados-VOPt, ha sido muy efectiva contra el virus salvaje y ha jugado un papel muy importante en el proceso de erradicación de la poliomielitis en muchas regiones del mundo y con ella se logró la erradicación eficaz del poliovirus salvaje tipo 2, cuyo último caso a nivel mundial, ocurrió en 1999.

El Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico-SAGE en inmunizaciones de la Organización Mundial de la Salud-OMS, ha hecho un llamado para que se retire la VOPt, totalmente del mercado mundial en el año 2016, y una vez lograda la erradicación mundial (que se espera para el año 2018), se pondrá fin al uso de la VOPb. Como medida de mitigación de riesgos, el SAGE recomienda que antes del cambio de la VOPt a la VOPb, todos los países que actualmente solo usan la VOPt en sus programas de vacunación, introduzcan al menos una dosis de la VIP en sus esquemas de rutina antes de finales del año 2015, situación ya cumplida en Colombia.

En la actualidad, más de 90% de los poliovirus circulantes de origen vacunal y cerca del 40% de los casos de poliomielitis parálisis asociada con la vacuna, se deben al componente del serotipo 2 de la misma, por lo tanto, en esta fase final de la erradicación mundial de la poliomielitis, el componente tipo 2 de la VOPt presenta mayor riesgo que beneficio y dificulta los esfuerzos mundiales para la erradicación de la poliomielitis. Por esta razón, la VOPt se reemplazará por la VOPb, que continuará actuando contra los tipos de virus 1 y 3. Una vez que estos dos tipos sean erradicados, la VOPb también se retirará del mercado, esperando realizarse esto, en el 2019.

Los dos mecanismos mediante los cuales el componente tipo 2 de la vacuna VOPt, puede llegar a producir parálisis flácida son los siguientes:

- **Readquisición de la neurovirulencia:**

Los virus vivos atenuados de la VOP pueden a través de la replicación prolongada en un individuo con inmunodeficiencia o en una comunidad con baja cobertura de vacunación, readquirir la neurovirulencia y la transmisibilidad de características de



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

los virus salvajes de la poliomielitis. Estos virus derivados de la vacuna pueden causar casos o brotes de poliomielitis parálitica. La divergencia genética de los virus de la poliomielitis tipo 1 y tipo 3 debe ser mayor de 1%, mientras que para el virus tipo 2 debe ser mayor de 0,6%.

Los poliovirus derivados de la vacuna se subdividen en tres categorías:

a. Polio virus derivado de la vacuna circulante-cVDPV: cuando hay evidencia de la transmisión de persona a persona en la comunidad, situación conocida por primera vez en el año 2000, durante un brote en la isla La Española (Haití y República Dominicana); la experiencia reciente indica que una baja cobertura de vacunación, es un factor de riesgo importante para la aparición de los brotes provocados por cVDPV. Estos virus tienen la capacidad de convertirse en endémicos, como se observó en La Española, Nigeria y Egipto, y se pueden importar y difundir en una comunidad con baja cobertura de vacunación, incluso en países desarrollados, como ocurrió en la comunidad Amish de los Estados Unidos de América.

b. Virus derivado de la vacuna relacionados con casos de inmunodeficiencia: la excreción del virus en personas con problemas del sistema inmunitario es prolongada; se ha informado de casos en que la excreción del virus persiste durante 10 años o más.

c. Virus derivados de la vacuna ambiguos: son casos de aislamientos clínicos a partir de personas sin inmunodeficiencia conocida, o aislamientos a partir de aguas residuales de origen desconocido.

○ **Mutación hacia la neurovirulencia**

Este mecanismo es la causa de la poliomielitis parálitica asociada con la vacuna VAPP-. Se trata de un evento poco frecuente asociado con la administración de la VOP, causado por virus que sufrieron una mutación que provocó el retorno de su neurovirulencia. En la Región de las Américas, el riesgo estimado de VAPP en un receptor de la vacuna o en un contacto cercano es de uno por cada 7,68 millones de dosis administradas (con un intervalo de confianza de 95%, es de uno por cada 6,73 a 8,95 millones de dosis administradas). Se estima que en todo el mundo hay entre 250 y 500 casos de VAPP por año; de ellos, cerca del 40% se deben al componente del tipo 2 de la VOpt.

Con el objeto de dar una mayor aclaración a otras dudas o inquietudes respecto al cambio de la VOpt- VOPb, se remite al anexo 2, "Otras preguntas frecuentes sobre el switch", para su revisión.

4.2.2.4 Estructura de gestión para el manejo del Switch.

Para la organización y desarrollo del plan de sincronización global, el país define la siguiente estructura:



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

- a. *Equipo de Gestión Nacional del Ministerio de Salud y Protección Social:* Encargado de la planeación, ejecución, supervisión y seguimiento al (Switch), constituido por el grupo de profesionales del Programa Ampliado de Inmunizaciones y liderado por el coordinador nacional del programa.

Funciones:

- Elaborar el Plan de sincronización global (switch), Colombia, con sus funciones, responsabilidades y cronograma de ejecución.
 - Asegurar la implementación del switch, en todo el territorio nacional.
 - Levantamiento de la información requerida en el plan, de manera inicial y en el seguimiento.
 - Realizar los inventarios detallados de existencias y necesidades de las vacunas VOPt, VOPb, VIP.
 - Preparar y socializar los materiales necesarios para la capacitación en el tema.
 - Preparar y socializar el documento técnico para la correcta eliminación de la VOPt.
 - Diseñar y socializar todos los documentos y formatos técnicos para el soporte y desarrollo del switch.
 - Capacitar a los profesionales que realizarán en las entidades territoriales, la implementación del switch.
 - Elaborar el documento de introducción de la vacuna VOPb.
 - Socializar a las entidades departamentales y distritales el documento de introducción de la vacuna VOPb.
 - Coordinar la distribución oportuna y suficiente de las vacunas VOPt, VOPb, VIP.
 - Coordinar el manejo de la información y las comunicaciones.
 - Realizar seguimiento al plan, utilizando indicadores claves, por ejemplo, % de municipios capacitados, % de departamentos y distritos que enviaron inventarios de vacuna trivalente oral, porcentaje de municipios con actas de eliminación de la vacuna trivalente oral, entre otros definidos.
 - Elaborar y ejecutar el cronograma de verificación del cumplimiento del switch.
 - Adoptar medidas correctivas cuando sea necesario.
 - Visitar al 100 % de las entidades departamentales, distritales y ciudades capitales, para la verificación de los soportes de capacitaciones en el plan y verificación de actas de eliminación de la vacuna VOPt, entre otras actividades a realizar.
 - Recopilar y analizar los datos de la ejecución del plan del switch y realizar el informe correspondiente para presentarlo al comité de verificación nacional.
- b. *Equipo de Gestión departamental y distrital:* para la ejecución, supervisión y seguimiento al switch, será constituido por el grupo de profesionales del Programa Ampliado de Inmunizaciones y de vigilancia en salud pública, del nivel departamental o distrital, según sea el caso y liderado por el coordinador del programa.



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

En el caso del nivel distrital se deberá dar cumplimiento a las funciones departamentales y municipales, según sea el grado de complejidad, desarrollo y organización del distrito por localidades o divisiones administrativas, para realizar el seguimiento y verificación en cada una de las IPS vacunadoras.

Funciones:



- Levantamiento de la información requerida en el plan, de manera inicial y en el seguimiento.
 - Realizar los inventarios detallados de existencias y necesidades de las vacunas VOPt, VOPb, VIP, según solicitudes requeridas por el Ministerio.
 - Socializar en su área de influencia los materiales enviados.
 - Socializar el documento técnico para la correcta eliminación de la VOPt.
 - Socializar todos los documentos y formatos técnicos para el soporte y desarrollo del switch.
 - Capacitar a los profesionales que realizarán en las entidades territoriales, la implementación del switch.
 - Socializar a los municipios el documento de introducción de la vacuna VOPb.
 - Realizar reuniones de abogacía con tomadores de decisiones
 - Coordinar la distribución oportuna y suficiente de las vacunas VOPt, VOPb, VIP a sus Municipios.
 - Coordinar el manejo de la información y las comunicaciones.
 - Elaborar y ejecutar el cronograma de verificación del cumplimiento del switch en sus municipios de influencia.
 - Asegurar la implementación del switch, en su área de influencia.
 - Realizar el seguimiento al plan ejecutado en sus municipios, utilizando los indicadores definidos en la tabla 3.
 - Visitar al 100 % de sus municipios, para la verificación de los soportes de capacitaciones en el plan y verificación de actas de eliminación de la vacuna VOPt, entre otras actividades a realizar.
 - Recopilar, consolidar y analizar los datos de la ejecución del plan del switch, por municipios y en consolidado departamental y realizar el informe correspondiente para presentarlo al nivel nacional.
 - Adoptar medidas correctivas cuando sea necesario.
 - Trabajo integrado entre PAI y vigilancia durante todo el proceso.
- c. *Equipo de Gestión municipal:* para la ejecución, supervisión y seguimiento al switch, estará constituido por el profesional o profesionales del Programa Ampliado de Inmunizaciones y de vigilancia en salud pública del nivel municipal o por los técnicos en enfermería, red de frío y sistema de información del PAI en cada municipio y liderado por el coordinador del programa a nivel municipal o quien realice sus funciones.


ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI

En el Municipio de Santiago de Cali como entidad territorial se realizara las siguientes funciones:

- Levantamiento de la información requerida en el plan, de manera inicial y en el seguimiento de sus IPS o puntos de vacunación de área de influencia.
- Realizar los inventarios detallados de existencias y necesidades de las vacunas VOPT, VOPb, VIP, por IPS y puntos de vacunación en el Municipio de Santiago de Cali, según requerimiento del Ministerio.

Anexo 1. Consolidado de inventarios (saldo de vacuna VOPT) por IPS y los 153 puntos de vacunacion en el Municipio de Santiago de Cali.

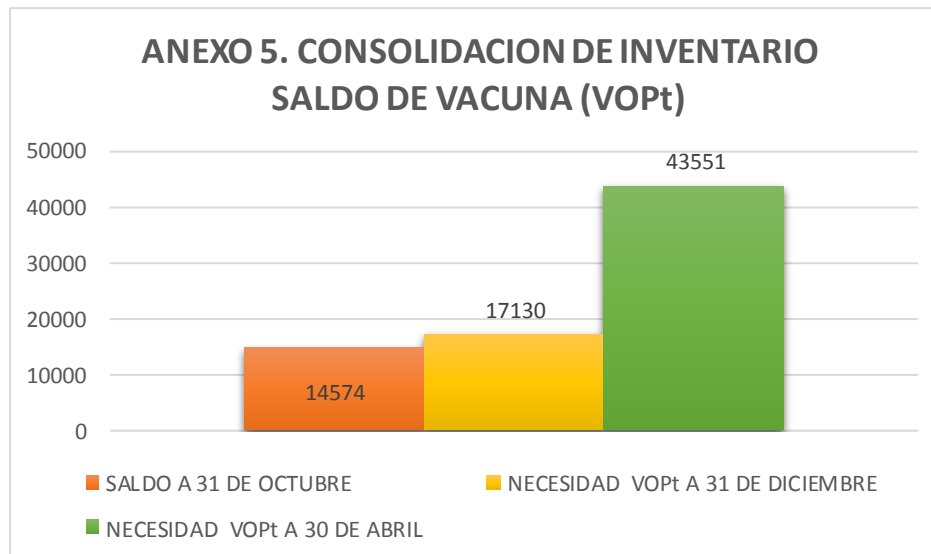
 ANEXO 5 . CONSOLIDADO DE INVENTARIOS (SALDO DE VACUNA VOPT) POR IPS Y PUNTOS DE VACUNACION A 31 DE DICIEMBRE 2015 Y 30 DE ABRIL 2016 CONTABILIZAR LAS DOSIS DE VACUNA QUE TENGAN EN FRASCOS ABIERTOS Y CERRADOS 						
COD	Deptos	Municipio	Entidad Vacunadora	Saldo al 31 de Octubre	TOTAL DE DOSIS NECESARIAS VOPT (CORTE A 31 DE DICIEMBRE 2015)	TOTAL DE DOSIS NECESARIAS VOPT (CORTE A 30 DE ABRIL 2016)
78.001	VALLE DEL CAUCA	CALI	EPS COOMEVA			
78.001	VALLE DEL CAUCA	CALI	UNIDAD BASICA TEQUENDAMA	496	850	1650
78.001	VALLE DEL CAUCA	CALI	UNIDAD INTEGRAL EN SALUD UNICENTRO CALI	45	93	217
78.001	VALLE DEL CAUCA	CALI	GRUPO MEDICO ODONTOLOGICO COLOMBIANO DE SALUD COLSALUD LTDA SEDE I	341	200	600
78.001	VALLE DEL CAUCA	CALI	CLINICA ORIENTE LTDA SEDE VILLA COLOMBIA	180	260	780
78.001	VALLE DEL CAUCA	CALI	ECOPETROL (farmacias - confandi)			
78.001	VALLE DEL CAUCA	CALI	SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SOS			
78.001	VALLE DEL CAUCA	CALI	PS COMFANDI ALAMEDA	130	250	600
78.001	VALLE DEL CAUCA	CALI	PS COMFANDI SAN NICOLAS	107	100	500
78.001	VALLE DEL CAUCA	CALI	PS COMFANDI CALPSO	190	450	850
78.001	VALLE DEL CAUCA	CALI	PS COMFANDI MORICHAL	227	300	600
78.001	VALLE DEL CAUCA	CALI	PS COMFANDI TORRES	108	233	1000
78.001	VALLE DEL CAUCA	CALI	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE COMFAMILIAR ANDI (PS COMFANDI EL PRADO)	106	480	640
78.001	VALLE DEL CAUCA	CALI	COMPENALCO VALLE EPS			
78.001	VALLE DEL CAUCA	CALI	CIS VIDA			
TOTAL PUNTOS COLORES						

A continuacion se evidencia el saldo total de dosis a corte 31 de Octubre de 2015, necesidad de la VOPT a corte 31 de Diciembre de 2015 y a corte 30 de abril de 2016. Esto con el fin de evitar el desabastecimiento de la VOPT en los 153 puntos de vacunacion del Municipio de Santiago de Cali antes del "SWITCH".



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

Figura 17. Consolidación de Inventario Saldo de Vacuna VOPT



Para la recolección de esta información en el Municipio de Santiago de Cali se realiza asistencia técnica en los puntos de vacunación verificando la existencia y necesidad de esta vacuna que contiene los serotipos 1, 2 y 3 (VOPT).

A continuación se presenta una de las actas de compromiso y socialización del plan de erradicación de la poliomielitis de los 153 puntos de vacunación del Municipio de Santiago de Cali.



ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI
Anexo 2. Actas de Reunión

 ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN Y CONTROL (SIGEC y MEGC) ACTA DE REUNIÓN	MAGTSM CO. 14. 12. 001. 004 VERSIÓN 3 FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA 06/04/2011	
	ACTA No. 8145.8-1.- 16 FECHA: 11/11/11 HORA INICIAL: 3:00 HORA FINAL: 3:30 LUGAR: punto de vacunación	
OBJETIVO: Socializar, verificar información plan empujamiento por la base final 2013-2018		
ASISTENTES: <i>Diana Patricia Lopez</i> CC: 1444026432 <i>Carolina Zapata</i>		
AUSENTES: No aplica INVITADO: No aplica		
ORDEN DEL DÍA: 1. Socializar el plan de empujamiento de la polioemula al nivel mundial fase final 2013-2018 2. verificar el cumplimiento anexo 5 consolidado de inventarios saldo de vacuna (vacuna oral (vacunas) y anexo 3A inventario de métodos de eliminación de residuos sólidos peligrosos (vacunas).		
DESARROLLO: Planificar las necesidades de VOPt para reducir al mínimo el desperdicio de esta vacuna.		
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Evaluar el desarrollo de VOPt antes del switch y de la vacuna VOPt después del switch. ➤ Tareas y compromisos establecidos en esta reunión. ➤ Actualizar la información de formatos anexo 5. Consolidación de inventarios VOPt. ➤ Anexo 3A inventario previo de métodos de eliminación de residuos peligrosos (vacunas). 		
Este documento es propiedad de la Administración Central del Municipio de Santiago de Cali. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin expresa autorización del ALCALDE.		

 ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN Y CONTROL (SIGEC y MEGC) ACTA DE REUNIÓN	MAGTSM CO. 14. 12. 001. 004 VERSIÓN 3 FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA 06/04/2011	
	OBSERVACIONES GENERALES (Propuestas, Cambios y/o Adiciones):	
TAREAS Y COMPROMISOS ESTABLECIDOS EN ESTA REUNIÓN		
QUE HACER	RESPONSABLE	FECHA COMPROMISO
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Actualizar la información de formatos anexo 5. Consolidación de inventarios VOPt. ➤ Anexo 3A inventario previo de métodos de eliminación de residuos peligrosos (vacunas). 	<i>Diana Lopez</i>	15/11/11
(Firmas Responsables) <i>Sally Pardo Wilson</i> <i>Diana Lopez - Responsable</i> <i>Ally card. administradora</i>		

Formato 5 consolidado de inventarios (saldo de la vacuna VOPt) por IPS y puntos de vacunación.

Acontinuacion se presenta graficos del saldo y la necesidad de la vacuna VOPt en EPS del Municipio de Santiago de Cali



ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI

Figura 18. Consolidado de Inventario VOPt EPS Coomeva.

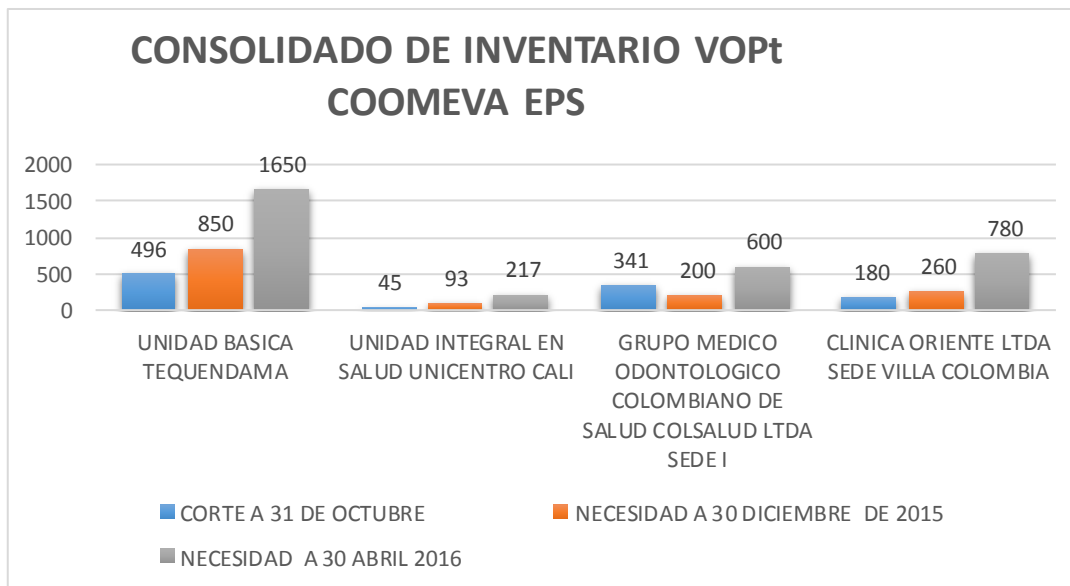
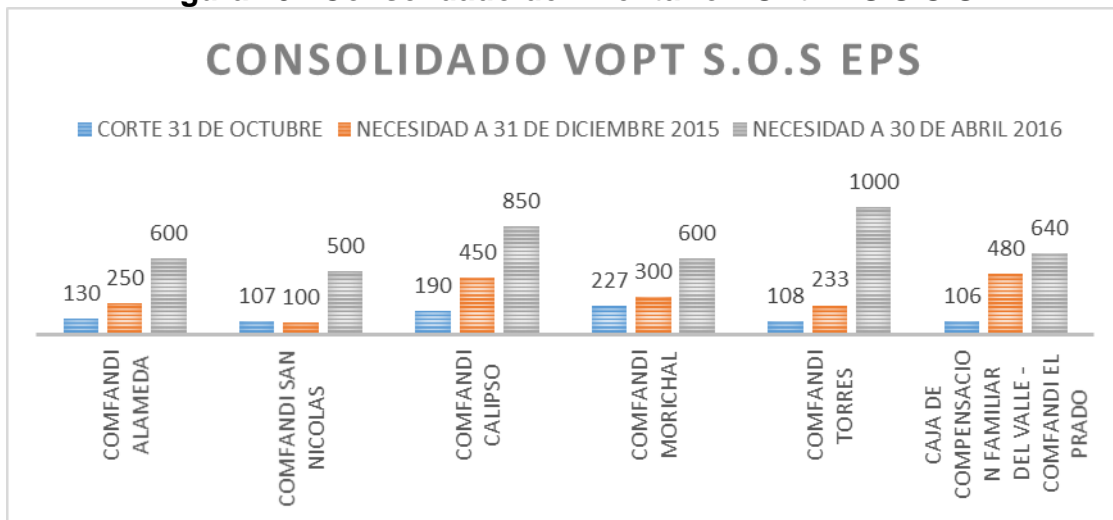


Figura 19. Consolidado de Inventario VOPt EPS S.O.S





ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI

Figura 20. Consolidado de Inventario VOPt EPS Comfenalco

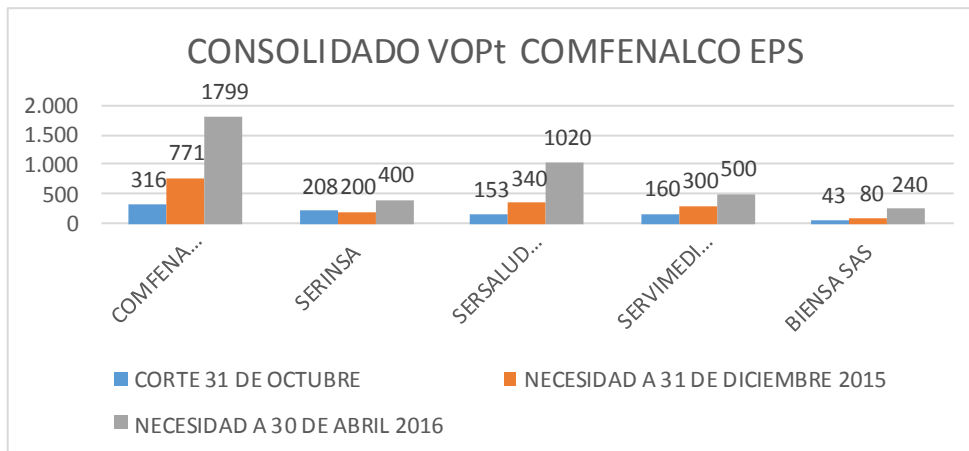
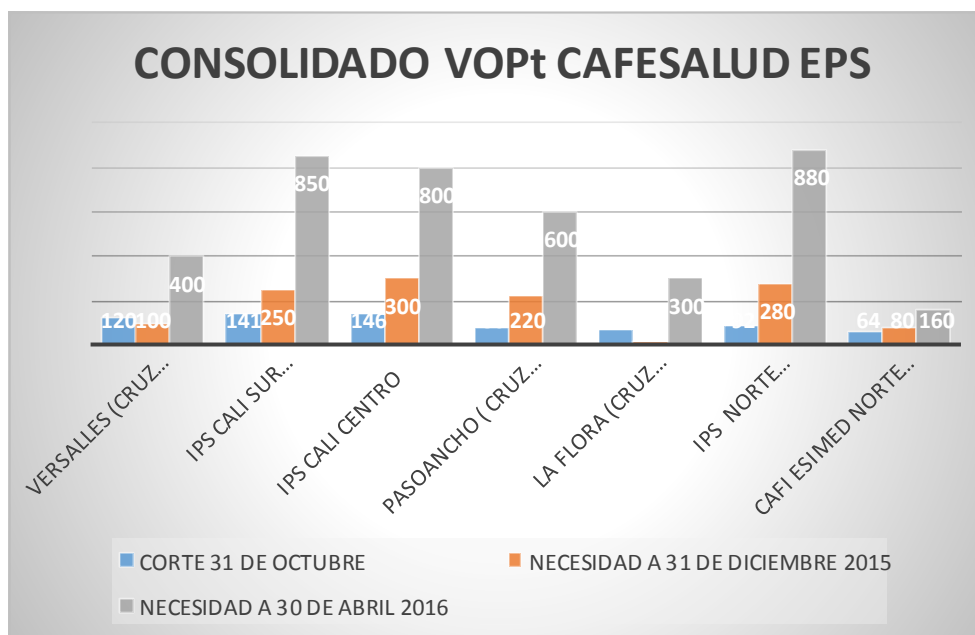


Figura 21. Consolidado de Inventario VOPt EPS Cafesalud





ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

Figura 22. Consolidado de Inventario VOPT EPS Sura

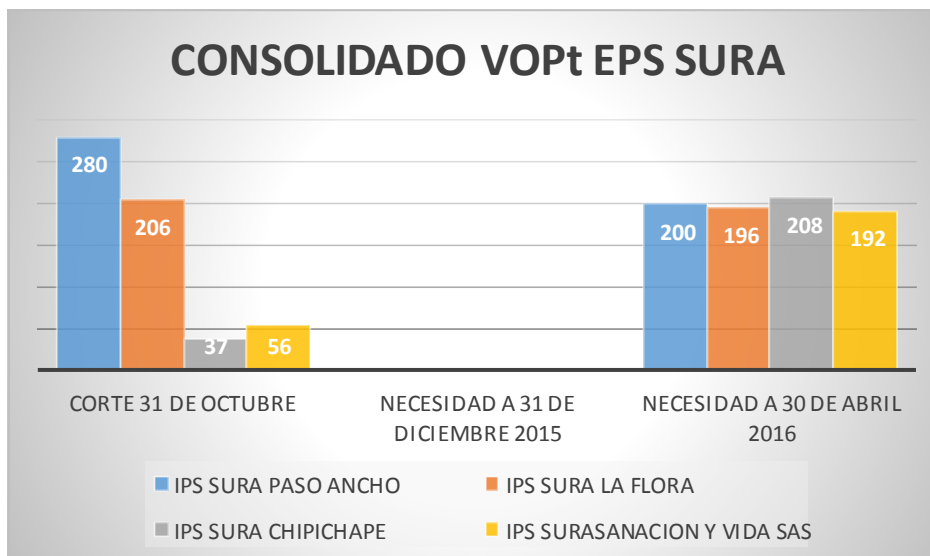
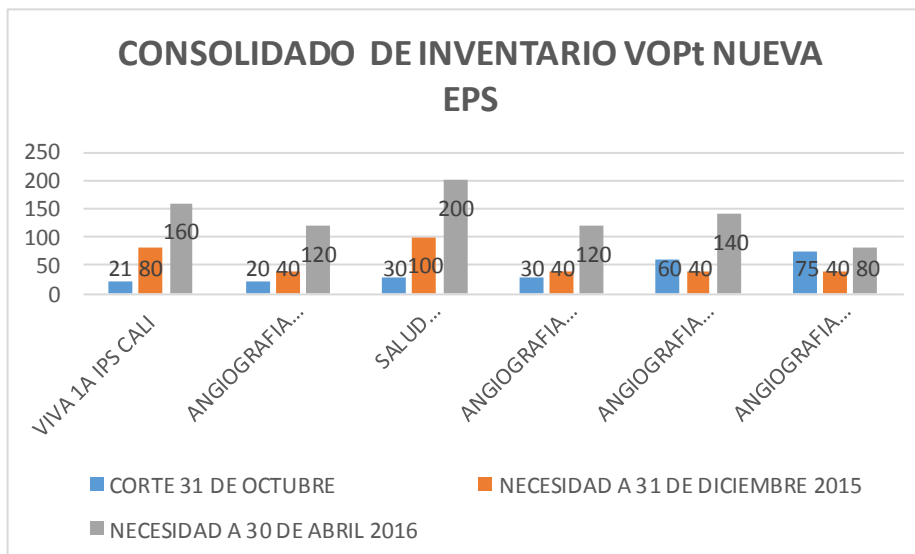


Figura 23. Consolidado de Inventario VOPTt EPS Nueva EPS

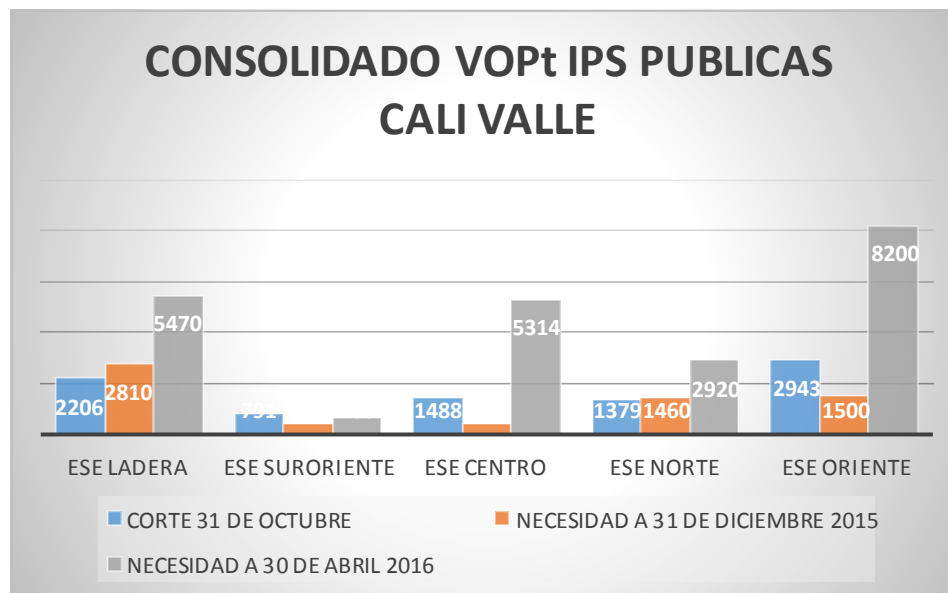


Formato 5. Consolidado de inventarios (saldo de la vacuna VOPT) en IPS publicas en el Municipio de Santiago de Cali



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

Figura 24. Consolidado de Inventario VOPt IPS Pública del Municipio de Cali



Anexo 3. Inventario previo de eliminación de residuos biológicos (vacuna) en todos los puntos de Vacunación del Municipio de Santiago de Cali.(Anexo 3A)

ANEXO 3A. INFORMACION GENERAL PARA EL DESARROLLO DEL SWITCH
INVENTARIO PREVIO DE METODOS DE ELIMINACIÓN DE RESIDUOS SOLIDOS PELIGROSOS (VACUNAS)
(ENVIAR EL 19 DE OCTUBRE 2015)

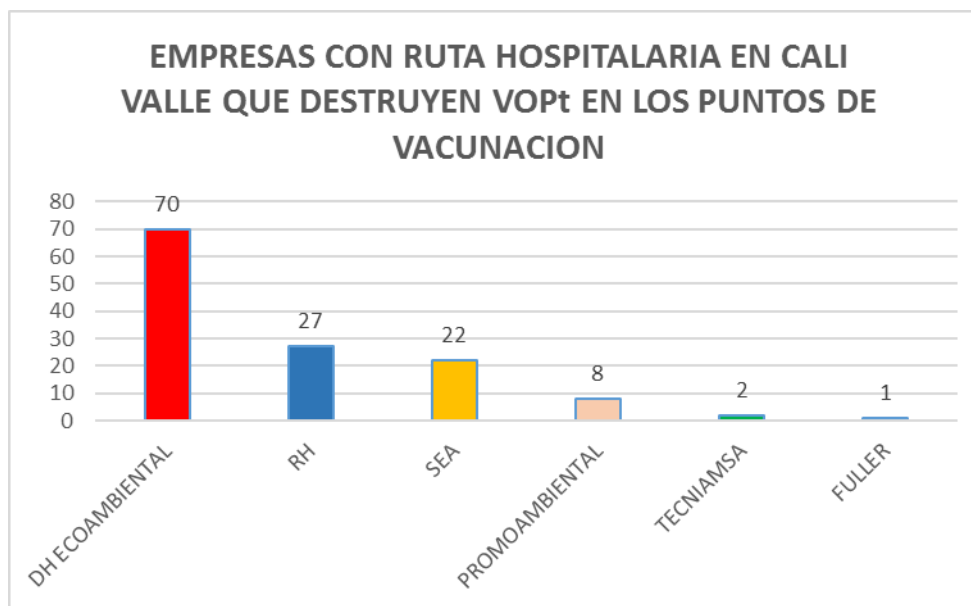
INCINERACIÓN	ENCAPSULACIÓN Y ELIMINACIÓN EN VERTEDERO MUNICIPAL	ELIMINACIÓN DIRECTA EN VERTEDERO MUNICIPAL	INACTIVACIÓN QUÍMICA	ENTREGA A EMPRESA CONTRATISTA PARA DESTRUCCIÓN	ESPECIFICAR EL NOMBRE DE LA EMPRESA A LA QUE SE ENTREGA EL MATERIAL PARA DESTRUCCIÓN	OTRO especificar
0	0	0	0	SI	PLANTA DE TRATAMIENTO RH SA ESP	
0	0	0	0	SI	RH E.S.P	
0	0	0	0	SI	PROMOAMBIENTAL	
0	0	0	0	SI	PROMO AMBIENTAL	
x					DH ECO AMBIENTAL	DH ECO AMBIENTAL
N/A	N/A	N/A	SI	SI	DHECOAMBIENTAL	
NA	NA	NA	NA	SI	ECO AMBIENTAL	
0	0	0	0	0		
0	0	0	0	se realiza inactiva	SI	Ecoambiental SAS

Para Santiago de Cali se muestra en la siguiente grafica las empresas que destruyen los residuos biológicos (VOPt) en los 153 puntos de vacunación:



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

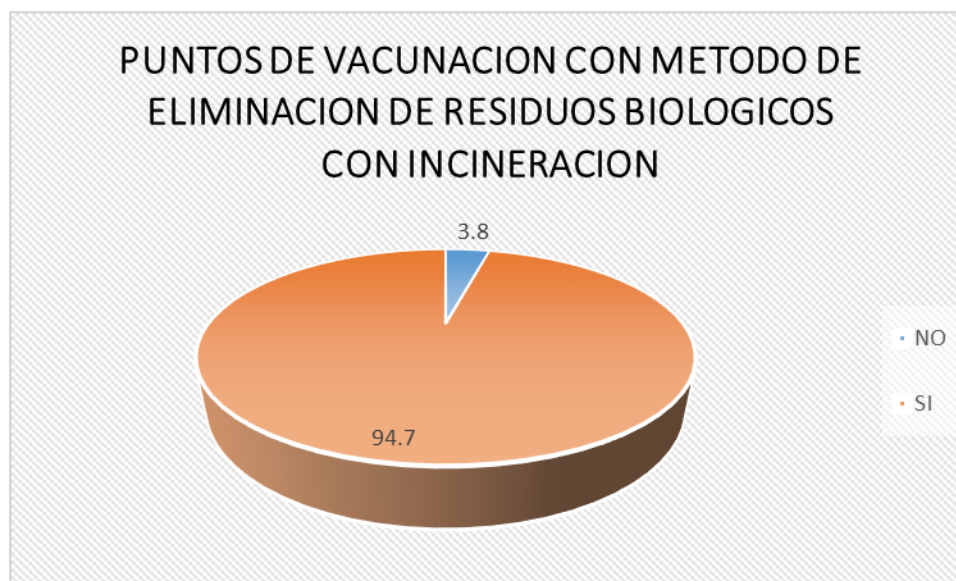
Figura 25. Empresas con ruta hospitalaria de las IPS Vacunadoras del Municipio de Santiago de Cali



En este grafico se evidencia que la mayor recolección de residuos sólidos peligrosos la realiza DH Ecoambiental.

A continuación se presentan graficas en porcentajes del formato 3 A Inventario previo de métodos de eliminación de residuos sólidos peligrosos en los puntos de vacunación del Municipio de Cali.

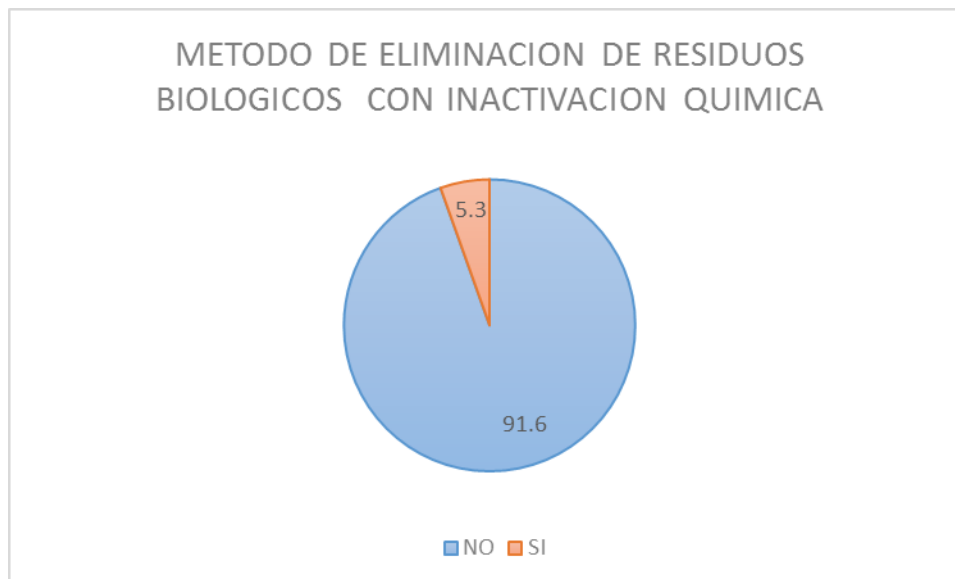
Figura 26. Puntos de vacunación con método de eliminación de residuos biológicos con incineración





El 94.7% de las empresas que recolectan residuos hospitalarios realiza el método de incineración en los puntos de vacunación en el Municipio de Cali. 125 Puntos de vacunación con su debida empresa de ruta hospitalaria utiliza el método de incineración

Figura 27. Puntos de vacunación con método de eliminación de residuos biológicos con inactivación química



Solo el 5.3 % de las empresas que recolectan residuos hospitalarios realiza el método de inactivación química en los puntos de vacunación del Municipio de Cali. 7 puntos de vacunación con su debida ruta hospitalaria utilizan el método de inactivación química. A continuación se presenta el cálculo de necesidad de la vacuna VOPb y VIP, por IPS y puntos de vacunación en el Municipio de Santiago de Cali.


 ALCALDÍA DE
 SANTIAGO DE CALI

Figura 28. Calculo de necesidades de la vacuna VOPb y VIP, por IPS y puntos de vacunación en el Municipio de Santiago de Cali

A	B	C	D		E		F		G		H		I		J		K		L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V				
			0 a < 12 meses	12 a ≤ 23 meses	≥ 24 meses a 11 Años	Otras Poblaciones (ej. Adolescentes, Adultos, Mujeres para HPV, etc)	Demanda Total Periodo (D+E+H+I+J+K)+C	Dosis requeridas con base en presentación REDONDEAR, MAS(L/B.0)PB	Necesidad Mensual M/12	Saldos disponibles	Meses pedidos	Insumos a solicitar	Insumos a solicitar en el periodo ajustados por presentación	Polio Trivalente Enero a 30 de Abril 2016	Polio Bivalente del 01 de Mayo a 31 de Diciembre 2016	Limite de dosis a Desechar																	
DESCR	P2	DESPERD %	P1	DOSP1	P2	DOSP2	P3	DOSP3	P4	DOSP4	Otras Poblaciones (ej. Adolescentes, Adultos, Mujeres para HPV, etc)		Demanda Total Periodo (D+E+H+I+J+K)+C		Dosis requeridas con base en presentación REDONDEAR, MAS(L/B.0)PB		Necesidad Mensual M/12		Saldos disponibles		Meses pedidos		Insumos a solicitar		Insumos a solicitar en el periodo ajustados por presentación		Polio Trivalente Enero a 30 de Abril 2016		Polio Bivalente del 01 de Mayo a 31 de Diciembre 2016		Limite de dosis a Desechar		
BCG (10 dosis)	10	65%	36,762	1												105,034	105,040	8,753			1	8,753	8,760									68,278	
Hepatitis B Recomb. Pediátrica (1 dosis)	1	1%	36,762	1												37,133	37,134	3,095			1	3,095	3,095									372	
Polio Oral (20 dosis)	20	45%	36,762	2	34,618	1	36,116	1								262,287	262,300	21,858			1	21,858	21,860	87,440	174,860							118,042	
Polio Inactivada (1 dosis)	1	1%	36,762	1												40,847	40,847	3,404			1	3,404	3,404									4,085	
DPT Hep B Hib (Pentavalente) Líquida (1 dosis)	1	1%	36,762	3												111,400	111,400	9,283			1	9,283	9,284									1,114	
Rotavirus tipo 5 vacuna (Inmunización = 2 dosis) (1 dosis)	1	1%	36,762	2												74,267	74,267	6,189			1	6,189	6,189									743	
Neumococo Conjug Pediátrica 10 valente (1 dosis)	1	1%	36,762	2	34,618	1										109,234	109,235	9,103			1	9,103	9,103									1,093	
SRP (1 dosis)	1	1%			34,618	1	36,116	1								71,448	71,449	211			1	321	321									715	
Fiebre Amarilla (10 dosis)	10	65%	36,762	1												98,909	98,910	215			1	280	280									64,292	
Hepatitis 'A' Pediátrica (1 dosis)	1	1%			34,618	1										34,968	34,968	118			1	176	176									350	
Varicela	1	1%			34,618	1										34,968	34,968	118			1	176	176									350	
DPT (10 dosis)	10	40%			34,618	1	36,116	1								117,890	117,890	9,824			1	9,824	9,830									47,156	
DTP-B Pediátrica (1 dosis)	1	1%																															

➤ Socializar en su área de influencia los materiales enviados.

Invitación y listado de asistencia de la socialización del plan de erradicación de la polio fase final 2013-2018, en el Municipio de Santiago de Cali realizada en la Secretaría de Salud Pública Municipal con empresas que manejan residuos hospitalarios. Se realiza 3 capacitaciones una de las cuales se realizó en la empresa Incineradores industriales. A continuación se muestra Invitación de la socialización plan de erradicación de la poliomieltis con las empresas que manejan ruta hospitalaria que se realizó en el año 2015.



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

Figura 29. Invitación y listado de asistencia de la socialización plan de erradicación de la poliomielitis con las empresas que manejan ruta hospitalaria.



El Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI, tiene el gusto de invitarle a la socialización de los
Lineamientos para la Erradicación Mundial de la Poliomielitis
Fase final 2013 – 2018

Lugar: Auditorio Secretaría de Salud Municipal –
Calle 4B # 36-00 B/ San Fernando
Fecha: 4 de diciembre de 2015
Hora: 2:00 – 4:00 Pm

*¡ Vacunando hoy,
construimos juntos la Cali saludable del mañana!*



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

<p>ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI GESTIÓN TECNOLÓGICA Y DE LA INFORMACIÓN GESTIÓN DOCUMENTAL</p>	<p>SISTEMAS DE GESTIÓN Y CONTROL INTEGRADOS (SISTECA, SGC y MECI)</p> <p>LISTADO DE ASISTENCIA</p>	MAGT04 03 14 12 P01 F05	
		VERSIÓN	1
		FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA	08/04/2011

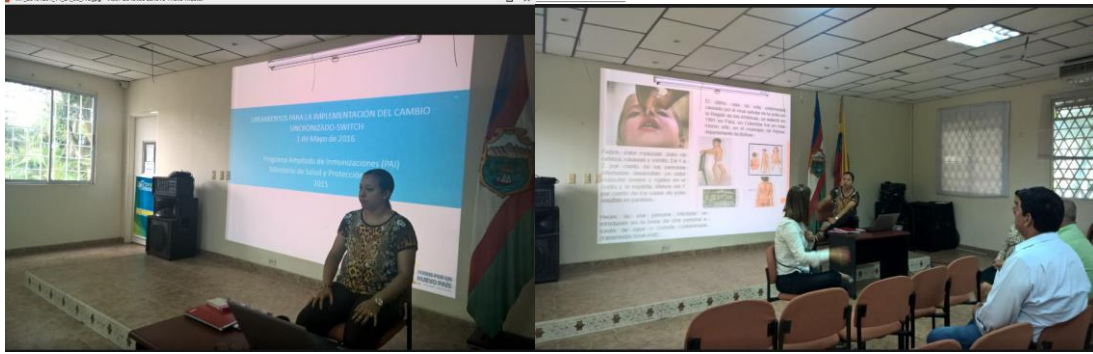
ACTA DE REUNIÓN N°

OBJETIVO: Socializar plan de erradicación fase final 2015-2018 con Empresas Ruta Hospitalaria

FECHA: 4/12/15
HORA INICIAL: 2:00pm
HORA FINAL:
LUGAR: Auditorio SSPM

N° De Convocados: N° De Asistentes: Porcentaje (%) De Asistentes:

ASISTENTES					
N°	Nombre	Dependencia	Teléfono	Correo Electrónico	Firma
1	FERNANDO VALENCIA G.	ASIVALLO S.A. ESP	5146193	091voice676@hotmail.com	
2	Fernando Volucio G	DH ecoambiente	3904221449	03116010735@hotmail.com	
3	Humberto Luyero Rojas	Promambiente	8944173	operativo-ri@promambiente.gov.co	
4	Gabriela Arias	SSPM-PAI	31477684	gab4898@gmail.com	
5	Silvia Muevas Villan	SSPM	356624109	simuv1980@gmail.com	
6	Liliana Alarcón	SSPM	556111	CaliSaludable@gmail.com	


**ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI**


Para dar un buen cumplimiento de la participación de las empresas que manejan ruta hospitalaria en la destrucción final de la VOPT antes del 1 de Mayo en todos los puntos de vacunación del Municipio de Santiago de Cali se realizó una segunda reunión dándoles a conocer la importancia y la oportuna recolección de este biológico.



Las empresas con ruta hospitalaria en la ciudad de Santiago de Cali a quienes se envío invitación y se realizó socialización del plan de erradicación de polio y por la cual hacen parte para la debida recolección y eliminación de la vacuna VOPT en todos los puntos de vacunación antes del 1 de Mayo de 2016 son:


 ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

Figura 30. Empresas con ruta hospitalaria socializados con el plan

Empresa	Dirección	Correo	Representante legal
RH S.A.S	Carrera 24 # 13-387 yumbo	gestionambiental@rhsas.com.co	Isabel Agudelo
Promoambiental de residuos peligrosos	Avenida 5 oeste # 4-50	jaime.artunduaga@gmail.com	Jaime artunduaga
Asivalle S.A	Cr 53 # 5B-08 Nueva Tequendama	asivalle679@hotmail.com	Ana Cecilia Cifuentes
Proasa S.A.E.S.P	Calle 52 #10-22	proyectoambientalsa@hotmail.com	Ubaldo Fillol Agudelo
DH ecoambiental	calle 5D # 38 A-35 oficina 613	dhecoambiental@gmail.com	Julio Valverde
SEA (tecniamca)	Carrera 39 #	jdflorez@jviaudidores.com	Juan David Florez
Incineradores Fullier	calle 11 A # 32-108	juli200510@gmail.com	julietta Rodriguez
Incineradores industriales S.A	Calle 2 Tr 4-129 Parcelacion los Dolores	jdmillan@incineradoresindustriales.com	Julio Millan

- Socializar el documento técnico para la correcta eliminación de la VOPT, en todas las IPS o puntos de vacunación de su área de influencia. Se convocó a todas las IPS, EPS, y ESES con puntos de vacunación para capacitación sobre el lineamiento del plan de erradicación de polio fase final 2013-2018 que manejan vacunas PAI y no PAI.

A continuación se presenta el Acta de reunión general a todos los puntos de vacunación en el Municipio de Santiago de Cali Valle:

Figura 31. Acta de Capacitación-Socialización Plan

ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI GESTIÓN TECNOLÓGICA Y DE LA INFORMACIÓN GESTIÓN DOCUMENTAL	(SISTEDA, SGC y MECI) ACTA DE REUNIÓN	FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA	06/may/2015
ACTA No. 4145.0.1.1.	FECHA:	26/Nov/2015	
	HORA INICIAL:	2:00 pm	
	HORA FINAL:	4:30 pm	
OBJETIVO: Capacitación PAI NOVIEMBRE 2015	LUGAR:	Auditorio Coomeva Pasoancho	

ASISTENTES: Anexo lista de asistencia.

AUSENTES: No aplica

INVITADO: No aplica

ORDEN DEL DÍA:

- Lineamientos Plan de Mantenimiento de la certificación de la Eliminación del Sarampión y Rubéola.
- Monitoreos rápidos de Cobertura
- Lineamientos Plan de Erradicación de la poliomielitis, cambio sincronizado SWITCH de la vacuna trivalente a la bivalente en Mayo del 2016
- Información JV Recuperadores Ambientales el día 27 de noviembre 2015.
- Repaso Lineamientos 4ta jornada de vacunación
- Compromisos y Varios



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

- **Socializar todos los documentos y** formatos técnicos para el soporte y desarrollo del switch.
 - Capacitar a los auxiliares de enfermería vacunadores, que realizarán la implementación del switch, en las IPS y puntos de vacunación de su área de influencia.
 - Socializar en las IPS y a vacunadores, el documento de introducción de la vacuna VOPb.
 - Coordinar la distribución oportuna y suficiente de las vacunas VOPT, VOPb, VIP a sus IPS y puntos de vacunación.
 - Coordinar el manejo de la información y las comunicaciones.
 - Elaborar y ejecutar el cronograma de verificación del cumplimiento del switch en sus IPS y puntos de vacunación.
 - Asegurar la implementación del switch, en su área de influencia.
 - Realizar el seguimiento al plan ejecutado en sus IPS, utilizando los indicadores definidos en la tabla 3.
 - Visitar al 100 % de sus IPS o puntos de vacunación, para la verificación de los soportes de capacitaciones en el plan, verificación de actas de eliminación de la vacuna VOPT, e inicio de la VOPb, entre otras actividades a realizar. En el caso de puntos de vacunación de zonas rurales dispersas, si no es posible la verificación presencial, se deberá verificar las actas debidamente firmadas.
 - Recopilar, consolidar y analizar los datos de la ejecución del switch, por IPS o punto de vacunación existente y realizar el informe correspondiente para presentarlo en consolidado municipal o distrital según sea el caso.
 - Adoptar medidas correctivas cuando sea necesario.
 - Trabajo integrado entre PAI y vigilancia durante todo el proceso.
- Anexo17.
- d. *Equipo operativo del switch nivel de las IPS y puntos de vacunación existentes en el país:* para la ejecución, del cambio en la utilización de la vacuna VOPT a VOPb y la destrucción total de la vacuna VOPT en el 100% de estas instituciones, es fundamental que todos los vacunadores del país, estén capacitados en el tema y conozcan su responsabilidad en el cumplimiento de estos lineamientos y con ello disminuir el riesgo de un posible brote de poliomielitis ocasionado por el virus tipo 2 de la vacuna que va a eliminarse. La ejecución de todas las actividades descritas en el plan, debe ser liderado por el coordinador del programa a nivel municipal o quien realice sus funciones.

Funciones para todas las IPS vacunadoras y sus puntos de vacunación satélites:

- Liderazgo y gestión de los gerentes de las Empresas Sociales del Estado y gerentes de IPS privadas, para dar cumplimiento de todas las actividades del switch y a la eliminación correcta y oportuna de la vacuna VOPT, actividad que debe cumplirse en el periodo de tiempo definido.
- Levantamiento de la información requerida en el plan, de manera inicial y en el seguimiento.



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

- Realizar los inventarios detallados de existencias y necesidades de las vacunas VOPT, VOPb, VIP según requerimiento del Ministerio.
 - Socializar en su área de influencia los materiales enviados.
 - Socializar el documento técnico para la correcta eliminación de la VOPT.
 - Socializar todos los documentos y formatos técnicos para el soporte y desarrollo del switch.
 - Capacitar a los auxiliares de enfermería vacunadores, que realizarán la implementación del switch.
 - Socializar el documento de introducción de la vacuna VOPb.
 - Estar atentos al recibo oportuno y suficiente de las vacunas VOPT, VOPb, VIP.
 - Coordinar el manejo de la información y las comunicaciones.
 - Elaborar y ejecutar el cronograma de verificación del cumplimiento del switch en sus puntos de vacunación satélites.
 - Asegurar el cumplimiento del switch en todos sus puntos de vacunación satélites.
 - Realizar el seguimiento al plan ejecutado, utilizando los indicadores definidos en la tabla 3.
 - Visitar al 100 % de sus IPS satélites, para la verificación de los soportes de actas de eliminación de la vacuna VOPT, e inicio de la VOPb, entre otras actividades a realizar. En el caso de puntos de vacunación de zonas rurales dispersas, si no es posible la verificación presencial, se deberá verificar en las actas debidamente firmadas por los veedores.
 - Recopilar, consolidar y analizar los datos de la ejecución del switch, por IPS y sus puntos de vacunación y realizar el informe respectivo para presentarlo en consolidado municipal.
 - Adoptar medidas correctivas cuando sea necesario.
 - Trabajo integrado entre PAI y vigilancia durante todo el proceso.
 - Verificación de todo el proceso por parte del responsable de la vigilancia en salud pública en la IPS.
- e. *Equipo de apoyo y veeduría a nivel municipal: Se contará con la participación de los delegados del INVIMA existentes a nivel territorial, los señores personeros municipales, los inspectores de policía en los corregimientos, los corregidores, líderes comunitarios como presidentes de juntas de acción comunal, o líderes de comunidades indígenas, con el objeto de ser veedores del cumplimiento de todo el proceso a nivel de las IPS, centros de acopio municipales, departamentales y distritales, según sea el caso y área de competencia.*

A nivel nacional central se realiza la gestión para el apoyo y seguimiento a este plan, desde la Procuraduría General de la Nación, Delegada para la Defensa de los Derechos de la Infancia, la Adolescencia y la Familia.

**ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI**

Los equipos de gestión y operativos deben dar cumplimiento a las actividades del cambio de la vacuna VOPT a VOPb, descritas en los puntos 4.2.2.5 - 4.2.2.6 y 4.2.2.7.

4.2.2.5 Cronograma de las actividades preparatorias a desarrollarse a nivel nacional para la implementación del Switch y responsables por niveles.

A continuación se encuentran detalladas todas las actividades a las cuales se les debe dar estricto cumplimiento, las fechas de realización, el nivel de responsabilidad y las aclaraciones a tener en cuenta, para llevar a cabo el cambio sincronizado de manera exitosa.


**ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI**

Cronograma y responsables por niveles de las actividades preparatorias para el desarrollo del Día nacional del Switch, 1 de mayo de 2016+A14+A87+A1								
Orden	fecha	Actividades	Nivel responsable					Aclaraciones y especificaciones (revisar detenidamente)
			Nal	Dptal	Distal	Mpal	IPS	
1	13-abr-15	Divulgación del Plan estratégico para la Erradicación Mundial de la poliomielitis y la fase final 2013-2018. Notificación escrita a todas las entidades departamentales sobre los compromisos Nacionales adquiridos, el inicio de la recolección de información para el desarrollo del plan de contención del virus de la poliomielitis.	X					Cumplido. Oficio enviado a todas las entidades departamentales y distritales.
2	may-15	Conformación de los comites nacionales de contención y certificación.	X					Cumplido
3	jul-15	Elaborar plan de adquisiciones de las vacunas VOPt, VOPb, VIP	X					Cumplido
4	jul-15	Inventario a nivel nacional de las reservas de vacunas existentes de VOPt, VIP y del requerimiento o necesidad nacional de VOPt, VIP, VOPb.	X					Cumplido
5	jul-15	Elaborar el plan de sincronización global (switch)	X					Cumplido
6	jul-15	Conformación del equipo nacional del switch	X					Cumplido
7	jul-15	Revisión de las necesidades de ajuste al sistema de información nacional y a los formatos de carné, registros físicos e informes mensuales.	X					Cumplido
8	jul-15	Diseñar los documentos y formatos técnicos para el soporte y desarrollo del switch.	X					Cumplido
9	jul-15	Levantamiento del cronograma de distribución de la vacuna VOPb a las entidades territoriales	X					
10	jul-15	Preparar los materiales necesarios para la capacitación en el tema.	X	X	X	X	X	Anexos y presentación - cumplido
11	03-ago-15	Primera socialización del switch al equipo PAI nacional	X					Para aclaraciones, modificaciones y demás.
12	04 al 06/08/2015	Ajustes al plan de switch	X					
13	20 y 21/08/2015	Ajustes al plan de switch, de acuerdo adirectrices posteriores a la reunión iregional con la OPS						
14	18 de sep/15	Envío de documento de Plan de erradicación de la poliomielitis y plan de sincronización global-switch		X	X	X		Envío via correo electrónico
15	28 al 30 sept/15	Reunión nacional del PAI para socialización del plan, los documentos y formatos técnicos para el soporte y desarrollo del mismo.	X	X	X	X		



ALCALDÍA DE

SANTIAGO DE CALI

Cronograma y responsables por niveles de las actividades preparatorias para el desarrollo del Día nacional del Switch, 1 de mayo de 2016

Orden	fecha	Actividades	Nivel responsable					Aclaraciones y especificaciones (revisar detenidamente)
			Nal	Dptal	Distal	Mpal	IPS	
16	1 al 22 de octu/15	Diligenciamiento del anexo 3A para el levantamiento de la información requerida previa al switch, de levantamiento de formas de eliminación de los residuos sólidos.		X	X	X	X	Desarrollo del Anexo 3A formato excel de información General
17	23 de octubre/15	Envío al Ministerio de la información del formato Anexo 3A, del levantamiento de la información requerida previa al switch, sobre formas de eliminación de los residuos sólidos.		X	X	X	X	Enviar al MSPS
18	26 al 30 de octubre/15	Revisión, consolidación y análisis de la información contenida en el Anexo 3A, para la toma de la decisión de la eliminación de la vacuna VOPT.	X					
19	nov-15	Reunión con empresas de manejo de residuos hospitalarios peligrosos para socialización del plan de erradicación mundial de la poliomielitis	X					
20		Preparar documento de información técnica para la correcta eliminación de la VOPT.	X					
21		Envío a las entidades departamentales y distritales del documento técnico para la forma de destrucción de la vacuna VOPT.	X					
22		Reunión del PAI en las entidades territoriales para socialización del plan, los documentos, formatos técnicos y levantamiento de la información del Anexo 3A, para el soporte y desarrollo del switch. Convocar a todo el personal administrativo del programa, a todos los coordinadores de salud pública de los municipios, a los coordinadores o responsables de la vigilancia y PAI de todos los municipios.		X	X	X	X	
23	nov y dic de 2015	Realizar cronograma general de seguimiento y verificación en el 100 % de las entidades departamentales, distritales y ciudades capitales, municipios, IPS vacunadoras y puntos de vacunación, para la verificación de los soportes de capacitaciones en el plan, verificación de actas inventarios existentes, acta de introducción de la vacuna VOPb, acta de eliminación de la vacuna VOPT.	X					Enviarse cronograma propuesto para la verificación del switch, las entidades territoriales podrán guiarse por el cronograma nacional.
24	nov y dic de 2015	Coordinación y distribución oportuna y suficiente de las vacunas VOPT y VIP.	X	X	X	X	X	Se enviara la vacuna VOPT, antes de finalizar el año 2015, para cubrir las necesidades hasta 30 de abril de 2016 solo se dejara un pequeña reserva en el nivel nacional para suplir eventual necesidad en algún departamento.



ALCALDÍA DE

SANTIAGO DE CALI

Cronograma y responsables por niveles de las actividades preparatorias para el desarrollo del Día nacional del Switch, 1 de mayo de 2016								
Orden	fecha	Actividades	Nivel responsable					Aclaraciones y especificaciones (revisar detenidamente)
			Nal	Dptal	Distal	Mpal	IPS	
25	08 de enero /16	Envío de los inventarios detallados de las existencias o saldos a corte 31 de diciembre de 2015 y necesidades de las vacunas VOPt, VOPb, VIP, por municipio, a las entidades departamentales.				X	X	Las entidades territoriales municipales deben realizar la consolidación de inventarios en el formato excel Anexo 5 y enviarlo al nivel departamental.
26	15 de enero /16	Envío de los inventarios detallados de las existencias o saldos a 31 de diciembre de 2015 y necesidades de las vacunas VOPt, VOPb, VIP por distrito y departamento al nivel nacional.		X	X			Las entidades territoriales departamentales deben realizar la consolidación de inventarios en el formato excel Anexo 5 y enviarlo al nivel nacional.
27	ene-16	Ingreso al país de la vacuna VOPb	X					
28	ene-16	Realización de cronograma de distribución de la vacuna VOPb del departamento a municipios y de municipios a IPS		X	X	X		
29	ene-16	Generación y envío del lineamiento de la introducción de la vacuna Bivalente Oral-VOPb.	X					Se envía en su momento
30	1 al 5 de febrero	Rotulación del insumos antes de la distribución "VACUNA BIVALENTE ORAL CONTRA LA POLIOMIELITIS-VOPb-UTILIZAR SOLAMENTE A PARTIR DEL 01 DE MAYO DE 2016"	X					
31	8 al 19 de febrero/16	Distribución Nacional de la vacuna VOPb a las entidades territoriales	X					Ver anexo 4 Cronograma de distribución de la vacuna del almacén nacional a las entidades territoriales.
32	8 al 19 de febrero/16	Recibo de la vacuna VOPb en todas las entidades territoriales departamentales y distritales.						La vacuna debe ser conservada durante todo el proceso de entrega a municipios, localidades e IPS a temperatura entre 2-8°C, debidamente marcada "VACUNA BIVALENTE ORAL CONTRA LA POLIOMIELITIS-VOPb-UTILIZAR SOLAMENTE A PARTIR DEL 01 DE MAYO DE 2016"
33		Socialización del lineamiento de la introducción de la vacuna Bivalente Oral-VOPb.		X	X	X	X	Se envía presentación y documento de lineamiento
34		Segunda socialización del Plan estratégico para la Erradicación Mundial de la poliomielitis y la fase final 2013-2018, a los nuevos actores políticos de las secretarías de salud departamentales y distritales, con notificación escrita sobre los compromisos Nacionales adquiridos, la información de las actividades realizadas al respecto el año anterior y los compromisos 2016.	X					Remisión de oficio de notificación.
35	01 al 15 de febrero/16	Convocatoria escrita de citación a reunión a todos los gerentes de las empresas de manejo de eliminación de residuos peligrosos, existentes a nivel departamental o distrital, para informar sobre la existencia del Plan estratégico para la Erradicación Mundial de la poliomielitis y la fase final 2013-2018, de la necesidad de eliminación de la vacuna VOPb.			X	X		Enviarse oficio firmado por secretario de salud departamental o distrital.
36		Notificación escrita a todos los gerentes de las empresas de manejo de eliminación de residuos peligrosos, de la existencia del Plan estratégico para la Erradicación Mundial de la poliomielitis, fase final 2013-2018, de la necesidad de destrucción de la vacuna durante los días 2 al 6 de mayo de 2016 y de la entrega de la certificación correspondiente del número de frascos y vacunas destruidas.		X	X			Enviarse oficio firmado por secretario de salud departamental o distrital a todas las IPS vacunadoras Ver proyecto de oficio a enviado, Anexo 6. Guardar soportes de lo realizado.
37		Notificación escrita a todos los gerentes de las IPS vacunadoras de su área de influencia, de la existencia del Plan estratégico para la Erradicación Mundial de la poliomielitis y la fase final 2013-2018 y del cambio de la vacuna VOPt a VOPb.		X	X			Enviarse oficio firmado por secretario de salud departamental o distrital a todas las IPS vacunadoras. Ver proyecto de oficio a enviar. Anexo 6. Guardar los soportes de lo realizado.



ALCALDÍA DE

Cronograma y responsables por niveles de las actividades de Acopio de Vacuna del Día nacional del Switch, 1 de mayo de 2016								
Orden	fecha	Actividades	Nivel responsable					Aclaraciones y especificaciones (revisar detenidamente)
			Nal	Dptal	Distal	Mpal	IPS	
38		Nueva notificación escrita a todos los actores de su área de influencia, que participarán en el Plan para la Erradicación Mundial de la poliomielitis y la fase final 2013-2018 y en el plan de sincronización global.		X	X	X	X	Enviarse oficio firmado por secretario de salud departamental o distrital, según el Anexo 6. Guardar los soportes de lo realizado.
39	01 al 15 de febrero/16	Reunión del PAI en las entidades territoriales para nueva socialización del plan, los documentos, formatos técnicos y levantamiento de la información del Anex+C56o 1, para el soporte y desarrollo del switch. Convocar a todo el personal administrativo del programa, a todos los coordinadores de salud pública de los municipios, a los coordinadores o responsables de la vigilancia y PAI de todos los municipios, a los profesionales y auxiliares de enfermería de los puntos de vacunación, que realizarán en las entidades territoriales e IPS la implementación del switch.		X	X	X	X	Nueva socialización de todo el proceso. Los documentos técnicos, formatos y presentación son enviados desde el MSPS, para las respectivas capacitaciones.
40		Realizar el cronograma general de seguimiento y verificación en el 100 % de las entidades municipales, IPS vacunadoras y puntos de vacunación, para la verificación de los soportes de capacitaciones en el plan, verificación de actas inventarios existentes, acta de introducción de la vacuna VOPb, acta de eliminación de la vacuna VOPT.		X	X	X	X	
41		Definir claramente a nivel departamental, distrital y municipal como se va a realizar la destrucción de la vacuna VOPT, el día 31 de marzo, o que trámites debe realizarse para esta actividad, en cada IPS de su área de influencia.	X	X	X	X	X	Se enviará oficio desde el MSPS, con la directriz a seguir.
42	16 de febrero /16	Enviar al MSPS consolidado por IPS como se proyecta realizar la destrucción de la vacuna VOPT		X	X	X	X	Diligenciar el anexo 3B forma de destrucción de la vacuna VOPT
43	22 febrero al 20 de marzo/16	Distribución de la vacuna VOPb de las entidades territoriales departamentales, a municipales. Debidamente marcada: "VACUNA BIVALENTE ORAL CONTRA LA POLIOMIELITIS-VOPb-UTILIZAR SOLAMENTE A PARTIR DEL 01 DE MAYO DE 2016"		X	X	X	X	La vacuna debe ser conservada durante todo el proceso de entrega a municipios, localidades e IPS a temperatura entre 2-8°C, debidamente marcada. Se debe acusar el recibido en los municipios, IPS y puntos de vacunación. Levantar acta de acuso del programa.
44	1 al 20 de abril/16	Distribución de la vacuna VOPb de las entidades territoriales distritales y municipales a IPS y puntos de vacunación. Debidamente marcada: "VACUNA BIVALENTE ORAL CONTRA LA POLIOMIELITIS-VOPb-UTILIZAR SOLAMENTE A PARTIR DEL 01 DE MAYO DE 2016"		X	X	X	X	La vacuna debe ser conservada durante todo el proceso de entrega a municipios, localidades e IPS a temperatura entre 2-8°C, debidamente marcada. Se debe acusar el recibido en los municipios, IPS y puntos de vacunación. Levantar acta de acuso del programa.
45	20 al 25 abril/16	Verificar la existencia y disponibilidad de las vacunas de VOPb y VIP en el 100% de los municipios y sus IPS o puntos de vacunación.	X	X	X	X	X	Las entidades territoriales deben realizar esta verificación por vía telefónica o por correos electrónicos. Disponer del soporte de acuso de cada municipio y de cada IPS que recibe la vacuna VOPb.
46	30 de abril /16	Realizar a la hora del cierre de las labores del día 30 de abril de 2016, las siguientes actividades para la recolección, eliminación o entrega al municipio, de las vacunas VOPT existentes, por cada IPS o punto de vacunación, centro de acopio o cuarto frío. Iniciar el proceso de levantamiento del acta de recolección y entrega de la vacuna trivalente oral al área de la institución designada para el manejo de residuos sólidos hospitalarios o a la entidad responsable para su destrucción final.		X	X	X	X	Sacar la vacuna VOPT de la red de frío. Realizar el conteo correspondiente y registrar en el acta el saldo real existente. Marcarla debidamente ASI: " VACUNA VOPT, NO ALMACENAR EN RED DE FRIO, NO USAR, ES PARA ELIMINAR SEGUN NORMA VIGENTE DE MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS" Realizar el levantamiento de acta soporte de la eliminación de la vacuna VOPT, debe diligenciarse de manera completa, con las firmas correspondientes exigidas (Auxiliar o jefe de enfermería responsable del punto de vacunación, centro de acopio o cuarto frío, Jefe o coordinador de la IPS o puesto de vacunación, Secretario de Salud municipal, departamental, o distrital, personero municipal o inspector de policía, este último si la actividad se realiza en corregimientos.), si se realiza el acta a mano, debe ser con letra clara y legible. Debe aplicarse el formato acta de eliminación enviado, según el Anexo N 7. Tener presente y aplicar el documento final que envíe el Ministerio de SPS para la destrucción de la vacuna.
47	Permanente	Seguimiento permanente en su área de influencia, a las IPS o puntos vacunadores, para asegurar la implementación del switch		X	X	X	X	



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

4.2.2.6 Actividades a desarrollarse el Día Nacional del Switch y responsables por niveles.

El día nacional para el cambio de la vacuna trivalente oral a bivalente oral en Colombia, será el día **1 de mayo del año 2016**.

Cronograma y responsables por niveles de la actividad a desarrollarse el Día Nacional del Switch, 1 de mayo de 2016								
Orden	fecha	Actividades	Nivel responsable					Aclaraciones y especificaciones (revisar detenidamente)
			Nal	Dptal	Distal	Mpal	IPS	
1	1 de mayo/16	Iniciar la utilización de la vacuna VOPb, en el esquema nacional de vacunación en la población menor de 6 años de edad, para la aplicación de la segunda y tercera dosis y la aplicación del primer y segundo refuerzo contra la poliomielitis.					X	RECORDAR: El esquema nacional de vacunación contra la poliomielitis en Colombia desde el 1 de febrero de 2015, se aplica la primera dosis, a toda la población infantil menor de 6 años de edad, con la vacuna inactivada contra la polio, comunmente conocida como VIP. Esto sigue igual, no cambia. Como el 1 de mayo de 2016 es un domingo, día festivo, no laborable, el acta de inicio de la vacuna VOPb, se puede realizar el día 30 de abril, a la hora del cierre del punto de vacunación, con fecha de levantamiento de iniciación de utilización de esta vacuna el 1 de mayo de 2016. Los vacunadores que realicen labores de vacunación intra o extramural en jornadas, brigadas de salud o correrías, deben realizar acta de utilización de esta vacuna VOPb, con fecha del 1 de mayo de 2016.
2		Realizar levantamiento de acta de inicio de utilización de la vacuna VOPb					X	Acta completamente diligenciada y con las firmas correspondientes. Formato Anexo N° 8
3	2 de mayo/16	Vigilar que el 100% de los municipios, IPS y puntos de vacunación iniciaron la utilización de la vacuna VOPb		X	X	X	X	

Por ningún motivo puede utilizarse simultáneamente la vacuna bivalente y trivalente oral.

La utilización simultánea de las dos vacunas (VOPt y VOPb), es un factor de alto riesgo para la presencia de un brote de poliomielitis vacunal tipo 2.

Las actas de destrucción de la vacuna VOPt y de inicio de utilización de la vacuna VOPb, (anexos 7 y 8), deben ser completamente diligenciadas y firmadas por el personal responsable del proceso, con los respectivos nombres y firmas del veedor municipal o del corregimiento, llámese, personero municipal, inspector de policía, corregidor, líder de la comunidad, o líder indígena.

En los municipios con un número mayor de 5 IPS o puntos de vacunación satélites, se debe realizar un acta e informe consolidado del municipio, para la firma correspondiente del personero municipal.


ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI
4.2.2.7 Cronograma de las actividades de verificación a desarrollarse posterior al Día Nacional del Switch y responsables por niveles

Cronograma de las actividades de verificación a desarrollarse posterior al Día Nacional del Switch y responsables por niveles								
Orden	fecha	Actividades	Nivel responsable					Aclaraciones y especificaciones (revisar detenidamente)
			Nal	Dptal	Distal	Mpal	IPS	
1	1 al 06 de mayo de 2016	Trasladar la vacuna VOPT al sitio asignado para su destrucción y destruirla.		X	X	X	X	Debe completarse el formato de acta de eliminación enviado, según el Anexo N 7, especificándose la forma en que se destruyó o eliminó la vacuna.
2		Ejecutar cronograma de verificación del cumplimiento del switch. Verificación en el 100 % de las entidades municipales, 100% de IPS vacunadoras y puntos de vacunación, revisión de los soportes de capacitaciones en el plan, verificación de actas inventarios existentes, acta de introducción de la vacuna VOPb, acta de eliminación de la vacuna VOPT.	X	X	X	X	X	Aplicar el formato de ficha de verificación técnica de cumplimiento del switch. Anexos N° 9 y 10, Verificar Acta de introducción de la vacuna VOPb, y acta de eliminación de la vacuna VOPT. Las IPS de régimen de excepción como son fuerzas militares y de policía nacional, que ofertan el servicio de vacunas PAI a menores de 6 años de edad, deben ser 100% verificadas.
3		Realizar seguimiento a las IPS y puntos de vacunación, asegurar la implementación del switch, en su área de influencia.		X	X	X		Verificar que se está aplicando solo vacuna VOPb y VIP en primeras dosis.
4		Realizar seguimiento a las Empresas de manejo de residuos peligrosos y recopilar certificaciones o actas de destrucción de la vacuna VOPT.		X	X	X	X	
5		Levantar información de costos invertidos en todo el proceso		X	X	X	X	Diligenciar anexo 11. Costos del proceso
6		Consolidar de la información de la cantidad de vacuna VOPT, retirada de la red de frío para su eliminación.		X	X	X	X	Actualizar y consolidar en formato excel Anexo N° 12
7	9 al 11 de mayo/16	Recopilar y analizar los datos de la ejecución del plan del switch y realizar el informe correspondiente con los soportes requeridos, para presentarlo al nivel de supervisión inmediatamente superior		X	X	X	X	Dar cumplimiento al flujo de información, IPS o puntos de vacunación a Municipios, municipios a departamento, departamentos y distritos al nivel nacional. Consolidación en anexo 12
8	13-may-16	Enviar el informe consolidado correspondiente de la ejecución del switch al nivel nacional-MSPS, con los soportes por municipio.		X	X	X		Ver formato de informe ejecutivo a presentar al nivel nacional, sus archivos anexos y los soportes que deben reposar en el nivel departamental, debidamente firmado por el delegado del INVIMA. Anexos 12 y 13.
9	16 al 20 de mayo/16	Consolidar la información y resultados del país	X					
10	21 de mayo/16	Enviar el informe del Switch, al comité nacional	X					Vía correo electrónico
11	25 de mayo/16	Presentar el informe del Switch, al comité nacional	X					
12	Permanente durante todo el proceso	Realizar seguimiento al plan en su área de influencia, utilizando los indicadores claves incluidos en el lineamiento.	X	X	X	X	X	Ver indicadores claves en el ítem 4.2.2.11, para su desarrollo, análisis correspondiente e inclusión en el documento informe a generarse por entidad territorial
13	Permanente durante todo el proceso	Adoptar durante todo el proceso medidas correctivas cuando sea necesario.	X	X	X	X	X	
14	Permanente durante todo el proceso	Coordinar el manejo de la información y las comunicaciones.	X	X	X	X	X	
15	31 de mayo/16	Enviar el informe del Switch, a la OPS, Colombia	X					



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

Luego de la verificación todo el proceso realizado, debe revisarse, consolidarse, analizarse la información y enviarse en el informe técnico según se especifica en el cronograma y en los anexos 12 y 13.

4.2.2.8 Instrucciones para la destrucción segura de la VOPt

Existen varios métodos para la destrucción de los viales sin usar y de los viales abiertos de la VOPt. La OMS recomienda para la destrucción segura de la misma, los siguientes métodos:

1. Incineración: La incineración puede ser una opción en los países con acceso a incineradores que operan a temperaturas altas o medias.

a. Incineración a temperaturas altas: Si disponible, la incineración en un incinerador de cámara doble de altas temperaturas, que cumple con las normas de emisión, constituye una excelente opción de destrucción. Las industrias como los hornos de cemento o las fundiciones suelen contar con calderas que funcionan a temperaturas muy por encima de 850 grados y que dispersan los gases de salida mediante chimeneas altas y pueden representar una buena alternativa a la incineración a altas temperaturas.

b. Incineración a temperaturas medias: La mayoría de los países no tiene acceso a los incineradores que funcionan a altas temperaturas y pueden usar incineradores de temperaturas medias como una opción. Los incineradores que funcionan a una temperatura mínima de 850 grados representan una buena opción a la destrucción directa en un vertedero abierto, sin control.

c. Incineración en contenedores o en fosas abiertas: No se recomienda quemar los desechos en contenedores o en fosas abiertas como método de destrucción de la VOPt ni siquiera en pequeñas cantidades. En su lugar, los viales se deben remitir a un nivel más alto con el fin de destruirlos de manera adecuada.

2. Encapsulación y eliminación en un vertedero (de preferencia un vertedero sanitario): La encapsulación implica en la inmovilización de los viales en un bloque sólido dentro de un envase (por ejemplo, recipientes cilíndricos plásticos o de acero) que no haya contenido anteriormente materiales peligrosos. Los envases se pueden llenar hasta tres cuartos de su capacidad con los viales de vacuna y el espacio restante se puede completar con cemento o arena. Una vez que los cilindros o los envases se llenan y se sellan, se deben colocar en el fondo de un vertedero, cubiertos con otros desechos o con suelo natural. Se recomiendan de preferencia los vertederos sanitarios, en lugar de los vertederos municipales.

3. Eliminación directa en un vertedero específicamente diseñado: En algunas zonas, puede ser necesario eliminar los desechos directamente en un terreno de desechos sin tratamiento ni preparación previa. Se prefieren los vertederos diseñados a los vertederos abiertos y sin control.



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

- a. Cuando la destrucción en un vertedero abierto y sin control es la única opción existente para los desechos, estos deben encapsularse antes de eliminarlos en el vertedero.
- b. Cuando no es posible la encapsulación en un vertedero abierto y sin control, se recomienda entonces la incineración o la inactivación química.

4. Inactivación química: La inactivación química comporta la inmersión de los viales abiertos en diez veces su volumen de una disolución de hipoclorito al 1% (por ejemplo, lejía) durante al menos 10 minutos. Luego, la solución líquida se puede eliminar normalmente. Esta opción no se recomienda, pues plantea algunas dificultades logísticas, como la necesidad de abrir todos los viales para inactivarlos.

NOTA: Las tres primeras opciones no exigen la abertura de los viales intactos de VOPT⁴

Atendiendo las recomendaciones de la OMS y teniendo en cuenta la normatividad vigente en Colombia, el país define la destrucción segura de la VOPT, a través de los métodos definidos en la resolución 1164 del año 2002, la cual en su anexo 2, define la gestión de residuos químicos y medicamentos, o la aplicación de las normas posteriores que la que la sustituya o la modifiquen. Para facilidad en la consulta de la norma referida, remitirse a revisar el anexo 14.

De igual manera se aclara que una vez revisada la información sobre las formas en que se está realizando actualmente la destrucción de los residuos peligrosos, remitida desde cada institución prestadora del servicio de vacunación, se enviará un oficio de lineamiento, el cual se especificará la manera segura, que determina este Ministerio, para la destrucción de la vacuna VOPT.

4.2.2.9 Actualización del sistema de información.

En el sistema de información nacional versión web, se realizarán los ajustes técnicos necesarios para el ingreso respectivo de las dosis aplicadas de las vacunas VOPT, VOPb y VIP y la correspondiente generación del reporte de información específica, debido a que en el momento se está registrando de manera general como vacuna contra la poliomielitis.

Respecto a la plantilla de reporte mensual fue ajustada en febrero de 2015 para incluir el reporte específico de la vacuna de VIP, aplicable como primera dosis a todos los menores de 6 años de edad y a partir del 1 de mayo del año 2016, se hará la especificación de que la vacuna oral contra la poliomielitis, será la VOPb.

⁴Lineamientos para la implementación del Plan mundial del switch, OPS, página 36.



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

En lo referente al registro específico de las vacunas VOPb y VIP, en el carné de vacunación del menor de edad, debe realizarse manualmente el registro del detalle de cual tipo de vacuna se aplica, debido a que el carné tiene abierta la posibilidad de registrarse, ya que solo aparece “polio (Oral-IM)”. Por consiguiente, se debe marcar con una “X” en el carné del vacunado, que tipo de vacuna aplica: VOPb o VIP, según sea el caso, actividad que deberá realizarse hasta que se efectuó el ajuste en el carné infantil, y esto se realizará cuando se agoten las existencias a nivel nacional.

En el registro diario de vacunación institucional en su presentación física, no habría que realizar ningún ajuste, debido a que en el mismo aparece escrita la opción “POLIO (VPO) y POLIO (VPI), igual situación se presenta con el registro diario sistematizado. Por consiguiente se siguen utilizando estos registros en la misma versión y si se realiza algún ajuste a los mismos por la inclusión de la vacuna contra la varicela, se enviarán de manera oportuna para su aplicación.

4.2.2.10 Evaluación de la capacidad de la cadena de frío a nivel nacional y territorial.

➤ Nivel central del Ministerio de Salud

Los cuartos fríos del centro de acopio del PAI del Ministerio de Salud y Protección Social están ubicados en la Zona Franca de Fontibón de la carrera 106 No. 15A -25, manzana 14 bodega 80. Las oficinas están en un edificio de cuatro niveles y la zona de almacenamiento en una sola planta en el costado posterior de la bodega.

Para el almacenamiento de las vacunas del programa, se cuenta con dos cuartos de refrigeración que manejan temperaturas entre 2°C y 8°C y un cuarto de congelación para los icepacks y almacenamiento de vacuna oral contra la poliomielitis que maneja temperaturas entre -12°C y -15°C. Los cuartos 1 y 2 de refrigeración así como el de congelación fueron calificados mediante el contrato No. 691 de 2014 en el mes de octubre de 2014 con resultados positivos debido al diseño termodinámico y estructural que cumple con estándares de calidad a nivel internacional con tecnologías de punta para el control y potencia de los equipos instalados. Todos estos equipos ofrecen confiabilidades del 100% producto del diseño, equipos nuevos y por las actividades de mantenimiento diarias desde su puesta en funcionamiento.

La capacidad bruta disponible a la fecha de este informe es 3.800m³brutos, representados en 600 posiciones de estantería selectiva, para proyectar al país frente a los siguientes 15 años de inclusión de nuevos biológicos al esquema nacional. Frente a cada cuarto frío de refrigeración se construyó una precámara de 25m de frente por 3.20m de profundidad y 8 m de altura para el embalaje y alistamiento de vacuna antes de ingresar y retirarla de los cuartos fríos.

Toda la carga eléctrica de la bodega, incluidos los cuartos fríos está soportada por una planta eléctrica diesel de 125 KVA, trifásica, 60Hz, con transferencia automática que se enciende a los 5 segundos del corte de la red pública y se apaga 25 según



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

dos después de restablecido el servicio. Esta planta eléctrica cuenta con un pánel de control que identifica todas las variables de funcionamiento del generador y del motor diésel y que son esenciales para identificar su óptimo funcionamiento o identificar una futura falla, como son: horómetro, número de arranques, amperajes por fase, voltajes de fase y de línea, voltaje de batería, frecuencia de la red, porcentaje de carga, historial de alarmas, temperatura del refrigerante líquido del motor y presión de aceite.

La bodega está actualmente sometida a un proceso de mejoramiento de las condiciones de almacenamiento de carga seca y oficinas. En este proceso se instaló un rack de estantería selectiva con 608 posiciones, se recubrieron las paredes con superboard, se pintó el piso, se instalaron cuatro cortinas de aire en los portones de acceso y dos lámparas ultravioleta para disminuir ingreso de contaminación de partículas e insectos, así como seis extractores en la parte alta de la bodega para controlar la temperatura y humedad en toda la carga seca.

➤ Nivel Departamental

Respecto de los centros de acopio en las entidades territoriales se destaca el continuo mejoramiento de las condiciones de infraestructura física y capacidad de almacenamiento en todos y cada uno de los 36 centros de acopio, motivado principalmente por el exponencial crecimiento en la demanda de volumen refrigerado para vacunas del PAI.

Con base en la información a 30 de junio de 2015, el país cuenta con 80 entidades territoriales entre municipios, distritos y secretarías de salud departamentales con centros de acopio de vacunas del PAI que por su población objeto y ubicación estratégica tienen cuartos fríos en funcionamiento para soportar contingencias a nivel regional y optimizar la logística del programa a nivel nacional proyectando el país frente a los siguientes 15 años.

En cuanto a la capacidad volumétrica, se tiene que la capacidad bruta instalada en cuartos fríos es de 3.540,6m³ para un volumen útil o neto de 1.168,4m³. Si se tiene en cuenta que, el volumen neto requerido para almacenar la vacuna de todo el año y de todo el país es de 807m³, se deduce que estos centros de acopio, en forma global sin discriminar su ubicación, cuentan con la capacidad instalada para albergar toda la vacuna de su población objeto anual, en una sola remisión, lo cual significa que para las 6 remisiones que se hacen al año en promedio, existe la suficiente capacidad instalada para almacenar la vacuna.

➤ Nivel municipal

A nivel municipal las IPS vacunadoras cuentan con refrigeradores precalificados por la OMS para el almacenamiento de vacunas de tal manera que ofrece la mayor confiabilidad frente a equipos de tipo comercial. Este aprovisionamiento ha sido



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

ejecutado desde el nivel central por cuenta de adquisiciones realizadas desde el Ministerio de Salud, sumado a procesos de compra desde las Secretarías de Salud Departamentales y Distritales, así como por las mismas EPS o IPS vacunadoras.

Conclusiones y recomendaciones de la capacidad de la red de frío.

- Colombia cuenta con la capacidad de almacenamiento requerida con equipos adecuados frente a la inminente inclusión de nuevos biológicos para los próximos 15 años.
- La mayor fortaleza es la inversión permanente en infraestructura física y capacidad de almacenamiento en todos eslabones de la cadena de frío bajo criterios técnicos expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, sumado a la implementación de tecnologías de punta a nivel mundial en todos los equipos de la cadena de frío. Entre estos equipos, en Colombia se debe tener en cuenta que el 60% del territorio está no interconectado eléctricamente por lo que, además de los equipos para conectar a la red, se tienen refrigeradores que funcionan con energías alternativas como solares y por absorción, cumpliendo con las especificaciones técnicas del código PQS.
- En los últimos años, 19 centros de acopio PAI departamentales y distritales han proyectado su capacidad de almacenamiento para los próximos 15 años, los cuales se señalan a continuación:
 - En el año 2010, Barranquilla, Meta, Tolima y Caldas.
 - En el año 2011, La Guajira, Atlántico, Magdalena, Santander, Cesar, Amazonas y Bogotá (SSD, Vista Hermosa, Suba, Chapinero).
 - En el año 2012, los departamentos de Arauca, Bolívar, Casanare, Risaralda, Cauca, y Cartagena
 - En el año 2014, Putumayo.
 - En el año 2015, Norte de Santander.
- Los demás centros de acopio departamentales, distritales y municipales están en proceso de mejoramiento de sus condiciones físicas entre ellas.
- Una fortaleza ha sido la generación de una estrategia nacional de regionalización de centros de acopio con cuartos fríos, que ha permitido garantizar la cadena de suministro ante emergencias y desastres que pudieran ocurrir en la capital de departamento o en las vías de acceso a ella; en este sentido, se tienen construidos centros de acopio ubicados en municipios diferentes a las 32 ciudades capitales, en su mayoría hacen parte de zonas metropolitanas y municipios más densamente poblados.

4.2.2.11 Indicadores claves para el seguimiento al switch.

Los siguientes son los indicadores que deben revisarse y analizarse para verificar el cumplimiento de las actividades y objetivos propuestos, en el plan de cambio de sincronización global.



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL SWITCH



ITEM DE SEGUIMIENTO	META	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA DEL INDICADOR
Socialización del plan de sincronización global (switch), los documentos, anexos y formatos técnicos, realizado en el 2015 y febrero de 2016.	Dos capacitaciones de socialización.	Porcentaje de capacitaciones realizadas Porcentaje de municipios o puntos de vacunación que asistieron a cada capacitación	No. de capacitaciones realizadas / capacitaciones programadas X 100 No. Municipios y corregimientos departamentales o puntos de vacunación (según sea el caso) que asistieron a la capacitación o / Total de Municipios y corregimientos departamentales o puntos de vacunación X 100
Diligenciamiento y envío del Anexo 3, consolidado por entidad departamental (información requerida previa, durante y posterior al switch).	Anexo 3 diligenciado completamente por cada municipio.	Porcentaje de los municipios con el anexo 3 realizado y enviado a entidad territorial correspondiente	No. Municipios y corregimientos departamentales o IPS (según sea el caso) con el anexo 1 diligenciado / Total de municipios y corregimientos, o IPS X 100
Socialización del lineamiento de introducción de la VOPb a todos los municipios o IPS de la entidad territorial.	Una socialización	Porcentaje de municipios o puntos de vacunación que asistieron a la socialización del lineamiento de VOPb	No. Municipios y corregimientos departamentales o puntos de vacunación (según sea el caso) que asistieron a la capacitación o / Total de Municipios y corregimientos departamentales o puntos de vacunación X 100
Envío de los inventarios detallados de las existencias o saldos de la VOPt a corte 31 de diciembre de 2015 y a 31 de marzo de 2016 por IPS, municipios, consolidado territorial.	Dos inventarios por municipio	Porcentaje de municipios o puntos de vacunación con cada inventario realizado y entregado	No. Municipios y corregimientos departamentales o IPS (según sea el caso) con el inventario entregado / Total de municipios y corregimientos, o IPS existentes X 100
Notificación escrita a todos los gerentes de las IPS vacunadoras de su área de influencia, de la existencia del Plan estratégico para la Erradicación Mundial de la poliomielitis y la fase final 2013-2018 y del cambio de la vacuna VOPt a VOPb.	Un oficio de notificación entregado a cada gerente de IPS privada y ESE	Porcentaje de cumplimiento en la entrega del oficio de notificación del plan estratégico mundial de erradicación de la poliomielitis a gerentes de IPS vacunadoras.	No. Gerentes de IPS o ESEs notificados del plan estratégico mundial de erradicación de la poliomielitis / Total Gerentes de IPS o ESEs existentes X 100
Cronograma de entrega oportuna de la vacuna VOPb, (a municipios o puntos de vacunación, según sea la competencia).	Un Cronograma de entrega de la vacuna de VOPb	Porcentaje de cumplimiento del cronograma de entrega de vacuna	No. de municipios o puntos de vacunación a quienes se les entregó oportunamente la vacuna VOPb / No. de municipios o puntos de vacunación existente X 100
Aplicación del formato acta de eliminación de la VOPt, según el Anexo N° 7.	Un acta de eliminación de vacuna de VOPt, en cada punto de vacunación, centro de acopio municipal, departamental y distrital.	Porcentaje de IPS, centros de acopio municipal, departamental o distrital, con el acta de eliminación de la VOPt, realizada.	No. Municipios, corregimientos departamentales, IPS, centros de acopio municipal, departamental o distrital, con el acta de eliminación de la VOPt, realizada. / Total de municipios, corregimientos departamentales, puntos de vacunación, IPS, centros de acopio municipal, departamental o distrital, existentes X 100
Cumplimiento de la destrucción de la vacuna VOPt	100 de las IPS, o centros de acopio con la vacuna destruida dentro del periodo de tiempo determinado	Porcentaje de IPS, centros de acopio municipal, departamental o distrital, que realizaron la eliminación de la VOPt dentro del periodo de tiempo determinado.	No. de IPS, centros de acopio municipal, departamental o distrital, que realizaron la eliminación de la VOPt / Total de municipios, corregimientos departamentales, puntos de vacunación, IPS, centros de acopio municipal, departamental o distrital, existentes X 100
	Cero vacuna de VOPt en los puntos de vacunación y centros de acopio.	Porcentaje de IPS, centros de acopio municipal, departamental o distrital, con cero vacuna de VOPt.	No. de IPS, centros de acopio municipal, departamental o distrital, sin vacuna de VOPt / Total de municipios, corregimientos departamentales, puntos de vacunación, IPS, centros de acopio municipal, departamental o distrital, existentes X 100
Método utilizado para la destrucción de la vacuna	100 de las IPS, o centros de acopio con la vacuna destruida según método indicado por este Ministerio y en el periodo de tiempo determinado	Porcentaje las IPS, o centros de acopio con la vacuna destruida según método indicado por este Ministerio y en el periodo de tiempo determinado	No. de IPS, centros de acopio municipal, departamental o distrital, que realizaron la eliminación de la VOPt, por el método definido por el MSPS/ Total de municipios, corregimientos departamentales, puntos de vacunación, IPS, centros de acopio municipal, departamental o distrital, existentes X 100
Aplicación del acta de inicio de la vacuna VOPb. Formato Anexo N° 8	Un acta de inicio de la vacuna de VOPb, en cada punto de vacunación, centro de acopio municipal, departamental y distrital.	Porcentaje de IPS, centros de acopio municipal, departamental o distrital, con el acta de inicio de la vacuna de VOPb, realizada.	No. Municipios, corregimientos departamentales, IPS, centros de acopio municipal, departamental o distrital, con el acta de inicio de la vacuna de VOPb, realizada. / Total de municipios, corregimientos departamentales, puntos de vacunación, IPS, centros de acopio municipal, departamental o distrital, existentes X 100
Realización de verificación técnica de cumplimiento del switch en IPS o puntos de vacunación de área de influencia. Aplicación anexo N° 9.	100% de los puntos de vacunación visitados.	Porcentaje de visitas de seguimiento técnico de cumplimiento del switch a IPS o puntos de vacunación de área de influencia.	No. de IPS o Puntos de vacunación con seguimiento técnico de cumplimiento del switch realizado / Total de IPS o Puntos de vacunación existentes X 100
Realización de verificación técnica de cumplimiento del switch en municipios o entidades territoriales de área de influencia. Aplicación anexo N° 10.	100% de las entidades territoriales verificadas.	Porcentaje de visitas de seguimiento técnico de cumplimiento al switch realizadas a entidades territoriales de área de influencia.	No. Municipios y corregimientos departamentales con visitas de seguimiento técnico al switch, realizadas / Total de municipios y corregimientos departamentales existentes X 100
Informe de costos invertidos en todo el proceso, por municipios y consolidado territorial.	Un informe de costos por municipio	Porcentaje de municipios con el informe de costos entregado	No. de municipios de municipios con el informe de costos entregado / No. Total de municipios X 100
Verificación del informe ejecutivo consolidado correspondiente de la ejecución del switch a nivel territorial, con los soportes requeridos.	Un informe ejecutivo por municipio	Porcentaje de municipios con el informe ejecutivo entregado	No. de municipios de municipios con el informe ejecutivo entregado / No. Total de municipios de la entidad territorial X 100



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

4.3 Plan de certificación de todas las regiones del mundo, como libres de la poliomielitis. (Realizado por la OMS y OPS)

4.4 Planificación de la transmisión del legado.

4.4.1 Histórico de la vigilancia de la poliomielitis en Colombia, cumplimiento de indicadores.

En Colombia se ha realizado la vigilancia epidemiológica de parálisis flácida aguda en menores de 15 años a través de la medición de seis (6) indicadores internacionales que se evalúan desde 1991. Ver tabla 4.

Tabla 4. Indicadores internacionales de la calidad de la vigilancia de parálisis flácida aguda en Colombia. 1991 -2014.

AÑO	POBLACION MENOR DE 15 AÑOS	NUMERO DE CASOS SIVIGILA	NUMERO DE CASOS PESS	NUMERO DE MUESTRAS	% DE MUESTRAS RECOLECTADAS <14 DIAS	% DE MUESTRAS ENVIADAS < 6 DIAS POSTERIOR A LA RECOLECCION	% DE MUESTRAS PROCESADAS <14 DIAS	% CASOS INVESTIGADOS <48 HORAS	TASA DE NOTIFICACION EN < 15 AÑOS	% DE CUMPLIMIENTO DE LAS UPGD
1991	12437355	SD	187	156	66	68	20	84	1,50	SD
1992	12615346	SD	214	192	65	68	20	56	1,70	65
1993	12778435	SD	189	184	83	76	16	79	1,48	78
1994	12913843	SD	225	223	83	72	39	73	1,74	85
1995	13029430	SD	225	223	84	91	64	71	1,73	91
1996	13141682	SD	242	236	83	84	60	75	1,84	84
1997	13231196	183	191	191	85	79	35	73	1,44	97
1998	13300515	180	190	179	84	77	52	67	1,43	90
1999	13352501	190	189	179	82	86	75	69	1,42	87
2000	13394391	162	161	159	84	81	75	88	1,20	87
2001	13397741	147	151	147	84	69	70	82	1,13	83
2002	13386433	85	121	113	76	81	45	76	0,90	84
2003	13364635	138	163	140	72	92	53	70	1,22	88
2004	13334790	210	197	194	83	95	96	75	1,48	92
2005	13300888	176	137	131	82	95	93	69	1,03	93
2006	13259795	217	217	202	82	95	100	64	1,64	92
2007	13203459	151	149	143	77	98	99	70	1,13	88
2008	13139399	174	185	164	83	98	98	89	1,41	74
2009	13073768	159	168	149	85	98	100	92	1,29	71
2010	13012592	153	149	148	85	97	100	90	1,15	79
2011	12963772	166	164	163	82	96	100	63	1,27	91
2012	12922990	156	124	121	88	98	100	65	0,96	91
2013	12892289	153	149	139	77	97	100	40	1,16	96
2014	12872589	207	166	151	81	94	100	93	1,29	93

Fuente PESS - SIVIGILA - DANE

Desde su erradicación en 1991, el país ha realizado una vigilancia epidemiológica de la poliomielitis, con un cumplimiento adecuado de los indicadores internacionales; las reformas que ha enfrentado el sistema de salud en los últimos 20 años, ha permitido mejorar los procesos de identificación, notificación e investigación de cada uno de los casos de parálisis flácida aguda.

Desde su implementación en 1989, el sistema de vigilancia de vigilancia epidemiológica ha tenido grandes avances que dan cuenta de las diferentes estrategias para proveer información de calidad, esta se evalúa semanalmente con la medición del porcentaje de cumplimiento de la notificación de las Unidades Primarias Generadoras de Datos-UPGD y en promedio, de los 23 años con los que se cuenta información, han notificado el 87.4% de las IPS seleccionadas para



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

realizar este proceso; el año de menor cumplimiento fue el 2009 con un 71% y el año de mejor cumplimiento fue en 1997 con un 97%.

El indicador de tasa de notificación de casos probables de parálisis flácida aguda-PFA en población menor de 15 años, el promedio de cumplimiento en los 24 años evaluados es de 1,35 casos por 100.000 menores de 15 años; en el año 2002 se presentó la menor tasa con el 0,9 casos por 100.000 menores de 15 años, (año en el cual no se cumplió con la meta) y el año con la mayor tasa fue el 2012 con 1,84 casos por 100.000 menores de 15 años. No obstante, algunas entidades territoriales como Amazonas, Guaviare, San Andrés Islas y el Vichada, que tienen una población de menores de 15 años inferiores a 100.000 habitantes, no han notificado casos en los últimos 5 años.

El indicador de investigación oportuna (48 horas posteriores a la notificación del caso) es el que presenta mayor dificultad en su cumplimiento; desde 1991 hasta la fecha, tiene un promedio de cumplimiento de 73,9% y el año con el más bajo informe, fue en 1992 con el 56% de los casos investigados oportunamente y el año con el porcentaje más alto, fue en el 2014 con un 93% de cumplimiento.

Uno de los aspectos más relevantes de la vigilancia de poliovirus es la adecuada y oportuna obtención de muestras, que es determinante en el aislamiento viral y la clasificación final de los casos; el indicador que mide este punto, tuvo variaciones en el 2009 en el cual se disminuyeron los tiempos en número de días de la toma oportuna y envío al laboratorio de virología del Instituto Nacional de Salud.

El indicador de proporción de muestras recolectadas en los 14 días posteriores al inicio de la parálisis, cumple la meta propuesta en los últimos 6 años; sin embargo, no supera el 90% en los casos notificados.

El indicador de proporción de muestras enviadas antes de seis días posterior a la recolección de la muestra tiene el mejor cumplimiento de todos los indicadores en los últimos 6 años; en promedio se cumple en el 97% de los casos.

El indicador de proporción de muestras procesadas antes de 14 días posteriores a la fecha de la recepción de la muestra en los laboratorios del INS, presenta variaciones en su medición desde el año 2009, de acuerdo al lineamiento de la OPS, para mejorar la oportunidad y en los últimos 6 años el cumplimiento en promedio fue del 99,8%.

4.4.2 Retos de la vigilancia para el legado.

El cambio en la vacuna a utilizarse, proyectado para el 1 de mayo de 2016, implica un reto para la vigilancia, por un posible brote de polio tipo 2 derivado de la VOPT, que se utilizará antes del día del cambio, por consiguiente se hace necesario:



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

- ✓ Realizar un protocolo para orientar la acción en las entidades territoriales para la atención de posibles brotes por polio 2 derivado de la vacuna (vigilancia epidemiológica, vacunación, vigilancia de ESAVI, laboratorio, plan de crisis, entre otros).
- ✓ El Instituto Nacional de Salud cuenta con un estudio de caso simulado para la atención de brotes por polio 2 derivado de vacuna. Anexo 15.

4.4.3 Plan de vigilancia epidemiológica de las parálisis flácidas.

Incluye el plan de capacitación y fortalecimiento de la vigilancia en todo el territorio nacional y el seguimiento a las entidades territoriales y la exigencia del cumplimiento de los indicadores.

- *Gestión del conocimiento y fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica de parálisis flácida aguda en todo el territorio nacional*
 - Virtual
 - ✓ Capacitaciones virtuales en tiempo real a través de las plataformas virtuales, en las cuales junto con las entidades territoriales y demás actores que participan en la vigilancia epidemiológica de eventos inmunoprevenibles, se solucionen temas relacionados con fallas detectadas en el sistema de vigilancia epidemiológica, definición programática, configuración final de casos, asistencia técnica en brotes y revisión de las actividades de vigilancia contempladas en el protocolo de PFA y los lineamientos del INS.
 - ✓ Se desarrollará un módulo virtual de autoaprendizaje de vigilancia de la parálisis flácida aguda, en la plataforma Moodle dispuesta por el Grupo de Epidemiología Aplicada-GEA- del Instituto Nacional de Salud, que se realizará con el objetivo de fortalecer las acciones de vigilancia instauradas para este evento y está orientado a profesionales de la salud y afines, encargados de la notificación y análisis de la ocurrencia de los eventos de Interés en Salud Pública. Durante este módulo virtual se revisará el protocolo y el lineamiento de vigilancia en salud pública del evento, así como los pasos para la investigación de campo (monitoreo rápido de coberturas, bloqueo con vacunación, valoraciones neurológicas, investigación de brotes y unidades de análisis ante casos de graves.
 - ✓ Disposición en la página web del INS la información de la fase final de erradicación de la poliomielitis y la vigilancia epidemiológica de PFA y en las redes sociales.
 - Presencial
 - ✓ Proveer capacitación y cooperación técnica, para fortalecer la capacidad de análisis y gestión de los equipos locales y territoriales de vigilancia en salud pública y al personal responsable de los procesos de recolección y reporte de



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

las diferentes fuentes de información, para garantizar la calidad y oportunidad de la misma.

- ✓ Elaboración de material gráfico, carteles, plegables, ruedas giratorias, alusivos a la vigilancia epidemiológica y erradicación del evento, definición del evento, epidemiología en Colombia, historia natural de la enfermedad y acciones de vigilancia y control a realizar en cada uno de los días críticos, definiciones operativas de caso.
 - ✓ Realización de talleres de trabajo de campo, sobre el protocolo de atención de posibles brotes por polio 2, derivado de la VOPT; en el desarrollo de los cursos de métodos básicos de epidemiología y vigilancia en salud pública dispuestos por el Grupo de Epidemiología Aplicada (GEA) del Instituto Nacional de Salud.
- *Seguimiento a cumplimiento de indicadores de calidad de la vigilancia de parálisis flácida aguda*
- *Asistencia técnica a entidades territoriales*
 - ✓ Presentación de resultados de la vigilancia de PFA en la entidad territorial.
 - ✓ Revisión al cumplimiento de los indicadores de vigilancia en la entidad territorial.
 - ✓ Presentación de casos probables, confirmados por laboratorio y casos compatibles.
 - ✓ Revisar ajustes de casos en el sistema y su clasificación final.
 - ✓ Identificación de fallas dentro del sistema de vigilancia epidemiológica de PFA con la entidad territorial, UPGD que atiende el caso y EAPB.
 - ✓ Implementación de plan de mejoramiento y seguimiento a compromisos adquiridos.
 - ✓ Aplicación del protocolo de búsquedas activas institucionales y comunitarias de los eventos inmunoprevenibles, en conjunto con las entidades territoriales y utilización de las herramientas disponibles para realizar la BAI, según el sistema de información de apoyo a la notificación e investigación de eventos en salud pública-SIANESP.
 - Seguimiento a cumplimiento de lineamientos de realización de búsquedas activas institucionales-BAI- y búsquedas activas comunitarias-BAC-, de acuerdo con los protocolos establecidos por el INS.
 - Elaboración mensual de boletín de seguimiento a indicadores de calidad de la vigilancia de la PFA, en Colombia a nivel territorial.
- *Estudio de calidad del dato y de concordancia de notificación.*
- Garantizar por parte de las entidades territoriales el seguimiento individual de los casos notificados al sistema de vigilancia nacional-SIVIGILA-, envío de la historia clínica, ficha de notificación, investigación epidemiológica de campo 48 horas posteriores a la notificación, realización de la BAC, monitoreo de la cobertura vacunal, además del seguimiento neurológico del paciente.



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

- Automatizar el proceso de depuración y análisis de las diferentes bases de datos del evento (fuente oficial SIVIGILA, base del Laboratorio de Salud Pública, oficina de Vigilancia en Salud Pública, PESS - Polio Eradication Surveillance System-; ISIS- Sistema de Información de Vigilancia Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles), para mantener el 100% de concordancia en la información enviada al Equipo de Inmunoprevenibles, actividad coordinada a través del referente nacional del evento.

- *Involucrar al sector privado en la vigilancia de PFA con especial atención en la notificación inmediata de casos y la toma oportuna de muestras de laboratorio.*

Involucrar a las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) en el Sistema de Vigilancia y en el programa de erradicación de la poliomielitis en el país, mediante la prestación y el aseguramiento de la notificación oportuna de pacientes con PFA, toma y lectura rápida de muestra de materia fecal, realización de valoraciones neurológicas, BAI mensual de todos los usuarios afiliados al sistema, consolidando un reporte oficial de los casos probables de PFA al Instituto Nacional de Salud.

- *Fortalecer la colaboración entre los equipos de epidemiología, PAI y laboratorio para mejorar la vigilancia de PFA, y la clasificación final de casos probables.*

Establecer a nivel de entidad departamental el comité de PFA, conformado por el equipo de vigilancia departamental, laboratorio de salud pública y el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), para buscar acciones que permitan mejorar la vigilancia del evento así como evaluar casos probables ingresados al SIVIGILA y dar un concepto para su clasificación final y seguimiento dentro del programa.

- *Realizar análisis de áreas epidemiológicamente silenciosas (no hubo notificación de casos probables entre 2008-2014).*

Seguimiento a las entidades territoriales de forma semanal, de la entrega del reporte de notificación los días miércoles hasta las 5 pm, a través del SIVIGILA, o los jueves en el mismo horario si el lunes de esa semana es festivo. Se tiene en cuenta que la entidad territorial envíe cualquier tipo de reporte de forma semanal, positivo o negativo.

- *Actualización y revisión del protocolo nacional e instrumentos de vigilancia de PFA. Se hará ajuste de la definición de caso utilizada.*



ANEXOS

Anexo 1. “Lineamientos Técnicos y Operativos para la Introducción - Universalización de la Vacuna Inactivada contra la Poliomiélitis -VIP, en el esquema de vacunación permanente del Programa Ampliado de Inmunizaciones-PAI, Colombia, enero 2015.

Anexo 2. Otras preguntas frecuentes sobre el switch

Como parte de la preparación del retiro completo de todas las vacunas orales contra la poliomiélitis (OPV), la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendó en su documento de posición de enero del 2014, (Registro Epidemiológico Semanal, del 28 de febrero del 2014), que todos los países que utilizan las vacunas orales contra la poliomiélitis (VOPT), fortalezcan los sistemas de vacunación e introduzcan en los programas rutinarios de vacunación, al menos una dosis de la vacuna inactivada contra la poliomiélitis (VIP) antes de finales del 2015.

1. ¿Por qué los países no pueden eliminar totalmente el uso de la VOPT, en lugar de realizar el switch de la VOPT por la VOPb?

Dado que la VIP es inactivada y no una “vacuna de virus vivo atenuado,” no conlleva ningún riesgo de poliomiélitis parálitica asociada con la vacuna. Sin embargo, a diferencia de la VOP, la VIP no se multiplica en el intestino, induce niveles inferiores de inmunidad intestinal y no confiere protección a otras personas (vacunación de rebaño). La VIP es también menos eficaz que la VOP en la reducción de la transmisión oral-fecal, por lo tanto, el uso de las dos vacunas de manera complementaria en el programa, ofrece la mejor forma de protección.

2. ¿El switch de la VOPT a la VOPb eliminará todos los casos de poliovirus circulantes derivados de la vacuna (cVDPV)?.

No. El propósito del switch es eliminar los poliovirus circulantes persistentes del serotipo 2 derivados de la vacuna y reforzar la protección contra el poliovirus salvaje de tipo 1 y 3. El cambio no prevendrá la circulación de poliovirus vacunales de tipo 1 y 3.

3. ¿Cuándo se prevé que cese el uso de la VOP?

La meta es cesar todo uso de la VOP en el año 2020. En función de la sincronización de la sustitución y la detección de nuevas transmisiones de poliovirus, los países podrían cesar todo uso de la VOP desde el 2019.

4. Si el último caso de poliovirus salvaje de tipo 2 se notificó en 1.999, ¿por qué solo hasta ahora se retira el serotipo 2 de la VOP?

ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

La sustitución se está llevando a cabo ahora por varias razones:

- Hasta hace poco, el poliovirus salvaje causaba la gran mayoría de los casos de poliomielitis parálitica y atraía casi toda la atención. Durante ese tiempo, la VOPt ha sido la mejor estrategia para combatir la poliomielitis. En los últimos años, se han logrado grandes progresos en la disminución de la transmisión del poliovirus y sobre todo, en marzo del 2014, se certificó la región de Asia Sudoriental como libre de poliomielitis.
- Los avances en materia de capacidad diagnóstica y serotipificación en los laboratorios, han permitido una mejor apreciación de la carga que imponen los poliovirus circulantes vacunales de tipo 2.
- Solo en los últimos años se han obtenido datos que ponen en evidencia que la sustitución de VOPt por la VOPb, podría contribuir a erradicar definitiva del poliovirus salvaje, pues esta vacuna proporciona mejor inmunogenia que la VOPt, contra los poliovirus salvajes de tipo 1 y 3.
- Actualmente los casos de poliovirus salvajes han alcanzado niveles tan bajos que los poliovirus circulantes de tipo vacunal, dan origen a una proporción relativamente alta de casos de poliomielitis parálitica.
- Era necesario que la VOP bivalente estuviese al alcance, para que fuese posible la sustitución y esto solo se logró, en los últimos años.⁵

⁵http://www.paho.org/Hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11038&catid=1875&Itemid=2244&lang=es



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

Anexo 3A. Formato Excel de información General para el desarrollo del switch.

ANEXO 3A. INFORMACION GENERAL PARA EL DESARROLLO DEL SWITCH



INVENTARIO PREVIO DE METODOS DE ELIMINACIÓN DE RESIDUOS SOLIDOS PELIGROSOS (VACUNAS)



(ENVIAR EL 16 DE OCTUBRE 2015)

COD	Deptos	Municipio	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN (EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO O IPS)	NOMBRE DE LAS IPS O PUNTOS DE VACINACIÓN INCLUYENDO LOS SATELITES QUE TENGA LA INSTITUCIÓN	INCUBERACIÓN	ENCAPSULACIÓN Y ELIMINACIÓN EN VEREDERO MUNICIPAL	ELIMINACIÓN DIRECTA EN VEREDERO MUNICIPAL	INACTIVACIÓN QUÍMICA	ENTREGA A EMPRESA CONTRATISTA PARA DESTRUCCIÓN	ESPECIFICAR EL NOMBRE DE LA EMPRESA A LA QUE SE ENTREGA EL MATERIAL PARA DESTRUCCIÓN	OTRO especificar
54498	NORTE DE SANTANDER	Ocaña	ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES	Puesto de Salud Cristo Rey	X			X			
54498	NORTE DE SANTANDER	Ocaña	ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES	Puesto de salud La Torcoroma		X					Quema a campo abierto
54498	NORTE DE SANTANDER	Ocaña	ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES	Puesto de salud Promesa de Dios			X				
54498	NORTE DE SANTANDER	Ocaña	ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES	Puesto de Salud Santa Clara				X			
54498	NORTE DE SANTANDER	Ocaña	ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES	Puesto de Salud Buenavista					X	Hernandez y asociados	
54498	NORTE DE SANTANDER	Ocaña	ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES	Puesto de Salud Pueblo Nuevo							Enterramiento
54498	NORTE DE SANTANDER	Ocaña	ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES	Puesto de Salud Otaré	X				X	Ciudad Limpia	
54498	NORTE DE SANTANDER	Ocaña	ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES	Puesto de Salud Aguas Claras		X					Vertimiento en río
54498	NORTE DE SANTANDER	Ocaña	CLINICA DIVINO NIÑO	CLINICA DIVINO NIÑO							Entrega a empresa de reciclaje
54498	NORTE DE SANTANDER	Ocaña	CLINICA TORCOROMA	CLINICA TORCOROMA	X	X					
54498	NORTE DE SANTANDER	Ocaña	IPS SALUD COOP	IPS SALUD COOP				X	X	DESCOM	
54498	NORTE DE SANTANDER	Ocaña	SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL	GRUPO EXTRAMURAL				X	X	DESCOM	

Anexo 3B. Formato Excel: Inventario previo de métodos de eliminación de la vacuna el día del switch.



ANEXO 3B. INFORMACION GENERAL PARA EL DESARROLLO DEL SWITCH
METODOS DE ELIMINACIÓN DE LA VACUNA DE POLIO TRIVALENTE EL DIA DEL SWITCH



(ENVIAR 16 DE FEBRERO DE 2016)

COD	Deptos	Municipio	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN (EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO O IPS)	NOMBRE DE LAS IPS O PUNTOS DE VACINACIÓN INCLUYENDO LOS SATELITES QUE TENGA LA INSTITUCIÓN	INCUBERACIÓN	ENCAPSULACIÓN Y ELIMINACIÓN EN VEREDERO MUNICIPAL	ELIMINACIÓN DIRECTA EN VEREDERO MUNICIPAL	INACTIVACIÓN QUÍMICA	ENTREGA A EMPRESA CONTRATISTA PARA DESTRUCCIÓN	ESPECIFICAR EL NOMBRE DE LA EMPRESA A LA QUE SE ENTREGA EL MATERIAL PARA DESTRUCCIÓN	OTRO especificar
54498	NORTE DE SANTANDER	Ocaña	ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES	Puesto de Salud Cristo Rey	X			X			
54498	NORTE DE SANTANDER	Ocaña	ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES	Puesto de salud La Torcoroma		X					
54498	NORTE DE SANTANDER	Ocaña	ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES	Puesto de salud Promesa de Dios			X				
54498	NORTE DE SANTANDER	Ocaña	ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES	Puesto de Salud Santa Clara				X			
54498	NORTE DE SANTANDER	Ocaña	ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES	Puesto de Salud Buenavista					X	DESCOM	
54498	NORTE DE SANTANDER	Ocaña	ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES	Puesto de Salud Pueblo Nuevo				X			
54498	NORTE DE SANTANDER	Ocaña	ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES	Puesto de Salud Otaré	X				X	DESCOM	
54498	NORTE DE SANTANDER	Ocaña	ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES	Puesto de Salud Aguas Claras		X					
54498	NORTE DE SANTANDER	Ocaña	CLINICA DIVINO NIÑO	CLINICA DIVINO NIÑO			X				
54498	NORTE DE SANTANDER	Ocaña	CLINICA TORCOROMA	CLINICA TORCOROMA	X	X					
54498	NORTE DE SANTANDER	Ocaña	IPS SALUD COOP	IPS SALUD COOP				X	X	DESCOM	
54498	NORTE DE SANTANDER	Ocaña	SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL	GRUPO EXTRAMURAL				X	X	DESCOM	



Anexo 4. Cronograma de distribución de la VOPb del almacén nacional a las entidades territoriales.



ANEXO 4. CRONOGRAMA DE DISTRIBUCIÓN NACIONAL DE LA VACUNA VOPb FEBRERO 2016

DEPARTAMENTOS	2 semana de febrero (8 al 12)	3 semana de febrero (15 al 19)
AMAZONAS	X	
ANTIOQUIA	X	
ARAUCA		X
ATLANTICO		X
BARRANQUILLA		X
BOGOTA D.C.		X
BOLIVAR		X
CARTAGENA		X
BOYACA	X	
CALDAS		X
CAQUETA		X
CASANARE		X
CAUCA	X	
CESAR		X
CHOCO	X	
CORDOBA	X	
CUNDINAMARCA	X	
GUAINIA	X	
GUAVIARE	X	
HUILA		X
LA GUAJIRA	X	
MAGDALENA	X	
SANTA MARTA		X
META		X
NARIÑO	X	
NORTE DE SANTANDER	X	
PUTUMAYO	X	
QUINDIO		X
RISARALDA		X
SAN ANDRES ISLA		X
SANTANDER	X	
SUCRE	X	
TOLIMA		X
VALLE	X	
VAUPES	X	
VICHADA	X	
TOTAL ENTIDADES TERRITORIALES	19	17
Esta distribución dependera de la fecha de llegada de la vacuna adquirida a través del Fondo Rotatorio de la OPS/OMS		



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

Anexo 5. Formato Excel para consolidación de inventarios de vacunas VOPt.

ANEXO 5 . CONSOLIDADO DE INVENTARIOS (SALDO DE VACUNA VOPt) POR IPS Y PUNTOS DE VACUNACION

A 31 DE DICIEMBRE 2015 Y 30 DE ABRIL 2016

CONTABILIZAR LAS DOSIS DE VACUNA QUE TENGAN EN FRASCOS ABIERTOS Y CERRADOS



COD	Deptos	Municipio	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN (EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO O IPS)	NOMBRE DE LAS IPS O PUNTOS DE VACUNACIÓN INCLUYENDO LOS SATELITES QUE TENGA LA INSTITUCIÓN	TOTAL DE DOSIS VOPt (CORTE A 31 DE DICIEMBRE 2015)	TOTAL DE DOSIS VOPt (CORTE A 30 DE ABRIL 2016)
54498	NORTE DE SANTANDER	Ocaña	ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES	Puesto de Salud Cristo Rey		
54498	NORTE DE SANTANDER	Ocaña	ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES	Puesto de salud La Torcoroma		
54498	NORTE DE SANTANDER	Ocaña	ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES	Puesto de salud Promesa de Dios		
54498	NORTE DE SANTANDER	Ocaña	ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES	Puesto de Salud Santa Clara		
54498	NORTE DE SANTANDER	Ocaña	ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES	Puesto de Salud Buenavista		
54498	NORTE DE SANTANDER	Ocaña	ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES	Puesto de Salud Pueblo Nuevo		
54498	NORTE DE SANTANDER	Ocaña	ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES	Puesto de Salud Otaré		
54498	NORTE DE SANTANDER	Ocaña	ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES	Puesto de Salud Aguas Claras		
54498	NORTE DE SANTANDER	Ocaña	CLINICA DIVINO NIÑO	CLINICA DIVINO NIÑO		
54498	NORTE DE SANTANDER	Ocaña	CLINICA TORCOROMA	CLINICA TORCOROMA		
54498	NORTE DE SANTANDER	Ocaña	IPS SALUD COOP	IPS SALUD COOP		



Anexo 6. Plantilla de oficio para gerentes de ESEs e IPS vacunadoras de cada entidad territorial.

Bogotá, D. C.,

Doctor

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Gerente ESE XXXXXXXXXXXXX

Calle XXXX XXX - XXX

Municipio de XXXXX, Departamento XXXX

ASUNTO: Compromisos Nacionales por el Plan estratégico para la erradicación Mundial de la poliomielitis y fase final 2013-2018.

Respetado Señor(a) Gerente(a):

El Estado Colombiano ha asumido el compromiso mundial de participar en el Plan estratégico para la erradicación mundial de la poliomielitis y la fase final 2013-2018, consistente en la erradicación de todo tipo de virus de la poliomielitis, ya sea polio virus salvaje-(WPV) o polio virus vacunal circulante-(cVDPV).

Desde 1988, la iniciativa de la erradicación mundial de la poliomielitis ha sido el mayor esfuerzo en salud pública realizado internacionalmente, con la inversión de millones de dólares donados a través de socios estratégicos, consagrados esfuerzos de los gobiernos en todos los niveles, incontables horas de servicio voluntario y la inmunización de millones de niños con vacuna anti poliomielítica oral trivalente-(VOPt).

Dicho plan fijó la meta de un mundo libre de la poliomielitis en al año 2018. El logro de este objetivo requiere: i) la terminación del plan de erradicación para detectar y cortar la transmisión de poliovirus salvaje (WPV), ii) fortalecer los programas de vacunación con el cese del uso de la -VOPt, para eliminar los riesgos de poliomielitis parálitica asociada a la vacuna-PPV, la eliminación del riesgo por poliovirus derivados de vacuna causado por infecciones crónicas en personas inmunodeficientes-iVDPV y los brotes causados por poliovirus circulantes derivados de la vacuna-cVDPV; iii) implementar la aplicación de medidas seguras, de manejo, contención y eliminación de stocks de poliovirus en los laboratorios para reducir al mínimo los riesgos de una reintroducción de la enfermedad, en comunidades libres de polio y certificar la interrupción de su transmisión; iv) y la planificación de la transmisión del legado de la lucha contra la poliomielitis, centrado en el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica y la posible vigilancia ambiental.



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

A pesar que la Región de las Américas ha estado libre de polio salvaje desde 1991, la circulación del polio virus salvaje es aún una amenaza, porque algunos países de África y Asia mantienen baja circulación del virus tipo 1 y los brotes de enfermedad paralítica por polio virus derivado de vacuna-VDPV, especialmente por polio virus tipo 2, son actualmente un riesgo constante.

Por encontrarnos en la recta final hacia la “declaratoria global de un mundo libre de polio virus” el gobierno nacional, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social, tiene los siguientes compromisos y responsabilidades:

1. Entregar a la OPS una certificación sobre los últimos casos de poliomiелitis existentes en Colombia y los resultados de la vigilancia de las Parálisis Flácidas Agudas, desde erradicación de la Poliomiелitis en Colombia en 1991, hasta la fecha.
2. Actualizar y entregar informe del inventario de los laboratorios que almacenan polio virus salvaje, Sabin y/o muestras potencialmente infecciosas.
3. Liderar en todo el país, el proceso de contención y/o eliminación del polio virus definido en el Plan Estratégico para la Erradicación de la Poliomiелitis y Fase Final 2013-2018.
4. Inclusión progresiva de la vacuna inactivada contra la poliomiелitis (VIP), la cual ya se inició con una dosis el 1 de febrero de 2015.
5. Retiro del uso de la VOPt, la cual está proyectada realizarse el 1 de mayo de 2016, de manera sincronizada a nivel mundial, e inclusión de la nueva vacuna bivalente oral, situación de cambio que se conoce internacionalmente como plan de sincronización global (switch), teniendo este plan, los siguientes objetivos:
 - Interrumpir la emergencia de los poliovirus circulantes derivados de la vacuna (cVDPV) y los casos de poliomiелitis paralítica asociada con la vacuna (VAPP), causado por el componente del poliovirus tipo 2 contenido en la VOPt.
 - El retiro planificado del componente tipo 2 de esta vacuna, como parte de la estrategia mundial para la fase final de la erradicación mundial de la poliomiелitis.
 - Retirar la VOPt e introducir la vacuna oral bivalente contra la poliomiелitis-VOPb de manera exitosa, el 1 de mayo de 2016.
 - Reducir al mínimo el desperdicio de vacuna VOPt.
 - Evitar el desabastecimiento de VOPt antes del switch y de la VOPb después del switch.
 - Verificar que no existe en el territorio colombiano la VOPt, después del 06 de mayo de 2016.

El cumplimiento de todos los objetivos anteriormente mencionados implicará una serie de actividades a cumplir, que deberán ser programadas y ejecutadas en todos los municipios del país. Por lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social le invita a ser parte y comprometerse en la realización de todos los componentes del



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

Plan de erradicación mundial de la poliomielitis y del plan de sincronización global (switch), a realizarse el 1 de mayo de 2016, **a partir de esta fecha, por ningún motivo puede utilizarse simultáneamente las vacunas bivalente y trivalente oral, ya que la utilización simultánea de las dos vacunas, es un factor de alto riesgo para la presencia de un brote de poliomielitis vacunal tipo2.**

Estaremos atentos a resolver cualquier inquietud y suministrar la información que usted solicite en los correos electrónicos acastaneda@minsalud.gov.co, jcorral@minsalud.gov.co, paidepartamentoxxxxxxxxxxxxxxxxxx, o a los teléfonos: 2207700, a línea Gratuita nacional 018000113400 del INS, al 3305000 extensiones 1470 a 1478, del Ministerio de Salud y Protección Social y teléfonos xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx de la Secretaría de salud departamental del xxxxxxxxxxxx.

Cordialmente,

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Secretario de Salud departamental o distrital

Elaboró: Ana del CCC

Revisó:

Aprobó:

C:\Users\acastaneda.MINPSOCIAL\Documents\ANA DEL CARMEN\POLIO\POLIO 2015\PLAN COLOMBIA\ANEXOS PLAN\OFICIO PATRON GERENTES DE ESEs .docx



Anexo7. Formato de acta de eliminación de vacuna VOPt



ANEXO 7. ACTA DE CERTIFICACION DE LA ELIMINACION DE LA VACUNA ORAL DE POLIO TRIVALENTE (VOPt)

Departamento _____ Municipio _____ Fecha: _____

ESE: _____ IPS _____

Puesto de vacunación: _____

Se certifica que el día 30 de abril de 2016 al finalizar la jornada del día se retira de la red de frio del punto de vacunación toda la vacuna oral trivalente contra la poliomielitis (VOPb), para su posterior destrucción.

RELACION DE VACUNAS RETIRADAS DE LA RED DE FRIO

Item a revisar	Total de viales existentes	Total de dosis existentes
Viales o frascos VOPt (cerrados)		
Viales o frascos VOPt (abiertos)		
Viales retirados de la red de frio (cerrados y abiertos)		
Viales o frascos destruidos		
Especifique el método de destrucción		
Nombre de la empresa de manejo de residuos hospitalarios a quien se le entregó la vacuna a destruir, si aplica.		

Nombre del vacunador responsable del punto de vacunación	Cargo	Firma
Nombre del supervisor inmediato del punto de vacunación	Cargo del supervisor inmediato	Firma del supervisor inmediato
Nombre del veedor municipal o del corregimiento (personero municipal, inspector de policía, corregidor, líder de la comunidad, o líder indígena)	Cargo (personero o inspector, corregidor etc)	Firma del veedor

En los municipios con un número mayor de 5 IPS o puntos de vacunación satélites, se debe realizar un acta consolidada del municipio, para la firma correspondiente del personero

Nota: Se debe diligenciar en original y copia. Original para la secretaría de salud departamental y copia para el punto de vacunación.


Anexo8. Formato de acta de inicio de la VOPb

ANEXO 8. ACTA DE INICIO DE UTILIZACIÓN DE LA VACUNA VOPb

Departamento _____ Municipio _____ Fecha: _____

ESE: _____ IPS _____

Puesto de vacunación: _____

Nombre del vacunador responsable del punto de vacunación	Cargo	Firma
Se certifica que el día 01 de mayo de 2016, a las 7 a.m. en el punto de vacunación, se encuentra disponible para su utilización la vacuna oral bivalente contra la poliomielitis (VOPb) .		
Toda la población infantil menor de 6 años que acuda a partir de hoy al puesto de vacunación para continuar su esquema de segundas, terceras dosis, primer refuerzo y segundo refuerzo contra la poliomielitis, recibirá la vacuna VOPb		
Nombre del supervisor inmediato del punto de vacunación	Cargo del supervisor inmediato	Firma del supervisor inmediato
Nombre del veedor municipal o del corregimiento (personero municipal, inspector de policía, corregidor, líder de la comunidad, o líder indígena)	Cargo (personero o inspector, líder etc)	Firma del veedor

En los municipios con un número mayor de 5 IPS o puntos de vacunación satélites, se debe realizar un acta consolidada del municipio, para la firma correspondiente del personero

Nota: Se debe diligenciar en original y copia. Original para la secretaría de salud departamental y copia para el punto de vacunación.



Anexo 9. Formato de ficha de verificación técnica de cumplimiento de actividades del switch en las IPS.

MINSALUD		TODOS POR UN NUEVO PAÍS PAZ. EQUIDAD. EDUCACIÓN	
ANEXO 9. VERIFICACION TECNICA DEL CUMPLIMIENTO DEL SWITCH EN LAS IPS Y PUNTOS DE VACUNACIÓN SATELITES			
Departamento _____ Municipio _____ Fecha: _____			
ESE: _____		IPS _____	
Puesto de vacunación: _____			
Nombre del vacunador responsable del punto de vacunación		Cargo	Firma
Nombre del supervisor inmediato del punto de vacunación		Cargo del supervisor inmediato	Firma del supervisor inmediato
Actividades a verificar y revisar evidencias	Cumplimiento		Observaciones
	SI	NO	
Evidencia de la participación en la reunión del PAI de la entidad territorial donde se realizó la socialización del plan, los documentos, anexos y formatos técnicos, realizado en el 2015.			
Diligenciamiento y envío del Anexo 1 (información requerida previa, durante y posterior al switch).			
Evidencia de participación en la reunión del PAI de la entidad territorial donde se socializó el lineamiento de introducción de la VOPb.			
Envío de los inventarios detallados de las existencias o saldos de la VOPt a corte 31 de diciembre de 2015			
Envío de los inventarios detallados de las existencias o saldos de la VOPt a corte 31 de marzo de 2016			
Participación en la reunión del PAI en la entidad territorial para nueva socialización del plan, los documentos, formatos técnicos y levantamiento de la información del Anexo 1, para el soporte y desarrollo del switch. A realizarse en el 2016.			
Verificación de la llegada e la vacuna VOPb, al punto de vacunación.			
Revisión del acta de recolección y entrega de la vacuna trivalente oral al área de la institución designada para el manejo de residuos sólidos hospitalarios o a la entidad responsable para su destrucción final.			
Revisión del acta de inicio de utilización de la vacuna VOPb			
Revisión del anexo de costos invertidos en todo el proceso			
Verificación del envío al municipio del informe ejecutivo correspondiente de la ejecución del switch, con los soportes requeridos.			
Nombre y cargo de quien realiza la verificación técnica		Firma de quien realiza la verificación	

Nota: Se debe diligenciar en original y copia. Original para la secretaría de salud departamental y copia para el punto de vacunación.



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

Anexo 10. Formato de ficha de verificación técnica de cumplimiento de actividades del switch en los municipios.

Nombre del vacunador responsable del punto de vacunación		Cargo	Firma
Nombre del supervisor inmediato del punto de vacunación		Cargo del supervisor inmediato	Firma del supervisor inmediato
Actividades a verificar y revisar evidencias	Cumplimiento		Observaciones
	SI	NO	
Evidencia de la realización de la reunión del PAI de la entidad territorial donde se realizó la socialización del plan, los documentos, anexos y formatos técnicos, realizado en el 2015.			
Diligenciamiento y envío del Anexo 1, consolidado por entidad departamental (información requerida previa, durante y posterior al switch).			
Evidencia de la reunión del PAI de la entidad territorial de socialización del lineamiento de introducción de la VOPb.			
Envío de los inventarios detallados de las existencias o saldos de la VOPT a corte 31 de diciembre de 2015, por IPS, municipios, consolidado territorial.			
Envío de los inventarios detallados de las existencias o saldos de la VOPT a corte 31 de diciembre de 2016, por IPS, municipios, consolidado territorial.			
Notificación escrita a todos los gerentes de las IPS vacunadoras de su área de influencia, de la existencia del Plan estratégico para la Erradicación Mundial de la poliomielitis y la fase final 2013-2018 y del cambio de la vacuna VOPT a VOPb.			
Evidencia de la realización de la reunión del PAI de la entidad territorial donde se realizó la socialización del plan, los documentos, anexos y formatos técnicos. Realizado en el 2016.			
Verificación de la entrega oportuna de la vacuna VOPb,(a municipios o puntos de vacunación, según sea la competencia).			
Consolidación del anexo de costos invertidos en todo el proceso, por municipios y consolidado territorial.			
Verificación del informe ejecutivo consolidado correspondiente de la ejecución del switch a nivel territorial, con los soportes requeridos.			
Nombre y cargo de quien realiza la verificación técnica		Firma de quien realiza la verificación	

Nota: Se debe diligenciar en original y copia. Original para la secretaría de salud departamental y copia para el punto de vacunación.



ALCALDÍA DE CALLEBOSQUE

Anexo 11. Formato de consolidación de los costos del proceso

ANEXO 11. INFORME DE COSTOS DEL PROCESO DEL SWITCH A NIVEL TERRITORIAL

Registre el valor invertido según cada una de las variables



COD	Deptos	Municipio	Nombre del responsable que reporta la información	Producción de documentos - Impresión de materiales	Contratación de Recurso humano	Transporte de vacuna	Reuniones	Asistencia técnica y seguimiento	Viáticos	Capacitaciones	Eliminación de la vacuna	Otros	TOTAL POR MUNICIPIO
05	ANTIOQUIA	NIVEL DEPARTAMENTAL											0
05001	ANTIOQUIA	Medellín											0
05002	ANTIOQUIA	Abejorral											0
05004	ANTIOQUIA	Abriaquí											0
05021	ANTIOQUIA	Alejandro											0
05030	ANTIOQUIA	Amaga											0
05031	ANTIOQUIA	Amalfi											0
05034	ANTIOQUIA	Andes											0
05036	ANTIOQUIA	Angelópolis											0
05038	ANTIOQUIA	Angostura											0
05040	ANTIOQUIA	Anón											0
05042	ANTIOQUIA	Santafé de Antioquia											0
05044	ANTIOQUIA	Anzá											0
05045	ANTIOQUIA	Apartado											0

Anexo 11A. Formato de consolidación de costos del proceso, para trabajo en físico.

MINSALUD		ANEXO 11 A. INFORME DE COSTOS DEL PROCESO DEL SWITCH A NIVEL TERRITORIAL				TODOS POR UN NUEVO PAÍS PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN		
		Formato en físico para registrar el valor invertido según cada una de las variables						
Departamento		Municipio			Fecha:			
Nombre del vacunador responsable del punto de		Cargo			Firma			
Nombre del supervisor inmediato del punto de		Cargo del supervisor inmediato			Firma del supervisor inmediato			
Elementos en los que se realizó la inversión				Total recursos invertidos	Cantidad por fuente de financiamiento			
					Municipio	ESE	IPS privada	Otro
Capacitaciones								
Contratación de Recurso humano								
Asistencia técnica y seguimiento								
Viáticos								
Impresión de materiales								
Reuniones								
Transporte de vacuna								
Eliminación de la vacuna								
Otros								
				Sub total				
				Total				

Nota: Se debe diligenciar en original y copia. Original para la secretaría de salud departamental y copia para el punto de vacunación.



ALCALDÍA DE

Anexo 12. Consolidación de información general de desarrollo del switch.

MINSALUD		ANEXO 12. CONSOLIDADO DE INFORMACION POR IPS Y PUNTOS DE VACUNACION ARCHIVO QUE DEBE ANEXARSE AL DOCUMENTO WORD DE INFORME														TODOS POR UN NUEVO PAÍS	
COD	Deptos	Municipio	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN (EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO O IPS)	NOMBRE DE LAS IPS O PUNTOS DE VACUNACIÓN INCLUYENDO LOS SATELITES QUE TENGA LA INSTITUCIÓN	TOTAL DE DOSIS VOP (CORTE A 31 DE DICIEMBRE 2015)	TOTAL DE DOSIS VOP (CORTE A 30 DE ABRIL 2016)	INCUBERACIÓN	ENCAPSULACIÓN Y ELIMINACIÓN EN VERTIGERO MUNICIPAL	ELIMINACIÓN DIRECTA EN VERTIGERO MUNICIPAL	INACTIVACIÓN QUÍMICA	ENTREGA A EMPRESA CONTRATISTA PARA DESTRUCCIÓN	ESPECIFICAR EL NOMBRE DE LA EMPRESA A LA QUE SE ENTREGA EL MATERIAL PARA DESTRUCCIÓN	OTRO especificar	EXISTE ACTA EN FOLIO QUE EVIDENCIA LA ELIMINACIÓN DE VOP	TOTAL DE DOSIS DE VACUNA VOP ELIMINADAS SEGUN ACTA	EXISTE ACTA EN FOLIO QUE EVIDENCIA EL INICIO DE LA VACUNACIÓN CON VOP	
64498	NORTE DE SANTANDER	Ocaña	ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CÁNZARES	Puesto de Salud Cristo Rey	300	200	X			X				SI	200	SI	
64498	NORTE DE SANTANDER	Ocaña	ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CÁNZARES	Puesto de salud La Torcoroma	50	20		X						SI	20	SI	
64498	NORTE DE SANTANDER	Ocaña	ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CÁNZARES	Puesto de salud Promesa de Dios	40	35								SI	35	SI	
64498	NORTE DE SANTANDER	Ocaña	ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CÁNZARES	Puesto de Salud Santa Clara	10	5				X				SI	5	SI	
64498	NORTE DE SANTANDER	Ocaña	ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CÁNZARES	Puesto de Salud Buenavista	50	40					X			SI	40	SI	
64498	NORTE DE SANTANDER	Ocaña	ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CÁNZARES	Puesto de Salud Pueblo Nuevo	100	30								SI	30	SI	
64498	NORTE DE SANTANDER	Ocaña	ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CÁNZARES	Puesto de Salud Otaré	200	100	X				X			SI	100	SI	
64498	NORTE DE SANTANDER	Ocaña	ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CÁNZARES	Puesto de Salud Aguas Claras	50	20		X						SI	20	SI	
64498	NORTE DE SANTANDER	Ocaña	CLINICA DIVINO NIÑO	CLINICA DIVINO NIÑO	50	20								SI	20	SI	
64498	NORTE DE SANTANDER	Ocaña	CLINICA TORCOROMA	CLINICA TORCOROMA	20	10	X	X						SI	10	SI	
64498	NORTE DE SANTANDER	Ocaña	IPS SALUD COOP	IPS SALUD COOP	100	50				X	X			SI	50	SI	



Anexo 13. Guía para el informe ejecutivo de la ejecución del Plan de implementación del switch a nivel territorial.

El documento debe incluir los siguientes aspectos:

- Informe si se realizaron las dos reuniones proyectadas para la socialización del plan, analice los resultados del cumplimiento de la meta propuesta de asistencia a las dos capacitaciones.
- Identifique claramente en su entidad territorial:
 - Cuantas IPS y puntos de vacunación existen y contaban con la vacuna VOPt.
 - Identifique las formas de eliminación de los residuos sólidos que existen en su área de influencia, clasifique porcentualmente. Verifique si estas formas cumplen con la norma legal vigente
- Informe sobre el cumplimiento la socialización del lineamiento de introducción de la VOPb a todos los municipios, IPS y puntos de vacunación de la entidad territorial. Indique porcentaje de cumplimiento, con los municipios o con los puntos de vacunación asistentes, según sea el caso.
- Respecto al envío de los inventarios detallados de las existencias o saldos de la VOPt a corte 31 de diciembre de 2015 y a 31 de marzo de 2016 por IPS, por punto de vacunación, por municipio, consolidado territorial, especificar porcentajes de cumplimiento, según indicadores.
- Respecto a la notificación escrita a todos los gerentes de las IPS vacunadoras de su área de influencia, de la existencia del Plan estratégico para la Erradicación Mundial de la poliomielitis y la fase final 2013-2018 y del cambio de la vacuna VOPt a VOPb. Informe sobre el porcentaje de cumplimiento de gerentes notificados.
- Respecto al cronograma de entrega oportuna de la vacuna VOPb, a municipios o puntos de vacunación, según sea su competencia, resaltar si el 100% de los municipios e IPS de área de influencia contaron con la vacuna VOPb de manera oportuna.
- Respecto a la aplicación del formato acta de eliminación de la VOPt, según el Anexo N° 7, verifique y reporte su cumplimiento en el 100% de los municipios y 100% de los puntos de vacunación, presente resultados o hallazgos identificados. Cada IPS debe enviar al nivel municipal, o distrital y este al departamental, según sea el caso, la evidencia fotográfica del total de frascos abiertos y cerrados, que se eliminan de la vacuna VOPt, en la IPS, soportes que deben permanecer en la entidad departamental o distrital.
- Aplicación del acta de inicio de la vacuna VOPb. Según el formato anexo N° 8, verifique y reporte su cumplimiento en el 100% de los municipios y el 100% de los puntos de vacunación.
- Realización de verificación técnica de cumplimiento del switch en IPS o puntos de vacunación del área de influencia. Aplicación del anexo N°9. Verifique el informe de asistencia técnica realizado al 100% de sus puntos de vacunación, presente resultados o hallazgos identificados.



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

- Realización de verificación técnica de cumplimiento del switch en los municipios de su área de influencia, según la aplicación del anexo N°10, verifique los informes de asistencia técnica realizado al 100% de los municipios y presente resultados o hallazgos identificados.
- Consolide toda la información teniendo en cuenta las variables del anexo 12. Este archivo Excel, debe formar parte del informe, para poder realizar el proceso de consolidación nacional.
- Presente las experiencias aprendidas de este trabajo realizado (positivas o negativas).
- El documento informe, debe ser enviado debidamente firmado por el Señor Secretario de salud de la entidad territorial, coordinador de salud pública, coordinador de vigilancia, coordinador PAI, departamental o distrital según sea el caso, igualmente debe contener la firma del representante del INVIMA de orden departamental o distrital, según sea el caso, como veedor del proceso realizado en la entidad territorial.



Anexo 14. “Gestión de residuos Químicos y medicamentos, según el anexo 2 de la resolución 1164 de 2002.”

A continuación se realiza la transcripción tal cual, como aparece en la norma.

MEDICAMENTOS

El presente anexo constituye una herramienta para el manejo de los residuos de los medicamentos incluyendo envases y empaques. Tanto el medicamento como los envases primarios y secundarios, empaques y etiquetas deben ser destruidos en su totalidad previo a su disposición final en el relleno sanitario.

Algunos empaques, envases y etiquetas, podrán ser reciclados previa inutilización de estos, antes de ser entregados al prestador de servicio especial de residuos (ej. Triturarlos frascos de vidrio, para obtener polvo de vidrio el cual puede ser reutilizado; las cajas y etiquetas deben ser sometidas a destrucción en molinos y posteriormente reciclar el papel). Dependiendo del tipo de material y del propósito de reuso, se debe realizar una apropiada desactivación, como limpieza o desinfección. En NINGÚN caso previamente destruidos.

La incineración, como método de tratamiento de estos residuos, es tal vez el método de mayor eficacia y con el que se logra la destrucción total del producto. Independiente del método de tratamiento y disposición final, el generador debe asegurar que estos residuos NO representen un riesgo para la salud, y el medioambiente. Entre otros aspectos deberá considerar:

- a) En primera instancia es importante cuantificar, clasificar y separar los medicamentos de acuerdo a su grado de riesgo;
- b) Los medicamentos sólidos de bajo riesgo se trituran o muelen para inutilizarlos y se mezclan con material inerte en igual proporción y se envían en bolsas a relleno sanitario;
- c) Algunos productos líquidos fotosensibles de bajo riesgo, se exponen a la luz solar por un tiempo de 24 horas. Para lograr su descomposición y posteriormente se diluyen con abundante agua y se vierten al drenaje previo permiso de vertimientos;
- d) Grandes cantidades de tabletas pueden ser mezcladas con otros medicamentos en diferentes tambores o contenedores para evitar altas concentraciones de un solo medicamento en un único contenedor. Sin embargo, debe evitarse la mezcla con medicamentos anti-neoplásicos, anti-infecciosos o sustancias controladas;
- e) Disposición final de los medicamentos que no representan un riesgo a la salud y al medio ambiente.

FARMACOS VENCIDOS O NO DESEADOS

Los medicamentos vencidos, deteriorados o mal conservados son considerados residuos peligrosos y representan un problema porque constituyen un riesgo para la salud humana y el medio ambiente. La falta de cultura ambiental y de protección a la salud de los prestadores de servicios asistenciales, así como de los productores, han



considerado a los medicamentos, como un problema administrativo, que afecta costos y suministros, antes que un riesgo a estos.

Los Productos Farmacéuticos vencidos o no deseados (fuera de los estándares de calidad, fraudulentos), NUNCA deben ser usados y siempre se consideran un residuo químico peligroso. Se encuentran dentro de este grupo:

- Los medicamentos alterados o producidos fuera de los estándares de calidad
- Los productos estériles y jarabes abiertos (estén o no vencidos)
- Todos los productos farmacéuticos que debían almacenarse teniendo en cuenta la cadena de frío y que no fue así (por ejemplo: insulina, polipéptidos, hormonas, gamaglobulinas, vacunas, etc.)
- Todas las cápsulas y tabletas a granel. Si no se encuentran vencidas estas solo podrán utilizarse si el empaque no ha sido abierto, se encuentran debidamente etiquetadas o se encuentran dentro del blíster original y no está roto.
- Los medicamentos que han sido usados. Dentro de este grupo también se consideran los antineoplásicos; las sustancias controladas (por ejemplo: narcóticos, psicotrópicos, etc.); antibióticos; antisépticos, aerosoles, hormonas y desinfectantes; los cuales requieren de un método de tratamiento y disposición final especial, descrito adelante. Los generadores de este tipo de residuos deben implementar una gestión para la destrucción o disposición de medicamentos de acuerdo a su composición química, toxicidad y estado físico. Los residuos farmacéuticos son considerados todos de alto riesgo, sin embargo estos pueden clasificarse para su tratamiento y disposición final como de Alto, Medio y Bajo riesgo definidos así:

1. RESIDUOS DE MEDICAMENTOS DE BAJO RIESGO

A) Residuos de Medicamentos en estado líquido, en que se recomienda verter directamente al drenaje, sin ocasionar un riesgo sanitario, como lo son las soluciones parenterales en sus diferentes concentraciones, o los medicamentos que deberán diluirse con abundante agua, antes de disponerse al drenaje, previa obtención de autorizaciones, licencias o permisos y cumpliendo las normas ambientales vigentes se consideran entre otros:

Glucosa soluciones inyectables, Cloruro de sodio soluciones inyectables, Sodio/glucosa soluciones inyectables.

Sodio/clorhidrato/glucosa, Solución hartmann sol. iny., Bicarbonato sol. iny. Glucosa de calcio sol. iny., Hexahidrato de piperazina jbe, Cloruro de calcio, Paracetamol, Lidocaina soluciones inyectables, Cloruro de potasio, Aluminio y magnesio hidróxido suspensión, Caolin pectina, Metronidazol solución inyectable, suspensión oral, Sulfato ferroso solución, Cloruro de benzalconio, Soluciones yodadas.

B) Residuos de medicamentos sólidos o semisólidos que se pueden disponer, previa obtención de autorizaciones, licencias o permisos y cumpliendo las normas ambientales vigentes vaciando el contenido y mezclándolo con material inerte para inutilizar el producto y referirlo a una celda especial del relleno sanitario, adicionalmente se puede considerar:



Tabletas: Triturarlas, diluirlas en agua y verter al alcantarillado. La proporción de agua debe ser mayor a la de tabletas.

Cremas o ungüentos: se retira el contenido del envase y se coloca en un papel o cartón para enviarlo al relleno sanitario.

Cápsulas: se abren y el contenido se diluye en agua.

Dentro de los medicamentos sólidos o semisólidos de bajo riesgo se consideran entre otros:

Oxido de zinc crema, Psyllum muscilago (polvo), Lidocaina con hidrocortisona ungüento, Sales para rehidratación oral.

C) Residuos de Medicamentos que se pueden desactivar exponiendo los frascos a la luz solar, durante un tiempo mínimo de 24 horas o hasta descomposición del producto y después proceder a la disposición del medicamento diluido con abundante agua al drenaje previa obtención de autorizaciones, licencias o permisos y cumpliendo las normas ambientales vigentes, son ejemplo de este grupo:

Hidrocortisona polvo para solución inyectable. Este mismo procedimiento se puede aplicar a todos aquellos medicamentos fotosensibles que se hallen en solución.

2. RESIDUOS DE MEDICAMENTOS DE MEDIANO RIESGO

A) Residuos de medicamentos en presentación de polvo o tabletas para las cuales se recomienda triturar y mezclar con material inerte hasta dejar inutilizable y después enviar en bolsa a una celda de seguridad del relleno sanitario municipal. Las ampollas con agua inyectable se deben destruir, verter el líquido directo al drenaje previa obtención de autorizaciones, licencias o permisos y cumpliendo las normas ambientales vigentes, se considera entre otras:

Ácido acetil salicílico tabletas.

Paracetamol (acetaminofen) tableta, Dipirona tableta, Hidróxido de aluminio y magnesio tabletas, Cimetidina tabletas, Metronidazol tabletas, Sulfato ferroso tabletas, Ácido nalidíxico tab.

B) Residuos de medicamentos que se pueden desactivar mediante calor, por lo que se recomienda someter a desnaturalización en autoclave. Una vez desactivados los líquidos se deberán diluir y verter al drenaje con abundante agua previa obtención de autorizaciones, licencias o permisos y cumpliendo las normas ambientales vigentes.

Los sólidos se deberán enviar al relleno sanitario una vez fuera del envase o triturados y mezclados con material inerte para que queden inutilizables.

Las ampollas con agua inyectable se deben destruir, verter el líquido después de diluirlo en abundante agua al drenaje previa obtención de autorizaciones, licencias o permisos y cumpliendo las normas ambientales vigentes, se consideran entre otros:

Albúmina humana, Antígenos de hudleson, Verazide solución oral, Dipirona, Diazepan solución inyectable, Salbutamol jarabe o solución, Heparina sódica solución inyectable, Heparina, Vacuna antirrábica, Vacuna toxoide tetánico y diftérico, Insulina, Gonadotropina, Hierro dextran solución, Vacuna bcg, Vacuna



antipoliomielítica, Vacuna antisarampión 3, Vacuna antipertussis con toxoide diftérico y tetánico (dpt), Toxoide tetánico, Inmunoglobulina humana antirrábica, Suero antiofídico.

C) Residuos de medicamentos en los cuales se debe vaciar el líquido e inactivarlo con solución de ácido clorhídrico al 10%, después verter al drenaje con abundante agua.

Previa obtención de autorizaciones, licencias o permisos y cumpliendo las normas ambientales vigentes se consideran entre otros:

Medicina solución inyectable, Bonadoxina solución inyectable, Vitamina b12, solución inyectable, Cimetidina solución inyectable, Timetoprin con sulfametoxazol solución.

D) Residuos de medicamentos en tabletas, cápsulas o comprimidos en los que es necesario se pulvericen en fino y después se inactiven con solución de ácido clorhídrico al 10%. El líquido sobrenadante se puede verter al drenaje diluido con abundante agua el sólido se puede referir al relleno sanitario previa obtención de autorizaciones, licencias o permisos y cumpliendo las normas ambientales vigentes, son algunos ejemplos de este grupo:

Aminofilina tabletas, Salbutamol tabletas, Prednisona tabletas, Fenitoina sódica tabletas, Alfametildopa tabletas.

Metoprolol tabletas, Tolbutamida tabletas, Metoclopramida clorhidrato tabletas, Diyodohidroquinoleina tabletas.

Ácido fólico tabletas, Sulfisoxazol tabletas, Espironolactona tableta, Fenozopiridina tabletas, Difenilhidantoinato sódico tabletas.

3. RESIDUOS DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO

Por su contenido de compuestos altamente tóxicos, solo podrán disponerse como residuo peligroso en un confinamiento controlado o deben ser incinerados. Los medicamentos de control especial requieren ser dados de baja de los libros respectivos en presencia de la autoridad sanitaria, antes de ser eliminados.

RESIDUOS DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS QUE REQUIEREN SU ENVÍO ACONFINAMIENTO PARA RESIDUOS PELIGROSOS.

Ketamina sol iny, Homatropina metilbromuro, Clorotiazida tab, Reserpina tab, Tolnaftato sol, Ocitocina sintética fco amp, Metronidazol óvulos vag, Penicilina g. sódica cristalina, Penicilina g. procaínica con penicilina cristalina, Penicilina g. benzatínica polvo para suspensión inyectable.

RESIDUOS FARMACEUTICOS DE MANEJO ESPECIAL

1. AEROSOLES

Se incluyen: sprays e inhaladores.



Este tipo de medicamentos serán incinerados teniendo en cuenta el riesgo de explosión de estos durante la destrucción. Se debe llevar a la celda de seguridad del relleno sanitario, realizando seguimiento a todo el proceso de disposición final.

2. MEDICAMENTOS ANTI-INFECCIOSOS

Estos son medicamentos muy inestables que deben ser incinerados. En el caso de medicamentos anti-infecciosos líquidos estos pueden dejarse en agua, durante un periodo superior a dos semanas.

3. SUSTANCIAS CONTROLADAS

Las sustancias controladas deben destruirse bajo la presencia de la autoridad sanitaria o de las autoridades nacionales que ejercen control sobre estas. Deben ser incineradas. NO pueden ser dispuestas en los rellenos sanitarios si no han sido incinerados previamente.

4. ANTINEOPLASICOS

Los antineoplásicos, también llamados citotóxicos o medicamentos para el tratamiento del cáncer, son altamente contaminantes y peligrosos. Si se disponen sin previa desactivación, estos medicamentos deben incinerarse.

Los contenedores de antineoplásicos deben llenarse hasta el 50% de su capacidad, después de lo cual se agrega una mezcla bien agitada de cal, cemento y agua en proporciones de 15:15:5 (en peso) hasta llenar el contenedor. Algunas veces puede requerirse una mayor cantidad de agua para lograr una consistencia líquida Satisfactoria. Luego los contenedores se sellan con soldadura y se dejan reposar entre 7 y 28 días. Esto formara un bloque sólido, firme, inmóvil en el cual los residuos están aislados con relativa seguridad.



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

Anexo 15.Formato de estudio de caso simulado para la atención de brotes por polio 2 derivado de vacuna, Código: REG-R01.001.4040-003, Instituto Nacional de Salud.

	Instituto Nacional de Salud PROCESO REFERENCIA	ESTUDIO DE CASO	Página 1 de 19
			Versión Nº 0
		Código: REG-R01.001.4040-003	Fecha próxima revisión: 2012/09

ESTUDIO DE CASO			
Resultado de Aprendizaje:	Realizar investigación epidemiológica de campo de acuerdo a lineamientos establecidos.	Duración:	8 horas
Criterios de evaluación:	<ul style="list-style-type: none"> Identificar las necesidades de investigación epidemiológica Diligencie los formatos utilizados en la investigación Analice la información obtenida según protocolo vigente Presente información oportuna, válida y confiable para orientar medidas de prevención y control. Difunda la información obtenida a todos los sectores implicados. 		
Instrucciones iniciales <ul style="list-style-type: none"> Lea previamente el material de apoyo propuesto. Para qué se investiga un caso. Elaborado por: Oscar E. Pacheco G. Nohora Rodríguez Salazar FETP Instituto Nacional de Salud; Investigación original por Carolina Mogollón, Grupo Inmunoprevenibles Instituto Nacional de Salud.			
PLANTEAMIENTO			
ETAPA 1, La notificación <p>El 14 de Julio de 2009 al hospital de II nivel de La Esperanza, municipio en el cual usted ejerce funciones como coordinador de vigilancia en salud pública, ingresa remitido desde un centro hospitalario de menor nivel de complejidad del mismo municipio, un niño de sexo masculino, 15 meses de edad con diagnóstico de meningitis, residente en la dirección registrada en la ficha</p>			



Bibliografía consultada

Documento técnico Informe Final, del Grupo Técnico Asesor sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación, XX, Marcando el Rumbo en Inmunización, Reunión, Washington D.C., 19 al 19 de octubre, 2012.

Documento técnico Informe Final, del Grupo Técnico Asesor sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación, XXI Reunión, Quito, Ecuador, 3 al 5 de julio de 2013.

Plan Estratégico para la Erradicación de la Poliomielitis y la Fase Final 2013 – 2018, Organización Mundial de la salud, Organización Panamericana de la Salud. www.paho.org.

Guía Práctica para la introducción de la vacuna inactivada contra la poliomielitis (IPV), Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la salud, Washington, D.C., 2014, 30 pag.

Documento técnico Informe Final, del Grupo Técnico Asesor sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación, XXII Reunión, Washington D.C., 1 y 2 de julio, 2014.

Oficio de la OMS dirigido al Señor Ministro de Salud y protección Social, 06 de enero de 2014.

Oficio de la OMS y OPS dirigido al Señor Ministro de Salud y protección Social, 03 de febrero de 2014.

Comunicado de Emergencia de Salud Pública Internacional (ESPII), Implicación para las Américas, región libre de poliovirus salvaje, OMS, OPS, mayo, 2014.

Manual de lineamientos para la implementación del switch, o cambio de la VOPt a la VOPb, OPS, 25 de abril de 2015, 43 pag.

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

<http://www.who.int/topics/poliomyelitis/strategy/es/>

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs114/es/>

bit.ly/PolioHL15-21esp

WHO global action plan to minimize poliovirus facility-associated risk -GAPIII



ALCALDÍA DE

http://www.polioeradication.org/Postals/Document/Resource/StrategyWork/PEESP_CH7_EN_US.pdf

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=295&Itemid=3626&lang=es

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1862&Itemid=358&lang=es