

SALUD

SECRETARÍA DE SALUD



PROGRAMA DE VACUNACIÓN UNIVERSAL Lineamientos Técnicos para la Campaña de Recuperación de Coberturas 2024



SECRETARÍA DE SALUD

CENTRO NACIONAL PARA LA SALUD DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

Lineamientos Técnicos para la Campaña de Recuperación de Coberturas de Vacunación, con énfasis en prevención del Sarampión, Rubéola y Poliomielitis

México, 1 de abril a 31 de mayo de 2024

PROGRAMA DE VACUNACIÓN UNIVERSAL



Contenido

1. Introducción.....	4
2. Situación epidemiológica	6
3. Marco legal	17
4. Justificación	18
5. Objetivos	19
6. Responsabilidades	20
7. Planeación:	21
8. Duración y alcance.....	29
9. Microplanificación.....	29
10. Capacitación	30
11. Registro de actividades.....	30
12. Vacunación segura	30
13. Supervisión.....	31
14. Evaluación	31
15. Vacunación simultánea fronteriza binacional	33
16. Cronograma de actividades.....	33
17. Especificaciones técnicas de las vacunas disponibles.....	34
18. Anexos	34
19. Validación	34

1. INTRODUCCIÓN

Durante la actual administración federal y a nivel estatal, se han tenido importantes logros en salud para la población, y en especial en materia de salud pública y en las estrategias de control, eliminación o erradicación de algunas enfermedades prevenibles por vacunación (EPV), así como limitaciones en el alcance de algunos indicadores dinámicos de los logros alcanzados, como es el caso de las coberturas de vacunación.

Aunque la vacunación en México data del año 1804, con el inicio de la vacunación antivariólica en el país, y con el despegue de diferentes estrategias de vacunación en el siglo XX, las que se acompañaron de la producción local de vacunas en México, como las producidas contra la rabia, la tuberculosis, la difteria, tos ferina, tétanos, poliomielitis y sarampión entre otras, es hasta 1972-1973, que se crea en forma oficial el Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI), que incluye la aplicación de las vacunas BCG, anti poliomielítica oral (Sabin), DPT y anti sarampión (vacuna de virus atenuado de sarampión [vacuna S]). En 1978 se crea la Cartilla Nacional de Vacunación (CNV), actualmente incluida en la Cartilla Nacional de Salud (CNS), para el registro de diferentes acciones preventivas y de salud pública y empoderamiento de los padres y las madres para el seguimiento del desarrollo de niños y niñas (NN) recién nacidos (as) hasta 9 años de edad, así como para el registro de las dosis aplicadas de cada vacuna, lo que permite el seguimiento y actualización del esquema de vacunación de acuerdo a la edad por parte de los padres y/o madres o responsables del cuidado de NN también por parte del personal de salud tanto de nivel público como privado. Desde entonces se han realizado múltiples actualizaciones relacionadas con la incorporación de vacunas que previenen EPV de gran relevancia para mantener la salud de la infancia, y de gran trascendencia para evitar casos graves, secuelas y defunciones por enfermedades infecciosas graves.

En el Cuadro 1, se describe el esquema de vacunación en menores de 10 años que previenen al menos 14 EPV cuyo curso clínico puede ir de moderado a grave:

1. Tuberculosis meníngea
2. Difteria
3. Tos Ferina
4. Tétanos
5. Poliomielitis
6. Neumonía producida por la bacteria *Haemophilus influenzae* del tipo b
7. Meningitis producida por la bacteria *Haemophilus influenzae* del tipo b
8. Neumonía por la bacteria *Streptococcus pneumoniae*
9. Meningitis por la bacteria *Streptococcus pneumoniae*
10. Diarrea grave debida a rotavirus
11. Sarampión
12. Rubéola
13. Parotiditis
14. Influenza.

Asimismo, se describe el número de dosis necesarias para considerar esquema completo vacunación para cada biológico y edad en que se aplican.

Cabe señalar que el esquema completo de la vacuna contra Hepatitis B (HB), es de tres dosis, el que se puede alcanzar en dos modalidades: La vacuna HB puede aplicarse en los primeros 7 días del nacimiento, y las siguientes dosis son de vacuna Hexavalente, de tal manera que la aplicación de 1 dosis al nacimiento más dos dosis de vacuna Hexavalente implica que el esquema exclusivamente para el componente de HB es completo (los/las recién nacidos (das) en esta situación recibirán una dosis adicional de HB al recibir la tercera dosis de vacuna Hexavalente) . De no haberse aplicado la vacuna HB en los primeros 7 días del nacimiento, la primera de 3 dosis del esquema completo iniciará a los 2 meses de edad (Cuadro 1).

Cuadro 1. Esquema de vacunación en menores de 10 años de edad

Esquema de Vacunación Universal 2024, México.			
GRUPO DE EDAD	VACUNA	DOSIS	EDAD DE APLICACIÓN
RECIÉN NACIDO	BCG	Única	Al nacer
	ANTI HEPATITIS B*	Única	Al nacer
MENORES DE UN AÑO	HEXAVALENTE ACELULAR	Primera	2 meses
		Segunda	4 meses
		Tercera	6 meses
	ANTI NEUMOCÓCICA CONJUGADA	Primera	2 meses
		Segunda	4 meses
	ANTI-ROTAVIRUS	Primera	2 meses
		Segunda	4 meses
	ANTI INFLUENZA ESTACIONAL	Primera	6 a 11 meses
Segunda		7 a 12 meses	
UN AÑO	ANTI NEUMOCÓCICA CONJUGADA	Dosis de refuerzo	12 meses
	TRIPLE VIRAL (SRP)	Primera	12 meses
	ANTI INFLUENZA ESTACIONAL	Dosis anual	12 a 17 meses
18 MESES	TRIPLE VIRAL (SRP)**	Segunda**	18 meses
	HEXAVALENTE ACELULAR	Dosis de refuerzo	18 meses
	ANTI INFLUENZA ESTACIONAL	Dosis anual	18 a 59 meses
CUATRO AÑOS	TRIPLE BACTERIANA (DPT)	Dosis de refuerzo	4 años
SEIS AÑOS	TRIPLE VIRAL (SRP)	Segunda***	6 años

*Si no se aplica en los primeros 7 días del nacimiento, el esquema deberá iniciarse a los 2 meses de edad con la aplicación de la vacuna Hexavalente, que incluye a la vacuna Hepatitis B (HB).

**El cambio de esquema de vacunación de SRP, se realizó con la finalidad de asegurar mayor protección a las niñas y niños de 1 año en caso de exponerse a la circulación del virus silvestre de sarampión. Este cambio, fue validado por el Grupo Técnico Asesor en Vacunación (GTAV), el día 05 de noviembre de 2019 y se aplica a las niñas y niños que cumplan 18 meses de edad a partir de 2022.

***Se aplica a las niñas y niños que cumplan 6 años a partir de 2022. Dicha estrategia se implementará hasta 2026, posteriormente se dejará de aplicar a esta edad, pero se seguirá aplicando a niñas y niños de 18 meses de edad.

Fuente: Manual de vacunación 2021.

Líneas Generales del Programa de Vacunación 2024.

Impacto de la vacunación en el país.

México fue uno de los primeros países en alcanzar la eliminación y posterior erradicación de la viruela, presentándose el último caso en San Luis Potosí en 1951.

Previamente a la introducción de las vacunas anti poliomielítica y anti sarampión, ambos padecimientos eran altamente endémicos y se situaban entre las primeras causas de morbilidad, secuelas paralíticas y complicaciones relacionadas con neumonía, diarrea grave y encefalitis, que

elevaban la mortalidad infantil y en general de menores 5 años. Aunque en nuestro país se ha alcanzado la eliminación de la transmisión endémica tanto de la poliomielitis, como del sarampión, la rubéola y del síndrome de rubéola congénita (SRC) y no se han presentado casos de difteria desde 1991, el resto de las EPV, se mantienen bajo control en términos de su incidencia, toda vez que, si bien se han presentado brotes pequeños de estos padecimientos, y todos los brotes han sido controlados mediante bloqueo vacunal en contactos de los casos y en las comunidades afectadas.

México se ha sumado a los esfuerzos mundiales para eliminación del sarampión, la rubéola y el Síndrome de Rubéola Congénita (SRC) mediante estrategias de vacunación como son: las Campañas de Puesta al día (catch up), seguimiento (follow up) y la de vacunación acelerada (SR) (Cuadro 2).

Cuadro 2. Estrategias de vacunación para la eliminación de sarampión, rubéola y Síndrome de Rubéola Congénita en México, 1993-2024.

Tipo de campaña	Año de realización	Tipo de Vacuna	Grupo de edad meta	Cobertura alcanzada	Edad en 2024 (años)
Puesta al día	1993	S	9 meses -14 años	85.4	32-45
Seguimiento	1998	SRP	1-4 años	90.5	27-30
Seguimiento	2002	SR	1-4 años	91.8	23-27
Vacunación a adolescentes y adultos	2004	SR	13-39 años	74.7	33-59
Vacunación acelerada	2008	SR	19-29 años	97.3	35-45
Seguimiento	2010-2011	SR	1-4 años	100	15-18
Seguimiento	2016	SR	1-4 años	96.1	9-12
Seguimiento	2021	SR	1-4 años	93.3	4-7

Fuente: Secretaría de Salud, Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia.

Las estrategias de vacunación señaladas han permitido consolidar la eliminación del sarampión en México, presentándose en 1995 el último caso autóctono de sarampión. Sin embargo, existe el riesgo de perder los logros alcanzados en la eliminación debido a la importación de casos y el restablecimiento de la transmisión endémica de los virus del sarampión y la rubéola, como lo evidenció la presencia de un brote de casos de sarampión en nuestro país durante el año 2020.

2. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

2.1 TUBERCULOSIS MENÍNGEA

La tuberculosis continúa siendo una de las enfermedades con mayor mortalidad en el mundo, los esfuerzos mundiales por combatir esta enfermedad han salvado 74 millones de vidas desde el año 2000.

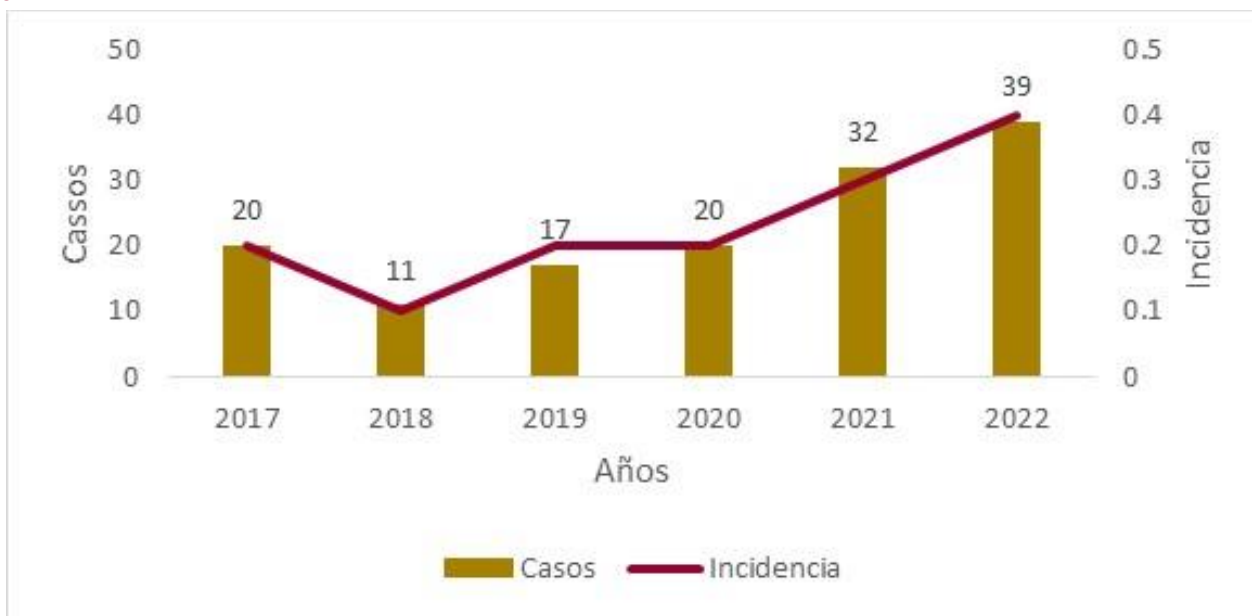
La pandemia de COVID-19 y las desigualdades han revertido años de progreso en la lucha contra esta enfermedad.

La Estrategia Fin de la Tuberculosis implementada por la OMS, abarca un conjunto de principios que pueden adaptarse a nivel nacional, cuenta con diez componentes organizados en tres pilares y cuatro principios fundamentales.

La vacunación con BCG, es uno de los componentes fundamentales del pilar 1 de esta estrategia. Se estima que una cobertura global del 90% a través del uso generalizado de BCG en los programas rutinarios de vacunación infantil podría prevenir más de 115, 000 muertes por TB por cohorte de nacimiento en los primeros 15 años de vida.

En México en 2022, se confirmaron 24,463 casos de tuberculosis en todas sus formas (tasa de incidencia de 18.5 por 100,000 habitantes), de los cuales el 2.3% (573) fueron TB Meníngea (figura 1)

Figura 1. Casos e incidencia de Tuberculosis meníngea en menores de 5 años de edad, México 2017-2022**



Fuente: SSA/DGE/DVEET/Anuarios de morbilidad 1984-2022 ** Tasa por 100,000 habitantes

2.2 SARAMPIÓN

El último caso de transmisión autóctona de sarampión en México se presentó en 1995, posterior a ello, se han registrado 405 casos de sarampión importados o asociados a importación del periodo de 1996 a 2020, los cuales fueron identificados en 14 diferentes entidades federativas, existiendo estados repetidores como son la CDMX, Estado de México, Quintana Roo, Baja California, Nuevo León, Veracruz y Tabasco. Durante el 2020, se presentó un brote de sarampión con 196 casos confirmados en la Ciudad de México, Estado de México, Tabasco y Campeche. En el periodo 2021-2023 (cuadro 3) no se han reportado casos confirmados de sarampión.

Sin embargo, actualmente se presenta un aumento importante del número de casos de sarampión en países de Europa Occidental, los cuales en conjunto presentan más de 10, 000 casos. Por otra parte, en el continente americano en lo que va del 2023 se han presentado 9 casos asociados a importación en Estados Unidos, 1 caso en Brasil, 2 casos en Argentina y 1 caso en Perú, todos ellos relacionados a virus circulantes en países europeos. La situación de disminución de la cobertura de vacunación en 2022 y 2023 en México, condiciona un riesgo para que, en caso de

introducción de virus proveniente de países europeos o de los que actualmente tienen brotes activos, la infección viral se propague entre la población susceptible y pudiera provocar casos graves en menores de 5 años, y con mayor relevancia en menores de 1 año, ya que dicho grupo de edad no forma parte del programa rutinario de vacunación.

Cuadro 3. Casos de sarampión por Entidad federativa, genotipo, 1996 -2023*

Año	Casos	Entidad Federativa	Genotipo	País (es) donde circula el genotipo identificado
1996	2	Ciudad de México*	No identificado	Se desconoce
1997-1999	0	---	---	---
2000	30	Ciudad de México* Edo. México* Sinaloa y Baja California	D6	Países europeos
2001	3	Quintana Roo*	No identificado	
2002	0	---	---	---
2003	44	Ciudad de México* Estado de México*	H1	Japón, Corea, China
2004	64	Ciudad de México* Estado de México* Coahuila	H1	Países europeos
2005	6	Ciudad de México Estado de México	D9 y B3	Estados Unidos de América
2006	26	Ciudad de México Estado de México	B3	Estados Unidos de América
2007-2010	0	---	---	---
2011	3	Ciudad de México y Guanajuato	D4	Francia, Inglaterra, EUA
2012	0	---	---	---
2013	2	Quintana Roo	D8	Inglaterra
2014	3	Quintana Roo y Baja California*	B3	EUA
2015	1	Nuevo León	D9	EUA
2016-2017	0	---	---	---
2018	5	Ciudad de México, Baja California y Veracruz	B3	Italia y Alemania
2019	20	Nuevo León*, Quintana Roo* Guerrero, Chihuahua Estado de México San Luis Potosí, Veracruz*, Tabasco* y Querétaro	B3 y D8***	Francia, Inglaterra, EUA y Filipinas
2020**	196	Ciudad de México, Estado de México, Campeche y Tabasco	D8***	
2021-2023	0	---	---	---

*Estados repetidores de casos de sarampión

** El último caso fue notificado el 31 de mayo 2020, desde entonces, manteniendo el cumplimiento del indicador de vigilancia de EFE, no se han encontrado casos adicionales.

Fuente: Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos/Dirección General de Epidemiología

2.3 RUBÉOLA

La rubéola es una enfermedad generalmente benigna, sin embargo, puede ocasionar malformaciones congénitas en productos cuyas madres sufrieron la enfermedad o estuvieron en contacto con casos confirmados durante el embarazo, pudiendo ocasionar además abortos y bajo peso al nacer. Las consecuencias de la rubéola *in útero* son variadas, y van desde la afectación

severa con muerte fetal, hasta la presencia de malformaciones congénitas evidentes en recién nacidos (as) sin evidencia de infección. El riesgo teratogénico asociado a este patógeno es mayor cuando la infección es adquirida en el primer trimestre del embarazo.

En México, la rubéola se consideraba endémica y afectaba principalmente a menores de 5 años de edad; sin embargo, en periodos inter-epidémicos, cada cinco años, afectaba a las personas en edad reproductiva. En el período de 1990 a 1997, correspondiente a la época previa a la introducción de la vacuna se notificaron 391,288 casos, mientras que a inicios de 1998 con la introducción de la vacuna SRP en el programa rutinario en NN de 1 y 6 años de edad, hasta el año 2000 se presentaron 84,770 casos, lo que permite estimar que en dicho periodo se evitaron alrededor de 306,518 casos de rubéola, lo que representa una disminución del 78.3% sobre lo esperado.

El impacto de las diferentes estrategias de vacunación utilizadas permitió que en 2008 se presentaran solamente 46 casos por lo cual, dicho año es considerado como en el último año de transmisión endémica del padecimiento. Adicionalmente, la campaña de vacunación acelerada realizada en 2008 con la aplicación masiva de la vacuna SR a personas de 19 a 29 años de edad, permitió alcanzar la ruptura de la transmisión endémica de la rubéola en la semana 42 de ese mismo año. Los últimos dos casos notificados en México fueron registrados en el 2012, los cuales fueron clasificados como importado y relacionado a importación.

En lo que respecta a los casos de Rubéola Congénita, en México se registraron 5 casos en el año 2000, 2 casos en el año 2001, 1 caso en el 2002, 5 casos en el 2004 y el último caso en el año 2008.

2.4 PAROTIDITIS

La parotiditis es una enfermedad viral sistémica aguda que suele causar una hipertrofia dolorosa de las glándulas salivales, y con mayor frecuencia, de las parótidas.

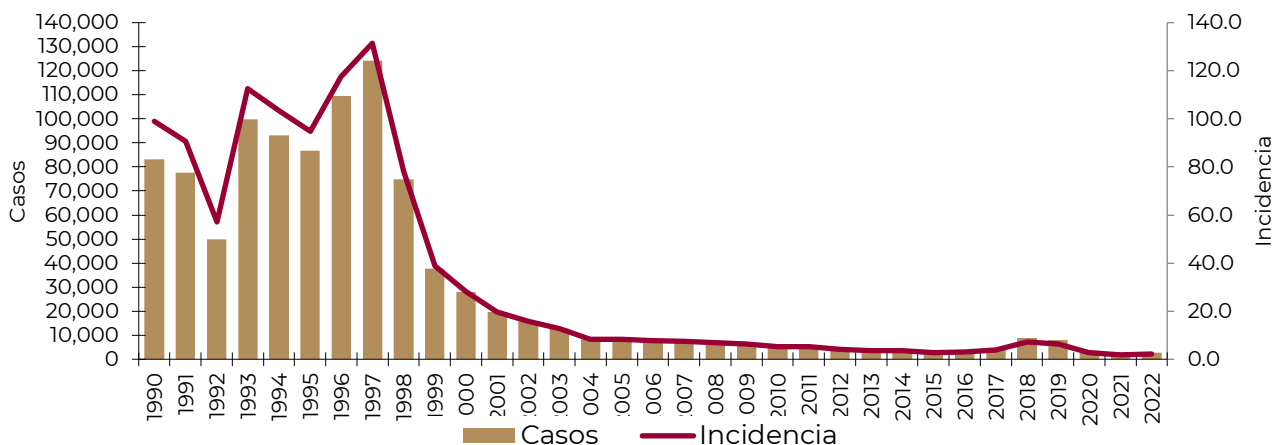
Un 30-40% de todos los casos presenta infección asintomática, sobre todo en NN, en los que el cuadro es generalmente más benigno. Sin embargo, las complicaciones y las manifestaciones sistémicas de la enfermedad, como la meningoencefalitis aséptica, puede dejar secuelas, la orquiepididimitis es frecuente en varones (20%) postpuberales, que puede provocar atrofia del testículo afectado y excepcionalmente esterilidad; la sordera neurosensorial, por neuritis a nivel del nervio auditivo, es una complicación de baja frecuencia (5/10,000) pero grave, ya que generalmente es permanente aunque unilateral; la pancreatitis, de frecuencia variable, que suele recuperarse espontáneamente en 3 a 7 días.

En México en 1998 se introdujo al Programa de Vacunación Universal la vacuna triple viral o SRP a NN de 1 año y aplicación de una segunda dosis a NN de 6 años de edad, esta estrategia programática permitió el inicio del control de esta enfermedad, observándose un descenso importante en la incidencia, reportándose 77.8 y 38.3 por 100 mil habitantes en 1998 y 1999.

Durante 2018 el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), notificó brotes en la Ciudad de México, Sonora y Chihuahua; los cuales se presentaron en universidades y población estudiantil joven.

En el año 2022 se notificaron 2782 casos de parotiditis en el país (incidencia de 2.14/100,000 habitantes). Los grupos de edad más afectados a nivel nacional fueron el de 25 a 44 años con 717 casos (26%), seguido por niñas y niños 5 a 9 años con 601 casos (21%), 1 a 4 años, con 328 casos (12%). (Figura2)

Figura 2. Casos e incidencia de parotiditis por 100,000 habitantes. México 1990-2022



Fuente: SSA/DGE/DVEET/Anuarios de morbilidad 1984-2022 ** Tasa por 100,000 habitantes

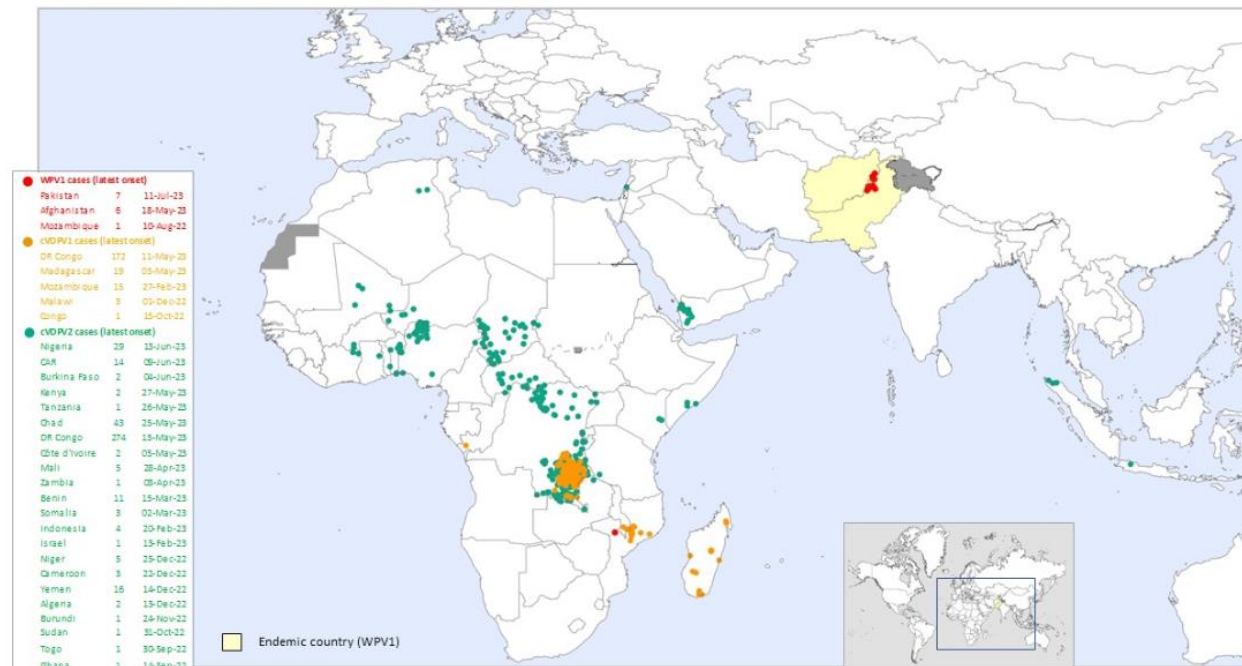
2.5 POLIOMIELITIS

Los resultados de las estrategias globales de erradicación han permitido la disminución en un 99.9% de los casos de poliomiелitis, en el año 2023 en el cual se identificó la transmisión endémica de poliovirus salvaje tipo 1 (WPV1) en únicamente dos países (Afganistán y Pakistán), dando lugar en 2015 a la declaración de la erradicación de poliovirus salvaje tipo 2 (WPV2) y del poliovirus salvaje tipo 3 (WPV3) en el 2019.

Actualmente la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomiелitis se enfrenta a desafíos programáticos y epidemiológicos que exigen nuevos enfoques para cumplir con el compromiso colectivo de erradicar la poliomiелitis por lo que se han propuesto dos objetivos fundamentales:

- 1.- Detener de manera permanente la totalidad de la transmisión de poliovirus en los últimos países en los que el WPV es endémico (Afganistán y el Pakistán) y
- 2.- Detener la transmisión de poliovirus circulante derivado de la vacuna (cVDPV) e impedir que se produzcan brotes epidémicos en los países en los que la enfermedad no es endémica. (figura3)

Figura 3. Casos de poliomielitis por WPV1 y cVDPV en 2021-2022. Últimos 12 meses



¹Excludes viruses detected from environmental surveillance; ²Onset of paralysis: 09 Aug. 2022 to 08 Aug. 2023

Data in WHO HQ as of 08 Aug. 2023

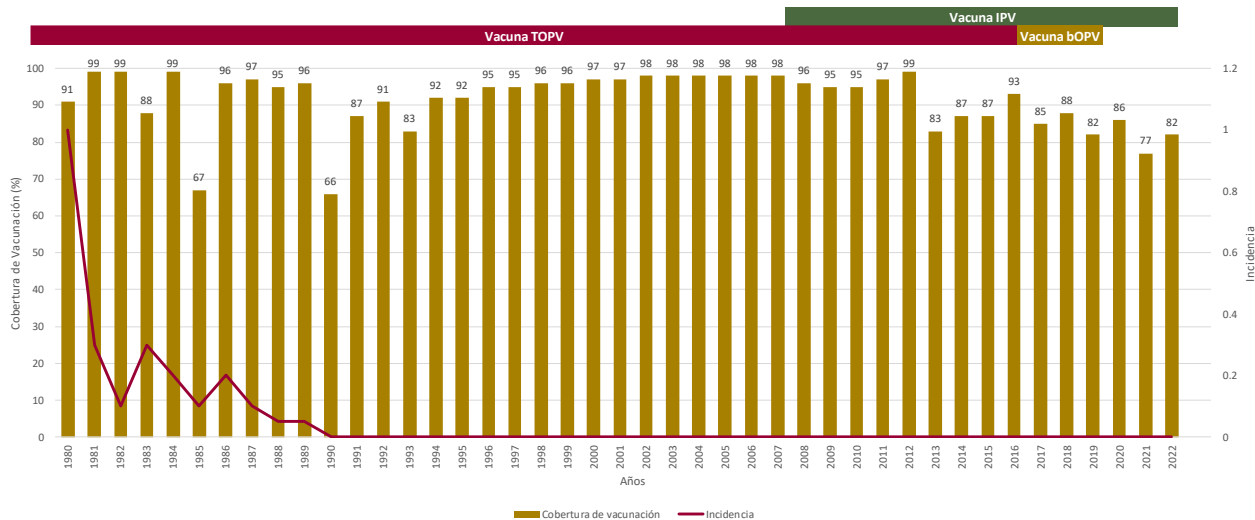
Fuente: Global Polio Eradication Initiative. Poliomielitis. Paho.org. Recuperado el 22 de marzo de 2024, de <https://polioeradication.org/polio-today/polio-now/>

En México, el registro de casos de poliomielitis parálitica se inició en 1937, como evento de notificación inmediata. Del periodo de 1937 a 1990 se registraron más de 30,138 casos, con la mayor incidencia en la década de los 50s, en esta época la enfermedad tenía un comportamiento estacional con exacerbaciones bianuales, cada año se reportaba un promedio de 1,200 casos, el 95% de los cuales eran ocasionados por los serotipos 1 y 2.

La vacunación antipoliomielítica inició en 1956 con la aplicación de la vacuna inactivada de poliovirus (IPV) en zonas de alta incidencia, en 1962 fue sustituida por la vacuna oral de poliovirus atenuados tipo Sabin (OPV) monovalente que protegía específicamente contra el serotipo 1 (PV1). En 1980 se fortalecieron las acciones rutinarias de vacunación con la implementación de las Semanas Nacionales de Vacunación (SNV) contra la poliomielitis y en 1986 se crearon los Días Nacionales de Vacunación (DNV) anti poliomielítica, que sustituyeron a las SNV, a partir de este año se aplicó la vacuna trivalente oral contra la poliomielitis (tOPV), estas estrategias de vacunación dieron como resultado la disminución progresiva del número de casos de

poliomielitis, hasta la presencia de solo 7 casos en 1990. Durante este mismo año 18 de octubre se registró el último caso causado por el poliovirus salvaje tipo 3 en Tomatlán, Jalisco. (figura 4)

Figura 4: Cobertura de Vacunación (%) e incidencia de poliomielitis por poliovirus silvestres por 100,000 habitantes. México 1980-2022



Fuente: Dirección General de Epidemiología, Anuarios de morbilidad; CENSIA: datos históricos de cobertura de vacunación; Hernández I, Díaz J, Cruz L, Descripción y evaluación de las estrategias nacionales de vacunación y cobertura de vacunación anti-poliomielítica en México en el periodo 1991-2014. Cobertura administrativa: Sistema de Información en Salud (SIS) y Sistemas de información institucionales, proyecciones de población CONAPO/SINAC.

Pese a la disminución de casos de poliomielitis y a la eliminación de este padecimiento a nivel global, se observó la incidencia de casos de poliomielitis atribuibles a VDPV, principalmente del serotipo 2, por este motivo en el “Plan Estratégico para la Erradicación de la Poliomielitis y Fase Final 2013-2018” de la OMS, se recomendó retirar el serotipo 2 de la vacuna oral, denominándose a este procedimiento “Switch”, por lo que a partir de 2016 se instrumentó el cambio de la vacuna TOPV por la bOPV a nivel global.

Derivado del análisis del riesgo de eventos de poliovirus y brotes por poliovirus, se identificaron coberturas insuficientes de vacunación de la vacuna IPV (Hexavalente acelular), la cual confiere protección contra los tres serotipos, mostrando una disminución persistente desde el 2013. Considerando que la vacuna bOPV, aplicada en fases intensivas, solo ofrece protección contra los serotipos 1 y 3, y que el riesgo de poliomielitis por VDPV es mayor para el serotipo 2, en nuestro país se realizó por última vez una campaña de vacunación con la vacuna bOPV del 23 de marzo al 17 de abril de 2020.

Los cambios del esquema de vacunación antipoliomielítica permitieron concentrar los esfuerzos de vacunación en la puesta al día de esquemas de vacunación con la vacuna Hexavalente acelular en NN de 2 a 59 meses de edad, como actividad complementaria de la Campaña de Seguimiento de sarampión y rubéola (SR), realizada el 19 de abril al 03 de septiembre del 2021, en el contexto de la pandemia de la COVID-19 en México.

Esta estrategia permitió la aplicación de 2,210,938 dosis de vacuna Hexavalente acelular a nivel nacional, de las cuales el 80% se aplicaron en menores de 2 años de edad y el 20% restante, a niñas y niños de 2 a 4 años de edad que presentaban esquema incompleto de esta vacuna para la edad.

Actualmente se ha presentado aumento del número de casos de poliomielitis por cVDPV tipo 2 en algunos países de Asia, África llamando la atención la situación de Kenia, que ya había eliminado la poliomielitis y que desde 2023, presenta un brote de polio por cVDPV tipo 2 de 8 casos y 6 portadores de este virus sin cuadro clínico de poliomielitis (14 infectados en total). En América se ha presentado un caso de poliomielitis por cVDPV tipo 2 en Estados Unidos (Nueva York) detectándose en aguas negras circulación del mismo virus en Canadá sin que se presenten casos en la comunidad. En América Latina se presentó en 2023 un caso de poliomielitis por cVDPV tipo 1, lo que representa un riesgo de que lleguen al país poliovirus salvaje tipo 1 y cVDPV principalmente tipo 2, pero también tipo 1 y tipo 3.

2.6 DIFTERIA

En la Región de las Américas en el periodo comprendido entre 2012 y 2021, se registró una media anual de 57 casos confirmados notificados a la OPS / OMS en 10 países. En 2017 y 2018 se registró el mayor número de casos notificados, 872 casos y 894 casos, respectivamente; durante el mismo periodo, se notificaron casos en 7 países del continente americano (Brasil, Canadá, Colombia, Haití, Perú, República Dominicana y Venezuela), el 88% de los casos fueron notificados en Venezuela, seguido por Haití con el 10%. Desde diciembre de 2014 se registra transmisión activa en Haití, donde actualmente la enfermedad se considera endémica

En 2022, 2 países notificaron casos confirmados de difteria: Brasil (2 casos) y Haití (hasta el 16 de septiembre de 2022, notificó 32 casos confirmados, incluyendo 6 defunciones confirmadas). En 2023, continúa la transmisión activa en Haití.

En México durante el periodo 1981-1991 se notificaron 73 casos de difteria, el último caso se presentó en una menor de 9 años en Lázaro Cárdenas, Michoacán.

La ocurrencia de brotes de difteria en países del continente americano y el movimiento de personas de y hacia las áreas afectadas pone en riesgo la ocurrencia de casos en nuestro país.

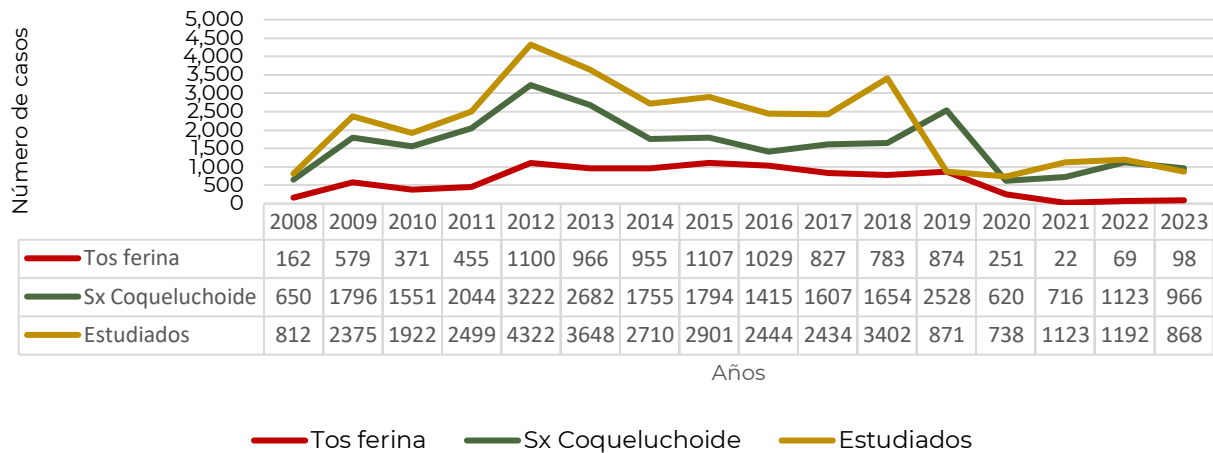
2.7 TOS FERINA

La infección por *Bordetella Pertussis* es altamente transmisible en NN y adultos susceptibles, con alta morbilidad y mortalidad especialmente en recién nacidos y lactantes.

Durante 2022 a nivel mundial se reportaron 62,646 casos de tos ferina, en la región de las Américas se notificaron 3,283 casos los cuales se distribuyeron de la siguiente manera: EEUU (2,215), Brasil (246), Bolivia (223), Canadá (208) y Argentina (196).

En México en 2023 se confirmaron 98 casos de tosferina (incidencia de 0,07 por 100,000 habitantes), el 65% se presentaron en menores de un año de edad. (Figura 5).

Figura 5: Casos estudiados de Síndrome Coqueluchoide y casos confirmados a Tosferina. México 2008-2023*



Fuente: SSA/DGE/DVEET/Sistema Especial de Vigilancia Epidemiológica de Tosferina y Síndrome Coqueluchoide
Información preliminar 2023

2.8 TÉTANOS Y TÉTANOS NEONATAL

En 1989, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó una resolución en la cual se hacía un llamamiento para eliminar el tétanos neonatal en todo el mundo para el año 1995; posteriormente, dicha resolución fue respaldada por los Estados Miembros de la OPS en el Consejo Directivo de ese mismo año.

Para lograr la eliminación del tétanos materno y neonatal, la OPS/OMS recomendaron a los países cuatro líneas de acción:

- 1) Llevar a cabo la vacunación sistemática de las embarazadas contra el tétanos
- 2) Realizar actividades suplementarias de vacunación para las mujeres en edad fértil (15 a 44 años) a fin de que todas las mujeres reciban al menos dos dosis de la vacuna
- 3) Reforzar la vigilancia de los casos de tétanos neonatal
- 4) Promover la higiene en los servicios de atención del parto

En 2017 se declaró la eliminación del tétanos neonatal y materno en la Región de las Américas, siendo Haití el último país en la región en eliminar este padecimiento.

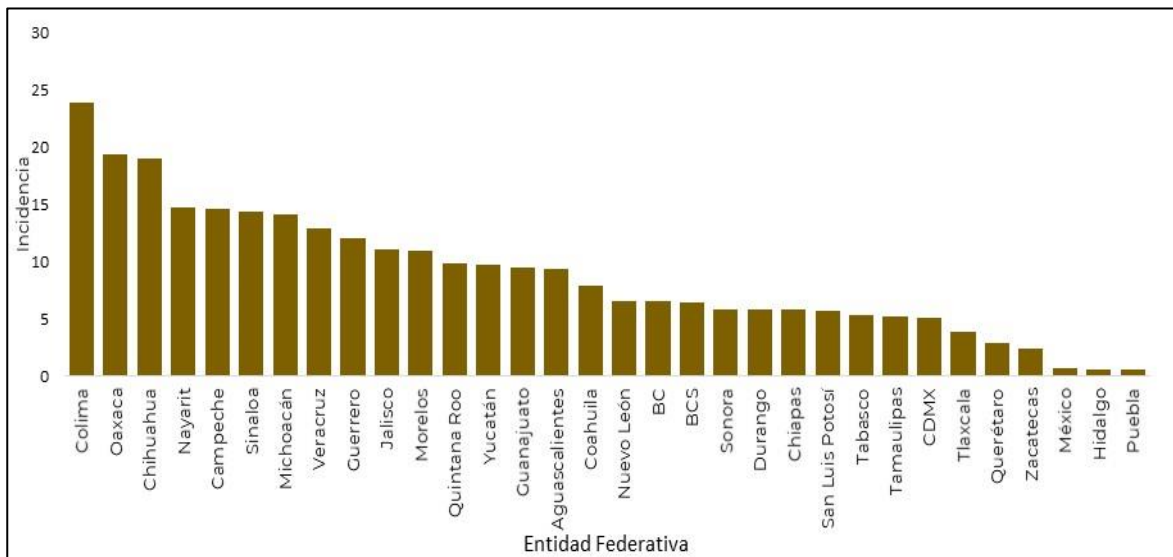
El criterio para considerar la eliminación es cuando la tasa anual es de menor de 1 caso por 1,000 nacidos vivos a nivel distrital.

2.9 VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

El Objetivo de la vacunación contra VPH es generar inmunidad protectora para la infección por el VPH, preferentemente antes del inicio de la vida sexual activa y a largo plazo, prevención de neoplasias y cáncer cervicouterino en mujeres que han iniciado vida sexual.

En México, para 2022 se presentaron 4,404 casos nuevos de tumor maligno del cuello del útero, incidencia de 7.89 por cada 100,000 habitantes femeninas mayores de 10 años, los grupos de edad más afectados fueron el de 25 a 44 con 1,638 casos. seguido por el grupo de 50 a 59 con 965 casos.

Figura 6: Tasa de incidencia de tumor maligno del cuello del útero por entidad federativa por cada 100,000 habitantes, México 2022



Fuente: SSA/DGE/DVEET/Sistema de Vigilancia Epidemiológica Tumor Maligno de Cuello del Útero
*Información preliminar 2022

2.10 COVID-19

Posterior a la notificación de la OMS sobre el término de la emergencia sanitaria a nivel mundial por la COVID-19, México realizó una evaluación local que permitió demostrar el fin de ésta. La vigilancia epidemiológica actual se realiza bajo la estrategia centinela en Unidades de Salud Monitoras de Enfermedad Respiratoria Viral (USMER) y con la confirmación de casos mediante la prueba de RT-PCR.

De acuerdo con los datos del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedad Respiratoria Viral (SISVER) de forma preliminar al cierre de información en 2023 es de 20,211 casos confirmados a la COVID-19 por RT-PCR en las USMER. En lo que va de 2024 se han reportado 5,266 casos sospechosos de los cuales 130 casos (2.5 %) se han confirmado a COVID-19.

Los grupos de edad más afectados son los mayores de 65 años (TIA* 0.27), seguido de 25 a 29 años (TIA* 0.19), de 30 a 34 años (TIA* 0.18), 55 a 59 años (TIA* 0.14), y 50 a 54 años (TIA* 0.12). (figura7)

Figura 7: Casos y tasa de incidencia de COVID-19 según grupo de edad, México 2024



Fuente: SINAVE/DGE/Vigilancia Epidemiológica de Enfermedad Respiratoria Viral, corte al 11/01/2024.
*Tasa de incidencia acumulada

3. MARCO LEGAL

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo IV.
- Ley General de Salud, Título 8º, Capítulo II, Artículos 134, 135, 141, 144, artículo 157 Bis 1 a 16; Título 18º, Capítulo I, Artículo 404, inciso IV, Artículo 408; Capítulo VI, Artículo 462 Bis. DOF: última reforma 07/01/2021.
- Ley de Infraestructura de la Calidad, Capítulo IV, Artículo 10, inciso I; Título 3º, Artículo 147.
- DECRETO por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, en materia de vacunación. DOF: 19/06/2017.
- DECRETO por el que se crea el Consejo Nacional de Vacunación. DOF: 24/01/1991, última reforma 05/07/2001.
- DECRETO por el que se determina la integración del Consejo Nacional de Vacunación. DOF: 26/11/2018.
- Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, Artículo 47, fracciones I a XIX, se establecen las funciones del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia (CENSA). DOF: última reforma 07/02/2018.
- Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. DOF: 15/10/2012.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. DOF: 07/04/2016.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-010-SSA-2023, Para la prevención y el control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la Vigilancia Epidemiológica. DOF: 19/02/2013.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño. DOF: 09/02/2001.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2013, Para la prevención y control de los defectos al nacimiento. DOF: 24/06/2014.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2012, Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, faboterápicos (sueros) e inmunoglobulinas en el humano. DOF: 28/09/2012.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002. Protección ambiental - salud ambiental - residuos peligrosos biológico-infecciosos - clasificación y especificaciones de manejo. DOF: 17/02/2003.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-220-SSA1-2016, Instalación y operación de la farmacovigilancia. DOF: 19/07/2017.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2023, Para la prevención y el control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana. DOF: 02/06/2023.
- ACUERDO por el que se establecen diversas medidas relacionadas con el Plan de Gestión a largo plazo para el control de la COVID-19. DOF: 15/06/2023

4. JUSTIFICACIÓN

Las cohortes de población por grupo de edad y en concreto de NN y adolescentes (NNA), presentan diariamente desplazamientos etarios, lo que significa, por ejemplo, que diariamente hay población que cumple un año de edad por lo que ese desplazamiento reduce aparentemente la magnitud de población por ejemplo de menores de un año, pero esa “reducción” se compensa con los nacimientos diarios, lo que introduce cierta estabilidad en la magnitud tanto de menores de un año, como de NN de 1 año, ya que en esta cohorte también diariamente se desplazan NN al grupo de 2 años de edad.

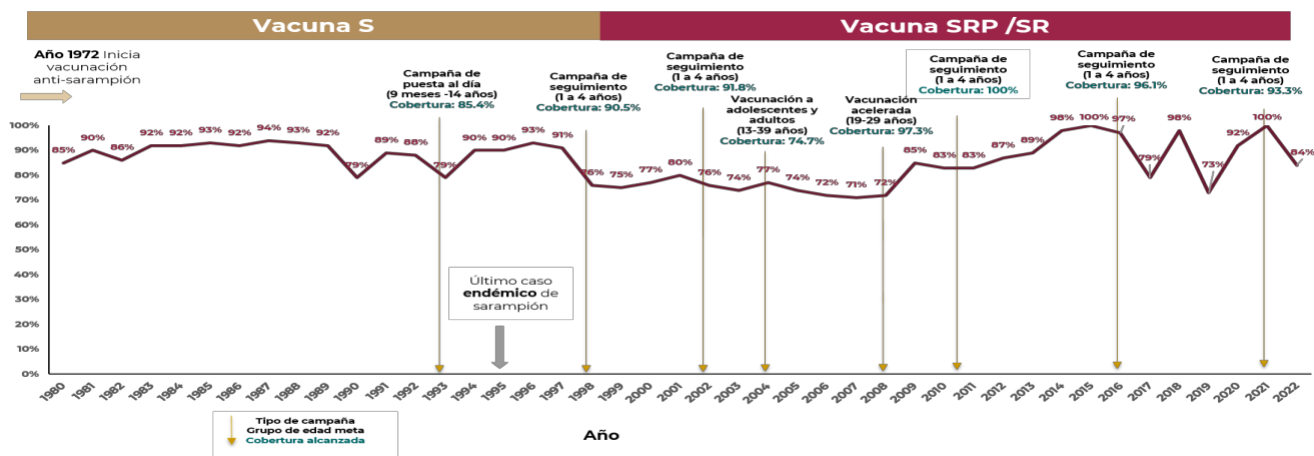
La población se desplaza de un grupo etario al siguiente con todas sus características, una de las cuales es el número de vacunas que acumuló en el grupo etario anterior, motivo por el cual podrían pasar a la siguiente cohorte como no vacunados (ninguna dosis aplicada previamente), esquema incompleto de vacunación (parcialmente vacunados) o con esquema completo. La población que pasó al nuevo grupo etario, con la característica de no vacunado o de esquema incompleto, debe iniciar o completar las dosis de cada vacuna (con excepción de vacuna rotavirus) que debería haber completado antes del desplazamiento al grupo etario en evaluación. Por otra parte, la población con esquema completo del grupo de edad anterior solo debe recibir las dosis de vacunas que corresponde aplicar en el grupo nuevo de edad, es decir, de acuerdo con este ejemplo, en 1 año de edad, y así sucesivamente de acuerdo a la dinámica de las cohortes de edad y de vacunación.

La cobertura de vacunación es reflejo de esa dinámica, y de la oportunidad con que se apliquen las dosis correspondientes (Cuadro 1), a su vez esta oportunidad depende de la factibilidad de adquisición de biológicos en el mercado nacional e internacional, de su disponibilidad en las unidades de salud y de la promoción y oferta de la vacunación en los establecimientos de salud, que culmine en su aplicación a la población que requiere la vacunación.

Programa permanente o rutinario de vacunación. El PVU debe operar todos los días hábiles del año en las unidades de salud, sin embargo, las oportunidades perdidas de vacunación a la población que visita por diferentes motivos estos establecimientos, redundan en una disminución de la cobertura de vacunación, ya que, con frecuencia, el personal de salud no revisa la CNS y por lo tanto no evalúa el esquema de vacunación de las personas atendidas y las dosis que deben aplicarse durante el contacto con los servicios de salud y en ocasiones no realiza vacunación simultánea de las dosis de diferentes vacunas que deberían aplicarse en el mismo contacto con los usuarios de estos establecimientos.

Campañas de vacunación. Las bajas coberturas de vacunación generan acumulación de personas susceptibles y aumentan el riesgo de que se presenten casos y brotes de EPV ante la exposición a los agentes causales de tales padecimientos. El país tiene amplia experiencia en el desarrollo de campañas de vacunación, una de las más recientes se desarrolló en 2021, considerando los antecedentes de cobertura de vacunación contra sarampión. En la figura 8, puede apreciarse el comportamiento dinámico de la cobertura de vacunación, lo que hace necesaria la implementación de estas campañas para alcanzar el indicador esperado de cobertura de vacunación ($\geq 95\%$) y mitigar el rezago atribuible a bajas coberturas previas.

Figura 8. Cobertura de la primera dosis de vacuna contra sarampión y estrategias de eliminación del sarampión. México, 1980 -2022



Fuente: Secretaría de Salud, Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia. Cobertura administrativa: Sistema de Información en Salud (SIS) y Sistemas de información institucionales, proyecciones de población CONAPO/SINAC.

En 1989-1990 se produjo la última gran epidemia de sarampión con 89,163 casos notificados y 8,150 defunciones en el país, evento precursor de la creación del Programa de Vacunación Universal (PVU) y de la implementación del esquema de dos dosis de vacuna de sarampión monovalente, la primera aplicada a los 9-12 meses de edad y la segunda a los 6-7 años de edad o al ingresar a la escuela primaria. En 1998, la vacuna monovalente fue reemplazada por la vacuna triple viral o SRP, para la prevención de sarampión, rubéola y parotiditis (SRP) y en el año 2000 se inicia de forma masiva el uso de la vacuna doble viral contra sarampión y rubéola (SR) aplicada a adolescentes y adultos. (Figura 1)

Para mantener la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en México, es necesario alcanzar coberturas de vacunación cercanas al 100% con el objeto de reducir la población susceptible y, por consiguiente, reducir el riesgo de transmisión comunitaria y el restablecimiento de la transmisión endémica del sarampión y rubéola a consecuencia de casos importados, derivados de movimientos migratorios poblacionales.

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVOS GENERALES

- Mantener la eliminación de la poliomielitis, del Sarampión, la Rubéola y del Síndrome de Rubéola Congénita en México mediante la aplicación de dosis faltantes de vacunas en NN de 2 meses a 4 años (vacuna hexavalente) y de 1 a 9 años de edad (vacuna SRP), así como el control de tuberculosis meníngea (vacuna BCG), diarrea grave en NN de 2 a 7 meses de edad (vacuna rotavirus) e infecciones por el Virus del Papiloma Humano (vacuna VPH) en niñas que cursen el 5º, 6º grado de primaria y 1º grado de secundaria, así como a las niñas de 11, 12 y 13 años que no estén escolarizadas, mismas que forman parte de grupo blanco de la Campaña de mitigación de esquemas de vacunación contra el VPH, 2023. En general deberán aplicarse los demás biológicos incluidos en el Programa de Vacunación Universal, de acuerdo a la edad.

- Continuar la aplicación del refuerzo de vacuna COVID-19 e iniciar o completar el esquema primario de vacunación.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avanzar hacia el cumplimiento de cobertura de vacunación de $\geq 95\%$ por tipo de vacuna a nivel nacional, estatal, jurisdiccional/distrital y municipal.
- Disminuir el acúmulo de susceptibles para EPV.
- Disminuir el riesgo del restablecimiento de la transmisión endémica de poliomielitis, sarampión y rubéola en el país.

6. RESPONSABILIDADES

6.1 NIVEL FEDERAL

En coordinación con el Servicio Nacional de Salud Pública y sus ejes de trabajo: Gerencia, Operación, Logística e Inteligencia (GOLI) se fortalecerá la rectoría federal (CENSIA) del Programa de Vacunación Universal.

1. Establecer las prioridades de acción, definir metas, plazos, responsabilidades y recursos para cada uno de los componentes de la campaña.
2. Coordinar y proporcionar asesoría a los estados para la microplanificación que deberán realizar para la campaña de vacunación.
3. Supervisar las acciones de vacunación durante la campaña.
4. Evaluar el cumplimiento de las metas a nivel nacional y estatal.

6.2 NIVEL ESTATAL

En coordinación con las secretarías estatales de salud y los responsables estatales del PVU, se establecerán las estrategias a seguir en la planeación, ejecución y evaluación de resultados de la campaña de vacunación con la participación del coordinador estatal del SNSP.

1. Planear a nivel operativo la ejecución y coordinación de la campaña de vacunación y proporcionar asesoría técnica al nivel jurisdiccional/distrital.
2. Orientar y armonizar las actividades operativas, a partir de la definición de los objetivos y metas nacionales, contextualizadas en el análisis de la situación local, según las características de la población.
3. Elaborar el informe final a nivel estatal firmado de conformidad por el Consejo Estatal de Vacunación (COEVA) por cada uno de los representantes de todas las Instituciones.

6.3 NIVEL JURISDICCIONAL/DISTRITAL, DELEGACIONAL, MUNICIPAL Y LOCAL

1. Realizar la microplanificación integrando la información a nivel municipal
2. Concretar las acciones y proporcionar un servicio de vacunación oportuno, efectivo, eficiente y con calidad.

3. Registrar las dosis aplicadas por cada grupo de edad de acuerdo a lo establecido en estos lineamientos y en los formatos anexos.
4. Validar la información de metas y actividades realizadas durante la campaña que serán entregadas al COEVA de acuerdo con los formatos y calendario establecidos.

7. PLANEACIÓN:

7.1 POBLACIÓN OBJETIVO

- Las niñas, niños, adolescentes (NNA) que no cuenten con esquemas completos, independientemente de las dosis recibidas con anterioridad, deberán continuar su esquema.
- En caso de encontrarse con esquemas incompletos no deben reiniciarse se deben continuar, considerando las dosis previamente aplicadas.
- Aplicación a la población de todas las vacunas del PVU, con énfasis en la aplicación de BCG, Hexavalente, Rotavirus, SRP, VPH, y vacuna contra COVID-19.

7.2 ACCIONES COMPLEMENTARIAS: PUESTA AL DÍA EN EL PROGRAMA RUTINARIO DE VACUNACIÓN

Durante la campaña de recuperación de cobertura se deben realizar acciones vacunación complementarias que permitan disminuir los rezagos en la cobertura de vacunación y disminuir las Oportunidades Pérdidas de Vacunación (OPDV), tales como:

- Revisión de las Cartillas Nacionales de Salud (CNS) de todas/todos las/los NNA y adultos para iniciar o completar los esquemas.
- Completar el esquema de 0 a 9 años de edad, a NN durante la campaña de recuperación de cobertura,
- Avanzar y completar el esquema de vacunación en la población blanco de la intervención.
- Deberá realizarse aplicación simultánea de otras vacunas incluidas en el PVU,
- Aplicación de vacuna SRP a NN de 1 a 9 años, sin distinción alguna que no hayan recibido ninguna dosis.
- Otras actividades por desarrollar durante la campaña, para prevenir la diseminación de sarampión en caso de introducción del virus al país:
 - Revisión de antecedentes de vacunación contra sarampión y rubéola en trabajadores de hasta 39 años de edad de aeropuertos internacionales y nacionales, trabajadores del turismo (hoteles, sitios de taxis, restaurantes de zonas turísticas y guías de turistas),
 - Revisión de antecedentes de vacunación contra sarampión y rubéola en personas privadas de la libertad en el sistema penitenciario y trabajadores que laboran en esos sitios de hasta 39 años de edad,
 - Revisión de antecedentes de vacunación contra sarampión y rubéola en personas en contexto de movilidad humana alojadas en albergues y trabajadores que laboran en esos sitios de hasta 39 años de edad*,
 - Se aplicarán las siguientes dosis de vacuna SR:
 1. Sin antecedente de vacunación: 2 dosis de SR con intervalo de 1 mes entre las mismas.

2. Antecedente de 1 dosis de SRP o de SR, aplicación de 1 dosis de SR.
3. Antecedente de dos o más dosis de SRP o de SR: No vacunar.

*NNA que residen en albergues. Se seguirá el mismo esquema de vacunación referido para población mexicana de 1 a 9 años y de 10 a 19 años.

- Aplicación de vacuna Hexavalente a niños y niñas de 18 meses de edad.
 - Otras actividades a desarrollar durante la campaña, para prevenir la diseminación de poliomielitis en caso de introducción del virus al país:
 - Vacunación antipoliomielítica en zonas con mayor flujo de personas en contexto de movilidad humana, con el mismo esquema de vacunación utilizado en población mexicana de 2 meses a 4 años de edad.

La transmisión de poliovirus silvestre tipo 1, continúa siendo endémica en Afganistán y Pakistán, por otra parte, los casos de poliovirus derivado de la vacuna oral Sabin tipo 1 (cVDPV1) y 2 (cVDPV2) se presentaron en forma epidémica en 2023 en diversos países de África. En el cuadro 4, se observan los nombres de estos países de donde hay antecedentes de migración a México en 2023.

Cuadro 4. Países con casos de poliomielitis parálitica por Poliovirus causal en 2023, y de los cuales hubo evidencia de migración regular o irregular a México en 2023.

Poliovirus silvestre tipo 1	cVDPV1	cVDPV2
Afganistán	Rep. Democrática del Congo	Israel
Pakistán	Mozambique	Indonesia
		Costa de Marfil
		Rep. Democrática Congo
		Tanzania
		Chad
		Sudán del Sur
		Mali
		Níger
		Guinea
		Mauritania
		Rep. Centro Africana
		Mozambique
		Somalia
		Yemen
		Kenia
		Nigeria
		Burundi
		Burkina Fasso
		Zambia
		Benín

Fuente: Unidad de Política Migratoria. Personas en situación migratoria irregular. Boletín Mensual de Estadísticas Migratorias 2023
Data in WHO HQ as of 16 Jan. 2024

- Debido al intenso flujo migratorio irregular en el país, a continuación, se describen, algunas características de este, las que deberán tomarse en cuenta para la

priorización de las actividades de aplicación de la vacuna Hexavalente durante la campaña de vacunación.

▪ **Principales rutas de migración irregular**

(https://portales.segob.gob.mx/work/models/PoliticaMigratoria/CEM/UPM/PEM/PEM_2014-2018.pdf)

- Ruta del Golfo de México
- Pacífico Sur
- Centro Golfo
- Centro Pacífico
- Pacífico Norte.
- **Vertiente del sur:** migración terrestre, que proviene del sur y del Istmo centroamericano.
- **Vertiente del Caribe:** proviene esencialmente de Cuba y República Dominicana. Usualmente llegan por vía marítima a Venezuela y caminan hacia Colombia, para seguir por la selva del Darién en Panamá, y continuar por los demás países centroamericanos, para entrar a México por Guatemala y en menor medida por Belice.
- **Rutas terrestres de internación al país:** Chiapas (principalmente región del Soconusco), Tabasco y en menor medida Quintana Roo. Entradas por Chiapas y Tabasco, se continúan por caminos vecinales que llevan a Tapachula, Palenque, Arriaga y Tenosique, principalmente.
- **Rutas terrestres posteriores:**
 - Ruta del Golfo es la más corta y la más transitada por población centroamericana y del Caribe.
 - Ruta del Pacífico es la más extensa, la usan principalmente los migrantes cuyo destino es el occidente de Estados Unidos (California principalmente).
- Aplicación de vacuna VPH a niñas que cursan el 5º, 6º grado de primaria y 1º grado de secundaria, así como a las niñas de 11, 12 y 13 años que no estén escolarizadas, mismas que forman parte de grupo blanco de la Campaña de mitigación de esquemas de vacunación contra el VPH, 2023. De igual forma, se podrá iniciar o completar esquemas de vacunación en mujeres y hombres cisgénero y transgénero de 11 a 49 años que viven con VIH.

Vacunación contra COVID-19

- Inmunización a NNA de 5-11 años que no han iniciado o completado el esquema primario.
- Aplicación de refuerzo a NNA a partir de los 5 años de edad con alguna comorbilidad y que tengan el antecedente de esquema primario previo.
- Aplicación de refuerzo con un intervalo mínimo de 4 meses de haber recibido una dosis previa de vacuna a población de 20 a 59 años de edad con comorbilidades de riesgo, personas adultas de 60 años y más, personal de la salud, y ~~personas~~ embarazadas en cualquier trimestre de la gestación. (idealmente a partir del segundo trimestre).

7.3 ESTIMACIÓN DE LA POBLACIÓN A VACUNAR

La población por vacunar durante la campaña se obtuvo de las proyecciones de la población de México por el Consejo Nacional de Población (CONAPO) 2016-2050, las cuáles fueron distribuidas con base en los acuerdos de responsabilidad institucional firmados a nivel nacional.

Cuadro 5. Población por edad y por institución a nivel estatal

ESTADO	Población por edad y por institución a nivel estatal									
	0 A 5 AÑOS					6 A 9 AÑOS				
	SSA	IMSS-O	IMSS-B	ISSSTE	SECTORIAL	SSA	IMSS-O	IMSS-B	ISSSTE	SECTORIAL
AGUASCALIENTES	9,167	14,089	0	1,108	24,364	5,981	9,938	0	1,004	16,923
BAJA CALIFORNIA	26,555	28,954	2180	1,124	58,813	15,258	23,037	1533	1,055	40,883
BAJA CALIFORNIA SUR	6,692	6,400	0	1,192	14,284	3,512	4,943	0	1,096	9,550
CAMPECHE	11,643	3,512	2164	573	17,893	6,572	3,137	1955	564	12,227
COAHUILA	24,148	31,342	2486	2,458	60,433	9,240	25,928	2609	2,352	40,128
COLIMA	6,292	5,376	0	1,756	13,424	3,669	4,146	0	1,390	9,205
CHIAPAS	77,297	8,757	37706	2,315	126,075	41,304	7,239	32883	2,118	83,544
CHIHUAHUA	32,607	26,057	2371	669	61,704	16,147	22,689	2961	720	42,517
CIUDAD DE MÉXICO	48,514	37,662	0	9,989	96,164	22,074	33,696	0	10,295	66,065
DURANGO	13,678	11,564	4413	2,150	31,804	7,395	9,412	3563	1,971	22,341
GUANAJUATO	74,951	30,273	0	3,197	108,421	46,202	25,954	0	3,189	75,345
GUERRERO	52,960	7,012	1675	3,105	64,753	34,687	5,477	1814	3,190	45,168
HIDALGO	33,195	7,236	8092	3,535	52,058	18,904	6,799	7199	3,380	36,282
JALISCO	84,520	51,556	0	2,220	138,296	48,649	45,957	0	2,214	96,819
ESTADO DE MÉXICO	204,856	54,781	2618	6,395	268,650	128,693	50,923	2387	5,687	187,689
MICHOACÁN	48,159	16,806	19255	3,231	87,451	27,303	13,282	16078	3,036	59,700
MORELOS	23,853	7,902	0	1,503	33,258	14,952	6,438	0	1,376	22,766
NAYARIT	13,006	6,074	2061	1,456	22,597	7,088	4,975	2529	1,375	15,968
NUEVO LEÓN	40,816	47,985	0	1,915	90,716	22,917	37,089	0	1,406	61,411
OAXACA	42,954	6,882	17843	3,292	70,971	22,308	5,840	17603	3,125	48,877
PUEBLA	76,572	17,566	19352	2,129	115,619	44,740	14,875	17558	2,039	79,212
QUERÉTARO	23,672	14,576	0	1,004	39,251	13,569	12,519	0	844	26,932
QUINTANA ROO	17,956	11,355	0	1,201	30,513	10,854	8,760	0	1,180	20,794
SAN LUIS POTOSÍ	23,476	14,690	7981	1,875	48,022	11,101	12,174	7926	1,632	32,833
SINALOA	21,869	19,470	5082	3,092	49,513	11,900	15,259	4051	2,781	33,990
SONORA	28,509	19,653	0	1,446	49,609	15,539	17,270	0	1,312	34,120
TABASCO	36,552	7,356	0	982	44,890	23,655	6,161	0	1,032	30,847
TAMAULIPAS	35,729	20,809	1991	2,456	60,985	17,502	17,942	3343	2,169	40,956
TLAXCALA	18,027	4,624	0	929	23,580	11,574	3,796	0	879	16,249
VERACRUZ	87,184	22,423	21730	3,549	134,886	50,763	21,435	18919	3,328	94,444
YUCATÁN	14,389	12,420	6897	1,096	34,802	7,168	9,987	5851	971	23,978
ZACATECAS	13,372	8,483	6958	1,322	30,135	7,224	6,543	5797	1,183	20,747
NACIONAL	1,273,170	583,644	172854	74,262	2,103,930	728,442	493,615	156561	69,892	1,448,509

Fuentes:

Proyecciones de la población de México del Consejo Nacional de Población (CONAPO) 2016-2050, consultado el 22 de enero de 2024.

IMSS OBLIGATORIO: De 0 a 7 años, Población de Responsabilidad Institucional determinada por Delegaciones; De 8 años en adelante, Padrón de Beneficiarios del Programa IMSS-BIENESTAR 2024.

IMSS BIENESTAR: De 0 a 7 años, Población de Responsabilidad Institucional determinada por Delegaciones para el Ejercicio 2020; De 8 años en adelante, Padrón de Beneficiarios del Programa IMSS-BIENESTAR 2024.

Cuadro 6. Estimación de la población de 1 a 9 años de edad, a vacunar contra Sarampión, Rubéola y Parotiditis.

ENTIDAD FEDERATIVA	META PRIMERAS DOSIS SRP	META SEGUNDA DOSIS SRP 18 MESES	META SEGUNDAS DOSIS SRP 6 AÑOS	META REZAGADOS PRIMERA DOSIS SRP A 6 AÑOS	META REZAGADOS SEGUNDA DOSIS SRP 18 MESES DE 2 A 3 AÑOS	META TOTAL PRIMERAS DOSIS	META TOTAL SEGUNDAS DOSIS	META 7 A 9 AÑOS	GRAN TOTAL	META TOTAL SR 10 A 19 AÑOS
Aguascalientes	4,317	2,611	4,857	5,408	14,619	9,725	22,087	3,828	35,640	26,635
Baja California	13,954	8,060	19,604	13,128	35,340	27,082	63,003	9,220	99,306	62,138
Baja California Sur	2,940	1,692	2,918	3,151	8,573	6,091	13,183	2,148	21,422	13,884
Campeche	3,875	2,369	3,739	3,965	10,739	7,840	16,847	2,758	27,445	17,679
Coahuila de Zaragoza	15,467	8,788	14,175	13,323	36,266	28,789	59,229	9,002	97,021	56,498
Colima	3,393	1,957	3,520	2,978	8,056	6,370	13,533	2,075	21,978	13,574
Chiapas	27,438	22,384	34,679	27,648	75,608	55,086	132,671	18,807	206,564	117,720
Chihuahua	16,224	9,500	17,577	13,695	37,024	29,920	64,101	9,593	103,614	66,388
Ciudad de México	20,464	14,950	17,600	21,276	57,675	41,740	90,225	14,908	146,873	112,304
Durango	6,670	4,513	7,283	7,047	19,069	13,717	30,865	5,076	49,658	34,749
Guanajuato	20,484	13,088	20,040	24,118	65,032	44,602	98,160	17,011	159,773	112,554
Guerrero	13,711	8,986	16,619	14,371	38,836	28,082	64,441	10,226	102,749	68,964
Hidalgo	11,498	6,717	9,645	11,586	31,217	23,083	47,578	8,193	78,855	55,367
Jalisco	32,902	22,475	40,208	30,805	82,954	63,707	145,637	21,876	231,221	147,784
México	55,828	37,409	64,836	59,949	161,166	115,777	263,411	42,344	421,532	289,605
Michoacán de Ocampo	18,625	12,206	22,109	19,317	52,467	37,943	86,781	13,487	138,210	87,989
Morelos	7,371	4,471	8,066	7,383	19,959	14,754	32,496	5,126	52,375	33,957
Nayarit	5,314	3,293	5,419	5,037	13,552	10,351	22,264	3,618	36,232	23,788
Nuevo León	16,245	12,163	15,498	20,028	54,424	36,273	82,085	13,843	132,201	94,183
Oaxaca	16,039	10,949	17,781	15,714	42,562	31,753	71,292	11,044	114,089	75,678
Puebla	25,148	16,002	29,881	25,584	69,347	50,733	115,230	17,880	183,843	121,209
Querétaro Arteaga	9,046	5,381	10,707	8,713	23,559	17,759	39,648	6,072	63,479	40,525
Quintana Roo	7,252	4,344	8,071	6,787	18,324	14,039	30,739	4,675	49,453	30,547
San Luis Potosí	8,503	5,474	8,805	10,664	28,819	19,167	43,098	7,386	69,650	50,092
Sinaloa	10,992	7,456	10,703	10,957	29,708	21,950	47,866	7,678	77,494	53,596
Sonora	12,112	7,366	11,753	10,984	29,766	23,096	48,885	7,710	79,692	53,017
Tabasco	9,733	6,043	9,752	9,923	26,922	19,655	42,717	6,975	69,347	45,899
Tamaulipas	14,347	8,592	14,458	13,411	36,561	27,758	59,611	9,229	96,597	62,404
Tlaxcala	4,599	2,745	4,949	5,237	14,143	9,835	21,837	3,663	35,335	24,658
Veracruz de Ignacio de la Llave	30,465	19,166	33,636	30,042	80,909	60,507	133,712	21,345	215,564	142,477
Yucatán	7,846	5,140	7,848	7,729	20,883	15,575	33,871	5,407	54,853	37,196
Zacatecas	5,804	3,944	5,489	6,671	18,071	12,475	27,505	4,688	44,668	30,830
NACIONAL	458,607	300,233	502,226	466,628	1,262,148	925,235	2,064,607	326,888	3,316,730	2,203,884

Fuente: Proyecciones de la población de México del Consejo Nacional de Población (CONAPO) 2016-2050, consultado el 22 de enero de 2024.

Cuadro 7. Estimación de la población de 0 a 4 años a vacunar con Hexavalente.

ENTIDAD FEDERATIVA	META EN NN MENORES DE 1 AÑO				NIÑOS DE 1 AÑO META HEX 4	META EN NN REZAGADOS DE 1 A 4 AÑOS					META 0 A 4 AÑOS GRAN TOTAL
	META HEX 1	META HEX 2	META HEX 3	TOTAL META HEXA		META HEX1	META HEX2	META HEX3	META HEX4	TOTAL	
Aguascalientes	9,576	8,916	9,637	28,129	11,385	9,829	9,829	9,829	7,372	36,860	76,374
Baja California	12,221	12,620	12,805	37,646	14,777	11,548	11,548	11,548	8,661	43,306	95,729
Baja California Sur	2,426	2,699	3,001	8,127	3,253	2,845	2,845	2,845	2,134	10,669	22,048
Campeche	4,175	4,100	4,034	12,309	3,888	3,544	3,544	3,544	2,658	13,291	29,488
Coahuila de Zaragoza	17,220	17,431	17,777	52,428	17,410	12,052	12,052	12,052	9,039	45,195	115,033
Colima	3,229	3,150	3,433	9,812	3,356	2,657	2,657	2,657	1,992	9,962	23,130
Chiapas	26,353	29,561	32,197	88,111	34,648	25,298	25,298	25,298	18,974	94,868	217,627
Chihuahua	12,979	13,615	14,221	40,815	16,209	12,203	12,203	12,203	9,152	45,760	102,784
Ciudad de México	16,607	17,368	19,677	53,652	19,628	19,111	19,111	19,111	14,333	71,666	144,946
Durango	7,584	7,584	7,584	22,752	8,403	6,302	6,302	6,302	4,727	23,634	54,789
Guanajuato	18,308	18,229	19,607	56,144	22,194	21,375	21,375	21,375	16,031	80,156	158,495
Guerrero	12,696	14,097	15,195	41,988	15,298	12,806	12,806	12,806	9,605	48,023	105,308
Hidalgo	12,002	11,353	11,061	34,416	12,023	10,258	10,258	10,258	7,694	38,468	84,906
Jalisco	22,715	23,221	28,245	74,181	32,119	27,229	27,229	27,229	20,422	102,110	208,409
México	45,173	46,477	52,934	144,584	60,378	52,751	52,751	52,751	39,563	197,816	402,777
Michoacán de Ocampo	17,585	18,236	16,262	52,084	18,519	17,395	17,395	17,395	13,046	65,232	135,834
Morelos	7,800	8,086	8,314	24,200	8,604	6,577	6,577	6,577	4,932	24,662	57,466
Nayarit	4,840	4,587	4,911	14,338	5,308	4,444	4,444	4,444	3,333	16,664	36,310
Nuevo León	16,004	15,036	16,140	47,180	16,809	18,058	18,058	18,058	13,544	67,718	131,706
Oaxaca	14,282	14,159	13,948	42,389	16,637	14,075	14,075	14,075	10,556	52,780	111,806
Puebla	21,089	20,946	21,632	63,668	24,517	22,949	22,949	22,949	17,212	86,059	174,244
Querétaro Arteaga	7,989	8,143	8,865	24,996	9,948	7,759	7,759	7,759	5,820	29,098	64,042
Quintana Roo	6,092	6,271	6,688	19,051	7,282	6,014	6,014	6,014	4,511	22,553	48,886
San Luis Potosí	8,594	8,441	8,441	25,476	8,942	9,492	9,492	9,492	7,119	35,596	70,014
Sinaloa	9,576	8,916	9,637	28,129	11,385	9,829	9,829	9,829	7,372	36,860	76,374
Sonora	11,540	11,846	13,021	36,407	13,293	9,840	9,840	9,840	7,380	36,902	86,601
Tabasco	7,652	7,975	7,518	23,145	9,643	8,922	8,922	8,922	6,692	33,458	66,247
Tamaulipas	14,287	14,272	14,899	43,457	15,338	12,201	12,201	12,201	9,151	45,755	104,550
Tlaxcala	4,135	3,927	3,967	12,029	4,925	4,659	4,659	4,659	3,494	17,471	34,424
Veracruz de Ignacio de la Llave	32,163	31,307	31,702	95,172	32,988	26,559	26,559	26,559	19,919	99,595	227,754
Yucatán	6,765	6,611	6,841	20,217	7,820	6,878	6,878	6,878	5,158	25,791	53,828
Zacatecas	5,917	5,567	5,902	17,386	6,521	5,978	5,978	5,978	4,484	22,419	46,327
NACIONAL	419,574	424,745	450,098	1,294,417	493,453	421,438	421,438	421,438	316,078	1,580,391	3,368,261

Fuente: Proyecciones de la población de México del Consejo Nacional de Población (CONAPO) 2016-2050, consultado el 22 de enero de 2024.

Cuadro 8. Estimación de la población a vacunar contra el VPH, nivel sectorial (Considerando que el esquema es de dosis única, no incluye a las adolescentes con al menos una dosis aplicada previamente).

ENTIDAD FEDERATIVA	META CAMPAÑA 2024*
AGUASCALIENTES	12,754
BAJA CALIFORNIA	39,515
BAJA CALIFORNIA SUR	7,517
CAMPECHE	4,498
CHIAPAS	72,424
CHIHUAHUA	45,545
CIUDAD DE MÉXICO	41,033
COAHUILA	45,814
COLIMA	5,886
DURANGO	16,627
GUANAJUATO	18,811
GUERRERO	36,317
HIDALGO	11,444
JALISCO	108,273
MÉXICO	118,736
MICHOACÁN	48,178
MORELOS	13,196
NAYARIT	11,953
NUEVO LEÓN	35,337
OAXACA	35,517
PUEBLA	28,518
QUERETARO	18,552
QUINTANA ROO	26,691
SAN LUIS POTOSÍ	21,505
SINALOA	27,013
SONORA	27,227
TABASCO	14,593
TAMAULIPAS	42,378
TLAXCALA	3,144
VERACRUZ	72,610
YUCATÁN	15,968
ZACATECAS	12,367
TOTAL	1,039,941

*Corresponde a las dosis faltantes por aplicar en la Campaña de mitigación del rezago de esquemas de vacunación contra el VPH, 2023; asumiendo que en los meses de enero a marzo de 2024 se logre un avance del 10% adicional

Fuente: Proyecciones de la población de México del Consejo Nacional de Población (CONAPO) 2016-2050, consultado el 22 de enero de 2024.

Cuadro 9. Estimación de la población a población a contactar y potencialmente a vacunar de 0 a 5 años, con el resto de los biológicos del programa de vacunación universal (no incluye a las NN que tengan esquema completo para la edad).

ESTADO	0 A 5 AÑOS									
	SSA (INCLUYE OPD IMSS-BIENESTAR EN LOS ESTADOS DONDE APLICA)		IMSS-O		P. IMSS-B		ISSSTE		SECTORIAL	
	POBLACIÓN ANUAL	POBLACIÓN BLANCO PARA ABRIL Y MAYO	POBLACIÓN ANUAL	POBLACIÓN BLANCO PARA ABRIL Y MAYO	POBLACIÓN ANUAL	POBLACIÓN BLANCO PARA ABRIL Y MAYO	POBLACIÓN ANUAL	POBLACIÓN BLANCO PARA ABRIL Y MAYO	POBLACIÓN ANUAL	POBLACIÓN BLANCO PARA ABRIL Y MAYO
AGUASCALIENTES	55,003	9,167	84,536	14,089	0	0	6,647	1,108	146,186	24,364
BAJA CALIFORNIA	159,330	26,555	173,722	28,954	13,080	2,180	6,743	1,124	352,875	58,813
BAJA CALIFORNIA SUR	40,149	6,692	38,401	6,400	0	0	7,152	1,192	85,702	14,284
CAMPECHE	69,860	11,643	21,072	3,512	12,985	2,164	3,438	573	107,355	17,893
COAHUILA	144,886	24,148	188,053	31,342	14,913	2,486	14,746	2,458	362,598	60,433
COLIMA	37,753	6,292	32,257	5,376	0	0	10,533	1,756	80,543	13,424
CHIAPAS	463,784	77,297	52,539	8,757	226,235	37,706	13,891	2,315	756,449	126,075
CHIHUAHUA	195,644	32,607	156,343	26,057	14,227	2,371	4,011	669	370,225	61,704
CIUDAD DE MÉXICO	291,082	48,514	225,972	37,662	0	0	59,932	9,989	576,986	96,164
DURANGO	82,066	13,678	69,382	11,564	26,476	4,413	12,899	2,150	190,823	31,804
GUANAJUATO	449,703	74,951	181,640	30,273	0	0	19,181	3,197	650,524	108,421
GUERRERO	317,762	52,960	42,073	7,012	10,050	1,675	18,630	3,105	388,515	64,753
HIDALGO	199,167	33,195	43,416	7,236	48,554	8,092	21,211	3,535	312,348	52,058
JALISCO	507,119	84,520	309,333	51,556	0	0	13,321	2,220	829,773	138,296
ESTADO DE MÉXICO	1,229,135	204,856	328,686	54,781	15,707	2,618	38,370	6,395	1,611,898	268,650
MICHOACÁN	288,956	48,159	100,835	16,806	115,531	19,255	19,386	3,231	524,708	87,451
MORELOS	143,119	23,853	47,411	7,902	0	0	9,019	1,503	199,549	33,258
NAYARIT	78,039	13,006	36,441	6,074	12,364	2,061	8,736	1,456	135,580	22,597
NUEVO LEÓN	244,895	40,816	287,911	47,985	0	0	11,487	1,915	544,293	90,716
OAXACA	257,723	42,954	41,292	6,882	107,060	17,843	19,751	3,292	425,826	70,971
PUEBLA	459,432	76,572	105,395	17,566	116,113	19,352	12,775	2,129	693,715	115,619
QUERÉTARO	142,029	23,672	87,458	14,576	0	0	6,021	1,004	235,508	39,251
QUINTANA ROO	107,735	17,956	68,132	11,355	0	0	7,208	1,201	183,075	30,513
SAN LUIS POTOSÍ	140,856	23,476	88,140	14,690	47,887	7,981	11,248	1,875	288,131	48,022
SINALOA	131,216	21,869	116,819	19,470	30,490	5,082	18,554	3,092	297,079	49,513
SONORA	171,055	28,509	117,919	19,653	0	0	8,677	1,446	297,651	49,609
TABASCO	219,314	36,552	44,136	7,356	0	0	5,890	982	269,340	44,890
TAMAULIPAS	214,376	35,729	124,855	20,809	11,946	1,991	14,733	2,456	365,910	60,985
TLAXCALA	108,161	18,027	27,742	4,624	0	0	5,575	929	141,478	23,580
VERACRUZ	523,107	87,184	134,536	22,423	130,377	21,730	21,295	3,549	809,315	134,886
YUCATÁN	86,333	14,389	74,521	12,420	41,384	6,897	6,576	1,096	208,814	34,802
ZACATECAS	80,230	13,372	50,897	8,483	41,747	6,958	7,934	1,322	180,808	30,135
NACIONAL	7,639,019	1,273,170	3,501,865	583,645	1,037,126	172,855	445,570	74,264	12,623,580	2,103,934

Fuentes: Proyecciones de la población de México del Consejo Nacional de Población (CONAPO) 2016-2050, consultado el 22 de enero de 2024.

IMSS OBLIGATORIO: Población de Responsabilidad Institucional

IMSS BIENESTAR: De 0 a 7 años, Población de Responsabilidad Institucional determinada por Delegaciones para el Ejercicio 2020; De 8 años en adelante, Padrón de Beneficiarios del Programa IMSS-BIENESTAR 2024.

ISSSTE: Subdirección de Afiliación y Vigencia de Derechos

8. DURACIÓN Y ALCANCE

La campaña de recuperación de cobertura se realizará del 01 de abril al 31 de mayo del 2024 (cuadro 10), para lo que se han establecido las siguientes metas de cumplimiento por semana.

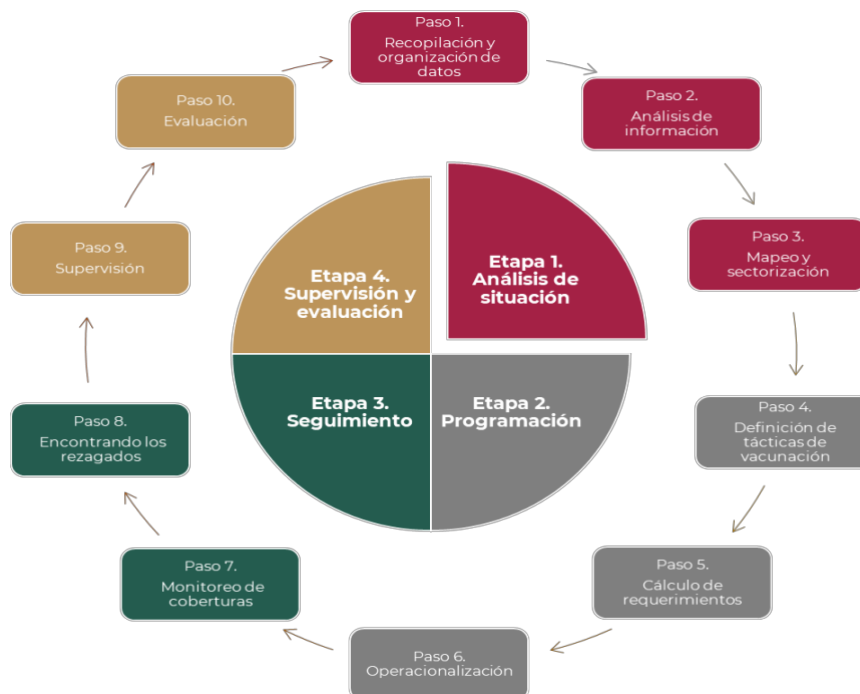
Cuadro 10. Cumplimiento de metas de aplicación de la vacuna por semana

Primera semana	Segunda semana	Tercera semana	Cuarta semana	Quinta semana	Sexta semana	Séptima semana	Octava semana	Total
20%	20%	15%	15%	12%	8%	5%	5%	100%

9. MICROPLANIFICACIÓN

A partir de la planificación estatal y local por entidad federativa, se realizará un ejercicio de microplanificación a nivel jurisdiccional/distrital y municipal, para determinar las necesidades, disponibilidad y requerimientos de los recursos en el nivel local, asegurar el acceso a la vacunación de la población meta y una amplia participación de la comunidad siguiendo el ejemplo de la Guía Práctica de Microplanificación para Campañas de Seguimiento de Vacunación, actualizada bajo el nombre de **Guía para Microplanificación de la Campaña de Recuperación de Coberturas de Vacunación, con énfasis en prevención del Sarampión, Rubéola y Poliomiélitis**, véase Anexo 1. (Figura 9).

Figura 9. Proceso de microplanificación



Fuente: Campaña microplanificación 2021

Según proceda, podría ser reajustadas las poblaciones de acuerdo con la responsabilidad institucional, se establecerán las estrategias de vacunación específicas del nivel local integrándose en el nivel municipal (véase Anexo 2).

10. CAPACITACIÓN

Capacitación virtual sobre planificación y microplanificación a los miembros de SNSP y a los responsables estatales del PVU.

La capacitación se realizará de forma virtual con talleres teórico-prácticos con la colaboración de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) e incluirá los siguientes temas:

- Generalidades de las Campañas de Vacunación de alta calidad.
- Revisión de los Lineamientos Generales de la Campaña de Vacunación.
- Generalidades del proceso de microplanificación.
- Taller de microplanificación de la Campaña de Vacunación.
- Monitoreo Rápido de Vacunación

11. REGISTRO DE ACTIVIDADES

El registro de dosis aplicadas de las vacunas SRP, SR, Hexavalente se realizará en plataformas específicas con la finalidad de contar con información semanal del avance de la campaña, así como continuar con la captura de información de las vacunas VPH y COVID-19 en el sitio <http://siscensia.salud.gob.mx/>.

El CENSIA realizará cortes de información semanales todos los viernes a las 14:00 horas de la Ciudad de México, por lo que se deberá actualizar esta información a más tardar a las 12:00 horas de esos días, con la finalidad de emitir informes y a partir de ellos conocer, de forma ágil, el avance en las actividades. El acuerdo nacional es que las Instituciones de Salud actualizarán la información semanalmente hasta el nivel de unidad médica u Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada, pudiendo implementar centros regionales de captura. El informe de seguimiento, será enviado semanalmente a las entidades federativas e instituciones del Sector Salud.

El registro ordinario de todos los biológicos se realizará como habitualmente se hace en el sistema SINBA-SIS o sistemas de información oficiales de cada institución del Sector Salud.

12. VACUNACIÓN SEGURA

12.1 EVENTOS SUPUESTAMENTE ATRIBUIBLES A VACUNACIÓN O INMUNIZACIÓN

Los Eventos Supuestamente Atribuibles a Vacunación o Inmunización (ESAVI), se refieren a cualquier efecto clínico temporalmente atribuible a la vacunación (en general en los primeros 30 días posteriores a la aplicación del o de los biológicos) y que puede o no, tener una relación causal con la vacunación. Véase **Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica de Eventos Supuestamente Atribuibles a la Vacunación o Inmunización (ESAVI)** de la Dirección General de Epidemiología.

Durante la aplicación de las vacunas, se comunicará a las personas los posibles efectos secundarios a la vacunación, y se recomendará acudir a la unidad de salud más cercana para la atención médica, en caso de requerirse.

13. SUPERVISIÓN

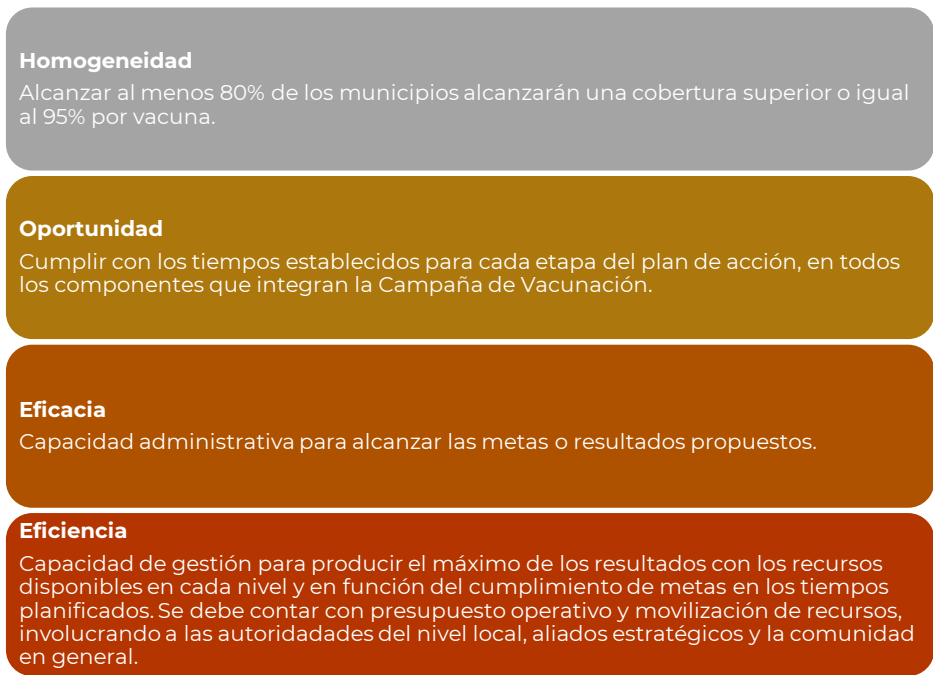
Se realizará durante todas las etapas de la Campaña de Vacunación a fin de evaluar la organización, planeación, coordinación, normatividad, programación, capacitación, organización de los equipos y ejecución de la campaña.

La supervisión se realizará en los niveles estatal, delegacional, jurisdiccional/distrital, unidades de salud y brigadas. Se deberá contar con un plan de trabajo, cronograma y rutas de supervisión.

14. EVALUACIÓN

La campaña se regirá por criterios de homogeneidad, oportunidad, eficacia y eficiencia (Figura 10).

Figura 10. Criterios para Campañas de Vacunación.



Fuente: Guía Práctica de Microplanificación 2021 para Campañas de Seguimiento de Vacunación 2024.

Indicadores de evaluación (cuadro 11)

Cuadro 11. Indicadores para la evaluación de la campaña.

Criterio	Indicador	Cálculo	Valor esperado	Nivel aplicación
EFICACIA	1.- Cobertura de vacunación de acuerdo al grupo de edad	Ejemplo: (Dosis de cada vacuna aplicada a niñas y niños de 1 a 4 años / Total de la población de 1 a 4 años de edad a vacunar durante la campaña) x 100	≥ 95%	Nacional Estatal Municipal
	2.- Porcentaje de Monitoreo Rápido de Vacunación (MRV)	Ejemplo* (MRV en población de 1 a 4 años con resultado ≥ 95% / Total de MRV en población de 1 a 4 años) x 100 *Por cada uno de las localidades que participan en el monitoreo	100%	Nacional Estatal Municipal
HOMOGENEIDAD	3.- Cobertura de vacunación por edades simples	Ejemplo (Dosis aplicadas por edad simple (1, 2, 3 y 4 años) / Población meta por edad simple) x 100	≥ 95%	Nacional Estatal Municipal
EFICIENCIA	4.- Porcentaje de municipios con microplanificación	(Municipios con microplanificación y que realizaron la campaña / Total de municipios con micro planificación aprobada) x 100	100%	Nacional Estatal
OPORTUNIDAD	5.- Oportunidad en microplanificación	(Municipios que realizaron la microplanificación 4 semanas previas al inicio de la campaña / Total de municipios) x 100	100%	Nacional Estatal
	6.- Abastecimiento de vacuna e insumos	(Municipios abastecidos con el 100% de la vacuna e insumos para población meta, 2 semanas previas al inicio de la campaña / Total de municipios) x 100	100%	Nacional Estatal
	7.- Cumplimiento de la meta de cobertura en el tiempo establecido.	(Número de municipios que alcanzaron cobertura ≥ 95% en las 9 semanas de campaña / Total de municipios) x 100	100%	Nacional Estatal
	8.- Reporte semanal de información	(Número de municipios y estados que reportaron semanalmente y en forma oportuna / Total de municipios y estados) x 100	100%	Nacional Estatal

* El tiempo para el cumplimiento de los indicadores podría cambiar dependiendo de las condiciones epidemiológicas y de la ocurrencia de contingencias ambientales.

Fuente: Lineamientos Generales del Programa de Vacunación Universal 2024

15. VACUNACIÓN SIMULTÁNEA FRONTERIZA BINACIONAL

Con la finalidad de reforzar la inmunidad poblacional en la frontera sur de México y norte de Guatemala y Belice, se realizará vacunación simultánea fronteriza binacional en los límites de Chiapas con Guatemala y de Quintana Roo con Belice, con apego al esquema de vacunación vigente en cada país.

16. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Cuadro 12. Indicadores para la evaluación de la campaña.

Actividad	Enero 2024	Feb 2024	Marzo 2024	Abril 2024	Mayo 2024	Junio 2024
PLANEACIÓN						
Definición periodo de campaña, grupo blanco y estimación de población.						
Adquisición, distribución de la vacuna y de los insumos necesarios para la campaña.						
Elaboración de lineamientos y documentos técnicos.						
Presentación y aprobación de lineamientos y documentos técnicos por representantes de las instituciones del sector salud en la reunión del GTI						
PREPARACIÓN						
Capacitación del personal operativo en todos los niveles.						
Elaboración de microplanificación						
Elaboración de materiales gráficos, mensajes y estrategias de difusión para la campaña						
Distribución y seguimiento de insumos y material de campaña						
EJECUCIÓN						
Vacunación a la población meta						
Supervisión técnica						
Monitoreo Rápido de Vacunación						
EVALUACIÓN						
Seguimiento semanal de indicadores de campaña						
Elaboración del informe final de campaña						

17. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE LAS VACUNAS DISPONIBLES.

- Manual de Vacunación 2021
https://drive.google.com/file/d/19am3cMC-88a28OxUjb1OO34vO_jLkFh3/view
- Lineamientos Generales del Programa de Vacunación Universal 2024
<https://www.gob.mx/salud%7Ccensia/documentos/lineamientos-generales-2024>
- Guías prácticas de vacunación COVID
https://coronavirus.gob.mx/wpcontent/uploads/2021/01/Guia_Vx_Docencia_22Ene2021.pdf
https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2021/03/GTApp_Pfizer_050321.pdf
https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2021/03/GTApp_Sinovac_050321.pdf
https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2021/03/GTApp_SputnikV_050321.pdf
https://coronavirus.gob.mx/wpcontent/uploads/2021/03/GTApp_AstraZeneca_050321.pdf
https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2021/03/GTApp_Cansino_16Mar2021.pdf

18. ANEXOS

- Anexo 1. Guía para Microplanificación de la Campaña de Recuperación de Coberturas de Vacunación, con énfasis en prevención del Sarampión, Rubéola y Poliomielitis, México 2024
- Anexo 2. Metas de vacunación por Entidad federativa, Jurisdicción y Municipio
 - 2.1 Metas vacuna hexavalente
 - 2.2 Metas vacunas SRP Y SR

19. VALIDACIÓN

Dr. José Luis Díaz Ortega

Director General del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia
CENSIA-Secretaría de Salud

Dra. Samantha Gaertner Barnad

Directora del Programa de Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia
CENSIA-Secretaría de Salud

Dr. Ernesto Krug Llamas
Titular de la Coordinación de Unidades de
Primer Nivel
IMSS-OBLIGATORIO

Dra. Lucy Isabel Morales Márquez
Jefa de División de Prevención y
Detección de Enfermedades IMSS-
OBLIGATORIO

Dr. Leopoldo García Velasco
Jefe de Área de Enfermedades
Prevenibles por Vacunación
IMSS-OBLIGATORIO

Dr. Jonathan Max Melgoza Salazar
Coordinador de Atención Integral a la
Salud
Programa IMSS-BIENESTAR

Dra. Ivonne Mejía Rodríguez
Jefa de Área de Prevención y Detección
de Enfermedades
Programa IMSS-Bienestar


Dr. Alejandro Federico Juárez Parres
Coordinador de Vacunas y Vigilancia
Epidemiológica
PEMEX

Dra. Vanessa Lizette Vizcarra Munguía
Subdirectora de Prevención y Protección
a la Salud
ISSSTE

Dr. Juan Carlos Banda Manilla
Jefe del Departamento de Vacunación
ISSSTE

**Gral. Bns. M.C. Gabriel Hernández
García**
Director General de Sanidad
SEDENA

Tte. Enfra. Yamileth Mendez Torres
Encargada del Programa de Vacunación
Universal
SEDENA




**Contralmirante SSN. MCN. Hemat. Ped.
Roberto Mar Aldana**
Director General Adjunto de Sanidad
Naval
SEMAR



**Tte. Frag. SSN. MC. David de los Santos
Crespo**
Jefe del Departamento de Medicina
Preventiva
SEMAR



Dr. José Misael Hernández Carrillo
Coordinador de Epidemiología
Servicios de Salud IMSS-BIENESTAR



Dr. Jan Jacobo Gutierrez Sereno
Jefe de la División de Prevención y
Protección Específica
Servicios de Salud IMSS-BIENESTAR