

LINEAMIENTOS TÉCNICOS OPERATIVOS **VACUNACIÓN ANTIINFLUENZA**

Departamento de Inmunizaciones
División de Prevención y Control de Enfermedades
Subsecretaría de Salud Pública

2026



Responsables

Dra. Elizabeth López Tagle

Jefa División de Prevención y Control de Enfermedades

Marcela Avendaño Viguera

Jefa Departamento de Inmunizaciones (S)
División de Prevención y Control de Enfermedades

Christián Saavedra Gajardo

Enfermero Coordinador Campaña de Vacunación Influenza
Departamento de Inmunizaciones
División de Prevención y Control de Enfermedades

Autores

Gonzalo Bustos López	- Enfermero, Departamento de Inmunizaciones, MINSAL
Patricia Cabezas Olivares	- Enfermera, Departamento de Inmunizaciones, MINSAL
Wladimir Casanova Mansilla	- Enfermero, Departamento de Inmunizaciones, MINSAL
M^a Ignacia Castellano Yáñez	- Enfermera, Departamento de Inmunizaciones, MINSAL
Danae Garabito Rosales	- Enfermera, Departamento de Inmunizaciones, MINSAL
Siusee Lee Palominos	- Enfermera, Departamento de Inmunizaciones, MINSAL
Paulina Muñoz Cortes	- Enfermera, Departamento de Inmunizaciones, MINSAL
Marcela Rivas Iglesias	- Enfermera, Departamento de Inmunizaciones, MINSAL
Leslie Soto Sandoval	- Enfermera, Departamento de Inmunizaciones, MINSAL
Camila Rojas González	- Químico Farmacéutico, Departamento de Inmunizaciones, MINSAL
Felipe Muñoz Pérez	- Ing. Comercial, Departamento de Inmunizaciones, MINSAL
Tamara Astudillo Concha	- Ing. Civil Industrial, Departamento de Inmunizaciones, MINSAL

Colaboradores

Nathalie Silva Pizarro	- Enfermera, Departamento de Gestión de Cuidados Integrales en Salud, División de Atención Primaria (DIVAP), MINSAL
-------------------------------	---

Editor documental

Christián Saavedra Gajardo	- Enfermero, Departamento de Inmunizaciones, MINSAL
-----------------------------------	---

ÍNDICE

I. ABREVIATURAS	4
II. ANTECEDENTES	5
a) Generalidades	5
b) Recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS)	6
c) Situación Epidemiológica Mundial	7
d) Situación Epidemiológica en Chile	8
III. CAMPAÑA DE VACUNACIÓN 2026	10
Objetivos	10
Población objetivo	10
Otras vacunas indicadas para población objetivo	13
Cálculo de la población objetivo	13
Inicio de la campaña	14
Meta de cobertura	14
Monitoreo de cobertura	14
IV. CARACTERÍSTICAS DE LA VACUNA DISPONIBLE TEMPORADA 2026	15
V. ORGANIZACIÓN Y PLANIFICACIÓN	19
VI. ESTRATEGIAS DE VACUNACIÓN	23
VII. SEGURIDAD DE LA VACUNACIÓN	27
a) Vigilancia de ESAVI	28
b) Vigilancia de EPRO	31
c) Técnica de preparación y administración de la vacuna	40
d) Manejo de reacciones post vacunación	43
VIII. ABASTECIMIENTO	49
IX. CADENA DE FRÍO	53
X. SISTEMA DE CONTROL DE INVENTARIO (SCI)	57
XI. SISTEMA DE INFORMACIÓN - REGISTRO NACIONAL DE INMUNIZACIONES (RNI)	59
XII. ASPECTOS COMUNICACIONALES	65
XIII. CAPACITACIÓN	68
XIV. SUPERVISIÓN	70
XV. FISCALIZACIÓN	72
XVI. INFORME REGIONAL CAMPAÑA INFLUENZA	73
XVII. ANEXOS	74
ANEXO N°1. GUÍA PARA LA MICRO-PLANIFICACIÓN DE LA CAMPAÑA DE VACUNACIÓN	75
ANEXO N°2. FORMULARIO REGISTRO NACIONAL DE INMUNIZACIONES	79
ANEXO N°3. PAUTA SUPERVISIÓN PUNTOS DE VACUNACIÓN	80
ANEXO N°4. PLAN COMUNICACIONAL REGIONAL ESTRATEGIA VACUNACIÓN	82
ANEXO N°5. REGISTRO DE RESPALDO A RECHAZO DE VACUNACIÓN	83

I. ABREVIATURAS

APS	Atención Primaria en Salud
CAE	Centro Atención Especialidades
CIP	Contenedor Isotérmico Pasivo
CENABAST	Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud
CONAF	Corporación Nacional Forestal
DEIS	Departamento de Estadísticas e Información en Salud
DVI	Depósito de Vacunas e Inmunoglobulinas
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
EPRO	Errores Programáticos
ESAVI	Eventos Supuestamente Atribuidos a la Vacunación
ETI	Enfermedad Tipo Influenza
FFAA	Fuerzas Armadas
FVV	Farmacovigilancia de Vacunas
INE	Instituto Nacional de Estadística
IRAG	Infección Respiratoria Aguda Grave
ISP	Instituto de Salud Pública
JUNJI	Junta Nacional Jardines Infantiles
MINSAL	Ministerio de Salud
MRC	Monitoreo Rápido de Cobertura
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PDI	Policía de Investigaciones de Chile
PNI	Programa Nacional de Inmunizaciones
POE	Procedimiento Operativo Estandarizado
REAS	Manejo de Residuos de Establecimientos de Atención de Salud
RNI	Registro Nacional Inmunizaciones
SAMU	Servicio de Atención Médica de Urgencia
SCI	Sistema de Control de Inventario
SE	Semana Epidemiológica
SENAMA	Servicio Nacional del Adulto Mayor
SENAME	Servicio Nacional de Menores
SENAPRED	Servicio Nacional de Prevención y Respuesta ante Desastres
SEREMI	Secretaría Regional Ministerial
SFVV	Sección de Farmacovigilancia de Vacunas
SGC	Sistema de Gestión de la Calidad
SOME	Servicio de Orientación Médica Estadística
SS	Servicio de Salud
SSP	Subsecretaría de Salud Pública
TBC	Tuberculosis
UR	Unidades Refrigerantes

II. ANTECEDENTES

El objetivo del presente documento es establecer protocolos técnicos y operativos para el desarrollo de la campaña de vacunación antiinfluenza en la población definida como objetivo para el año 2026, fortaleciendo las acciones del Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI).

a. Generalidades

La influenza es una enfermedad respiratoria viral e infecciosa, causada por un virus de ácido ribonucleico (ARN) de una sola cadena, de forma helicoidal, perteneciente a la familia *Orthomyxoviridae*¹.

Esta enfermedad es considerada un problema de salud pública por su capacidad de producir epidemias y pandemias. Las epidemias estacionales de influenza causan cada año una carga significativa de enfermedad global, afectando a personas de todas las edades. Sin embargo, las complicaciones graves pueden llevar a hospitalizaciones y muertes, principalmente en adultos mayores, niños pequeños y personas con condiciones de salud como patologías crónicas o inmunosuprimidos².

Los virus de la influenza A y B presentan cambios frecuentes en sus antígenos de superficie, hemaglutinina (HA) y neuraminidasa (NA), mediante un proceso conocido como variación antigénica. Estas modificaciones, producto de mutaciones en el material genético viral, generan nuevas variantes que reemplazan progresivamente a las previamente dominantes. Este fenómeno hace necesario contar con sistemas de vigilancia global robustos y actualizar periódicamente la composición de las vacunas. La eficacia de la vacunación depende de la concordancia antigénica entre las cepas incluidas en la vacuna y los virus circulantes, la cual puede variar cada año y constituye un desafío permanente para el control de la influenza.

Existen tres tipos de virus de influenza que afectan a los humanos: A, B, C; el D afecta solo a animales³:

- El virus de la influenza tipo A es el único con potencial pandémico y se clasifica en subtipos según sus proteínas de superficie hemaglutinina (H) y neuraminidasa (N), de las cuales existen 18 y 11 variantes, respectivamente. La diversidad de estos subtipos se debe, en parte, a la capacidad del virus para intercambiar segmentos genéticos en un mismo huésped, proceso conocido como reordenamiento genético. En la población humana, los subtipos de influenza A que circulan habitualmente son A(H1N1) y A(H3N2). Estos virus pueden subdividirse adicionalmente en clados y subclados genéticos, definidos según la similitud de las secuencias de la hemaglutinina, lo que permite una caracterización más fina de su evolución y circulación.

Los virus de influenza A(H1N1) que circulan actualmente están relacionados con el virus pandémico que causaron una pandemia de influenza el año 2009. Estos virus, denominados científicamente "virus A(H1N1)pdm09", han continuado circulando estacionalmente desde entonces y han sufrido cambios genéticos y antigénicos.

Los virus de influenza A(H3N2) presentan cambios genéticos y antigénicos frecuentes, lo que ha dado lugar a la aparición de múltiples clados genéticamente distintos que continúan co-circulando en los últimos años.

1 Centers for Disease Control and Prevention. The Pink Book: Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases (Influenza) [Internet]. 01 abril 2024. Disponible en: <https://www.cdc.gov/pinkbook/hcp/table-of-contents/chapter-12-influenza.html>

2 Orenstein W. Plotkin's Vaccines - Electronic. (8th Edition). Elsevier - OHCE; 2023.

3 Centers for Disease Control and Prevention. Influenza: Types of Influenza Viruses [Internet]. 26 septiembre 2025. Disponible en: <https://www.cdc.gov/flu/about/viruses-types.html>

- Los virus de influenza B no se dividen en subtipos, sino que se clasifican en dos linajes: B/Yamagata y B/Victoria. Al igual que los virus de influenza A, los virus de influenza B pueden subdividirse en clados y subclados específicos. Sin embargo, estos virus presentan una tasa de cambio genético y antigénico más lenta que los virus de influenza A, en particular que el subtipo A(H3N2).

La ausencia de circulación del linaje B/Yamagata desde marzo de 2020 indica un riesgo muy bajo de infección por este virus. En este contexto, el Comité Asesor de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la composición de la vacuna contra la influenza considera que la inclusión de un antígeno B/Yamagata ya no está justificada, por lo que no se emitirán nuevas recomendaciones para este componente⁴.

- El virus influenza tipo C generalmente causan enfermedad leve y no se consideran causantes de epidemias en humanos.
- El virus influenza tipo D afecta principalmente al ganado, y se propaga a otros animales, y no se cree que pueda causar infecciones o enfermedades en los seres humanos.

b. Recomendación de la OMS

La OMS en febrero y septiembre de cada año convoca consultas técnicas para recomendar la composición de los virus para su inclusión en las vacunas contra la influenza para la temporada del hemisferio sur y del hemisferio norte, respectivamente. La recomendación emana de la asesoría de un grupo de expertos de los Centros Colaboradores y Laboratorios Reguladores Esenciales de la OMS, quienes analizan los datos entregados por el Sistema Mundial de Vigilancia y Respuesta a la Influenza (GISRS). Las autoridades nacionales o regionales son responsables de aprobar la composición y formulación de las vacunas utilizadas en cada país y deben considerar el uso y los beneficios relativos de las vacunas contra la influenza trivalentes⁴.

La vacuna contra la influenza para el año 2026 corresponde a una vacuna inactivada trivalente, producida mediante un proceso de fabricación en huevos embrionados.

La OMS recomienda que las vacunas trivalentes producidas en huevos, para uso en la temporada de influenza del año 2026 del hemisferio sur contengan las siguientes cepas^{4,5}:

- Un virus similar a A/Missouri/11/2025 (H1N1)pdm09;
- Un virus similar a A/Singapore/ GP20238/2024 (H3N2) y
- Un virus similar a B/Austria/1359417/2021 (linaje B/Victoria).

4 World Health Organization. Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2026 southern hemisphere influenza season. [Internet]. 2025. Disponible en: <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/influenza/who-influenza-recommendations/vcm-sh-2025/a.-26-september-2025-recommended-composition-of-influenza-virus-vaccines-for-use-in-the-2026-southern-hemisphere-influenza-season--full-report.pdf>

5 Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Alerta Epidemiológica Influenza estacional en la Región de las Américas: cierre de temporada 2025 hemisferio sur inicio de temporada 2025-26 hemisferio norte [Internet]. 2025. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2025-12/2025-dic-4-phe-alertaepi-influenza-estacional-es-final.pdf>

c. Situación epidemiológica mundial

De acuerdo con los datos disponibles de vigilancia de virus respiratorios reportados por los países a la OMS hasta la semana epidemiológica (SE) 45 del 2025, la actividad de influenza se encontraba en aumento, con predominio de detecciones de virus de influenza A, con especial relevancia del subtipo A(H3N2) en el hemisferio norte. En Estados Unidos y Canadá se ha observado un incremento progresivo de A(H3N2), particularmente del subclado K (J.2.4.1), cuya circulación también ha crecido rápidamente en Europa y Asia. En Europa, este subclado llegó a representar cerca de la mitad de las secuencias reportadas entre mayo y noviembre de 2025. Aunque no se ha observado un aumento en la gravedad clínica hasta el momento, las temporadas dominadas por A(H3N2) suelen asociarse históricamente a mayor severidad, especialmente en personas mayores⁵.

Los análisis genéticos indican que el subclado K presenta mutaciones relevantes en la hemaglutinina, diferenciándose de la cepa incluida en la vacuna del hemisferio norte 2025-26. Estudios serológicos preliminares sugieren una menor concordancia antigénica, lo cual podría traducirse en una reducción de la efectividad vacunal frente a esta variante. Sin embargo, los datos disponibles muestran que la vacuna sigue otorgando protección significativa frente a hospitalización, con valores comparables a temporadas previas (70 a 75% en niños; 30 a 40% en adultos).

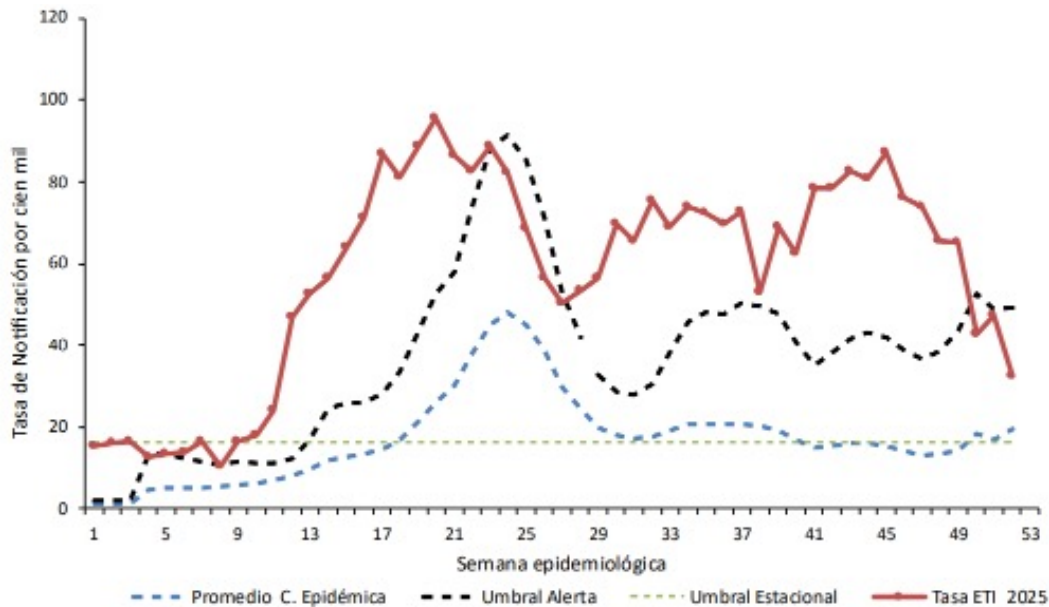
Para la Región de las Américas, se requiere una vigilancia estrecha del virus, mantener altas coberturas de vacunación y prepararse para una posible actividad temprana o más intensa en la temporada 2025-26. Es especialmente importante que adultos mayores y personas con factores de riesgo se vacunen para reducir enfermedad grave y evitar la sobrecarga de los servicios de salud⁵.

d. Situación epidemiológica en Chile

En Chile, en el marco de la vigilancia centinela de la Enfermedad Tipo Influenza (ETI) y de la vigilancia de las Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG), ambas analizadas a nivel nacional por el Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud, y en relación con el virus de la influenza, se señala lo siguiente⁶:

- Vigilancia centinela de la ETI: Durante el año 2025 se observa un inicio temprano del aumento de la tasa de notificaciones de ETI, a partir de la SE 9, adelantándose respecto de la curva promedio epidémica de años previos (2017-2024) (figura 1).

FIGURA N°1: NOTIFICACIÓN DE ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA SEGÚN SEMANA EPIDEMIOLÓGICA. CHILE, SE 52 DE 2025 (COMPARADO CON 2017-2024)*



*Se excluye años 2020, 2021 y 2022.

Fuente: Vigilancia centinela ETI. Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud⁶.

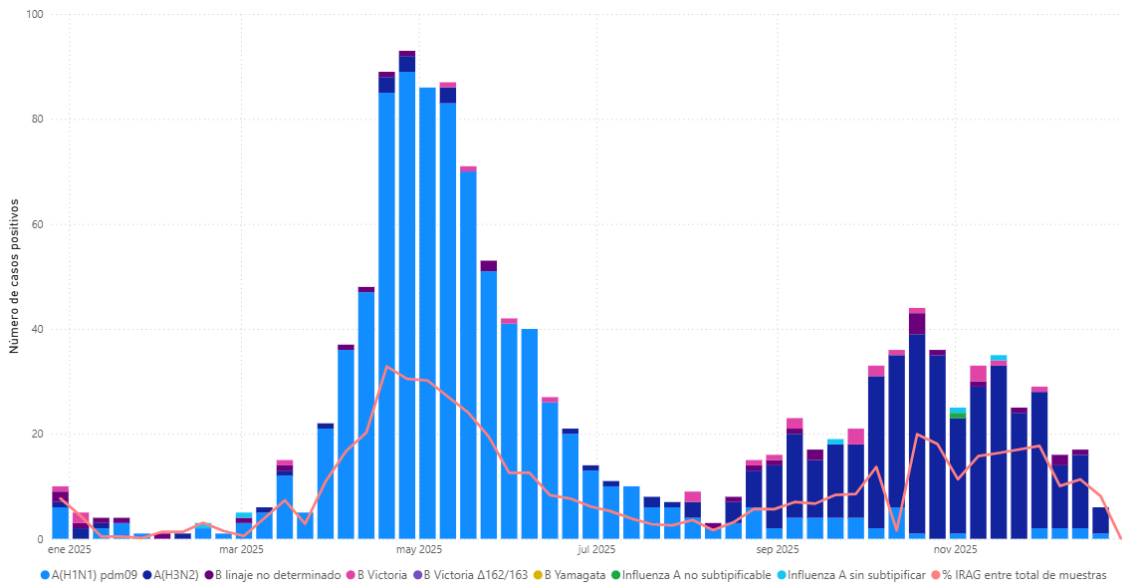
- Vigilancia de IRAG: Durante el año 2025, hasta la SE 52, se han confirmado 1.372 casos de influenza, predominando el subtipo Influenza A(H1N1)pdm09. No obstante, se observa un segundo aumento de casos durante la segunda mitad del año, principalmente asociado al subtipo Influenza A(H3N2) (Figura 2). El mayor número de casos por Influenza A(H1N1)pdm09 se registra en la semana epidemiológica 18, mientras que el peak de casos por Influenza A(H3N2) se observa en la SE 43^{6,7}.

⁶ Departamento de epidemiología-Ministerio de Salud. Informe epidemiológico N°52: Vigilancia centinela ETI e IRAG de influenza y otros virus respiratorios. 30 diciembre 2025. Disponible en: https://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2026/01/EPIDEMIOLOGICO_N_52_VIGILANCIA_CENTINELA_ETI_IRAG_DE_INFLUENZA_Y_OTROS_VIRUS_RESPIRATORIOS.pdf

⁷ Departamento de Epidemiología-Ministerio de Salud. Datos extraídos de Dashboard Vigilancia Centinela ETI/IRAG (Acceso el 07 enero 2026). Disponible en: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoieGE3ZjM5YWMtZGFINS00ZjQ3LTg3MjEtYjkzMDcwN2Q5OWQ01iwi-dCl6Ijc0NDRkNTdjLTA0YzgtNDJkZS1hMDgxLWRRkODk5YWYyOTIyZSIsImMiOiR9&pageName=7e4c7be06b8aded99049>

- Del total de casos IRAG asociados a influenza hasta la SE 52, el grupo etario con mayor concentración de casos correspondió a personas mayores de 60 años (54%), seguido de personas de 40 a 59 años (14%), población de 5 a 19 años (12%), población de 0 a menores de 2 años (8%), personas de 20 a 39 años (6%) y población de grupo de 2 a menores de 5 años (5%).

FIGURA N°2: DISTRIBUCIÓN DE CASOS IRAG POSITIVOS A INFLUENZA (TIPOS Y SUBTIPOS) POR SEMANA EPIDEMIOLÓGICA 2025.



Fuente: Vigilancia centinela IRAG. Departamento de epidemiología, Ministerio de Salud⁷.

Respecto a la vigilancia de laboratorio de virus influenza realizada en el Instituto de Salud Pública (ISP) con muestras de pacientes hospitalizados, ambulatorios y servicios de urgencia a nivel nacional, durante 2025 hasta la SE 52, el virus de Influenza A fue el segundo más detectado (22,6%) después del Rinovirus (30,3%)⁸.

Durante el año 2025 (SE 1 a 52) se notificaron 20.843 casos de influenza en la vigilancia de laboratorio del ISP, correspondientes a 19.101 casos de influenza A y 1.742 casos de influenza B, lo que representa un aumento del 23,9 % respecto de 2024, año en el que se registraron 16.826 casos en total. En comparación con 2024, los casos de influenza A aumentaron un 36,5 %, mientras que los casos de influenza B disminuyeron en un 38,4 %, evidenciando un claro predominio de influenza A durante el año 2025.

⁸ Instituto de Salud Pública. Informe de circulación de virus respiratorios. 30 diciembre 2025. Disponible en: <https://www.ispch.gob.cl/wp-content/uploads/2025/12/Informe-circulacion-virus-respiratorios-SE52-30-12-2025.pdf>

III. CAMPAÑA DE VACUNACIÓN 2026

Objetivos

- 1. Prevenir la morbilidad grave y la mortalidad atribuibles a la infección por virus Influenza,** a través de la vacunación oportuna de los grupos de población definidos como prioritarios, en función de sus condiciones biomédicas, vulnerabilidad epidemiológica y mayor riesgo de desarrollar complicaciones o desenlaces fatales asociados a la enfermedad.
- 2. Preservar la capacidad funcional y la continuidad operativa de la red asistencial,** mediante la protección inmunológica del personal de salud y de otros grupos estratégicos, contribuyendo a la sostenibilidad de la respuesta sanitaria durante el periodo de mayor circulación viral y demanda asistencial.

Población objetivo

En consideración a las recomendaciones de la OMS, y con el propósito de preservar la integridad de los servicios asistenciales, la población objetivo de la campaña estará compuesta por los siguientes grupos de personas:

1. Personal de salud:

- Todos/as los/las trabajadores/as, voluntarios/as o estudiantes que se encuentren cursando su pasantía clínica, autorizados por el director/a del centro asistencial, o a quien éste delegue las tareas inherentes a sus responsabilidades, que desempeñan sus labores en **establecimientos asistenciales públicos**, sea en contacto directo o cercano (dentro de 1 metro de distancia) con usuarios/as; en servicios de apoyo clínico (laboratorios, bancos de sangre, radiología, alimentación, etc.); en unidades administrativas (archivos, asignación de horas, aseo, etc.) o de apoyo logístico.
- Todos/as los/las trabajadores/as, voluntarios/as o estudiantes que se encuentren cursando su práctica clínica, autorizados por el director/a del centro clínico o a quien éste delegue las tareas inherentes a sus responsabilidades, que desempeñan sus labores en **establecimientos asistenciales privados o institucionales** que cuentan con unidades de atención de urgencias y/o servicios de hospitalización, y desarrollen tareas que involucran contacto directo o cercano (dentro de 1 metro de distancia) con usuarios/as, en servicios de apoyo clínico, laboratorios, bancos de sangre, radiología y alimentación.
- Todos/as los/las trabajadores/as independientes, que desempeñen labores de atención directa o cercana (dentro de 1 metro de distancia) con usuarios/as, en **consultas médicas o dentales, ambulatorias y consultas particulares**.

Para el caso de los/las estudiantes, estos deberán ser vacunados al momento del ingreso a su centro de salud donde está realizando la pasantía clínica, durante el periodo de campaña.

Si el centro donde se realiza la pasantía clínica no cuenta con vacunatorio, el director/a del centro de salud deberá generar las coordinaciones pertinentes con el vacunatorio mas cercano, para la vacunación de estos estudiantes.

Para el propósito de prevenir morbilidad grave y muertes causadas o secundarias a la infección por el virus de la influenza, la población objetivo de la campaña de este año 2026 estará compuesta por los siguientes grupos de personas:

2. **Personas de 60 y más años.**
3. **Personas con patologías crónicas, entre los 11 y 59 años, portadores de alguna de las siguientes condiciones de riesgo:**
 - Enfermedad pulmonar crónica (asma bronquial, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica [EPOC], fibrosis quística, fibrosis pulmonar de cualquier causa).
 - Enfermedad neurológica (neuromusculares congénitas o adquiridas, que determinan trastornos de la deglución o del manejo de secreciones respiratorias, epilepsia refractaria a tratamiento).
 - Enfermedad renal crónica (insuficiencia renal en etapa 4 o mayor y dializados).
 - Enfermedad hepática crónica (cirrosis, hepatitis crónica, hepatopatías).
 - Enfermedades metabólicas (diabetes mellitus, enfermedades congénitas del metabolismo).
 - Cardiopatías (congénitas, reumática, isquémica y miocardiopatías de cualquier causa).
 - Personas hipertensas en tratamiento farmacológico.
 - Obesidad (IMC ≥ 30 en adultos y en adolescentes IMC $> +2$ DE).
 - Enfermedades mentales graves (Esquizofrenia, Trastorno bipolar).
 - Personas en tratamiento por tuberculosis (TBC) activa, o dentro de los 6 meses posteriores al término del tratamiento.
 - (*) Enfermedad autoinmune (lupus, esclerodermia, artritis reumatoide, enfermedad de Crohn, y otras).
 - (*) Cáncer en tratamiento con radioterapia, quimioterapia, terapias hormonales o medidas paliativas de cualquier tipo.
 - (*) Inmunodeficiencias congénitas o adquiridas.

(*) Para estas tres últimas condiciones, en base a la evaluación e indicación médica, se puede retrasar la administración de la vacuna hasta la remisión o estabilización de la condición de base, de modo de lograr una mejor respuesta inmune. La postergación se basa en la necesidad de lograr mejor inmunogenicidad de la vacuna, no en problemas de seguridad. En escenarios epidemiológicos de mayor riesgo, se debe realizar una evaluación rigurosa del balance riesgo-beneficio para determinar el momento más adecuado para la administración de la vacuna.

4. **Gestantes, en cualquier etapa del embarazo.**
5. **Lactantes desde los 6 meses y escolares hasta 5° año básico** (independiente de la edad).
6. **Estrategia capullo para familiares de lactantes prematuros de <37 semanas de gestación.**
7. **Estrategia capullo para familiares de lactantes inmunosuprimidos (**)** menores de 6 meses de edad.
8. **Trabajadores/as de la educación preescolar y escolar hasta 8° año de enseñanza básica.**
9. **Cuidadores/as de personas mayores y funcionarios de los Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM).**
10. **Trabajadores/as de sectores avícolas, ganaderas y de criaderos de cerdo.**

Para el caso de estrategias capullo, podrán acceder a la vacunación los padres, madres y/o cuidadores que vivan bajo el mismo techo o que estén en contacto diario con el lactante.

En el caso de trabajadores/as de sectores avícolas, ganaderas y de criaderos de cerdo, el propósito de vacunarlos es evitar un cambio genético de la cepa influenza humana al interactuar directamente con las cepas de influenza de ambas especies.

(**) *Personas inmunosuprimidas*: se define como persona inmunosuprimida a las siguientes poblaciones:

1. Pacientes en espera o con trasplante de órgano sólido: corazón, pulmones, riñón, hígado, páncreas.
2. Pacientes en espera o con trasplante de precursores hematopoyéticos.
3. Pacientes con cáncer en tratamiento (radioterapia, quimioterapia o terapia hormonal).
4. Pacientes en diálisis (hemo o peritoneo).
5. Pacientes con enfermedades autoinmunes que reciben, tratamientos biológicos^(a), de pequeñas moléculas^(b), corticoides^(c) y otros como el metotrexato, colchicina, hidroxicloroquina, Sulfasalazina, Dapsona, Micofenolato mofetilo, Azatioprina, Ciclofosfamida.

^(a) A continuación se señalan las terapias biológicas:

-Infliximab (Remicade® y sus biosimilares)	-Certolizumab (Cimzia®)	-Belimumab (Benlysta®)
-Adalimumab (Humira® y sus biosimilares)	-Golimumab (Simponi®)	-Ocrelizumab (Ocrevus®)
-Etarcept (Enbrel® y sus biosimilares)	-Abatacept (Orencia®)	-Ofatumumab (Kesimta y otros)
-Secukinumab (Cosentyx®)	-Risankizumab (Skyrizi®)	-Alemtuzumab (Lemtrada®)
-Rituximab (Mabtheral® y sus biosimilares)	-Guselkumab (Trenfya®)	-Fingolimod
-Tocilizumab (Actemra®)	-Omalizumab (Xolair®)	-Cladribina (levstatin® y otros)
-Ustekinumab (Stelara®)	-Dupilimab (Dupixent®)	

^(b) Las siguientes se consideran terapias con pequeñas moléculas:

- Tofacitinib (Xeljans®)
- Baricitinib (Olumiant®)
- Upadacitinib (Rinvoq®)

^(c) Aunque no existe plena claridad respecto de la dosis diaria exacta y la duración del uso de corticoides que determinan inmunosupresión, así como sobre la magnitud y persistencia de esta condición, en la práctica clínica se ha adoptado una definición operacional. Se considera dosis inmunosupresora de prednisona –o su equivalente en otros corticosteroides– aquella correspondiente a un tratamiento diario ≥ 20 mg en pacientes con peso >10 kg, administrado por un período ≥ 14 días; o bien >2 mg/kg/día en pacientes con peso <10 kg, también por ≥ 14 días.

Para el año 2026 se ha definido la población a vacunar dentro del grupo de “Otras Prioridades”:

- Residentes y funcionarios de establecimientos Servicio Nacional de Menores (SENAME), Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, Servicio Nacional de Reinserción Social Juvenil, establecimientos psiquiátricos, entre otros, y personal de apoyo que desempeñe funciones en estos establecimientos.
- Cuidadores y contactos intradomiciliarios de personas con dependencia severa.
- Personas en situación de calle.
- Gendarmería y población privada de libertad.
- Recolectores de residuos domiciliarios.
- Transportistas: conductores del transporte público, buses, camiones, trabajadores portuarios, personal en filiales Empresa de Ferrocarriles del Estado (EFE) y Metro.
- Personas que desarrollan funciones en la Corporación Nacional Forestal (CONAF) y Bomberos.
- Funcionarios públicos (Ministerios, Intendencias, Gobernaciones, Contraloría General de la República (CGR), Banco Central, Gobiernos Regionales, Municipalidades).

- Funcionarios de Corporaciones Municipales.
- Fuerzas armadas y de Orden (Ejército de Chile, Fuerza Aérea de Chile, Armada de Chile, Carabineros, Policía de Investigaciones [PDI]).
- Alumnos de escuelas de formación Fuerzas Armadas, de Orden y Seguridad Pública (Armada-Fuerza Aérea-Carabineros y PDI).
- Soldados conscriptos del Ejército de Chile.
- Personal de laboratorios que realizan detección de virus influenza.
- Personal que desarrolla atención directa al público en farmacias comunitarias (comunales y privadas).
- Trabajadores y trabajadoras de medios de comunicación (se solicitará credencial del medio de comunicación).
- Otras poblaciones definidas por las autoridades del Ministerio de Salud (MINSAL), según riesgo epidemiológico.

Otras vacunas indicadas para población objetivo

Con el propósito de maximizar la oportunidad de vacunación, promover esquemas completos y reducir brechas de cobertura en los grupos de mayor riesgo sanitario, se recomienda la administración simultánea de otras vacunas contempladas en el Calendario Nacional de Inmunizaciones durante la visita programada para la vacunación contra influenza. Esta estrategia permite optimizar el contacto con el sistema de salud y fortalecer la protección integral de la población, con especial énfasis en la prevención de enfermedades respiratorias y otras patologías inmunoprevenibles de alta carga sanitaria.

Las indicaciones específicas para los grupos objetivo son las siguientes:

1. Gestantes

Se indica la coadministración de la **vacuna dTpa** (difteria, tétanos y coqueluche de componente acelular) para gestantes **a partir de las 28 semanas de edad gestacional**.

Esta medida tiene como finalidad transferir anticuerpos maternos al recién nacido, reduciendo el riesgo de coqueluche grave durante los 6 primeros meses de vida, período en el cual la inmunización activa del lactante aún no genera protección suficiente.

La vacuna debe administrarse en cada embarazo, independiente del tiempo transcurrido entre embarazos, dado que la protección pasiva conferida al recién nacido depende directamente del refuerzo inmunológico materno reciente.

2. Personas de 65 años

Se indica la coadministración de la **vacuna Neumocócica Polisacárida 23 valente** (PPSV23), destinada a prevenir enfermedades invasoras causadas por *Streptococcus pneumoniae*. Esta vacunación contribuye a disminuir complicaciones graves, hospitalizaciones y mortalidad asociada a enfermedad neumocócica, especialmente en presencia de comorbilidades crónicas.

Esta dosis debe administrarse a todas las personas que cumplan 65 años durante el año calendario, incluyendo a quienes tengan 64 años al momento de la vacunación y cumplan 65 dentro del mismo año. Asimismo, se recomienda su administración a personas mayores de 65 años que no registren esta dosis, con el fin de asegurar la protección correspondiente al curso de vida.

Cálculo de la población objetivo

Los grupos objetivos de niños de 6 meses a 5 años y personas de 65 años y más fueron estimados con base en proyecciones demográficas del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) validadas por el Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS).

Las poblaciones de enfermos crónicos desde los 11 a los 59 años, personal de salud público y privado, trabajadores avícolas, criaderos de cerdos y otras prioridades, fueron calculadas según el número de vacunados registrados en el Registro Nacional de Inmunizaciones (RNI) Campaña Influenza 2025.

La población de trabajadores/as de sectores ganaderos ha sido estimada según datos entregados por instituciones relacionadas a estos grupos.

Para el cálculo de la estimación de la población de gestantes se utilizó el método descrito en la *“Guía de campo sobre la inmunización materna y neonatal para Latinoamérica y el Caribe”*⁹ (pág. 41-42) que utiliza el número de nacidos vivos, descartando los partos múltiples. Para calcular el número de nacidos vivos de partos únicos esperados para el año 2026, se considera el comportamiento demográfico decreciente de los nacimientos en el país. Además, se realizan ajustes debido a que algunas gestantes no conocen su estado de embarazo en el primer mes.

La población objetivo de la Campaña Influenza 2026 desagregada por región, se enviará a las/los referentes PNI de las Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMI) de Salud y Servicios de Salud (SS) a través de un Ordinario que se utilizará para el cálculo de cobertura.

Inicio de la campaña

La campaña de vacunación dará inicio el día 01 de marzo de 2026 en todo el territorio nacional.

Meta de cobertura

Para el año 2026, la meta de vacunación contra influenza es de 85% a nivel nacional y por cada grupo objetivo.

Monitoreo de cobertura

Cada SEREMI y SS debe vigilar el cumplimiento de las coberturas de vacunación en la región bajo su jurisdicción y apoyar a las autoridades del nivel ejecutor en la investigación de causas y la implementación de estrategias correctivas, cuando éstas se encuentren bajo el nivel de la meta establecida para la campaña.

El consolidado de la información ingresada en el módulo de Influenza 2026 en RNI puede ser visualizado en la página web del DEIS. La información del avance de la campaña será publicada en un sitio web de reportes del DEIS: <https://deis.minsal.cl>.

⁹ Organización Panamericana de la Salud. Guía de campo sobre la inmunización materna y neonatal para Latinoamérica y el Caribe. 2017. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34149>

IV. CARACTERÍSTICAS DE LA VACUNA DISPONIBLE TEMPORADA 2026 (en base al folleto de información al profesional)

Durante la campaña de vacunación anti influenza 2026 estará disponible la vacuna trivalente contra la influenza del laboratorio Sinovac, de nombre comercial "Anflu®".

En la tabla N°1 se indica la cantidad de vacunas adquiridas y características generales del producto:

TABLA N°1: COMPRA DE VACUNA INFLUENZA 2026 - LABORATORIO SINOVAC®

VACUNA	DENOMINACIÓN EN SCI	CANTIDAD	PROVEEDOR	PRESENTACIÓN	
				ENVASE PRIMARIO	ENVASE SECUNDARIO
Anflu® 2026	Influenza 2026	8.300.000 dosis	Laboratorio Sinovac	 Jeringa prellenada de 0,5 mL	 10 jeringas prellenadas

Fuente: Elaboración propia Dpto. de Inmunizaciones, 2026

Esta vacuna cumple con la recomendación de la OMS para la formulación de la vacuna en el hemisferio sur temporada 2026. A continuación, se mencionan las principales características del producto según lo indicado en el folleto del laboratorio fabricante¹⁰.

En la tabla N°2 se presenta la composición de antígenos de esta vacuna:

TABLA N°2: COMPOSICIÓN EN 0,5 ML DE ANTÍGENOS DE SUPERFICIE INACTIVADOS (HEMAGLUTININA Y NEUROAMINIDASA) DE LAS SIGUIENTES CEPAS*

Antígeno inactivado de cepa A/Missouri/11/2025 (H1N1)pdm09 cepa que deriva de (A/Suiza/6849/2025, ivr-278)*	15 mcg HA**
Antígeno inactivado de cepa A/Singapore/GP20238/2024 (H3N2) cepa que deriva de (A/Singapore/GP20238/2024, ivr-277)*	15 mcg HA**
Antígeno inactivado de cepa B/Austria/1359417/2021 (linaje B/Victoria) cepa que deriva de (B/Michigan/01/2021)*	15 mcg HA**

* Virus de la influenza cultivados en huevos embrionados de gallina.

** Antígenos de hemaglutinina.

10 Instituto de Salud Pública. Folleto de información al profesional Anflu suspensión inyectable (vacuna influenza inactivada).12 mayo 2025.

Excipientes

Cloruro de potasio, fosfato monobásico de sodio, fosfato disodio hidrogeno y agua para inyectables.

La vacuna puede contener trazas de huevos, como ovoalbúmina, formaldehido, Triton X-100 y sulfato de gentamicina, que se utilizan durante el proceso de fabricación.

Presentación

Envase primario: Jeringa prellenada de 0,5 mL.

Envase secundario: Contiene 10 jeringas prellenadas (0,5 mL).

Vía de administración

La vacuna se administra mediante inyección intramuscular (IM) en zona deltoidea en lactantes a partir del año de vida y en el músculo vasto externo en lactantes menores de un año de edad (6 meses a <1 año de edad).

Apariencia

Suspensión ligeramente opalescente.

No utilice este producto en el caso de que se detecte alguna grieta o etiqueta poco clara en el envase, que el producto esté fuera de su fecha de caducidad o haya algún aspecto anormal, por ejemplo, la vacuna se encuentre turbia, o exista un aglomerado de partículas que no puedan desaparecer con agitación. Si se observa alguna partícula extraña o coloración diferente a la indicada anteriormente, se debe dejar en cuarentena e informar al PNI de la SEREMI de Salud correspondiente.

Contraindicaciones

- Hipersensibilidad a cualquiera de los componentes de la vacuna, incluidos sus excipientes, o cualquier componente presente en cantidad de trazas, tal como formaldehido, tensoactivo "Tritón X-100", gentamicina, ovoalbúmina y proteína del pollo.
- Personas que tienen enfermedades agudas (como por ejemplo una infección), resfriado y fiebre. En estos casos, se deberá retrasar la vacunación hasta la recuperación.

Advertencias y precauciones

- Su administración no puede ser por vía intravascular.
- En personas que tienen o han tenido el síndrome de Guillain-Barré, los profesionales sanitarios deben evaluar los riesgos potenciales de administrar la vacuna frente a los beneficios potenciales.
- La respuesta inmunológica en pacientes en tratamiento inmunosupresor puede verse disminuida.

Embarazo

No hay datos de ensayos clínicos disponibles sobre el uso de este producto en embarazadas y lactantes. Sin embargo, los datos sobre el uso de vacunas inactivadas contra influenza a nivel mundial no indican que tengan algún efecto perjudicial para el feto o la madre embarazada atribuible a la vacuna. Por lo tanto, se puede utilizar en embarazadas.

Lactancia

Se puede utilizar en periodo de lactancia.

Uso de otros medicamentos e interacciones

Puede ser administrado al mismo tiempo que otras vacunas, en extremidades diferentes.

La administración de fármacos como inmunosupresores, quimioterapéuticos, antimetabolitos, agentes alquilantes, fármacos citotóxicos, corticosteroides e inmunoglobulina, puede disminuir la respuesta inmunológica.

Duración del efecto

La seroprotección se alcanza generalmente entre 2 y 3 semanas después de la vacunación. La duración de la inmunidad postvacunal frente a cepas homólogas o estrechamente relacionadas con las incluidas en la vacuna es variable, pero habitualmente es de 6 y 12 meses.

Reacciones adversas

Eventos o reacciones adversas esperables de la vacuna contra influenza Anflu®:

TABLA N°3: REACCIONES ADVERSAS ESPERABLES DE LA VACUNA ANFLU®

TIPO DE REACCIÓN	FRECIENTES*	POCO FRECUENTES**
Locales (sitio de administración)	Dolor	Prurito Eritema Hinchazón Induración
Sistémicos	Fiebre Fatiga Dolor de cabeza	Mareo Mialgia Artralgia Disminución del apetito Náuseas Vómitos Diarrea Dolor abdominal Tos Dolor orofaríngeo Decaimiento

Frecuencia de aparición:

*Frecuentes $\geq 1\%$, $<10\%$

**Poco Frecuentes $\geq 0.1\%$, $<1\%$

Almacenamiento

Almacenar entre $+2^{\circ}\text{C}$ y $+8^{\circ}\text{C}$.

Proteger de la luz.

No congelar.

Notificación de ESAVI y EPRO

La notificación de los Eventos Supuestamente Atribuibles a la Vacunación e Inmunización (ESAVI) se realiza a través de la plataforma del ISP del Sistema de Vigilancia Integrada (SVI) para la comunicación de eventos adversos. EL SVI es un portal único para que profesionales de la salud (establecimientos de salud público y privado, farmacias comunitarias, titulares de registro sanitario) y el público general puedan notificar posibles efectos adversos asociados a productos sometidos a control sanitario, como las vacunas.

Escanear el siguiente código QR para acceder a la plataforma SVI:



La notificación de los errores programáticos (EPRO) la debe realizar el personal de salud, quienes deben completar y enviar el formulario de notificación a sus respectivas SEREMI de Salud y SS. Las SEREMI de Salud a su vez, remitirán la documentación solicitada a la dirección de correo electrónico epro@minsal.cl.

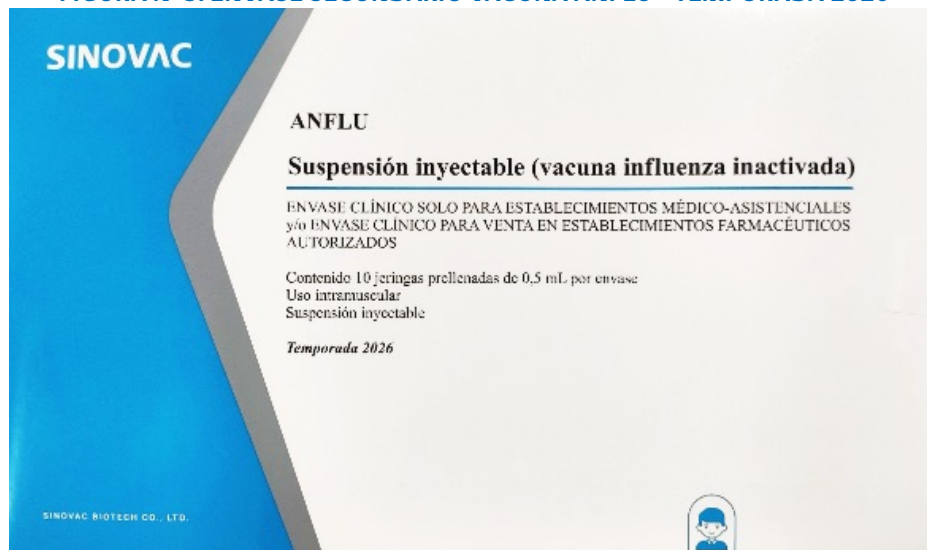
Los formularios de notificación, seguimiento y cierre de caso, se encuentran disponibles para descargar escaneando el siguiente código QR:



Control de stock y metodología FEFO

Se debe establecer un monitoreo periódico del inventario a través del Sistema de Control de Inventario (SCI) gestionando el stock a través de la metodología FEFO (First Expired, First Out; en español primero que expira es el primero en salir), en todos los niveles de operación del PNI. Más detalles de esta materia se encuentra en la sección correspondiente de este lineamiento: X. Sistema de Control de Inventario.

FIGURA N°3: ENVASE SECUNDARIO VACUNA ANFLU® TEMPORADA 2026



V. ORGANIZACIÓN Y PLANIFICACIÓN

La organización y planificación de la campaña de vacunación constituye un proceso crítico que requiere una coordinación minuciosa en todos los niveles de gestión, con el fin de asegurar una implementación eficiente y oportuna de las acciones programáticas, optimizar el uso de recursos y garantizar el cumplimiento de los plazos establecidos.

Este proceso debe contemplar la articulación entre el nivel nacional, regional y local (establecimientos ejecutores), considerando la disponibilidad de infraestructura, recursos humanos, logísticos y comunicacionales necesarios para asegurar el adecuado desarrollo de la campaña.

A continuación, se describen las responsabilidades y actividades específicas que corresponden a cada nivel de gestión dentro de la estructura operativa del PNI:

Departamento de Inmunizaciones – Nivel Central

Corresponde al Departamento de Inmunizaciones del MINSAL ejercer la conducción normativa, técnica y estratégica de la campaña, asegurando su correcta implementación en todos los niveles del sistema. Para ello, le competen las siguientes responsabilidades:

- Asesorar técnicamente a las autoridades del MINSAL en materias operativas y programáticas relacionadas con el PNI.
- Definir los objetivos sanitarios, los procedimientos administrativos, los estándares técnicos y los lineamientos operativos de la campaña, así como las coberturas nacionales a alcanzar.
- Realizar coordinaciones intra y extra institucionales necesarias para asegurar la adecuada ejecución de la campaña, incluyendo articulación con otras divisiones del MINSAL, organismos públicos y actores del sistema de salud.
- Monitorear la ejecución global de la campaña, incluyendo avances de cobertura, disponibilidad de vacunas e insumos, y el comportamiento de los ESAVI y EPRO.
- Proveer las vacunas, insumos y logística de distribución desde el nivel central hacia los niveles intermedios (regionales y provinciales), de acuerdo con la planificación anual del PNI.
- Coordinar con el ISP la gestión y análisis de ESAVI que sean graves o generen alarma pública, según lo establecido en la "Guía de Vacunación Segura: Sistema de Notificación, Evaluación e Investigación de ESAVI-EPRO"¹¹.
- Vigilar de manera continua los EPRO, mediante los procesos de notificación, seguimiento, evaluación y cierre de casos, entregando orientaciones técnicas basadas en evidencia científica y resguardando la seguridad de la población.
- Coordinar con el DEIS el monitoreo y análisis de datos, alertando al nivel intermedio sobre posibles errores de registro para su corrección por parte del nivel ejecutor, garantizando así información válida y confiable para el cálculo de coberturas.
- Monitorear el stock nacional de vacunas e insumos, asegurando la disponibilidad oportuna y suficiente para el desarrollo de la campaña.
- Mantener actualizada la información de los lotes de todos los productos biológicos utilizados en campañas en los sistemas de información SCI y RNI pertenecientes al PNI.

11 Ministerio de Salud. Resolución Exenta N°670 Aprueba "Guía de vacunación segura: Sistema de notificación, evaluación e investigación de ESAVI - EPRO". 08 octubre 2013. Disponible en: <https://vacunas.minsal.cl/wp-content/uploads/2024/07/norma-N%C2%B0670-Guia-Vacunacion-Segura-8-oct-2013-1-min.pdf>

- Oficiar a las SEREMI de Salud en todos los componentes del PNI para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la campaña.
- Emitir reportes preliminares de avance de cobertura, basados en las vacunas registradas en el RNI.
- Colaborar con el DEIS en el proceso de retroalimentación de la calidad del registro en el RNI en la red pública y privada, promoviendo el cumplimiento de los estándares de registro oportuno y completo.
- Capacitar a las y los referentes PNI de SEREMI de Salud y SS en los aspectos técnicos y operativos de la campaña, asegurando la implementación homogénea de las directrices a nivel nacional.
- Establecer y actualizar los estándares de calidad en el marco del Sistema de Gestión de Calidad (SGC) y de la Norma ISO 9001:2015 para los procesos de planificación de compras, distribución, recepción y control de stock de vacunas en los Depósitos de Vacunas e Inmunoglobulinas (DVI).
- Supervisar el cumplimiento de los requisitos técnicos y administrativos por parte del laboratorio proveedor y del operador logístico, garantizando la conservación de la cadena de frío durante el proceso de distribución hasta los DVI regionales o provinciales.

Referente PNI de la SEREMI de Salud:

- Coordinar y ejecutar el Plan Regional de Vacunación de la Campaña de Influenza, asegurando el cumplimiento de los lineamientos, metas sanitarias y estándares técnicos definidos por el MINSAL.
- Gestionar y resguardar la disponibilidad, uso eficiente y trazabilidad de vacunas, insumos y demás recursos públicos asignados a la campaña, garantizando su utilización de acuerdo con la normativa vigente y las prioridades sanitarias.
- Instruir, coordinar y supervisar las acciones de capacitación, fiscalización y acompañamiento técnico dirigidas al nivel ejecutor, con el fin de asegurar la correcta implementación de la estrategia regional.
- Liderar la articulación con las jefaturas de la red de establecimientos privados, velando por que la implementación de la campaña en dichos centros se ejecute conforme a los plazos, estándares técnicos y objetivos sanitarios establecidos por MINSAL.
- Capacitar a los equipos de los vacunatorios privados en convenio, en materias técnicas, operativas y administrativas propias de la campaña, conforme a la normativa vigente y a las orientaciones del Departamento de Inmunizaciones.
- Informar periódicamente a los SS y establecimientos de salud de la red, el avance regional de vacunación, brechas de cobertura y requerimientos operativos, promoviendo acciones correctivas oportunas para el cumplimiento de las metas.
- Coordinar el proceso de corrección de errores de registro de los establecimientos de salud privados en convenio bajo su jurisdicción y solicitar las medidas administrativas, si corresponde.
- Monitorear el cumplimiento de los procedimientos de cadena de suministro conforme a la recepción, almacenaje y control de stock en los DVI, asegurando el cumplimiento de los estándares del SGC de la Subsecretaría de Salud Pública (SSP).
- Verificar el adecuado acondicionamiento y rotulado de los Contenedores Isotérmicos Pasivos (CIP) y garantizar el registro completo y correcto del *"Formulario Pedido-Entrega de Productos Biológicos PNI"* en cada entrega desde el DVI.
- Asegurar la oportuna distribución de vacunas e insumos a los vacunatorios públicos y privados, implementando una logística eficiente que garantice el abastecimiento continuo, utilizando metodología FEFO (First Expires, First Out; Primero que expira, primero que sale).

- Mantener actualizado el SCI de cada DVI, registrando en tiempo real la recepción, distribución, monitoreo térmico y cuadraturas de vacunas e insumos destinados a la campaña.
- Supervisar, analizar e informar el avance regional de coberturas de vacunación, y apoyar al nivel ejecutor en la identificación de causas y en la implementación de estrategias de mejora cuando los indicadores se encuentren bajo las metas definidas.
- Oficiar a los vacunatorios privados en convenio sobre los lineamientos técnicos-operativos de esta campaña y fiscalizar el cumplimiento de sus obligaciones.
- Coordinar la investigación y seguimiento de ESAVI y EPRO, según lo establecidos en las normativas vigentes, y atender a las solicitudes del Departamento de Inmunizaciones o de la Sección de Farmacovigilancia de Vacunas (SFVV) del ISP en esta materia.
- Implementar, junto con el SS, las estrategias comunicacionales regionales durante la campaña, en coherencia con los lineamientos y mensajes oficiales del MINSAL.
- Conformar y liderar las mesas regionales PNI para el desarrollo de esta campaña en conjunto con los referentes de PNI de los SS.
- Realizar las coordinaciones pertinentes para el desarrollo de esta estrategia con actores relevantes a nivel regional del extrasector para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la campaña.

Referente PNI del Servicio de Salud:

- Adherir e implementar los lineamientos técnicos, operativos y comunicacionales definidos por el MINSAL para la campaña de vacunación contra la Influenza 2026, promoviendo activamente la demanda y aceptación de la vacuna en la población objetivo.
- Solicitar, consolidar y analizar las microplanificaciones de los establecimientos de salud de la red asistencial pública, de acuerdo con lo instruido y según lo señalado en el Anexo N°1, asegurando su coherencia con los objetivos sanitarios de la campaña.
- Capacitar continuamente a los equipos de los vacunatorios públicos en los aspectos técnicos, logísticos y operativos de la campaña, conforme a las orientaciones actualizadas del PNI.
- Supervisar el avance de las coberturas de vacunación en los establecimientos bajo su jurisdicción, identificar oportunamente brechas o rezagos e instruir medidas correctivas para asegurar el cumplimiento de las metas regionales y nacionales.
- Supervisar el cumplimiento de los plazos de registro en el RNI, garantizando que cada dosis administrada sea registrada dentro de las 24 horas posteriores a su administración.
- Coordinar el proceso de corrección de errores de registro de los establecimientos de salud públicos bajo su jurisdicción y solicitar las medidas administrativas, si corresponde.
- Vigilar la utilización del SCI para el monitoreo, trazabilidad de vacunas, insumos y demás recursos públicos destinados a la campaña, asegurando una gestión eficiente, oportuna y conforme a la normativa vigente.
- Supervisar la ejecución de las actividades extramurales, garantizando que se desarrollen bajo estándares de calidad, seguridad, cadena de frío y registro definidos por el MINSAL.
- Establecer y mantener canales formales de comunicación y coordinación con directores de Corporaciones y Departamentos de Salud Municipal, directores de establecimientos de salud de la red pública y directores de establecimientos educacionales pertinentes, a fin de difundir instrucciones, definir estrategias y asegurar el cumplimiento de los objetivos sanitarios, estándares técnicos y plazos de la campaña.
- Monitorear, investigar y reportar los ESAVI asociados a la campaña Influenza 2026, conforme a la normativa vigente del Departamento de Inmunizaciones y del ISP.
- Monitorear la notificación y seguimiento de los EPRO, verificando que los planes de acción derivados de su investigación se ejecuten en los plazos y condiciones establecidos.
- Participar en conjunto con la SEREMI de Salud de la mesa regional para el desarrollo de esta campaña.

Equipo PNI del Nivel Ejecutor:

- Dar estricto cumplimiento a la normativa técnica vigente del PNI, aplicando sus disposiciones en todas las fases del proceso de vacunación.
- Cumplir con la normativa vigente en materia de administración, manipulación y resguardo de vacunas, asegurando que todas las prácticas se ajusten a los estándares técnicos del PNI.
- Elaborar microplanificación, de acuerdo con lo instruido y según lo señalado en el Anexo N°1, asegurando su coherencia con los objetivos sanitarios de la campaña.
- Conformar equipos de trabajo multidisciplinarios para la planificación, coordinación y ejecución de las actividades de vacunación, asegurando el cumplimiento de los procedimientos asociados a la cadena de frío, registros y gestión operativa. Esto incluye el uso adecuado y monitoreo de equipos de refrigeración, CIP y vehículos de transporte.
- Capacitar de manera sistemática a los equipos vacunadores en los aspectos técnicos, normativos y operativos de la campaña, reforzando los procedimientos establecidos para garantizar la calidad y seguridad en la administración de vacunas.
- Identificar activamente población cautiva, pendiente de vacunar o con registros de rechazo (según Anexo N°5), implementando estrategias efectivas y pertinentes para maximizar la cobertura en los grupos objetivo.
- Supervisar el avance de las coberturas de vacunación en las unidades a su cargo e informar de manera oportuna a las jefaturas cuando los indicadores se encuentren bajo las metas establecidas, proponiendo acciones correctivas.
- Revisar periódicamente y corregir errores de registro de su establecimiento, así como los informados por el nivel intermedio y/o nivel central.
- Detectar, notificar, investigar y realizar seguimiento de los ESAVI y EPRO que ocurran durante el desarrollo de la campaña, conforme a los procedimientos establecidos en las normativas vigentes y a las directrices del Departamento de Inmunizaciones y del ISP.
- Coordinar el retiro, recepción y devolución de vacunas con el DVI correspondiente, asegurando el cumplimiento estricto de la normativa para la trazabilidad y conservación de los productos biológicos, utilizando metodología FEFO (First Expires, First Out; Primero que expira, primero que sale)
- Mantener actualizado el stock diario de vacunas, insumos y otros recursos públicos destinados a la campaña, registrando de manera precisa las entradas, salidas e inventario para garantizar un abastecimiento oportuno y veraz a través del SCI.
- Mantener un monitoreo continuo y documentado de las temperaturas durante la recepción, almacenamiento y ejecución de actividades intra y extramurales, con el fin de asegurar la integridad de la cadena de frío.
- Notificar oportunamente las excursiones de temperatura según lo establecido en la normativa vigente, y colaborar en la investigación técnica cuando corresponda.
- El director/a del establecimiento de salud de APS debe realizar las coordinaciones pertinentes para el desarrollo de esta estrategia, con actores relevantes a nivel local del extrasector, tales como Fuerzas de Orden y Seguridad Pública, establecimientos educacionales, organismos públicos y otras entidades vinculadas a los grupos de población objetivo.

VI. ESTRATEGIAS DE VACUNACIÓN

Las estrategias de vacunación se definen en función del contexto epidemiológico, las recomendaciones de la autoridad sanitaria y las necesidades operativas de cada territorio. Su implementación debe asegurar un acceso oportuno, equitativo y seguro a la vacunación para todos los grupos objetivo de la campaña. Esta se realizará según la disponibilidad de recursos y planificación territorial.

Estrategias de vacunación intramurales

1) Vacunación en establecimientos de salud:

La vacunación debe ejecutarse durante toda la vigencia de la campaña, tanto en vacunatorios públicos como privados en convenio con la SEREMI de Salud del país. Los establecimientos pueden habilitar puntos de vacunación diferenciados con personal capacitado y de acuerdo a normativas vigentes, tales como:

- Box exclusivos de acuerdo al grupo objetivo (personas mayores, personas con enfermedades crónicas, niños/as y gestantes).
- Puntos de vacunación en salas de espera, Servicio de Orientación Médica Estadística (SOME), farmacia o sectores de alto flujo, como entrega de alimentos.
- Puntos de vacunación en Centros de Atención de Especialidades (CAE) para facilitar la inmunización de la población en control el mismo día de su atención.

En todos estos puntos de vacunación se debe asegurar en cumplimiento de todas las normativas técnicas que aseguren la calidad del proceso.

Estas medidas buscan optimizar la vacunación, disminuir los tiempos de espera y facilitar la captura oportunista de población objetivo, además, contribuye el acceso a las personas de acuerdo con las condiciones de autonomía, desplazamiento, etc. (Por ejemplo, puntos de vacunación en el primer piso si el centro de salud tiene el vacunatorio en el segundo piso).

2) Vacunación en hospitales:

La vacunación intrahospitalaria constituye un apoyo estratégico para garantizar cobertura en personas con dificultad de acceso a vacunatorios comunitarios, permitiendo captar a población de riesgo en un momento clave del contacto con el sistema de salud.

Estos centros de salud deberán contar con vacunatorios habilitados, de acuerdo con normativa, para la vacunación de población objetivo cautiva en salas de espera u otros lugares estratégicos que permitan captar usuarios/as.

Vacunación a personas hospitalizadas al momento del alta

Dado que un porcentaje importante de la población objetivo se atiende en hospitales de mediana y alta complejidad, es prioritario habilitar puntos de vacunación intrahospitalarios, especialmente para:

- Pacientes hospitalizados próximos al alta.
- Pacientes en hospitalizaciones de larga estadía en unidades clínicas específicas (geriatría, cardiología, oncología, entre otras).

Estrategias de vacunación extramurales

Las estrategias de vacunación extramurales constituyen un componente clave para ampliar el acceso oportuno a la inmunización y reducir brechas de cobertura en la población objetivo. Su implementación se sustenta en el documento "Lineamientos técnicos operativos para el funcionamiento de puntos de vacunación extramural"¹² del año 2025, el cual establece los criterios técnicos, operativos y de seguridad necesarios para asegurar una vacunación eficaz, de calidad y conforme a la normativa vigente, fortaleciendo así la respuesta sanitaria y la protección de la salud pública.

1) Vacunación extramural de población en tránsito y sitios de alto flujo de personas:

Esta estrategia puede desarrollarse de manera paralela a la vacunación de grupos cautivos. Los puntos de vacunación corresponde a una estrategia de dependencia técnica y legal de un Centro de Salud Familiar (CESFAM). Deben ubicarse en lugares con alta circulación de población objetivo, considerando la movilidad por comuna o territorio. Para su implementación, se recomienda:

- Programar días y horarios de acuerdo al análisis territorial del flujo local y factibilidad.
- Incorporar actividades de promoción y difusión que faciliten la captación de población objetivo. Este punto es relevante para el desarrollo de la vacunación extramural, ya que direcciona la intervención, facilita el acceso y permite la coordinación de los usuarios, evitando pérdida de tiempo, mal uso de dosis y el adecuado registro.
- Establecer alianzas con instituciones del extrasector (municipalidades, comercio, transporte, centros comunitarios, cajas de pago de pensiones).
- La pertinencia de cada punto de vacunación se debe evaluar de forma diaria, considerando rendimiento, factibilidad y seguridad para asegurar el uso eficiente de los recursos públicos.
- En caso de ser necesario, se recomienda contar con personal de apoyo para facilitar el acceso a personas mayores o con movilidad limitada, orientar a los usuarios y supervisar el periodo post vacunación de 30 minutos.

2) Vacunación a grupos cautivos:

Esta fase debe ejecutarse preferentemente durante las primeras semanas de la campaña e incluye:

- Salas cunas, jardines infantiles y establecimientos escolares hasta 5º año básico.
- Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM).
- Establecimientos psiquiátricos.
- Centros dependientes de Mejor Niñez, Gendarmería y otros.
- Sedes de juntas de vecinos, organizaciones comunitarias y centros de adultos mayores.

La vacunación debe coordinarse previamente con la autoridad de cada centro, asegurando que la comunidad reciba información relevante sobre la fecha, características de la vacuna, contraindicaciones y otros aspectos necesarios para su ejecución segura.

¹² Ministerio de Salud. Lineamientos técnicos operativos para el funcionamiento de puntos de vacunación extramural. 17 diciembre 2025. Disponible en <https://vacunas.minsal.cl/wp-content/uploads/2026/01/LTO-para-el-funcionamiento-de-puntos-de-vacunacion-extramural-2025.pdf>

3) Vacunación de barrido:

Su objetivo es recorrer el área de responsabilidad mediante la técnica de barrido, visitando vivienda por vivienda y cubriendo todas las manzanas del sector para la vacunación de los grupos objetivo. Requiere realizar un análisis local profundo, de acuerdo con la realidad local, dado el alto gasto que esta estrategia implica. Se recomienda:

- Informar previamente a la comunidad a través de medios locales.
- Dejar un aviso escrito en casas cerradas, invitando a acudir al vacunatorio.
- Garantizar que el personal porte credencial de salud visible durante toda la actividad, así como de protección solar, agua y alimentación.
- Si corresponde se debe solicitar el apoyo de personal de seguridad de la comuna, o de Carabineros.

4) Vacunación a domicilio:

Esta estrategia se ejecuta luego de la intervención a grupos cautivos o de manera simultánea, según la situación epidemiológica local, disponibilidad de recursos y planificación territorial, con el fin de vacunar a personas mayores, con dependencia severa y que presentan alguna dificultad para acudir al centro de salud

Otras estrategias complementarias

Además de las acciones intramurales y extramurales, la campaña puede potenciar su alcance mediante un conjunto de estrategias complementarias dirigidas a mejorar la captación, adherencia, oportunidad y continuidad de la vacunación. Entre ellas se destacan:

- **Coordinación intersectorial reforzada** con organismos sociales, municipales, comunitarios y equipos de salud, permitiendo articular derivaciones desde otros programas (Garantías Explícitas en Salud [GES], crónicos, salud mental, programas de la mujer, infancia y personas mayores), y asegurar una respuesta rápida frente a brechas de cobertura identificadas.
- **Rescate telefónico activo**, a través de call center, agenda web y sistemas digitales de inscripción, facilitando la programación de vacunación en domicilio o la confirmación de citas en vacunatorios. Estas herramientas deben incorporar recordatorios automatizados por SMS, correo electrónico o mensajería instantánea.
- **Difusión comunicacional multicanal**, utilizando redes sociales, paneles informativos, radios comunitarias, altoparlantes, ferias libres, pantallas en establecimientos de salud y transporte público, asegurando mensajes oportunos, accesibles y adaptados culturalmente a las comunidades.
- **Fortalecimiento de la comunicación interna en los equipos de salud**, mediante correos electrónicos, mensajería institucional y reuniones breves informativas (briefings), con el propósito de asegurar que todo el personal, tanto profesional, técnicos, administrativos y de servicios de seguridad, conozca los horarios, puntos de vacunación, disponibilidad de vacunas y mensajes clave de promoción.
- **Alianzas estratégicas formales e informales** con líderes comunitarios, representantes territoriales, dirigentes sociales, establecimientos educacionales, organizaciones de migrantes, clubes de adultos mayores y agrupaciones de personas con enfermedades crónicas, para reforzar la adherencia de los grupos priorizados.

- **Implementación de estrategias de “vacunación oportuna”**, que permiten administrar la vacuna durante otras prestaciones de salud (controles preventivos, entrega de medicamentos, consultas de especialidad o procedimientos), evitando la pérdida de oportunidades.
- **Puntos de vacunación móviles**, tales como vehículos acondicionados o módulos portátiles ubicados temporalmente en ferias libres, plazas, centros deportivos, terminales de buses o estaciones de metro, permitiendo una mayor captura de población en tránsito.
- **Activación de operativos comunitarios de alto impacto**, programados en horarios extendidos (vespertino o fines de semana), para facilitar el acceso de personas trabajadoras o con dificultades de movilidad durante horarios laborales.
- **Estrategias dirigidas a poblaciones de difícil acceso**, como comunidades rurales dispersas, territorios aislados, población migrante en tránsito, personas en situación de calle o residentes de campamentos, utilizando operadores comunitarios y equipamiento móvil especializado.
- **Movilización de promotores comunitarios o agentes locales de salud**, quienes pueden apoyar en la identificación de brechas, difusión de mensajes y acompañamiento de personas mayores o con limitaciones de movilidad hacia los puntos de vacunación.
- **Coordinación con empresas, instituciones laborales y sindicatos**, para promover la vacunación en trabajadores mediante permisos laborales, operativos en espacios de trabajo o alianzas para difusión interna.
- **Estrategias de educación sanitaria**, incluyendo charlas breves en salas de espera, cápsulas multimedia, vocerías técnicas y participación en actividades comunitarias, para aumentar la alfabetización en inmunización y disminuir barreras por desinformación.

VII. SEGURIDAD EN LA VACUNACIÓN

El concepto de vacunación segura se define por medio de un conjunto de reglas, recomendaciones y procedimientos, basado en la observación de la regla de “los correctos”.

TABLA N°4: PROCEDIMIENTO PARA UNA VACUNACIÓN SEGURA

Confirmar la identidad de la persona a vacunar	Mediante el documento de identificación (ejemplo: Carnet de identidad - Pasaporte - DNI - otros).	
Leer atentamente el folleto de la vacuna	Composición - Conservación - Almacenamiento - Duración - Dosis - Esquema - Vías de administración - Reacciones adversas - Otros.	
Verificar contraindicaciones especificadas en el folleto de la vacuna	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Consultar al usuario, posibles contraindicaciones médicas, previo a la vacunación. ▸ Hipersensibilidad a algún componente de la vacuna, según folleto de la vacuna a administrar. 	
Revisar la fecha de vencimiento y aspecto físico de la vacuna	Recordar que, si aparece mes/año, el vencimiento es el último día de ese mes. Revisar coloración y presencia de cuerpos extraños y notificar si corresponde.	
Conservar la cadena de frío	Mantener control y registros de temperatura. En caso de excursión de temperatura, se debe notificar según normativa vigente.	
Informar a la persona acerca de los posibles efectos adversos después de la vacunación	Entregar información en base a lo que indica el folleto del fabricante, previamente a la vacunación.	
Chequear los correctos	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Paciente correcto ▸ Edad correcta ▸ Vacuna correcta ▸ Dosis correcta 	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Vía y sitio de administración correcto ▸ Registro correcto ▸ Cadena de frío
Administrar la vacuna según lo establecido en norma técnica vigente	Revisar “Norma general técnica sobre procedimientos operativos estandarizados para asegurar la calidad en la ejecución del PNI” ¹³ . Procedimiento “Manipulación y administración de vacunas”.	
Registro vacunación	Registrar correcta y oportunamente los datos de la vacunación en sistema RNI en módulo y criterio correspondiente. Si no cuenta con sistema completar planilla manual (anexo N°2).	
Observar al paciente por 30 minutos después de la vacunación	Tratar oportunamente reacciones post vacunal.	
Notificar ESAVI y EPRO	Las notificaciones deben realizarse por la vía oficial: - ESAVI: a través de la plataforma SVI. - EPRO: a través de sistema oficial vigente.	
Eliminar correctamente todos los elementos utilizados en la vacunación	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Eliminar todas las jeringas con o sin remanente de dosis en contenedores de residuos especiales, según el “Reglamento sobre manejo de Residuos en Establecimientos de Atención de Salud (REAS)”. ▸ No re-capsular. ▸ Dar uso correcto a los contenedores de residuos especiales, respetando el nivel de llenado y rotulación correcta. 	

Fuente: Elaboración Propia, Departamento de Inmunizaciones, MINSAL 2026.

13 Ministerio de Salud. Resolución Exenta N°973 “Norma general técnica sobre procedimientos operativos estandarizados para asegurar la calidad en la ejecución del Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI)”. 14 diciembre 2010. Disponible en <https://vacunas.minsal.cl/wp-content/uploads/2024/07/Res.Exenta-No-973-Norma-Gral.-procedimientos-POE-Completa-min.pdf>

a. VIGILANCIA DE ESAVI

Los ESAVI corresponden a las manifestaciones que se presentan posteriores a la administración de vacunas que se sospeche fue ocasionado por alguna de ellas y que no pueden ser atribuidos inicialmente a alguna patología específica. Para su vigilancia se han establecido los lineamientos correspondientes y se debe dar cumplimiento a la Guía de Vacunación Segura¹¹ en lo referido a notificación, evaluación, investigación y seguimiento de estos eventos, para así garantizar la seguridad de las vacunas con una estrecha monitorización, lo que permite mantener la confianza en las vacunas y una correcta aceptación de las campañas de vacunación y obtener el máximo beneficio para toda la población.

Clasificación de un ESAVI:

- **ESAVI serios:** Corresponden a aquellos que requieren hospitalización, prolonguen la hospitalización, ponen en riesgo la vida, causan secuela permanente y/o tienen un desenlace fatal.
- **ESAVI no serios:** Corresponden a eventos que no representan un riesgo a la salud del paciente, de resolución espontánea o que requiere tratamiento ambulatorio. Por ejemplo: dolor en el sitio de inyección, fiebre, dolor de cabeza, reacción en el sitio de administración, entre otros.

Notificación ESAVI

La notificación de un ESAVI es una de las responsabilidades del Nivel Ejecutor (centro asistencial notificador o vacunatorios públicos y privados en convenio). El profesional de salud que detecte un ESAVI debe realizar la notificación según protocolo definido.

- Se debe reforzar el cumplimiento de lo indicado en la “Guía de Vacunación Segura”¹¹ en cuanto a los procesos de Notificación, Seguimiento, Evaluación e Investigación de ESAVI, en todos los niveles, antes de iniciar cualquier estrategia de vacunación.
- La notificación de un ESAVI se debe realizar por medio de la vía oficial:
 - » Plataforma SVI a la cual puede acceder a través del siguiente link: <https://svi.ispch.gob.cl/>.
 - » Esta plataforma actualmente permite la notificación de ESAVI por profesionales de la salud y población general.
- Es importante que al realizar la notificación se completen todos los campos requeridos, ya que esto incide directamente en la evaluación inicial de la notificación.
- El centro asistencial notificador debe cautelar que las notificaciones cumplan con los plazos establecidos, según la seriedad del ESAVI y de acuerdo con la reglamentación vigente en la cual se señala que se deben reportar todos los casos serios dentro de las 72 horas siguientes a la toma de conocimiento del hecho. Los casos no serios también deben notificarse, dentro de un plazo de 30 días. Se sugiere que la notificación se realice lo antes posible.
- El encargado del PNI del establecimiento notificador u otro profesional donde se encuentra el/la usuario/a, debe realizar la investigación del caso y entregar información solicitada por la SFVV y por el PNI. En establecimientos de salud de atención secundaria y terciaria, el responsable será el encargado de epidemiología o el funcionario que la autoridad del establecimiento designe.

- El equipo de salud debe mantener comunicación continua con el/la usuario/a en relación a la evolución del caso, tratando de aportar comentarios clínicos y con base científica para orientarlos dentro de esta situación. Esta debe ser realizada directamente por el equipo de salud tratante, de acuerdo a la Ley 20.584, que regula los derechos y deberes de los pacientes explicando en forma clara y precisa al usuario o a los acompañantes cualquier duda que presenten en cuanto al proceso de la vacunación, posibles ESAVI que se pudieran presentar o que se hayan presentado.

Recomendaciones ante la presencia de ESAVI

Durante el periodo de observación (30 minutos), el funcionario de salud debe entregar información con respecto a los ESAVI no serios y serios.

En el caso de **ESAVI no serio** se debe recordar que son esperables y mencionar al/la usuario/a que estos habitualmente se resuelven de forma espontánea y requieren una mínima intervención, como la ingesta de líquidos abundantes, medidas físicas para controlar la fiebre o el dolor en sitio de inyección y/o analgesia, según indicación médica.

Los ESAVI no serios no se les realiza seguimiento por parte de ISP, ya que no afectan la relación riesgo/beneficio de las vacunas administradas. No reciben una recomendación para continuar esquema, ya que **la aparición de un evento adverso no serio no contraindica la administración de futuras dosis de la misma vacuna o de la continuación del calendario con otras.**

En el caso de los **ESAVI serio**, al igual que con cualquier medicamento, hay una probabilidad muy remota de que la vacuna cause una reacción alérgica grave (anafilaxia), por lo tanto, es necesario que, durante el periodo de observación, el personal a cargo de la vacunación esté alerta a la aparición de sintomatología respiratoria (disnea, tos, estridor), cutánea (prurito, eritema, angioedema, urticaria), gastrointestinal (náuseas, vómitos, dolor abdominal) y/o cardiovascular (hipotensión, taquicardia). Los ESAVI serios y los Evento Adverso de Interés Especial (EVADIE) luego de ser notificados, se les realizará solicitud de información por parte del ISP en un plazo no mayor a 48hrs hábiles.

En caso de que el/la usuario/a presente una reacción alérgica grave, realizar tratamiento indicado en la tabla N°14 y notificar el ESAVI de acuerdo a la normativa vigente.

Evaluación de Causalidad de ESAVI Serios

- La evaluación de la causalidad de casos individuales, de acuerdo con la OMS, consiste en un análisis de los factores que pudieran incidir o precipitar un evento, (que no necesariamente está relacionado con las vacunas administradas), para determinar la probabilidad de que exista una asociación causal entre el evento y la vacuna o vacunas recibidas.
- Este análisis se realiza por la SFVV del ISP y los casos de mayor complejidad se presentan al Comité de Farmacovigilancia de Vacunas (FVV).
- El Comité está compuesto por un equipo multidisciplinario de expertos que incluye un panel de médicos especialistas externos, profesionales de la SFVV del ISP, a Profesionales del Departamento de Inmunizaciones. La retroalimentación a la población y a los profesionales de la salud sobre los ESAVI se realizan a través de la publicación de informes estadísticos, notas informativas, medidas con regulatorias y capacitaciones en farmacovigilancia de vacunas, disponibles en: <https://www.ispch.cl/anamed/farmacovigilancia/vacunas/>.

- Para casos serios priorizados, se debe contar con toda la información clínica relevante como, por ejemplo: conocer si el paciente presentaba alguna patología base, si se descartó alguna causa alternativa en la generación del evento. Por ello es muy relevante que los equipos locales puedan hacer un adecuado seguimiento del caso.

A continuación, se describen los eventos adversos de la vacuna que se utilizará en la campaña influenza 2026:

TABLA N°5: EVENTOS ADVERSOS ESPERABLES CON LA VACUNA CONTRA INFLUENZA TRIVALENTE ANFLU® 2026

TIPO DE REACCIÓN	FRECIENTES*	POCO FRECUENTES**
Locales (sitio de administración)	Dolor	Prurito Eritema Hinchazón Induración
Sistémicos	Fiebre Fatiga Dolor de cabeza	Mareo Mialgia Artralgia Disminución del apetito Náuseas Vómitos Diarrea Dolor abdominal Tos Dolor orofaríngeo Decaimiento

Frecuencia de aparición:

*Frecuentes $\geq 1\%$, $<10\%$

**Poco Frecuentes $\geq 0.1\%$, $<1\%$

Recordar: Existen reacciones adversas esperables posterior a una vacunación y están descritas en el folleto de cada producto. Éstas son leves, desaparecen de forma espontánea en pocos días y ceden con medidas físicas. Por otro lado, se debe educar a los usuarios, padres y/o tutores con respecto a signos y síntomas de alarma posterior a la vacunación e inmunización.

b. VIGILANCIA DE EPRO

Los EPRO corresponden a acciones o procedimientos que no cumplen con las normas y técnicas establecidas. Se entiende por EPRO cualquier incidente prevenible que ocurre por acción u omisión en cualquier punto del proceso de uso de productos biológicos del PNI (vacunas, inmunoglobulinas y anticuerpo monoclonal) desde la recepción, almacenamiento, conservación, distribución, manipulación, preparación, administración y registro que, como resultado pueden provocar potencialmente eventos adversos leves, graves y/o fatales en los usuarios.

Acciones frente a un EPRO

Nivel central:

- Contribuir a los objetivos estratégicos del Departamento de Inmunizaciones en materia de Vacunación Segura con calidad, seguridad y eficiencia.
- Elaborar y actualizar documentos en temas relacionados con los EPRO y su prevención según la evidencia científica disponible.
- Entregar lineamientos técnicos y administrativos a referentes de la SEREMI de Salud en materia de EPRO.
- Participar activamente en el monitoreo de las notificaciones de EPRO en el sistema vigente.
- Administrar la base de datos de EPRO de los productos biológicos pertenecientes al PNI.
- Entregar resolución de los EPRO notificados y derivados desde SEREMI, según la evaluación de antecedentes y la evidencia científica disponible.
- Entregar orientación técnica solo a los EPRO que se producen en la administración de productos biológicos de venta privada homologables a los existentes en el arsenal del PNI.
- Analizar casos controversiales en conjunto con profesionales del Departamento de Inmunizaciones, según pertinencia.
- Monitorear la ocurrencia de EPRO a nivel nacional a través de la revisión activa de los registros de vacunación e inmunización y levantar alertas preventivas.
- Realizar acompañamiento técnico a referentes del PNI regionales en la resolución de los EPRO masivos, controversiales, de cobertura mediática, de difícil manejo o aquellos que el nivel SEREMI de Salud no pueda resolver.
- Solicitar informes de investigación en casos masivos, controversiales o de difícil resolución.
- Gestionar revisión bibliográfica con Químico Farmacéutico (QF) del PNI, para dar orientaciones técnicas con acciones a ejecutar en caso de EPRO masivos, controversiales, de cobertura mediática, de difícil manejo u otro definido por el Departamento de Inmunizaciones o por la autoridad ministerial.
- Elaborar, actualizar y difundir semestralmente informes de EPRO para el Departamento de Inmunizaciones, Referentes PNI SEREMI y SS.
- Realizar capacitaciones en materia de EPRO a los niveles intermedios, ejecutores y otras instancias intra o extrainstitucionales.
- Elaborar respuestas y/o documentos solicitados por la autoridad en caso específicos en relación con EPRO controversiales.

Nivel intermedio:

SEREMI de Salud:

- Recibir y gestionar las notificaciones EPRO generadas en el sistema oficial vigente por el nivel ejecutor, evaluando si contienen la información necesaria. En caso contrario, debe solicitar datos faltantes o información relevante para el análisis del caso.
- Analizar el caso según los antecedentes aportados y entregar indicaciones conforme a los Lineamientos Técnicos Operativos y/o tablas EPRO disponibles.
- Si el EPRO no se encuentra definido en los Lineamientos Técnicos Operativos de cada estrategia, se debe derivar el caso a nivel central.
- Generar instancias de capacitación y réplica de los contenidos acerca de la notificación y prevención de EPRO en conjunto con los Servicios de Salud a los establecimientos públicos, incluyendo servicios de urgencia y maternidades que estén involucrados en el proceso de vacunación e inmunización.
- Monitorear el seguimiento y cierre de los casos notificados.
- Si el usuario requiere seguimiento en una región distinta a donde se vacunó, se debe realizar la derivación a la SEREMI de Salud correspondiente para continuar el proceso y cierre de caso.
- Fiscalizar el cumplimiento de las funciones del nivel ejecutor con relación al proceso de monitoreo de los errores programáticos.
- Fiscalizar el cumplimiento y ejecución de las actividades propuestas en el plan de mejora elaborado por el nivel ejecutor.

Servicio de Salud:

- Evaluar si las notificaciones de EPRO generadas en el sistema oficial vigente por el nivel ejecutor contienen la información correcta. En caso contrario, solicitar datos faltantes o información relevante para el análisis del caso.
- Evaluar si los seguimientos y cierres de casos generados en el sistema oficial vigente por el nivel ejecutor, contienen información correcta. En caso contrario, solicitar datos faltantes o información relevante.
- Supervisar que el nivel ejecutor, realice el seguimiento y cierre de caso en todos los eventos y cumpla con los plazos establecidos.
- Orientar al nivel ejecutor en la planificación y ejecución de planes de mejora.
- Supervisar y apoyar al nivel local en la ejecución y gestiones necesarias para dar cumplimiento a los planes de mejora.
- Capacitar y replicar los contenidos acerca de la notificación y prevención de EPRO a los establecimientos de salud públicos, incluyendo servicios de urgencia y maternidades que estén involucrados en el proceso de vacunación e inmunización.

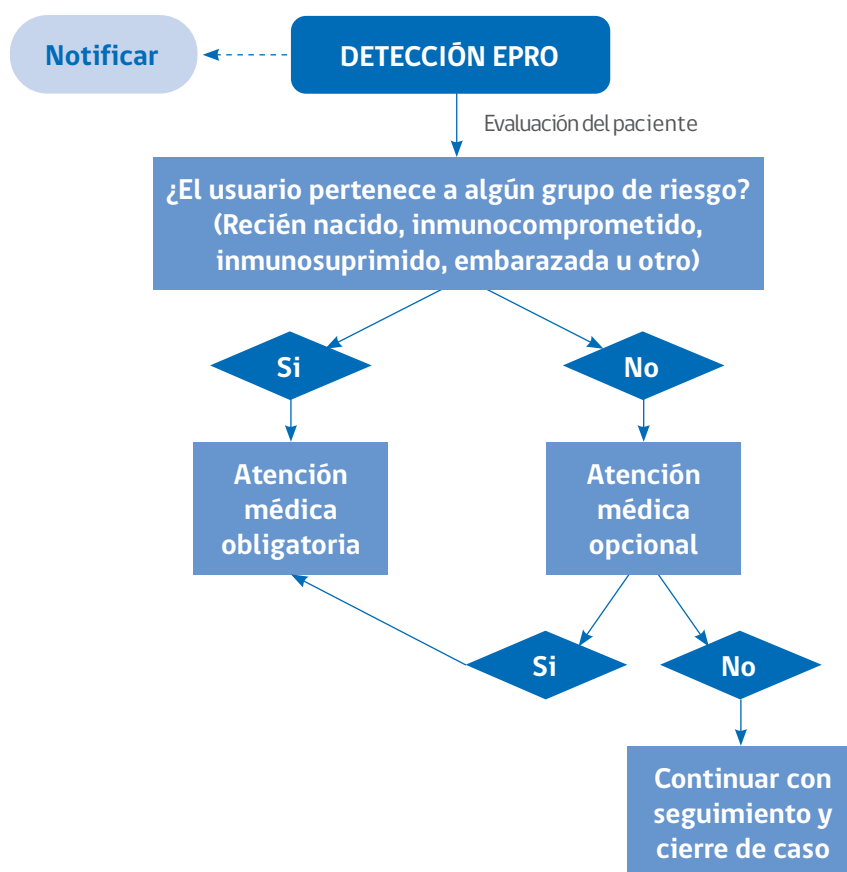
Nivel ejecutor:

a) Notificación

- Una vez detectado el EPRO, se deben recabar los antecedentes necesarios para realizar la notificación inmediata o máximo 24 horas después de tomado conocimiento del evento. En caso de caída del sistema vigente de notificación, se debe completar los formularios EPRO de forma manual, los que deben ser enviados a SEREMI y SS correspondiente de su región. Este último a su vez, remitirá la documentación al nivel central a la dirección de correo electrónico epro@minsal.cl. Una vez restablecido el funcionamiento del sistema vigente, se debe ingresar la información enviada en forma manual.
- Informar de esta situación vía correo electrónico y de forma presencial inmediatamente a la jefatura del establecimiento de salud.
- Debido a que un EPRO puede ser pesquisado con meses de latencia, no existe un plazo máximo definido para la notificación.

- En caso de EPRO masivo o algún otro evento que pueda resultar controversial, debe notificar a SEREMI por la vía más rápida o expedita por si ocurre denuncia ciudadana o de alarma pública, según la implementación de cada región.
 - Responder a los requerimientos de información solicitados desde el nivel intermedio o nivel central, según corresponda.
- b) Información al usuario, padres y/o tutores
- Debe ser entregada por profesional referente de PNI o a quien el director del establecimiento delegue, que cuente con competencias técnicas y pueda entregar información veraz y oportuna sobre el error ocurrido y el producto biológico involucrado, de manera de disminuir la incertidumbre de los afectados.
 - Debe ser individual, preferentemente de manera presencial a cada una de las personas inclusive en los casos de EPRO masivos.
 - Debe ser clara acerca de las reacciones que se pudieran presentar y referirse a las manifestaciones clínicas que describe el fabricante para su producto.
 - Indicar que debe asistir al centro asistencial más cercano, en caso de persistencia de manifestaciones esperables o si presenta algún signo o síntoma de alarma.
- c) Prestaciones médicas ante un EPRO
- La finalidad de esta prestación es evaluar el estado de salud del usuario posterior a la vacunación que causó el EPRO y pesquisar posibles eventos adversos que requieran tratamiento médico.
 - La atención médica será obligatoria para el caso de usuarios que se encuentren en alguna situación de riesgo o vulnerabilidad de su estado de salud tales como: inmunosuprimidos, inmunocomprometidos, embarazadas, recién nacidos u otros casos que requieran de mayor supervisión o según la envergadura del EPRO.
 - La atención médica se ofrecerá siempre, sin embargo, no será obligatoria para usuarios que no estén mencionados en la situación anterior.
 - Los establecimientos públicos y privados en convenio deben brindar atención médica indistintamente de la previsión del usuario, sin costo asociado para el afectado.
 - Esta prestación debe ser coordinada y otorgada durante las primeras 24 hrs por el establecimiento de salud donde ocurrió el EPRO, quedando consignado en la ficha clínica el motivo, diagnóstico y tratamiento indicado según corresponda.
 - Aquellos vacunatorios que no cuenten con médico en sus centros, deben gestionar y asegurar la atención médica derivando al usuario a algún centro de salud, registrando esta derivación en la notificación, así como también, aquellos casos donde el usuario se encuentre en otra región donde se produjo el EPRO, se debe coordinar la atención médica a través de la SEREMI de Salud respectiva.
 - Si el usuario rechaza la atención médica, debe ser registrado en el formulario de notificación y ficha clínica.
 - Si durante el seguimiento del usuario, se detecta algún signo de alarma, se debe otorgar la atención médica correspondiente y notificar como ESAVI.

FIGURA N°4: ESQUEMA DE ATENCIÓN MÉDICA



Fuente: Elaboración propia Departamento de Inmunizaciones, MINSAL, 2026.

d) Seguimiento en el nivel local

- El seguimiento de los usuarios involucrados en un EPRO debe ser realizado por un profesional de enfermería o funcionario que la persona encargada del vacunatorio delegue.
- Todos los usuarios deben tener un seguimiento por un tiempo mínimo de 15 días considerando al menos 3 contactos con el usuario, independiente si recibieron o no una atención médica.
- Si la notificación es tardía (mayor a 2 meses), solo se realizará un seguimiento a excepción que se detecte algún signo o síntoma de alerta que requiera otro seguimiento y/o evaluación médica.
- Si el usuario ha presentado sintomatología desfavorable pesquisada durante la evaluación médica o el seguimiento, se podrá extender el tiempo indicado para el seguimiento y cierre de caso, lo cual se definirá en la evaluación médica correspondiente. Se recomienda la extensión de este proceso por 30 días o lo que sea necesario según la evolución del usuario.
- El seguimiento puede realizarse en forma presencial con citación al centro de salud, vía telefónica o visita domiciliaria.
- Si el usuario requiere seguimiento en una región distinta a donde se vacunó/inmunizó, se debe realizar la derivación a la SEREMI de Salud correspondiente a través de correo electrónico para continuar el proceso y cierre de caso en su región de origen.
- El seguimiento debe quedar registrado en el sistema oficial vigente. En caso de caída del sistema informático, se debe completar manualmente el formulario de seguimiento, que debe enviarse a SEREM y SS de su región. Este último a su vez, remitirá la documentación a la dirección de correo electrónico epro@minsal.cl. Una vez restablecido el funcionamiento de la plataforma, se debe ingresar la información enviada en forma manual.

- e) Elaborar un plan de mejora
- El plan de mejora, en el contexto de los EPRO, corresponde a un documento que analiza las causas y factores contribuyentes del error y se proponen acciones para responder a las problemáticas identificadas. Los errores en el proceso de vacunación se deben analizar desde la perspectiva de los fallos del sistema que propiciaron el error, más que las conductas de los individuos implicados. Por lo anterior, es fundamental que en la elaboración del plan de mejora exista participación de todo el equipo involucrado en esta cadena de procesos y no solo la persona que administró el producto.
 - » Plazo: Este documento debe ser cargado en la plataforma con un plazo máximo de 30 días desde la notificación.
 - » Nota: El establecimiento debe elaborar un plan de mejora por evento, es decir, si se trata de un EPRO masivo solo se debe realizar un documento.
- f) Informe de investigación
- El Informe de Investigación solo se realizará en caso de ser requerido por el nivel central (EPRO masivos, controversiales o de difícil manejo).
 - Se solicitará solo un informe de investigación por evento.
 - Este formulario debe ser registrado en el sistema oficial vigente, el cual debe contener los siguientes datos obligatorios: Fecha de notificación, identificación del establecimiento, fecha/s de vacunación, vacunas involucradas (solo el nombre y número de dosis), relato del evento (número de afectados), descripción de los procesos realizados y pendientes, manejo comunicacional, medidas implementadas para evitar nuevos EPRO por la misma causa.

Prevención de EPRO

Los errores en vacunación o inmunización son prevenibles en su mayoría, es por esto la relevancia de la capacitación, supervisión y comunicación permanente de todo el equipo involucrado en el proceso de inmunización.

En la siguiente tabla, se muestran los correctos que se deben aplicar para minimizar la ocurrencia de errores en la administración de productos inmunobiológicos:

TABLA N°6: CORRECTOS A SEGUIR PARA LA PREVENCIÓN DE EPRO EN EL PROCESO DE VACUNACIÓN

TIPO DE EPRO	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO
Paciente correcto	<ul style="list-style-type: none"> Previo a la administración del producto biológico, se debe confirmar la identidad de la persona, solicitando documento de identificación. Verificar datos personales: nombre completo, fecha de nacimiento, datos de contacto. Revisar minuciosamente el historial de vacunación en el sistema de RNI. Verificar que no existan contraindicaciones del producto biológico a administrar, indagando sobre antecedentes médicos y reacciones alérgicas del usuario.
Edad correcta	<ul style="list-style-type: none"> Corroborar la edad del usuario contrastando información disponible en RNI, documento de identidad, ficha electrónica, etc. Verificar que el producto a administrar corresponde a la edad del usuario que será inmunizado. Identificar si para el mismo producto existen diferentes presentaciones para niños/adolescentes y adultos.
Producto biológico correcto	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en RNI el producto biológico, número de dosis e intervalo correspondiente según esquema, calendarios ministeriales, lineamientos y/o indicación médica. Identificar dosis pediátrica o dosis adulta en caso de contar con el mismo producto para ambas edades. Verificar el producto biológico a administrar leyendo etiqueta de la jeringa prellenada. Verificar la vigencia del producto antes de administrar. Los productos biológicos deben ser almacenados de acuerdo con el principio FEFO (First Expires, First Out; Primero que expira, primero que sale).
Dosis correcta	<ul style="list-style-type: none"> Verificar dosis (mL) exacta de administración según el fabricante.
Vía y sitio de administración correcto	<ul style="list-style-type: none"> Verificar la vía de administración y sitio de punción que se encuentra en el envase y/o folleto del producto biológico. Comprobar que se utilicen los insumos correspondientes a la vía de administración. Verificar el sitio de punción recomendado para la correcta administración de cada producto. Recordar que existen distintos sitios de punción según edad del usuario. Revisar sitios de administración recomendados por el PNI.
Registro correcto	<ul style="list-style-type: none"> Ingresar los datos de inmunización del usuario al módulo correspondiente del RNI. Verificar la concordancia de las dosis administradas con las dosis registradas en RNI. Si no se dispone del sistema RNI en el momento de la inmunización, se debe utilizar planilla manual completando cada campo con letra legible y traspasar los datos al RNI en los plazos definidos para esta actividad (hasta 24 horas posterior a la inmunización) para evitar el registro diferido (anexo N°2). En caso de tener un error en el registro, estos deben ser corregidos por el establecimiento donde se administró el producto. Para el correcto registro de las personas extranjeras y/o indocumentadas, siempre se debe buscar el perfil de la persona por nombre completo para evitar duplicidad de datos. En el caso de las personas indocumentadas, se debe registrar según lo descrito en el Ordinario N°B25/4028¹⁴.

14 Departamento de Estadísticas e Información de Salud. (2013). Formaliza procedimientos para el registro en el sistema RNI. Ministerio de Salud de Chile. Disponible en: <https://vacunas.minsal.cl/wp-content/uploads/2024/08/Ordinario-B52--N%C2%B04028-de-10-de-diciembre-de-2013-Se-formalizan-procedimientos-para-registro-en-el-sistema-RNI.pdf>

Cadena de frío	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Realizar correcto armado de CIP según normativa vigente. ▸ Realizar correcta configuración de los termógrafos y su respectiva descarga de información, según instructivo vigente. ▸ Controlar y registrar la temperatura tanto de los equipos de almacenamiento y de los CIP según normativa. ▸ Notificar oportunamente en caso de excursión de temperatura. Los productos sometidos a esta condición, deben ser apartados del resto, en calidad de cuarentena y manteniendo la cadena de frío. Deben ser rotulados como “EXCURSIÓN DE TEMPERATURA, NO UTILIZAR” hasta obtener resolución desde SEREMI de Salud o MINSAL según corresponda.
-----------------------	--

Fuente: Elaboración propia Departamento de Inmunizaciones, MINSAL, 2026.

Notificación:

Los establecimientos de salud públicos y privados en convenio con la autoridad sanitaria regional deben informar los EPRO a través del sistema oficial vigente: <https://epro.minsal.cl>. Para acceder al sistema, se puede escanear el siguiente código QR:



En caso de caída del sistema oficial de notificación, se debe descargar, completar y enviar los formularios respectivos por correo a la SEREMI y SS correspondiente a su región. La SEREMI remitirá la documentación solicitada a la dirección de correo electrónico epro@minsal.cl.

Los formularios de notificación, seguimiento y cierre de caso, se encuentran disponibles para descargar escaneando el siguiente código QR:



Una vez reestablecido el sistema, se debe ingresar a la plataforma la información enviada de forma manual.

A continuación, se describen los tipos de errores más comunes, su descripción y las acciones a seguir ante su ocurrencia. Esta tabla tiene por objetivo orientar a los niveles ejecutores e intermedios en la vigilancia de EPRO.

TABLA N°7: CONDUCTAS PARA SEGUIR EN EPRO POR VACUNA ANFLU® LABORATORIO SINOVAC

Tipo de EPRO	Descripción del evento	Seguridad	¿Notificación?	Indicación	¿Dosis válida?
Se administró una dosis (mL) incorrecta	Administración de dosis menor a la indicada.	Las reacciones esperadas corresponden a las descritas por el fabricante en el folleto de la vacuna.	Si	Si la dosis administrada es cuantificable, se debe administrar volumen faltante durante las primeras 24 hrs.	No
				Si la dosis administrada es incuantificable o si error se detecta al día siguiente o posterior, se debe administrar dosis correcta a la brevedad.	No
Administración de dosis extra	Repetición de una dosis que ya fue administrada.	Las reacciones esperadas corresponden a las descritas por el fabricante en el folleto de la vacuna.	Si	Realizar seguimiento.	No
Vacuna fuera de fecha de vigencia	Se administró vacuna posterior a su fecha de expiración según lote.	Las reacciones esperadas corresponden a las descritas por el fabricante en el folleto de la vacuna.	Si	Se debe repetir dosis a la brevedad.	No
Se administró producto biológico afectado por excursión de temperatura	Administración de productos afectados por excursión de temperatura, cuyo análisis de estabilidad térmica realizada por el equipo responsable sea la ELIMINACIÓN	Las reacciones esperadas corresponden a las descritas por el fabricante en el folleto del producto.	Si	Se debe repetir dosis a la brevedad.	No
Intervalo incorrecto	Administración de segunda dosis en un intervalo menor a 4 semanas (28 días).			Solicitar orientación a EPRO MINSAL para evaluar antecedentes.	
Administración de vacuna a paciente de edad incorrecta	Administración de vacuna a usuarios/as menores de 6 meses.			Solicitar orientación a EPRO MINSAL para evaluar antecedentes.	
Vía de administración incorrecta	Administración de vacuna por una vía distinta a la indicada por fabricante.			Solicitar orientación a EPRO MINSAL para evaluar antecedentes.	
Tipo de EPRO		Indicación			
No se respetó una contraindicación de la vacuna		Solicitar orientación a EPRO MINSAL para evaluar antecedentes.			
Administración de una vacuna en cuarentena o no apta para su uso		Solicitar orientación a EPRO MINSAL para evaluar antecedentes.			
Vacuna fuera de rango de temperatura		Solicitar orientación a EPRO MINSAL para evaluar antecedentes.			
Administración de vacuna en sitio de punción incorrecto		Solicitar orientación a EPRO MINSAL para evaluar antecedentes.			

Fuente: Elaboración propia Departamento de Inmunizaciones, MINSAL, 2026.

COMUNICACIÓN DE EPRO A LA COMUNIDAD

La comunicación de un EPRO durante el proceso de vacunación debe ser de manera oportuna, transparente y completa. Esta acción es indispensable para evitar la pérdida de confianza en las vacunas y en el PNI.

La OPS define una crisis como: *“Una situación donde se produce una pérdida real o potencial de confianza en las vacunas y/o en el servicio de vacunación, precipitada por información sobre un evento adverso”*¹⁵. La aparición de una crisis es propiciada cuando el evento en cuestión no se atiende inmediatamente, no se le da la importancia debida o cuando la noticia aparece en los medios de prensa y la demanda de la población por respuestas no es cumplida de forma adecuada.

El personal de salud involucrado en las actividades de vacunación debe estar capacitado sobre el flujo de atención en caso de ocurrir un EPRO, debe manejar la información técnica relevante sobre las vacunas administradas y debe ser capaz de orientar al usuario con respecto a inquietudes o dudas que surjan al informar un EPRO. Con respecto al seguimiento, el equipo involucrado en la notificación de EPRO debe indagar sobre la existencia de manifestaciones clínicas y saber discriminar entre síntomas esperados post vacunación o aquellos signos o síntomas que requieren atención médica o corresponden a un ESAVI serio. Estos deben ser notificados a través de:

- Plataforma Sistema de Vigilancia Integrada (SVI) <https://svi.ispch.gob.cl/>.

Preparación previa al contacto con el usuario, padres y/o tutores

Determine durante la preparación de la estrategia quién o quiénes serán las personas encargadas de notificar los EPRO, de acuerdo con su capacidad técnica, habilidades de comunicación, etc.

Prepare la siguiente información:

- Motivo del contacto con el/la usuario/a.
- Breve descripción de lo ocurrido.
- Mensajes claves a comunicar. Ej: Importancia y beneficios de la vacunación.
- Posibles preguntas que puedan tener los/las usuarios/as y sus respectivas respuestas

Recomendaciones para una Comunicación Efectiva¹⁶

- Comunicar con honestidad y precisión el EPRO, informando los hechos de manera concisa y concreta, evitando utilizar términos médicos o complejos.
- Mantener la calma al hablar y evite dar información no confirmada que pudiera resultar alarmante.
- Comunicar los hechos sin indicar “culpables”. No mencione comentarios negativos sobre el personal del establecimiento o de las instituciones involucradas en el proceso, no culpe a otras personas o compañeros de trabajo sobre los hechos ocurridos.
- Demostrar una actitud receptiva, comprensiva y empática frente a las inquietudes que puedan existir.
- Entregar información desde una perspectiva positiva. Ejemplo: En vez de decir: *“Debemos coordinar una atención médica debido a que su salud está en riesgo”*, se puede entregar la información de la siguiente manera: *“Para su tranquilidad y como parte del protocolo establecido, debemos coordinar una atención médica para evaluar su estado de salud posterior a la vacunación”*.

¹⁵ Organización Panamericana de la Salud (OPS). Vigilancia de los Eventos Supuestamente Atribuibles a la Vacunación o Inmunización (ESAVI) de la vacuna contra la influenza pandémica (H1N1) 2009 y prevención de crisis - Guía práctica. 2010. Disponible en https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2010/H1N1_Guia_de_Vigilancia_de_ESAVI_FINAL.pdf

¹⁶ Organización Panamericana de la Salud (OPS). Comunicación sobre vacunación segura: Orientaciones para apoyar al personal de salud en la comunicación con madres, padres, cuidadores y pacientes. 28 enero 2011. Disponible en <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53014>

c. TÉCNICA DE PREPARACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE LA VACUNA

TABLA N°8: TÉCNICA DE PREPARACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE LA VACUNA ANFLU®

<p>Preparación de la vacuna</p>	<p>La vacuna viene en presentación de jeringa prellenada con aguja incorporada. Se debe verificar indemnidad del envase primario, secundario y de la aguja, junto con observar características de la solución (presencia de partículas y/o cambio de coloración).</p> <p>Verificar la vigencia del producto antes de administrar.</p>
<p>Sitio de punción</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Lactantes menores de 12 meses: tercio medio de la cara anterolateral del muslo (músculo vasto externo). ▸ A partir de los 12 meses: cara externa del deltoides, de 2 a 3 traveses de dedo por debajo del acromion.
<p>Técnica</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Descubrir la zona de punción, en su totalidad. - Definir zona de punción. - Sostener la zona de inyección con el dedo índice y pulgar - Limpiar la zona con una tórcula seca, sin alcohol. - Puncionar con un ángulo de 90°, con un movimiento rápido y seguro. - Administrar la solución de manera rápida y sin aspirar. - Realizar presión con algodón seco, en el sitio de punción. - El material utilizado, al igual el remanente correspondiente en caso de haber administrado una dosis de 0,25 mL, se deben eliminar conforme a la normativa REAS vigente.

Fuente: Elaboración propia Departamento de Inmunizaciones, MINSAL, 2026.

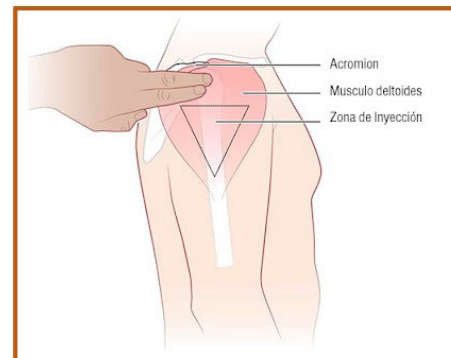
i. Lactantes menores de 12 meses

La punción en los lactantes menores de 12 meses debe ser realizada en el tercio medio de la cara anterolateral del muslo (músculo vasto externo).



ii. A partir de los 12 meses de edad

La punción en personas a partir de 12 meses de edad debe ser realizada en el músculo deltoides del brazo, 2-3 traveses de dedo bajo el acromion.



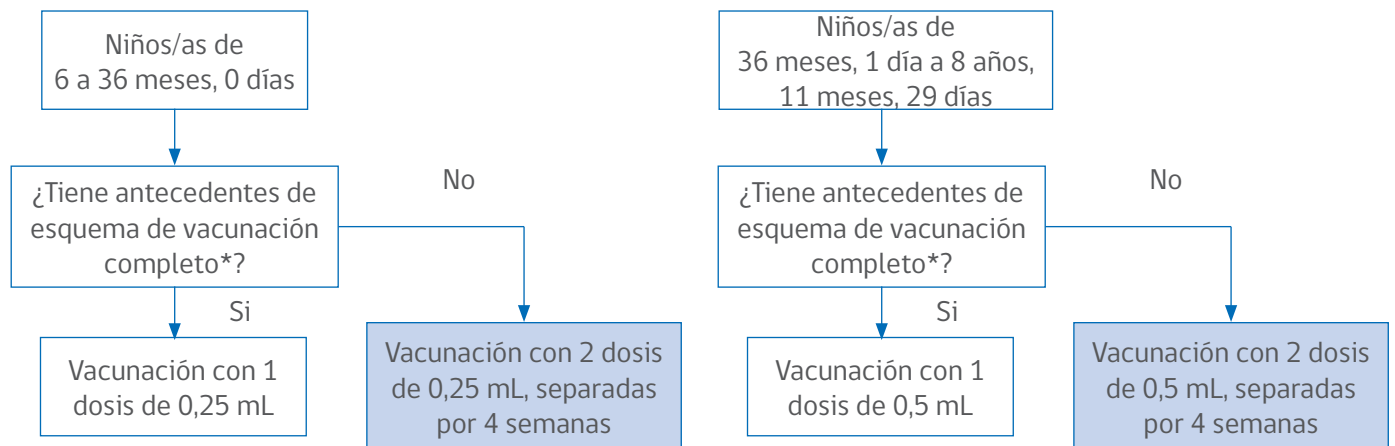
iii. Indicaciones de vacunación campaña antiinfluenza 2026

De acuerdo a la recomendación del CAVEI¹⁷, emitida para la campaña antiinfluenza del año 2025, las dosis de vacuna Anflu® del laboratorio Sinovac para el grupo de 6 meses hasta 8 años, 11 meses, 29 días son las siguientes:

Vacunación en menores de 3 años (hasta 36 meses)

- Los niños/as de 6 meses y hasta los 36 meses (3 años, 0 días), que reciben la vacuna contra la influenza por primera vez, y aquellos que solo han recibido una dosis previamente, deben recibir dos dosis de 0,25 mL de la vacuna, con un intervalo de 4 semanas.
- Los niños/as de 6 meses y hasta los 36 meses (3 años, 0 días), que recibieron previamente dos dosis de la vacuna contra la influenza (durante una misma campaña), solo deben recibir una dosis de 0,25 mL de esta vacuna.

FIGURA N°7: ESQUEMA DE VACUNACIÓN CONTRA INFLUENZA EN NIÑOS Y NIÑAS A PARTIR DE LOS 6 MESES HASTA LOS 8 AÑOS, 11 MESES, 29 DÍAS



Fuente: Elaboración Propia Dpto. de Inmunizaciones, 2026.

*Se define como "Esquema de vacunación completo" a la administración de dos dosis de vacuna contra la influenza con un intervalo mínimo de 4 semanas durante una misma campaña.

Vacunación en niños/as a partir de los 3 años, 1 día hasta los 8 años, 11 meses, 29 días

- Estos niños/as que reciben la vacuna contra la influenza por primera vez, y aquellos que solo han recibido una dosis previamente, deben recibir dos dosis de 0,5 mL de la vacuna, con un intervalo de 4 semanas.
- Aquellos que recibieron previamente dos dosis de la vacuna contra la influenza (durante una misma campaña), solo deben recibir una dosis de 0,5 mL de esta vacuna.

Vacunación en personas a partir de los 9 años en adelante

- A partir de los 9 años deben recibir solo una dosis de 0,5 mL de vacuna contra la influenza, independiente a sus antecedentes de vacunación en campañas anteriores.

17 Comité Asesor en Vacunas y Estrategias de Inmunización (CAVEI). Recomendación del CAVEI sobre uso "off-label" de la vacuna trivalente contra influenza "Anflu®" en el año 2025. 28 febrero 2025. Disponible en <https://vacunas.minsal.cl/wp-content/uploads/2025/02/Recomendacion-del-CAVEI-sobre-uso-off-label-de-vacuna-contra-influenza-2025.pdf>

iv. Coadministración de vacunas

La vacuna contra la influenza puede ser administrada conjuntamente con otras vacunas programáticas y vacuna contra SARS-CoV-2, pero en sitios de punción diferentes (revisar tabla N°0).

La administración simultánea:

- No interfiere con la respuesta inmunológica de cada vacuna.
- No incrementa el riesgo de eventos adversos relevantes.
- Contribuye a mejorar adherencia y cobertura en grupos de riesgo.
- Disminuye el número de visitas necesarias al establecimiento de salud.

Punción simultánea de vacunas en una extremidad:

1. Iniciar la inmunización con la vacuna menos dolorosa.
2. Aplicar la vacuna intramuscular rápidamente y sin aspirar.
3. Al administrar 2 vacunas simultáneamente en la misma extremidad verificar que exista 2,5 cm de separación entre una y otra.

TABLA N°9: RECOMENDACIÓN DE SITIOS DE PUNCIÓN Y VÍAS DE ADMINISTRACIÓN SEGÚN EDAD

EDAD	MUSLO DERECHO	MUSLO IZQUIERDO	BRAZO DERECHO	BRAZO IZQUIERDO
6 meses	Hexavalente (IM) + Nirsevimab (IM)	Neumocócica conjug. ^(a) (IM) + Influenza (IM)	COVID-19 (IM) ^(c)	-
12 meses	COVID-19 (IM) ^(c)	Nirsevimab (IM)	Neumocócica conjug.(IM) + Meningocócica tetravalente (IM)	SRP (SC) + Influenza (IM)
18 meses	Influenza (IM)	Nirsevimab (IM) ^(b) + COVID-19 (IM) ^(c)	Hexavalente (IM) + Varicela (SC)	Hepatitis A (IM) + Meningocócica serogrupo B (IM)
18 meses Isla de Pascua	Nirsevimab (IM) ^(b) + COVID-19 (IM) ^(c)	Influenza (IM) + Hepatitis A (IM)	Hexavalente (IM) + Varicela (SC)	Meningocócica serogrupo B (IM) + Fiebre amarilla (SC)
36 meses	-	-	Varicela (SC) + COVID-19 (IM) ^(c)	SRP (SC) + Influenza (IM)
Escolares	-	-	dTpa (IM) [1° y 8° básico] VPH (IM) [4° básico]	Influenza (IM) + COVID-19 (IM) ^(c)
Gestantes	-	-	dTpa (IM)	Influenza (IM) +
Personas mayores	-	-	Neumocócica polisacárida 23V (IM)	Influenza (IM) + COVID-19 (IM) ^(c)

Vías de administración: IM (Intramuscular); SC (Subcutánea)

^(a) Sólo indicada en prematuros menores de 37 semanas.
^(b) Sólo indicado en lactantes de alto riesgo, según lineamiento técnico vigente.
^(c) La vacuna contra COVID-19 puede ser administrada en personal de salud público y privado, personas de 65 años y más, y población inmunocomprometida (a partir de los 6 meses).

Fuente: Elaboración Propia Dpto. de Inmunizaciones, 2026.

d. MANEJO DE REACCIONES POST VACUNACIÓN

Durante todo proceso de vacunación, el personal de salud debe mantener una vigilancia activa y permanente respecto de los potenciales efectos secundarios posteriores a la administración de una vacuna. Esto implica identificar precozmente tanto las manifestaciones locales y sistémicas descritas en el folleto del fabricante –consideradas reacciones esperadas– como aquellas que pudieran corresponder a eventos de mayor gravedad y que requieren intervención inmediata.

Es fundamental que los equipos vacunadores conozcan en detalle el perfil de seguridad de cada producto biológico, incluyendo sus reacciones comunes, poco frecuentes y graves, a fin de garantizar una respuesta oportuna y adecuada ante su aparición. Se debe relevar que los beneficios de las vacunas superan ampliamente los riesgos asociados a su administración, siendo la mayoría de las reacciones adversas leves, autolimitadas y transitorias.

De acuerdo con la Norma Técnica vigente del PNI¹³, con el objetivo de pesquisar oportunamente una reacción anafiláctica posterior a la vacunación, se establece la obligatoriedad de mantener a la persona vacunada en observación durante 30 minutos en el establecimiento de salud. Este periodo de vigilancia debe efectuarse en un área próxima al vacunatorio, con acceso inmediato a los insumos, medicamentos y equipamiento necesarios para la atención de urgencias, constituyendo una medida de precaución esencial para detectar, manejar e intervenir oportunamente ante la eventual aparición de un evento de este tipo.

TABLA N°10: CAPACITACIÓN DEL EQUIPO DE SALUD

TEMAS	ACTIVIDADES
Procedimientos de campaña de vacunación	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Revisión de protocolos/procedimientos vigentes. ▸ Difusión al equipo, utilizando diferentes metodologías.
Equipo de emergencia y uso de medicamentos e insumos	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Maletín de emergencia. ▸ Paso práctico de medicamentos e insumos. ▸ Verificar fechas de vencimiento.
Reacciones adversas y manejo inmediato	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Identificar reacciones adversas vinculadas a vacunas. ▸ Manejo de enfermería. ▸ Uso de medicamentos frente a Reanimación Cardio-Pulmonar (RCP). ▸ Derivación a la red asistencial.
Vigilancia ESAVI y EPRO	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Guía de vacunación segura (MINSAL, 2013)¹¹. ▸ Sistema de vigilancia y notificación ESAVI/EPRO. ▸ Monitoreo y seguimiento.

Fuente: Elaboración Propia Dpto. de Inmunizaciones, 2026.

TABLA N°11: REACCIONES POST-VACUNACIÓN

REACCIONES SISTÉMICAS	ANTECEDENTES	MEDIDAS A CONSIDERAR
Lipotimia o reacción vaso-vagal	<ul style="list-style-type: none"> Desvanecimiento o desmayo. No supone una contraindicación para futuras vacunaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> Activar código de emergencia o llamar a médico/a a cargo según protocolo. Evaluar el estado general (aspecto, respiración, circulación) y signos vitales. Ubicar al paciente en decúbito dorsal. Elevar extremidades inferiores sobre el nivel del tórax.
Anafilaxia	<ul style="list-style-type: none"> Reacción alérgica grave multisistémica. Se presenta en el período inmediato post-vacunación (primeros 30 minutos). Adrenalina es el tratamiento de elección. Se puede administrar clorfenamina como apoyo a tratamiento inmediato de la anafilaxia frente a síntomas cutáneos. 	<ul style="list-style-type: none"> Activar código de emergencia y contactar a médico/a. Ubicar al paciente en una camilla/sillón, en decúbito dorsal. Comunicarse con personal médico del establecimiento de salud (previamente coordinado).

Fuente: Elaboración Propia Dpto. de Inmunizaciones, 2026.

TABLA N°12: CRITERIOS CLÍNICOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE ANAFILAXIA

SE CONSIDERA QUE LA ANAFILAXIA ES MUY PROBABLE SI SE CUMPLEN LOS TRES CRITERIOS SIGUIENTES:	
1. Inicio agudo	De minutos a horas.
2. Compromiso de piel o mucosas	Urticaria generalizada. Prurito. Eritema. Sofoco (rubor, enrojecimiento). Edema de labios, úvula o lengua.
3. Presencia de, al menos, uno de los siguientes signos o síntomas	Compromiso respiratorio (disnea, sibilancias, estridor, cianosis). Hipotensión arterial o síntomas asociados de disfunción orgánica (hipotonía, síncope, incontinencia de esfínteres, etc).

Fuente: Manual de vacunas de la Asociación Española de Pediatría (AEP), Comité Asesor de Vacunas¹⁸.

TABLA N°13: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE REACCIÓN VASO-VAGAL Y ANAFILAXIA

ÍTEM	REACCIÓN VASO-VAGAL	ANAFILAXIA
Inicio	Inmediato, generalmente en pocos segundos o durante la administración de la vacuna.	Habitualmente al cabo de pocos minutos, pero puede aparecer incluso varias horas después.
Cuadro respiratorio	Respiración normal; puede ser superficial, pero sin esfuerzo respiratorio.	Tos, resuello, ronquera, estridor o tiraje costal. Inflamación de la vía aérea superior (labios, lengua, garganta, úvula o laringe).
Cuadro cutáneo	Palidez generalizada, piel fría y húmeda.	Prurito, eritema cutáneo generalizado, angioedema local o generalizado.
Cuadro neurológico	Sensación de debilidad o mareo.	Ansiedad.

Fuente: Modificado de Rüggeberg JU, Gold MS, Bayas JM, et al.

Manejo frente al shock anafiláctico

Ante la sospecha o confirmación de un shock anafiláctico posterior a la administración de una vacuna, el equipo de salud debe actuar de manera inmediata, coordinada y conforme a los protocolos de emergencia establecidos. Las siguientes acciones constituyen el estándar de manejo inicial:

TABLA N°14: CONDUCTA A SEGUIR POST REACCIÓN ANAFILÁCTICA

FRENTE AL SHOCK ANAFILÁCTICO

- **Activar el código azul** o el sistema de respuesta a emergencias del establecimiento. Contactar de forma inmediata al médico de turno, al Servicio de Atención de Urgencia de la comuna o al número de coordinación preestablecido. En paralelo, solicitar apoyo y eventual traslado a través del Servicio de Atención Médica de Urgencia (SAMU), entregando información clara y estructurada de la situación.
- **Realizar evaluación primaria (ABC):**
 - A - Vía aérea:* verificar permeabilidad e identificar signos de obstrucción (estridor, ronquera, dificultad para hablar). Prepararse para manejo avanzado en caso necesario.
 - B - Ventilación:* evaluar frecuencia respiratoria, uso de musculatura accesoria y presencia de sibilancias.
 - C - Circulación:* controlar signos vitales, perfusión, pulso y presión arterial.
- **Posicionar al paciente en decúbito supino** con elevación de extremidades inferiores, salvo contraindicación (por ejemplo, vómitos o compromiso respiratorio severo, en cuyo caso se puede optar por posición semi-Fowler).
- **Administrar oxígeno** suplementario mediante mascarilla de alto flujo con reservorio (no reinhalación), buscando mantener saturación $\geq 95\%$. Monitorizar con pulsioxímetro en forma continua.
- **Administrar adrenalina intramuscular (IM)** en la cara anterolateral del muslo, como medida central e insustituible del tratamiento.
 - Dosis recomendada:* 0,01 mg/kg (máximo 0,5 mg en adultos), repetir cada 5 minutos si no hay respuesta clínica adecuada.
- **Instalar dos vías venosas periféricas**, si las condiciones lo permiten, para asegurar la administración rápida de medicamentos y fluidos.
- **Aporte de volumen IV con cristaloides isotónicos** (por ejemplo, solución fisiológica) a razón de 20 mL/kg en 10 minutos, con reevaluación estricta por riesgo de sobrecarga y desplazamiento al tercer espacio, considerando la fisiopatología de la anafilaxia.
- **Considerar segunda dosis de adrenalina IM a los 5 minutos** si persiste compromiso respiratorio, hemodinámico o síntomas cutáneos progresivos.
- **Manejo complementario**, según disponibilidad y evaluación clínica:
 - Antihistamínicos H1* como apoyo sintomático.
 - Corticoides sistémicos*, que no actúan en fase aguda, pero previenen reacciones bifásicas.
 - Nebulizaciones con salbutamol* en caso de broncoespasmo.
- **Si el paciente evoluciona a paro cardiorrespiratorio, iniciar de inmediato maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP)** según las guías de la American Heart Association (AHA) y los protocolos vigentes en el establecimiento, mientras se espera apoyo avanzado.
- **Registrar detalladamente el evento**, el tiempo de administración de la vacuna, la aparición de síntomas, las intervenciones realizadas y la respuesta clínica, para la notificación obligatoria al sistema de farmacovigilancia del PNI.

Fuente: Elaboración Propia Dpto. de Inmunizaciones, 2026.

Maletín de emergencia

El equipo vacunador, tanto profesional como técnico en enfermería, debe contar con capacitación actualizada y permanente para el manejo de eventos adversos post-vacunales. Cada vez que se realicen actividades de vacunación –tanto intra como extramurales– es obligatorio disponer de un maletín de emergencia completo, operativo y revisado previamente, que incluya todos los equipos, medicamentos e insumos necesarios para la atención inmediata y eficaz de reacciones adversas, incluyendo aquellas de carácter grave como el shock anafiláctico.


Este maletín constituye un elemento crítico de seguridad clínica y debe mantenerse accesible, actualizado, con control de vencimientos y con reposición continua según la normativa vigente del PNI.

TABLA N°15: EQUIPOS, MEDICAMENTOS E INSUMOS EMERGENCIA DURANTE UN PROCESO DE VACUNACIÓN

EQUIPOS	MEDICAMENTOS	INSUMOS
Balón de oxígeno con manómetro	4 ampollas de Adrenalina 1% (epinefrina)	Ligadura
Flujómetro de oxígeno	4 ampollas de Clorfenamina, ampolla de 10 mg	4 jeringas de 10 mL
Mascarilla de alto flujo con reservorio, de no reinhalación pediátrica y adulta	4 sueros fisiológicos o Ringer Lactato de 500 cc	4 jeringas de 5 mL
Saturómetro		4 jeringas de tuberculina
Niple		4 mariposas 21 ³ / ₄ y 23 ³ / ₄
Ambú pediátrico y adulto		8 agujas 23G x 1"
Esfigmomanómetro pediátrico y adulto		5 catéter venoso periférico N°22 y 2 N°20
Fonendoscopio		4 bajadas de suero
Tijera punta pato		3 llaves de tres pasos
Termómetro digital		10 sachet de alcohol
Linterna clínica		Algodón
Protocolo actualizado y dosificación de los medicamentos		Tela adhesiva
Tabla con parámetros de Presión Arterial (P/A), Frecuencia Cardíaca (FC) y Frecuencia Respiratoria (FR)		Guantes de procedimiento
		Riñones para preparación de medicamentos
		Contenedor rígido para desechos cortopunzantes

Fuente: Elaboración Propia Dpto. de Inmunizaciones, 2026.

TABLA N°16: FICHA TRATAMIENTO VASOCONSTRICOR (ADRENALINA O EPINEFRINA)

ADRENALINA															
Acción	Es el fármaco más eficaz para el tratamiento de la anafilaxia, puede prevenir o revertir el broncoespasmo y el colapso cardiovascular, incrementa la frecuencia cardíaca, contrae los vasos sanguíneos, dilata las vías aéreas, aumentando así la presión arterial.														
Administración	La adrenalina intramuscular (ampolla=1 mg/mL), es el tratamiento de elección y debe administrarse lo más precozmente en el tratamiento de la anafilaxia. Dosis: Adrenalina 0,01 mL x kilo de peso. Sitio de punción: cara anterolateral externa del muslo. Para administrar utilice aguja 23Gx1" (niños y adultos).														
Preparación	1 ampolla = 1mg = 1 mL. Sin diluir Extraer la dosis correspondiente, usando jeringa de tuberculina.														
Presentación	1 ampolla de 1mg/1mL 														
Dosificación	<table border="1"> <thead> <tr> <th>PESO APROX.</th> <th>DOSIS INDICADA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>5 kg</td> <td>0,05 mL</td> </tr> <tr> <td>10 kg</td> <td>0,1 mL</td> </tr> <tr> <td>20 kg</td> <td>0,2 mL</td> </tr> <tr> <td>30 kg</td> <td>0,3 mL</td> </tr> <tr> <td>40 kg</td> <td>0,4 mL</td> </tr> <tr> <td>> 50 kg</td> <td>0,5 mL</td> </tr> </tbody> </table>	PESO APROX.	DOSIS INDICADA	5 kg	0,05 mL	10 kg	0,1 mL	20 kg	0,2 mL	30 kg	0,3 mL	40 kg	0,4 mL	> 50 kg	0,5 mL
PESO APROX.	DOSIS INDICADA														
5 kg	0,05 mL														
10 kg	0,1 mL														
20 kg	0,2 mL														
30 kg	0,3 mL														
40 kg	0,4 mL														
> 50 kg	0,5 mL														
Consideración	Si no responde a la primera dosis de adrenalina, repetir la misma dosis en 5 minutos. Se registra la hora exacta de administración de las dosis. La aparición de efectos secundarios leves y transitorios, como palidez, temblor, taquicardia, cefalea o mareo es frecuente e indica que se ha alcanzado el rango terapéutico.														

Fuente: Elaboración Propia Dpto. de Inmunizaciones, 2026

TABLA N°17: FICHA TRATAMIENTO OXÍGENO

OXÍGENO	
Acción	Prevenir o tratar la hipoxemia y mejorar la oxigenación tisular.
Preparación	Armar sistema: ajustar las conexiones entre mascarilla y fuente de oxígeno, abrir paso al oxígeno con los litros indicados. Verificar que el dial que usa con la mascarilla corresponda a la concentración de oxígeno indicada. Colocar la mascarilla sobre la nariz y la boca del paciente, y ajustarla sobre la cara dejándola cómoda.
Administración	Iniciar oxigenoterapia, administrando un flujo entre 12 a 15 lts/min, para asegurar una FIO ₂ de 50%.

Fuente: Elaboración Propia Dpto. de Inmunizaciones, 2026

TABLA N°18: FICHA TRATAMIENTO CON ANTIHISTAMÍNICOS

CLORFENAMINA															
Acción	Fármaco antihistamínico que tiene la capacidad de ayudar a reducir los síntomas cutáneos que se producen como respuesta a sustancias extrañas al organismo. Su administración NO DEBE RETRASAR la indicación y administración de adrenalina.														
Administración	Vía intramuscular Dosis: 0,2 mg/kg/dosis (equivalente a 0,02 mL/kg/dosis)														
Preparación	Usar jeringa de tuberculina, para extraer la dosis correspondiente.														
Presentación	1 ampolla de 10mg/1mL 														
Dosificación	<table border="1"> <thead> <tr> <th>PESO APROX.</th> <th>DOSIS INDICADA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>5 kg</td> <td>0,1 mL</td> </tr> <tr> <td>10 kg</td> <td>0,2 mL</td> </tr> <tr> <td>20 kg</td> <td>0,4 mL</td> </tr> <tr> <td>30 kg</td> <td>0,6 mL</td> </tr> <tr> <td>40 kg</td> <td>0,8 mL</td> </tr> <tr> <td>> 50 kg</td> <td>1,0 mL</td> </tr> </tbody> </table>	PESO APROX.	DOSIS INDICADA	5 kg	0,1 mL	10 kg	0,2 mL	20 kg	0,4 mL	30 kg	0,6 mL	40 kg	0,8 mL	> 50 kg	1,0 mL
PESO APROX.	DOSIS INDICADA														
5 kg	0,1 mL														
10 kg	0,2 mL														
20 kg	0,4 mL														
30 kg	0,6 mL														
40 kg	0,8 mL														
> 50 kg	1,0 mL														
Indicación	Con peso mayor a 50 kg, la indicación es 1 mL (una ampolla)														

Fuente: Elaboración Propia Dpto. de Inmunizaciones, 2026

VIII. ABASTECIMIENTO

Para el año 2026 se realizó la compra por 8.300.000 dosis de Vacuna Influenza, el proceso comenzó en el mes de octubre 2025 con el llamado a través de la licitación pública N°621-1032-LR25, la cual finalizó en el mes de noviembre 2025.

La totalidad de las dosis fue adjudicada al proveedor del Laboratorio SINOVAC BIOTECH con la vacuna Anflu® trivalente, registro sanitario B-2430/24, fabricada por SINOVAC BIOTECH CO., LTD (China) en presentación de jeringas prellenadas de 0,5 mL, que cumplen con la recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el hemisferio sur para el invierno 2026.

En este proceso, se han definido las siguientes etapas:

TABLA N°19: DISPONIBILIDAD DE DOSIS VACUNA ANFLU® TRIVALENTE AÑO 2026

Disponibilidad para MINSAL	Cantidad (dosis)
17-02-2026	1.700.000
25-02-2026	2.100.000
12-03-2026	2.100.000
23-03-2026	2.100.000
13-04-2026	300.000
Total: 8.300.000	

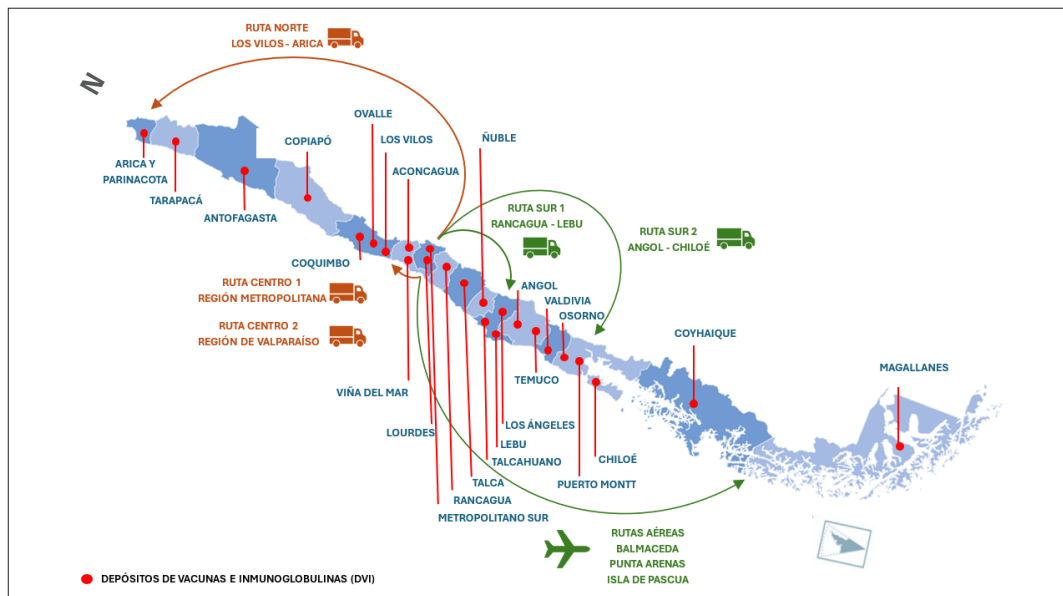
Fuente: Elaboración propia Departamento de Inmunizaciones, MINSAL, 2026.

En general, la distribución se realizará mediante rutas terrestres y aéreas para asegurar el abastecimiento oportuno de los Depósitos de Vacunas e Inmunoglobulinas (DVI) ubicados en el nivel intermedio (SEREMI de Salud). Los tiempos estimados de llegada fluctúan entre 2 y 24 horas para la zona central, pudiendo alcanzar hasta 36 horas en las zonas extremas del país.

Posteriormente, la distribución hacia el nivel comunal requiere entre 24 y 36 horas, según la extensión territorial y las características geográficas de cada región.

A nivel nacional, aproximadamente el 97% del transporte hacia las regiones se realiza por vía terrestre, mientras que alrededor del 3% corresponde a transporte aéreo, destinado principalmente al territorio insular, extremo sur y a zonas de difícil acceso.

FIGURA N°8: CADENA DE SUMINISTRO NACIONAL



Fuente: Elaboración propia Departamento de Inmunizaciones, MINSAL, 2026.

La planificación del suministro se sustentará en una revisión periódica y sistemática de tres elementos clave: la oferta disponible (stock de vacunas), la demanda proyectada (requerimientos de inmunización de la población objetivo) y los datos de avance registrados en el Registro Nacional de Inmunizaciones (RNI) y Sistema de Control de Inventario (SCI). A partir de este análisis cuantitativo se establecen indicadores que permiten evaluar la situación de abastecimiento regional, anticipar necesidades futuras y definir la planificación de la distribución nacional de manera eficiente y oportuna.

Datos y fuentes relevantes para la planificación

- **Población objetivo regional:** Como se señaló en el apartado “Cálculo de la población objetivo”, la estimación se realiza utilizando las proyecciones oficiales del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), complementadas con información del Ministerio de Educación y antecedentes históricos de campañas previas. Esta base demográfica permite estimar de manera precisa los requerimientos por región y grupo objetivo.
- **Estimación el stock de vacunas regional:** El SCI del Departamento de Inmunizaciones permite acceder en tiempo real al stock disponible a nivel nacional (nivel central, nivel regional y nivel local), facilitando la evaluación continua de la oferta y las necesidades de suministro de la estrategia.
- **Obtención de la cantidad de vacunados:** Mediante el RNI y herramientas de gestión complementarias, como dashboards analíticos y cruces de bases de datos, es posible conocer el avance de la campaña por comuna y región. Esta información permite integrar variables demográficas, epidemiológicas y operativas relevantes para la toma de decisiones.
- **Cálculo del balance regional de vacunas:** El cruce de datos provenientes de las fuentes antes descritas permite estimar el balance regional de vacunas y, con ello, proyectar el stock circulante disponible en cada territorio. Este balance es fundamental para evitar quiebres de stock, sobreabastecimientos y mermas.

En base en los indicadores obtenidos, y considerando tanto el stock disponible a nivel central como las remesas planificadas se define la distribución a ejecutar. La asignación por DVI/región debe realizarse teniendo en cuenta las características del inventario (tipos de vacunas, lotes y fechas de vencimiento) para asegurar un uso eficiente y responsable de los bienes públicos bajo la gestión del PNI.

A continuación, se presenta el plan estimado de distribución de dosis para el período febrero-mayo, el cual podrá ser ajustado por el Ministerio de Salud en función de las necesidades operativas y del comportamiento de la campaña:

IX. CADENA DE FRÍO

La cadena de frío es un proceso que, mediante el cumplimiento de aspectos técnicos definidos, asegura la correcta conservación de los productos biológicos durante toda su vida útil, desde que son fabricados en laboratorios productores, a través de una serie de etapas y procesos logísticos, hasta que son administrados a la población objetivo.

Es fundamental mantener la trazabilidad de las temperaturas tanto en las etapas de almacenamiento (cámaras frigoríficas o refrigeradores de menor tamaño) como en las de transporte (camiones refrigerados o contenedores isotérmicos pasivos). Esta trazabilidad debe ser documentada para contar con evidencia que respalde la conservación dentro de los rangos de temperatura óptimos.

Si se interrumpe la cadena de frío de forma prolongada o repetitiva en alguna de las etapas de almacenamiento o transporte, exponiendo las vacunas a temperaturas fuera de rango, podría ocasionar un impacto irreversible en la calidad y eficacia del producto.

El PNI cuenta con 25 DVI en el país aprobados por el Decreto Supremo N°466¹⁹, los cuales se rigen bajo estrictos estándares de calidad asociados al aseguramiento de la cadena de frío, cuyos procesos se materializan en la Resolución Exenta N°1399 del 29 de septiembre de 2022²⁰ del MINSAL.



A través de la Resolución Exenta N°1335 del 12 de octubre del 2023²¹ del MINSAL fue aprobado el procedimiento "Gestión de la cadena de frío para productos del PNI en los niveles ejecutores", el cual establece los nuevos estándares en esta materia.

A continuación se detallan las directrices técnicas para la correcta conservación de la cadena de frío en productos biológicos del PNI:

¹⁹ Ministerio de Salud. Decreto Supremo N°466 "Aprueba reglamento de farmacias, droguerías, almacenes farmacéuticos, botiquines y depósitos autorizados". 31 diciembre 1984. Disponible en <https://bcn.cl/2eqp8>

²⁰ Ministerio de Salud. Resolución Exenta N°1399 "Aprueba procedimientos del departamento de inmunizaciones relacionados con el programa nacional de inmunizaciones y deja sin efecto resoluciones que indica". 29 septiembre 2022. Disponible en https://vacunas.minsal.cl/wp-content/uploads/2024/07/RES.EX_.1399_29SEP2022.pdf

²¹ Ministerio de Salud. Aprueba procedimiento denominado "Gestión de la cadena de frío para productos del (PNI) en los niveles ejecutores" de la Subsecretaría de Salud Pública. 12 octubre 2023. Disponible en <https://vacunas.minsal.cl/wp-content/uploads/2024/07/Res.-Ex.-1335-Procedimiento-gestion-de-la-cadena-de-frío-par-productos-PNI-en-niveles-ejecutores-1.pdf>

Directrices técnicas mínimas para asegurar la cadena de frío

1. Instalaciones del vacunatorio

- Todo vacunatorio debe contar con un sistema de respaldo de energía eléctrica, que permita mantener energizados los refrigeradores que almacenan vacunas ante cortes del suministro eléctrico.
- La temperatura ambiente en un vacunatorio no debe superar los +25°C. En caso de exceder este límite, se deberá implementar un sistema de control de temperatura ambiental, como aire acondicionado.

2. Refrigeradores para el almacenamiento de vacunas

- Deben estar instalados sobre una superficie nivelada y ubicados lejos de la luz solar directa y de fuentes de calor.
- Debe existir un equipo exclusivo para el almacenamiento de vacunas, diferente del que se utilice para el acondicionamiento de unidades refrigerantes u otros fármacos.
- Deben mantener distancia mínima de 15 cm con otra superficie desde sus caras laterales, posterior y superior.
- Deben utilizar enchufe exclusivo, sin alargadores y señalizado "NO DESENCUFAR".
- Se debe establecer un plan de mantenimiento preventivo acorde con las recomendaciones del fabricante.
- Los mantenimientos correctivos deben realizarse por personal técnico calificado.
- La limpieza del interior de los refrigeradores puede realizarse con un paño húmedo y alcohol al 70%. En caso de mantener productos en cuarentena, deben estar segregados y señalizados "PRODUCTOS EN CUARENTENA, NO UTILIZAR".
- Los productos almacenados al interior de refrigeradores deben estar siempre contenidos en un envase secundario, ya que podrían ser fotosensibles.
- La gestión de los productos deberá ejecutarse conforme a la metodología FEFO (First Expires, First Out; Primero que expira, primero que sale), garantizando que aquellos con fecha de vencimiento más próxima sean priorizados en su utilización. Esta directriz asegura un manejo eficiente y seguro del stock, optimizando la rotación y minimizando riesgos asociados a expiración o pérdida de integridad del inventario.




3. Instrumentos de termometría

- Se deben utilizar termógrafos, ya que permiten registrar la temperatura en intervalos programables. Se sugiere configurar la medición cada 10 minutos. En caso de no contar con estos dispositivos, se debe utilizar termómetros de máxima y mínima.
- El instrumento debe tener una resolución de 0,1°C, lo que significa que debe permitir lecturas con al menos un decimal.
- Se recomienda utilizar equipos con exactitud de 0,5°C o mejor.
- Se recomienda utilizar instrumentos con sensor externo para la medición de temperatura. Esto permite registrar datos sin necesidad de abrir las puertas del refrigerador o las tapas del contenedor isotérmico pasivo (CIP), minimizando riesgos de ocasionar excursiones de temperatura.

4. Contenedores Isotérmicos Pasivos para el transporte de vacunas

- Se debe utilizar CIP precalificados para el transporte de vacunas.
- Se debe dar cumplimiento estricto a las configuraciones calificadas de los CIP.
- Los CIP se deben mantener siempre limpios y secos. Se puede utilizar alcohol al 70% para su limpieza.
- Todo traslado de vacunas debe mantener trazabilidad de temperaturas.

TABLA N°21: CONFIGURACIÓN CONTENEDORES ISOTÉRMICOS PASIVOS (CIP) SEGÚN CAPACIDAD

CONFIGURACIÓN CIP	ACCESO
Configuración CIP 15 litros	
Configuración CIP 35 litros	
Configuración CIP 70 litros	

Fuente: Elaboración propia Departamento de Inmunizaciones, MINSAL, 2026.

5. Vehículos para transporte de vacunas

- Está prohibido transportar vacunas en vehículos abiertos, como la zona de carga de camionetas tipo pickup.
- El vehículo debe contar con la capacidad suficiente para transportar los CIP calificados, minimizando el riesgo de apertura accidental, aplastamiento o volcamiento durante el traslado.
- En caso necesario, el vehículo deberá contar con un ambiente climatizado que evite la exposición a temperaturas extremas.
- El vehículo de traslado debe estar en óptimas condiciones mecánicas y disponer de un plan de mantenimiento.
- Se debe inspeccionar la limpieza del vehículo. En caso necesario, se deberá realizar una limpieza previa al traslado de vacunas.
- Para el transporte de vacunas, se debe priorizar la ruta más corta, evitando desvíos y paradas innecesarias.

6. Registros de temperatura

- Se deben ubicar los sensores de temperatura junto a los productos, tanto en el almacenamiento como en el transporte, para asegurar un monitoreo representativo de las condiciones reales.
- Si el instrumento utilizado es un termógrafo, se deberá realizar descarga de datos diariamente. En caso de utilizar termómetros de máxima y mínima, se deberá mantener registro manual de temperaturas. Para ambos casos, los registros deben estar disponibles y de fácil acceso.
- Se deberá disponer de un termógrafo al interior de los equipos de almacenamiento durante los horarios inhábiles (festivos, fines de semana y horario nocturno). El reporte de temperatura se debe descargar al siguiente día hábil, lo que permitirá realizar un mejor control de la indemnidad de los productos y obtener información más precisa ante eventuales excursiones de temperatura.
- Las áreas que requieren control y registro de temperatura son las siguientes
 - » Temperatura ambiental del vacunatorio.
 - » Temperatura de acondicionamiento de unidades refrigerantes “refrigeradas”.
 - » Temperatura de acondicionamiento de unidades refrigerantes “congeladas”.
 - » Temperatura de almacenamiento de vacunas en los equipos de refrigeración.
- Para el traslado de vacunas desde DVI, se deberá mantener trazabilidad de los CIP mediante el uso de termógrafos, registrando la temperatura cada 10 minutos.
- Para actividades de vacunación extramural cuya temperatura ambiente no exceda los 30°C, registrar la temperatura del CIP y del ambiente cada dos horas.
- Para actividades de vacunación extramural cuya temperatura ambiente supere los 30°C, se deberá registrar temperaturas del CIP y del ambiente cada una hora.

Ante cualquier detección de una excursión de temperatura, se deberá notificar de inmediato conforme al procedimiento vigente, disponible en <https://vacunas.minsal.cl/cadena-de-frio/>.

X. SISTEMA DE CONTROL DE INVENTARIO (SCI)

El Programa Nacional de Inmunizaciones dispone de un sistema informático denominado Sistema de Control de Inventario (SCI), que permite gestionar de manera eficiente el proceso logístico en todos los eslabones de la cadena de suministro. Esta plataforma permite la trazabilidad de los productos del PNI desde la planificación de compra, ingreso al país, almacenamiento, control de stock y distribución en todo el territorio nacional.

Dentro de las funcionalidades para la gestión del inventario de productos se encuentran:

- Recepción de productos.
- Distribución de productos.
- Registro de salida y entrada del stock durante la jornada de vacunación.
- Ingreso a cuarentena.
- Ingreso a bodega de mermas.
- Notificación de excursión de temperatura (en proceso de pilotaje).
- Reporte de stock (Nacional, Intermedio, local).
- Reporte de lotes por vencer.

Con la información registrada, es posible monitorear en tiempo real el flujo de vacunas y la disponibilidad de productos en todos los niveles administrativos del PNI (nivel central, DVI y establecimientos de la red).

Esta información es fundamental para la toma de decisiones relacionadas con la toma de decisiones y para la gestión oportuna del stock nacional, redistribuciones locales, ajustes de envío y otras acciones operativas orientadas a garantizar la disponibilidad y continuidad operativa en todos los vacunatorios y centros de acopio intermedios en el transcurso de la estrategia.

Asimismo, el sistema posibilita la evaluación del uso efectivo de dosis mediante el cruce con los registros del RNI a nivel central, permitiendo analizar el ritmo de vacunación durante el desarrollo de la campaña, fortaleciendo la capacidad del PNI para realizar una planificación logística dinámica.

Indicaciones para la implementación de la Campaña

1. Registro en SCI

- Denominación de producto "Influenza 2026" en el SCI.
- Todo movimiento de vacunas (distribución desde el DVI, redistribución entre establecimientos, vacunación extramural, mermas, entre otras) debe ser registrado en el SCI en un plazo máximo de 24 horas hábiles posteriores a la ejecución del movimiento físico, con el fin de mantener la trazabilidad y evitar desajustes en el inventario.
- Contrastar periódicamente lo registrado en RNI (administrado) con los registros de salida y reingreso del SCI.
- Las mermas deben ser registradas en el SCI utilizando la clasificación oficial vigente del protocolo de mermas.

2. Gestión del inventario

- Aplicar como primer criterio la metodología FEFO (First Expired, First Out; en español primero que expira es el primero en salir) en todos los movimientos, es decir, priorizar la salida de los lotes con fecha de vencimiento más próxima.
- En el caso que lotes con igual fecha de vencimiento, se debe aplicar como segundo criterio el método FIFO (First In, First Out; en español primero que entra es el primero en salir), priorizando el uso de los lotes que ingresaron primero a la vitrina.
- Mantener el orden físico de los productos en la vitrina según FEFO y FIFO, facilitando la identificación visual y el acceso a los lotes que deben utilizarse primero.
- Revisar periódicamente la vigencia de los lotes, contrastando mensualmente el listado de productos próximos a vencer que se extrae desde el SCI (módulo "Informes de gestión") con el stock físico.

3. Control de stock

- Cada establecimiento debe mantener un stock de acuerdo con su población objetivo, la demanda proyectada/real y la disponibilidad del DVI. Se debe evitar el sobrestock.
- Tanto los DVI como los establecimientos deben realizar revisión semanal de stock en SCI, asegurando la consistencia entre el inventario físico y el virtual.
- Realizar periódicamente el balance de las dosis recibidas y las dosis administradas.

4. La cuadratura de stock mensual será obligatoria tanto para los DVI como los establecimientos del nivel ejecutor. En caso de discrepancias entre el stock físico y stock virtual, se debe determinar las causas y se debe informar a referentes SEREMI mediante correo electrónico.

5. Reporte de incidentes en el SCI

- En caso de detectar errores en el funcionamiento del sistema (caídas de plataforma, inconsistencias en los datos, problemas de visualización o funcionalidades que no responden correctamente), el usuario del nivel local deberá reportar la situación de manera inmediata a su referente SEREMI, quien remitirá los antecedentes al nivel central. El reporte debe incluir los siguientes datos:
 - » Fecha y hora del incidente.
 - » Perfil del usuario conectado: nombre de usuario, RUN.
 - » Nombre del establecimiento + comuna y DVI correspondiente.
 - » Módulo afectado.
 - » Descripción clara del error.
 - » Incluir capturas de pantallas/archivo del error o incongruencia.
 - » Navegador utilizado (Ej: Chrome, Edge, Firefox) y si se detectó alguna intermitencia o interrupción en la conexión a internet durante el uso del sistema.

XI. SISTEMA DE INFORMACIÓN – REGISTRO NACIONAL DE INMUNIZACIONES (RNI)

Contar con información confiable y oportuna en todos los niveles permite monitorear el avance de las metas y programar actividades de vacunación complementarias según las brechas identificadas. Para esto es importante considerar los puntos detallados a continuación:

Consideraciones generales

El Registro Nacional de Inmunizaciones (RNI) es el sistema oficial para registrar actividades de vacunación, establecido por la Resolución Exenta N°891 del 27 de julio de 2017 del MINSAL. Este sistema actúa como repositorio único nacional para todos los establecimientos de salud públicos y privados en convenio con la SEREMI de Salud correspondiente.

Antes de ingresar datos en el RNI, se debe verificar el historial de vacunación del usuario, asegurando que cumpla los criterios de elegibilidad y que la dosis no haya sido administrada previamente. El registro debe realizarse caso a caso, inmediatamente después de aplicar la vacuna y en presencia de la persona vacunada, garantizando la calidad y veracidad de la información.

La responsabilidad del registro recae en el profesional o técnico que administra la vacuna. Si otra persona asiste en el ingreso de datos, la responsabilidad sigue siendo del vacunador, quien debe proporcionar la información correcta.

El RNI cuenta con alertas informativas y restrictivas para apoyar el ingreso correcto de criterios de elegibilidad según los grupos objetivos de la campaña.

El registro debe garantizar la trazabilidad de la persona vacunada, consignando la siguiente información:

- Comuna de residencia (comuna donde vive, no es la comuna donde se ubica el establecimiento de salud)
- Fecha de vacunación
- Lote de la vacuna administrada
- Dosis
- Criterio de elegibilidad

Procedimiento de registro en el RNI

1. Ingresar al módulo “Vacunas Campaña”
2. Ingresar a la campaña Influenza 2026.
3. Seleccionar tipo de documento: RUN (Rol Único Nacional que entrega el Servicio de Registro Civil e Identificación), Pasaporte u Otro tipo de documento, **en ese orden de prioridad.**
4. Verificar y actualizar datos personales: confirmar con el/la usuario/a sus datos personales
5. Registrar y/o actualizar la comuna de residencia si corresponde, ya que el sistema muestra por defecto la última registrada (es un dato clave para cobertura).
6. Verificar la fecha de administración: por defecto muestra la del día actual

7. Identificar al vacunador en el RNI: seleccionar del listado desplegable el nombre del/ la funcionario/a que administró la dosis. Si el registrador es el mismo que el vacunador, aparecerá por defecto el nombre del vacunador que inició sesión en la plataforma.
8. Registrar información de la vacuna:
 - » Seleccionar la vacuna Influenza 2026
 - » Seleccionar el "Lote correcto" de acuerdo con el n° de serie del envase secundario.
 - » Seleccionar la "Dosis" correcta, eligiendo la opción correcta de acuerdo al siguiente cuadro:

TABLA N°22: DESCRIPCIÓN DE DOSIS SEGÚN VACUNA A ADMINISTRAR

DOSIS	DESCRIPCIÓN
Única (0,25 mL)	Dosis única para los menores de 36 meses que tienen un esquema previo de 2 dosis administradas en años anteriores
Única (0,5 mL)	Dosis única desde los 9 años en adelante
1° dosis (0,25 mL)	Primera dosis para los niños/as desde 6 meses hasta 36 meses que NO tienen un esquema previo de 2 dosis en años anteriores
2° dosis (0,25 mL)	Segunda dosis para los niños/as desde 6 meses hasta 36 meses que NO tienen un esquema previo de 2 dosis en años anteriores y recibieron la 1° dosis durante la campaña
1° dosis (0,5 mL)	Primera dosis para los niños/as 36 meses hasta 8 años 11 meses 29 días que NO tienen un esquema previo de 2 dosis en años anteriores
2° dosis (0,5 mL)	Segunda dosis para los niños/as 36 meses hasta 8 años 11 meses 29 días que NO tienen un esquema previo de 2 dosis en años anteriores y recibieron la 1° dosis durante la campaña

Fuente: Elaboración propia Departamento de Inmunizaciones, MINSAL, 2026.

9. Seleccionar el criterio de elegibilidad correspondiente a la población objetivo:
 - » Niños y niñas de 6 meses a 5 años (incluye población que cursa kínder).
 - » Escolares de 1° a 5° año básico.
 - » Embarazadas (gestantes en cualquier momento del embarazo).
 - » Enfermos crónicos de 11 a 59 años.
 - » P. de salud: Público.
 - » P. de salud: Privado.
 - » Personas 60 y más años (considera a la población nacida hasta el año 1966).
 - » Trabajadores de avícolas, ganaderas y de criaderos de cerdo.
 - » Trabajadores de la educación escolar y preescolar hasta 8° año de enseñanza básica.
 - » Estrategia Capullo
 - » Cuidadores de adultos mayores y funcionarios de los ELEAM
 - » Vacunación privada (No población objetivo).
 - » Otras prioridades.

Nota: En el caso de que ocurra un error programático, éste se debe ser registrado como "EPRO" en el campo dosis y en el criterio de elegibilidad.

Para los usuarios del sistema de salud privado y que NO sean parte de la población objetivo-definida por este lineamiento, se dispone del criterio "Vacunación privada (No población objetivo)" que solo puede ser utilizado por los vacunatorios privados en convenio vigente con la autoridad sanitaria. Esta opción se utiliza para la población que quiere acceder a la vacunación antiinfluenza de manera privada. En estos casos, el lote a registrar corresponde a "lote privado".

En caso de personal de salud privado que se vacuna con vacunas entregadas por el Ministerio de Salud, debe ser registrado en el criterio de elegibilidad: "Personal de salud: privado".

Para el personal de salud de FFAA y de Orden y Seguridad Pública, alumnos y voluntarios del sistema público deben ser registrados con el criterio "P. de salud: Público".

Para el personal de salud privado, alumnos en práctica en centros privados y voluntarios del sistema privados deben ser registrados con el criterio "P. de salud: Privado".

En el caso de que una persona pertenezca a más de un grupo objetivo, el criterio de elegibilidad a registrar se debe priorizar de la siguiente manera:

1º Lugar por edad: Personas de 60 y más años.

Este criterio es el único para las personas de 60 años y más, que además incluye a las personas de 59 años que durante el año 2026 cumplen los 60 años, es decir aquellos que nacieron en el año 1966. Esto es relevante para la oportunidad de vacunación de esta población que permite garantizar su protección.

2º Lugar por condición o característica de la persona en el siguiente orden:

1º Embarazadas.

2º Enfermo crónico.

3º Personal de salud.

4º Trabajador avícola, ganaderas y de criaderos de cerdo.

5º Otras prioridades.

10. Guardar el registro

- » Una vez completados todos los campos, hacer clic en "Guardar".
- » El sistema mostrará el mensaje: "Datos guardados exitosamente".

Registro de casos excepcionales

Registro de personas sin RUN ni pasaporte

Para el caso de las personas que no tengan el tipo de identificación RUN o pasaporte, se deben registrar en el campo "Otro". Este tipo de identificación tiene un orden de priorización dependiendo del documento que la persona posea, el cual corresponde al siguiente:

1. Documento de identificación del país de origen (DNI, cédula de identidad, cédula de ciudadanía, otros).
2. Documentos provisorios (Número de Identificación Provisorio que entrega FONASA (NIP), Número de Identificación Escolar (IPE), Número de Identificación del Apoderado (IPA) que entrega MINEDUC, entre otros).

Nota: Es fundamental recordar que para el correcto registro de las vacunas administradas de personas con tipo de identificación Pasaporte u Otro, previamente se debe realizar la búsqueda de la persona por nombre completo, para evitar que ésta se duplique en el sistema con distintos tipos de identificación.

Seguridad de acceso de la plataforma

El administrador local, designado por el director del establecimiento, es responsable de gestionar los accesos al RNI, incluyendo la creación de usuarios, asignación de roles y bloqueo de credenciales cuando corresponda.

Es fundamental para la seguridad de la información que las credenciales de acceso a la plataforma sean bloqueadas oportunamente en el caso de las desvinculaciones. Las jefaturas directas tienen la responsabilidad de informar formalmente esta situación.

El vacunatorio debe informar cada vez que exista cambio de administrador a los referentes de Estadística y PNI de la SEREMI o SS según corresponda, con el fin de que puedan gestionar la solicitud oportuna de la creación del nuevo administrador y bloqueo del anterior a la Mesa de Servicios (MDS) del Departamento TIC MINSAL.

El RNI, regulado por la Resolución Exenta N°889 del 2019, establece políticas de seguridad de la información que incluyen la protección de datos sensibles, el uso y resguardo de contraseñas, y sanciones por adulteración de registros. Según el Ord. N°4466 del 2022²², las contraseñas son personales, únicas e intransferibles, deben mantenerse en secreto, no compartirse ni anotarse en lugares públicos, y cambiarse si se sospecha de mal uso. Cualquier uso indebido debe informarse de inmediato al superior, ya que su incumplimiento puede implicar sanciones.

Sanciones relacionadas a la adulteración de registros

La manipulación maliciosa del RNI, como alterar registros, usar credenciales ajenas, asignar roles indebidos o entregar accesos no autorizados, constituye una forma de manipulación de instrumento público y puede implicar sanciones administrativas, civiles y penales.

En el ámbito penal se puede configurar los siguientes delitos:

- a) Falsificación de Instrumento Público Falso (Art. 193 Código Penal) cometido por particular (Art. 194 Código Penal).
- b) Uso Malicioso de Instrumento Público (Art. 193 Código Penal).
- c) Falsificación Informática (Ley 21.459 de Delitos Informáticos). Alteración indebida del sistema RNI.
- d) Acceso indebido a sistemas informáticos (Ley 21.459 de Delitos Informáticos). Si el acceso a los registros del RNI se realiza vulnerando mecanismos de autenticación o sin autorización.
- e) Sabotaje Informático (Ley 21.459 de Delitos Informáticos). Si se genera un daño intencionado a los sistemas que respaldan o almacenan los registros del RNI.

²² Ministerio de Salud. Ord. B27 N°4466 "Recuerda uso de clave de acceso y seguridad de la información en el Sistema RNI". 14 septiembre 2022. Disponible en <https://vacunas.minsal.cl/wp-content/uploads/2024/07/4466-Ord-uso-claves-de-acceso.pdf>

Monitoreo de registros

El Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) realizará el monitoreo de la calidad de los datos de la campaña mientras se encuentre vigente y un monitoreo con el estado final de los errores con los datos del período correspondientes a las siguientes fechas:

TABLA N°23: FECHAS DE MONITOREO DE CALIDAD DE LOS DATOS A REALIZAR POR DEIS

1° MONITOREO	2° MONITOREO	3° MONITOREO	4° MONITOREO	CIERRE
31/03/2026	31/05/2026	31/08/2026	30/11/2026	31/01/2027

Fuente: Elaboración propia Departamento de Inmunizaciones, MINSAL, 2026.

Este proceso consiste en realizar una búsqueda activa de registros inconsistentes aplicando las siguientes reglas de validación, estas también estarán disponibles en la publicación de tablero de errores de influenza:

- Vacunas en personas fallecidas
- Vacunas duplicadas
- Vacunas registradas antes del inicio de la campaña
- Segundas dosis antes del periodo correcto
- Vacunas con comuna de residencia ignorada
- Vacunas con sexo "desconocido o intersexual"
- Vacunas bajo el criterio de elegibilidad "Vacunación privada (No población objetivo)" en establecimientos públicos
- Vacunas con "lote privado" en establecimientos públicos
- Vacunas con nacionalidad y país de origen "Chile" ingresadas en personas con otro tipo de documento
- Vacunas con lote incorrecto (no distribuidos en la región)
- Vacunas válidas registradas con dosis EPRO
- Vacunas con nacionalidad o país de origen "desconocido o incorrecto" en personas que tienen RUN
- Vacunas en embarazadas con sexo hombre
- Vacunas ingresadas con 2da dosis sin 1era dosis.

Los registros erróneos detectados en cada monitoreo de calidad serán notificados por correo electrónico a la red de Estadísticos y referentes PNI de los SS y SEREMI, y ellos a su vez informarán las inconsistencias a los establecimientos para su revisión y corrección (en caso de corresponder), de manera de mantener la calidad de la información.

Es importante destacar que los referentes PNI regionales y de SS son los responsables de realizar el seguimiento activo del proceso de corrección de los datos enviados a los establecimientos, con el objetivo de garantizar la fidelidad de los registros.

Para cumplir con lo anterior, es necesario que los establecimientos designen un responsable de la calidad del dato, para asegurar la revisión oportuna de los hallazgos remitidos por el nivel central y las correcciones se concluyan dentro de los plazos establecidos.

Con el propósito de apoyar la labor de monitoreo se pondrá a disposición un tablero web con los errores de la Campaña Influenza 2026, el cual contará con la información de cada monitoreo desde la primera fecha de corte. El enlace para su visualización es accesible escaneando el siguiente código QR:



Es importante mantener el trabajo en conjunto y coordinado entre referentes PNI y encargados de Estadística de las SEREMI y SS para evitar la duplicación de esfuerzos en la revisión de los errores y el seguimiento de las correcciones de registros de los establecimientos de su red.

Otros registros

Formulario manual RNI en casos de contingencia

Si no se dispone del sistema en el momento de la vacunación, se debe utilizar planilla manual completando cada campo con letra legible y traspasar los datos al RNI en los plazos definidos para esta actividad (hasta 24 horas desde la inmunización) (ver Anexo N°2).

Registro en Cuaderno/Agenda de Salud

El cuaderno de salud de niñas y niños entre 0 y 9 años cuenta con una hoja de registro de vacunas administradas. En el caso del adulto y persona mayor de 65 años o más se debe registrar en su carnet de control, al igual que en Agenda de Salud de la Mujer Gestante en "Vacunas y Visitas domiciliarias". Se debe registrar la vacuna administrada, lote y fecha de administración con letra legible.

Informes estadísticos diarios

El consolidado de la información ingresada diariamente en la plataforma, puede ser visualizado en el menú "Herramientas", en "Informes estadísticos". Se debe seleccionar "Reporte de Inmunizaciones Administradas Campaña", luego la campaña "Influenza 2026" y las fechas que se requieren monitorear. En el campo "Destino" se puede elegir el formato para visualizar los registros.

XII. ASPECTOS COMUNICACIONALES

La SEREMI de Salud y los Servicios de Salud (SS) de cada región deberán elaborar un Plan Comunicacional Regional (ver Anexo N°4) que se articule de forma coherente con la estrategia nacional coordinada por el Departamento de Comunicaciones y Relaciones Públicas del MINSAL. Este plan debe asegurar una comunicación clara, oportuna y territorialmente pertinente, considerando los siguientes aspectos fundamentales:

a. Identificación y priorización de medios regionales

- Levantar un catastro actualizado de los medios de comunicación local y regional con mayor alcance e impacto social (radio, televisión, prensa escrita, portales digitales y radios comunitarias).
- Evaluar la pertinencia de utilizar medios alternativos y de alto acceso comunitario, como ferias libres, terminales de buses, centros cívicos, comercios y municipios.

b. Alianzas estrategias intersectoriales y extrasectoriales

- Coordinar con instituciones del intersector (Mineduc, SENAMA, JUNJI, Integra, SENAME, Mejor Niñez, municipalidades, universidades, FF.AA. y de Orden) para fortalecer la difusión de contenidos.
- Convocar a sociedades científicas, colegios profesionales y referentes clínicos para entregar documentación técnica, resolver dudas y definir vocerías expertas a nivel regional.
- Fomentar la presencia de especialistas en medios locales para reforzar mensajes claves mediante entrevistas, columnas y puntos de prensa.

c. Desarrollo y adaptación de materiales comunicacionales

- Elaborar materiales complementarios con enfoque regional, manteniendo coherencia con la línea gráfica y narrativa oficial del Nivel Central.
- Ajustar mensajes a la realidad demográfica y epidemiológica de la región, considerando factores culturales, territoriales y de accesibilidad.

d. Mantención permanente de la visibilidad de la campaña

- Asegurar la presencia continua de información en redes sociales institucionales, páginas web regionales, plataformas municipales, establecimientos de salud y puntos comunitarios estratégicos.
- Monitorear que las piezas comunicacionales estén correctamente instaladas y visibles durante todo el período de campaña.

Actividades

1. Pre-campaña

La etapa de pre-campaña debe iniciarse idealmente un mes antes del comienzo del proceso de vacunación. Las actividades incluyen:

- Constituir un equipo regional de coordinación comunicacional, integrando a los encargados de comunicaciones de la SEREMI, SS y referentes PNI.
- Definir aliados estratégicos regionales (medios, universidades, municipalidades, gremios, líderes comunitarios).
- Gestionar vocerías con figuras de reconocido impacto local (médicos, autoridades municipales, deportistas, animadores, comunicadores, actores, dirigentes territoriales).
- Establecer contacto con los medios regionales para programar entrevistas, cápsulas informativas y notas de prensa.
- Distribuir piezas comunicacionales y material impreso enviado por el Nivel Central a establecimientos de salud públicos y privados, municipios, instituciones educativas, ELEAM, organizaciones comunitarias y otros espacios de alto flujo.
- Coordinar con organismos del intersector y extrasector la inclusión de mensajes en sus plataformas digitales, boletines internos y otros canales complementarios de difusión.
- Elaborar un calendario regional de acciones comunicacionales, alineado al cronograma nacional.

2. Inicio de la campaña

Una vez realizado el hito comunicacional nacional del MINSAL, la región debe ejecutar:

- Un hito comunicacional regional que marque el inicio formal de la campaña, idealmente con presencia de autoridades y aliados estratégicos.
- Difusión intensiva de mensajes y piezas comunicacionales en todas las plataformas disponibles.
- Verificación de la correcta instalación de material impreso y digital en establecimientos de salud, vacunatorios y puntos estratégicos.
- Coordinación con medios locales para entrevistas, reportajes y puntos de prensa con autoridades sanitarias y voceros clínicos.

3. Mantenimiento

Durante todo el período de campaña se deben realizar acciones de continuidad comunicacional:

- Difundir mensajes a través de medios tradicionales y plataformas digitales institucionales.
- Ejecutar entrevistas periódicas, cápsulas educativas y columnas de opinión clínica.
- Emitir notas de prensa periódicas para reforzar mensajes clave, avances regionales y medidas sanitarias.
- Potenciar la participación activa de voceros expertos para enfrentar dudas, mitos o desinformación.

4. Cierre y evaluación

Al término de la campaña, se debe realizar una actividad regional de cierre:

- Difundir resultados regionales (coberturas según grupo objetivo, análisis territorial).
- Agradecer a instituciones colaboradoras, voceros y aliados estratégicos.
- Destacar buenas prácticas y lecciones aprendidas.
- Consolidar una evaluación del impacto comunicacional para mejorar campañas futuras.

Logística y distribución del material comunicacional

- El Departamento de Comunicaciones y Relaciones Públicas del MINSAL es responsable de la publicación, autorización y distribución nacional de las piezas comunicacionales y folletería.
- El Departamento de Inmunizaciones, a través de SEREMI y SS, asegura la entrega, difusión y correcta implementación de las estrategias comunicacionales en los vacunatorios, establecimientos de salud y actores territoriales.

Actividades operativas regionales

- Coordinar con los establecimientos de salud el inicio simultáneo de la difusión para maximizar el impacto comunicacional.
- Gestionar el lanzamiento nacional, regional y local de la campaña.
- Definir formalmente los voceros autorizados y entregar lineamientos de comunicación unificada.
- Identificar medios de difusión gratuita o colaborativa (radios comunitarias, canales locales, plataformas municipales).
- Convocar a figuras públicas regionales para puntos de prensa y eventos de lanzamiento.
- Supervisar el cumplimiento del cronograma comunicacional y evaluar el rendimiento de las acciones ejecutadas.
- Informar de manera permanente los puntos de vacunación, horarios, operativos extramurales y servicios especiales, garantizando acceso oportuno a la información para la población.

XIII. CAPACITACIÓN

La capacitación constituye un pilar esencial para asegurar la correcta implementación de la Campaña de Vacunación contra la Influenza 2026. Su finalidad es fortalecer las competencias técnicas, operativas y comunicacionales de todos los equipos involucrados en la ejecución de la estrategia, garantizando estándares homogéneos de calidad en todo el territorio nacional.

Capacitación desde el Nivel Central

El Nivel Central, a través del Departamento de Inmunizaciones, realizará capacitaciones dirigidas a los equipos PNI de las SEREMI de Salud y de los SS. Estas instancias estarán orientadas a:

- Difundir las actualizaciones normativas, técnicas y operativas de la campaña.
- Reforzar los aspectos clínicos esenciales (indicaciones, contraindicaciones, manejo de eventos adversos, cadena de frío).
- Socializar los lineamientos comunicacionales, logísticos y de registro en el RNI.
- Resolver dudas técnicas y facilitar la estandarización de criterios a nivel nacional.

Estas capacitaciones se realizarán mediante videoconferencias, lo que permitirá la participación simultánea de todas las regiones, optimizando tiempos, recursos y asegurando una comunicación centralizada y coherente.

Capacitación desde las SEREMI de Salud

Las/los referentes PNI de las SEREMI serán responsables de replicar y adaptar la capacitación a nivel regional, dirigiéndola a:

- Vacunatorios privados en convenio.
- Equipos clínicos y administrativos involucrados en la ejecución local de la campaña.
- Instituciones del intersector que colaboren en operativos extramurales.

Las reuniones técnicas deberán:

- Basarse íntegramente en el presente lineamiento.
- Considerar la realidad epidemiológica y territorial de la región.
- Reforzar los procesos de gestión de cadena de frío, manejo de ESAVI/EPRO, registro oportuno, y estrategias de vacunación intra y extramural.

Capacitación desde los SS

Cada referente PNI del Servicio de Salud será responsable de realizar capacitaciones o instancias de entrenamiento técnico dirigidas a:

- Equipos locales de vacunación de los establecimientos públicos bajo su jurisdicción.
- Profesionales y técnicos encargados de actividades extramurales y operativos especiales.
- Personal nuevo o en proceso de incorporación, asegurando un estándar uniforme de conocimientos.

Estas capacitaciones deberán reforzar:

- Procedimientos operativos estandarizados (POE).
- Buenas prácticas de almacenamiento, transporte y administración de vacunas.
- Flujos de trabajo locales según microplanificación.
- Gestión del riesgo y actuación ante eventos adversos.

Material técnico de apoyo

Todo el material técnico para la capacitación, incluido material audiovisual, presentaciones, videos instructivos, normativas vigentes y documentos de apoyo, estará disponible en la página web <https://vacunas.minsal.cl> en el banner “*Información a equipos de salud*” -> “*Capacitación*”.

Se recomienda que los equipos descarguen y revisen el material antes de la capacitación para facilitar la comprensión y promover una participación activa.

Capacitación continua

Además de las capacitaciones formales, se sugiere que los equipos implementen:

- Reuniones clínicas breves (microcapacitaciones) previas a operativos o jornadas de alta demanda.
- Simulaciones de casos sobre manejo de ESAVI graves, fallas de cadena de frío o errores de registro.
- Sesiones de retroalimentación para identificar dificultades detectadas durante la campaña.

Estas acciones refuerzan el aprendizaje continuo, mejoran la coordinación y aumentan la seguridad del proceso de vacunación.

XIV. SUPERVISIÓN

La supervisión es un componente clave para asegurar el cumplimiento de los estándares técnicos, operativos y sanitarios de la Campaña de Vacunación antiinfluenza. Este proceso se desarrolla en todas las etapas de la campaña, desde la organización inicial hasta el cierre y evaluación, garantizando la calidad de la ejecución y el logro de las metas de cobertura.

Supervisión durante la organización y planificación

En esta etapa, la supervisión tiene como propósito:

- Verificar que los equipos regionales y locales cuenten con una estructura organizativa adecuada.
- Confirmar que el personal involucrado ha recibido la capacitación necesaria.
- Corroborar la existencia de recursos logísticos, operativos y de cadena de frío suficientes para implementar las estrategias.
- Evaluar si los establecimientos han elaborado su microplanificación y programado correctamente las estrategias intra y extramurales.
- Identificar brechas que requieran ajustes antes del inicio de la campaña.

En el Anexo N°3 se incluye la “Pauta de Supervisión a Puntos de Vacunación” para orientar este proceso.

Supervisión durante la ejecución de la campaña

La supervisión operacional se desarrolla “in situ” en los puntos de vacunación, y se centra en:

- Observar el cumplimiento de los principios de vacunación segura.
- Verificar el cumplimiento del cronograma de actividades programadas en la microplanificación.
- Analizar, junto al equipo local, el avance de la campaña y identificar desviaciones respecto a las metas.
- Revisar la calidad de los registros en RNI, uso del SCI, condiciones de cadena de frío, abastecimiento y manejo de insumos.
- Recomendar medidas correctivas inmediatas para mejorar el desempeño durante la campaña.

Supervisión al cierre de la campaña

Finalizada la campaña, personal de SEREMI y SS deben:

- Acompañar a los equipos regionales y locales en el análisis de coberturas, verificando los datos registrados en el RNI.
- Identificar brechas, factores asociados a bajos logros y estrategias exitosas.
- Contribuir en la elaboración de los informes de evaluación final.
- Realizar el balance de vacunas: se debe cuadrar que la cantidad de vacunas recibidas sea igual a la cantidad de vacunas administradas más las vacunas en stock (en estado vigente o cuarentena) menos las vacunas en calidad de merma. Esta equivalencia es fundamental para el ordenamiento del stock durante el desarrollo de la campaña.

FÓRMULA DE CÁLCULO PARA REALIZAR BALANCE DE VACUNAS

$$\sum R = \sum A + \sum S - \sum M$$

R: vacunas recibidas

A: vacunas administradas

S: vacunas en stock (vigente y cuarentena)

M: vacunas mermadas o eliminadas

Actividades a ejecutar en el proceso de supervisión

a. Participación en organización y capacitación

- Participar activamente en las capacitaciones vinculadas a los lineamientos de campaña.
- Aportar en la elaboración, validación y seguimiento de los planes regionales y locales.
- Monitorear el cumplimiento de la microplanificación y alertar sobre brechas detectadas.

b. Seguimiento del avance de la campaña

- Supervisar la ejecución de las estrategias de captación de población objetivo, tanto intra como extramurales.
- Revisar los instrumentos de programación y las coberturas registradas en el RNI.
- Realizar Monitoreo Rápido de Cobertura (MRC) para identificar sectores con baja adherencia y orientar acciones correctivas.

c. Acompañamiento técnico permanente

- Apoyar a los equipos del nivel ejecutor en la implementación de la vacunación segura, promoviendo buenas prácticas.
- Facilitar la comunicación entre niveles para garantizar respuestas oportunas ante incidentes, ESAVI o problemas operativos.
- Resolver dudas técnicas y brindar soporte especializado para la toma de decisiones.

d. Evaluación y cierre

- Participar en la evaluación final de la campaña a nivel regional y local.
- Contribuir en la revisión de los informes finales, incluyendo conclusiones, brechas identificadas y recomendaciones para campañas futuras.

XV. FISCALIZACIÓN

La fiscalización de la campaña es una función exclusiva y esencial de las SEREMI de Salud, orientada a verificar el cumplimiento íntegro de la normativa sanitaria vigente y de las directrices establecidas por el PNI. Este proceso permite asegurar que la vacunación se ejecute bajo estándares de calidad, seguridad y oportunidad en todos los puntos habilitados.

Entre las principales funciones y objetivos de la fiscalización se encuentran:

- **Fiscalizar el funcionamiento de los vacunatorios públicos y privados en convenio con las SEREMI de Salud** para garantizar que operen conforme a los lineamientos técnicos, administrativos y regulatorios del PNI, así como a la legislación sanitaria vigente.
- **Verificar la correcta utilización del SCI (según normativa vigente), aplicación de metodología FEFO para manejo de inventario y la mantención de la cadena de frío** durante la recepción, almacenamiento, transporte y distribución de vacunas y otros productos biológicos, en los establecimientos públicos y privados en convenio con las SEREMI de Salud, asegurando condiciones que preserven la estabilidad y eficacia de los productos.
- **Fiscalizar la adecuada implementación, habilitación y funcionamiento de los puntos de vacunación privados en convenio (Organismos Administradores de la Ley [OAL]),** verificando que cuenten con el personal capacitado, equipamiento, insumos, registros y medidas de bioseguridad necesarios para garantizar una vacunación segura y oportuna.
- **Aplicar medidas sanitarias vigentes cuando corresponda,** según lo establecido en el Código Sanitario y normativas complementarias vigentes, para corregir incumplimientos y prevenir riesgos a la población.

Con estas acciones, la SEREMI de Salud asegura que la campaña se desarrolle resguardando la calidad del proceso y la protección sanitaria de la población.

XVI. INFORME REGIONAL CAMPAÑA INFLUENZA

Al finalizar la campaña influenza, la/el referente de PNI de cada SEREMI de Salud debe generar un informe en conjunto con la/el referente de PNI del Servicio de Salud, el que debe incluir los siguientes aspectos:

- I. Introducción.
- II. Análisis por componente.
 - Organización y gestión.
 - Microplanificación.
 - Fases y tácticas de vacunación.
 - Comunicación social y difusión.
 - Coordinaciones.
 - Supervisión.
 - Monitoreo y verificación de coberturas.
- III. Descripción de la vacunación extramural.
- IV. Estrategias de vacunación de grupos priorizados (SENAME y Mejor Niñez, ELEAM, centros penitenciarios y otros según corresponda).
- V. Balance de vacunas utilizadas en la estrategia a partir de información del SCI y RNI.
- VI. Número de ESAVI notificados, por establecimiento de salud y comuna.
- VII. Número de EPRO notificados y sus respectivos informes de mejora, por establecimiento de salud y comuna.
- VIII. Conclusiones, lecciones aprendidas.
- IX. Evaluación final.

Se enviará formato vía correo electrónico para completar el Informe Regional Campaña Influenza 2026.

XVII. ANEXOS

ANEXO N°1: GUÍA PARA LA MICRO PLANIFICACIÓN DE LA CAMPAÑA DE VACUNACIÓN

Tal como se ha planteado anteriormente, la vacunación es una de las medidas de Salud Pública más costo-efectivas para prevenir la morbimortalidad causada por enfermedades transmisibles en la población. Para lograr este objetivo, se debe contar con una cantidad de dosis administradas tal que se genere el efecto conocido como “efecto rebaño”. En el caso de la campaña contra la influenza, la cobertura necesaria para ello debe ser igual o superior al 85% de la población objetivo

Para alcanzar y sostener estas coberturas en todas las comunas del país, es imprescindible contar con una planificación previa al inicio de la campaña de carácter local, rigurosa, sistemática y adaptada a la realidad territorial, conocida como microplanificación, la cual asegura la ejecución coordinada de las acciones de vacunación, optimiza el uso de los recursos disponibles y permite anticipar brechas de acceso y dificultades operativas, fortaleciendo la capacidad resolutoria de los equipos de salud y contribuyendo al logro de las metas sanitarias establecidas.

Objetivo de la microplanificación

Fortalecer la gestión local de la campaña de vacunación en los establecimientos de salud, asegurando una planificación anticipada, territorial y participativa, basada en la realidad local, que permita definir de manera oportuna acciones, estrategias, responsables y recursos, orientadas al logro de las metas sanitarias, la reducción de brechas de acceso y la protección efectiva de la población objetivo.

Alcance de la microplanificación

Cada establecimiento de salud que participe en la campaña de vacunación debe contar con su microplanificación previo al inicio de esta. Cada Servicio de Salud debe consolidar esta información para efectos de seguimiento, monitoreo y acompañamiento técnico.

Características de la microplanificación

Con el propósito de garantizar el logro de los objetivos sanitarios definidos, la microplanificación deberá elaborarse considerando las siguientes características:

- **Sustento técnico:** Cada microplanificación debe ser elaborada basándose en lineamientos y orientaciones técnicas ministeriales vigentes.
- **Basada en la realidad local:** Se debe considerar la dinámica demográfica, social y cultural de cada territorio, la distribución de la población objetivo y las barreras de acceso existentes, a fin de adecuar las estrategias de vacunación a las necesidades reales de la comunidad.
- **Factible:** La microplanificación debe reflejar acciones y estrategias viables de implementar, considerando los recursos disponibles, la capacidad operativa del territorio y la logística necesaria para cumplir los objetivos de vacunación.
- **Flexible:** Debe permitir ajustes oportunos frente a cambios en la demanda, contingencias operativas o dificultades emergentes. La flexibilidad posibilita adoptar medidas correctivas y activar acciones de refuerzo cuando sea necesario.
- **Participativa y orientada al empoderamiento del equipo local:** Favorece la toma de decisiones informada, promueve la autonomía y creatividad de los equipos de salud, y fortalece su compromiso con el logro de los objetivos comunales.
- **Ordenada y sistemática:** Establece un marco organizado de trabajo, con actividades secuenciales, roles definidos y metas medibles. Facilita la coordinación intersectorial y asegura la continuidad operativa durante toda la campaña.

Preguntas clave para la microplanificación

Para facilitar su elaboración y procurar que cuente con todo lo necesario, la microplanificación debe responder a las siguientes interrogantes:

- ¿Para qué? -> Definición de **objetivos y metas sanitarias** comunales y locales.
- ¿Qué? -> Identificación de **actividades** específicas del proceso de vacunación.
- ¿Cómo? -> Selección de **estrategias de vacunación** acordes a la realidad territorial (intra y extramural, intensificación, búsqueda activa, rescate, entre otras).
- ¿Dónde? -> Determinación de los **establecimientos, sectores y puntos estratégicos** donde se implementarán las acciones.
- ¿Quiénes? -> Definición de **responsables**, roles operativos y equipos ejecutores.
- ¿Cuándo? -> Programación de **plazos**, cronogramas y secuencias de trabajo.
- ¿Con qué? -> Identificación de **recursos humanos, logísticos y materiales** requeridos.

Etapas del proceso de microplanificación

El proceso de microplanificación se concibe como un **ciclo continuo de planificación, ejecución, monitoreo, ajuste y evaluación**, en el cual cada etapa retroalimenta a la siguiente. El monitoreo sistemático de la campaña permite realizar ajustes oportunos a las acciones planificadas, mientras que la evaluación de resultados constituye un insumo clave para fortalecer la planificación del período siguiente, promoviendo la mejora continua de la gestión local de la vacunación.

La tabla siguiente sintetiza las etapas clave del proceso de microplanificación, vinculándose con las preguntas orientadoras que permiten una planificación integral, coherente y operativa:

PASOS	PREGUNTAS
Paso 1. Organización de datos	¿Qué información se requiere recopilar para iniciar la planificación?
Paso 2. Análisis de la información	¿Cuáles son las áreas críticas en términos de acceso, oportunidad y adherencia, ya sea por temas de dispersión geográfica, creencias y valores culturales o estructuras social? ¿Qué problemas existen, por qué ocurren y qué acciones se requieren para resolverlos?
Paso 3. Mapeo y sectorización del área	¿Dónde se ubica la población objetivo? ¿Quiénes son y cuántas personas conforman cada segmento?
Paso 4. Definición de acciones, actividades y estrategias	¿Cuáles son las acciones, actividades y estrategias de vacunación más efectivas para captar a la población objetivo?
Paso 5. Cálculo de recursos	¿Con qué recursos se cuenta y cuánto se necesita?
Paso 6. Operacionalización de la programación	¿Cuándo, con quiénes y de qué manera se ejecutarán las actividades programadas para alcanzar la meta?
Paso 7. Monitoreo de coberturas	¿Cuánto es el avance y cuánto falta para alcanzar la meta?
Paso 8. Identificación de rezagados	¿Dónde están las personas pendientes? ¿Qué acciones y estrategias deben implementarse para vacunarlos, incluyendo mecanismos para abordar rechazos?
Paso 9. Supervisión	¿Se está cumpliendo con la normativa técnica y los parámetros programáticos establecidos?
Paso 10. Evaluación	¿Cuáles fueron los resultados? ¿Qué lecciones se identifican y qué elementos requieren un plan de mejora?

Fuente: Elaboración propia Dpto. de Inmunizaciones, 2026.

Descripción de los pasos del proceso de microplanificación

Pasos 1 y 2: Organización y análisis de la información

Estos pasos constituyen la base del proceso. Los equipos locales deben recopilar y analizar información clave, lo que incluye:

- Identificación precisa de la población objetivo, siguiendo los criterios establecidos en el apartado “Cálculo de la población objetivo”.
- Caracterización geográfica, socioeconómica, cultural y demográfica del territorio adscrito al establecimiento de salud (límites, vías de acceso, dispersión poblacional, zonas rurales/urbanas, entre otros).
- Identificación de puntos estratégicos de captación, tales como jardines infantiles, establecimientos educacionales, centros comunitarios, ferias, mercados, terminales y sitios de alta concentración de personas.
- Detección de brechas de acceso o de grupos con mayor riesgo de quedar rezagados.

Este análisis inicial permite reconocer áreas críticas y orientar la toma de decisiones.

Pasos 3 y 4: Mapeo, caracterización de la población y definición de estrategias

En esta etapa se realiza el mapeo territorial, la estimación cuantitativa de la población objetivo y su caracterización operativa, lo cual permitirá:

- Definir las estrategias más efectivas de vacunación (intra y extramural, búsqueda activa, operativos territoriales, horarios extendidos, etc.).
- Determinar necesidades de vacunas, recursos humanos, insumos, transporte y apoyo logístico.

El resultado de esta etapa entrega los insumos fundamentales para el cálculo de recursos (paso 5) y la programación operativa (paso 6).

Pasos para la sectorización del área del establecimiento de salud

Para asegurar una adecuada organización territorial, se debe:

1. Definir claramente los límites del área adscrita al establecimiento respecto de centros de salud colindantes.
2. Identificar barrios y zonas que conformarán los sectores operativos de vacunación.
3. Delimitar cada sector, registrando lugares clave de captación como instituciones, espacios públicos y puntos de tránsito.
4. Establecer una nomenclatura clara para cada sector y una leyenda que identifique puntos estratégicos de captación.
5. Evitar zonas sin asignación (“tierras de nadie”), asegurando continuidad territorial entre establecimientos de salud.

Pasos 7 y 8: Monitoreo y búsqueda de rezagados

El monitoreo de las coberturas de vacunación debe realizarse de manera periódica y sistemática durante toda la campaña, con el objetivo de disponer de información oportuna para la toma de decisiones. Este proceso permite:

- Identificar establecimientos de salud o sectores con avance insuficiente o rezagado respecto de las metas establecidas.
- Reorientar y priorizar acciones de vacunación, tales como el fortalecimiento de operativos extramurales, la búsqueda activa de población pendiente y el refuerzo de equipos locales.
- Ajustar las estrategias de comunicación y difusión local, de acuerdo con las brechas detectadas y las características de la población objetivo.
- Optimizar recursos para ajustar el recurso humano, dosis y operativos, evitando pérdida de dosis, mejorando la eficiencia del programa
- La información generada a partir del monitoreo constituye un insumo fundamental para el seguimiento técnico de la campaña y para el acompañamiento desde los Servicios de Salud y el nivel central.

Pasos 9 y 10: Supervisión y evaluación

La supervisión “in situ” permite verificar el cumplimiento de la normativa técnica, evaluar la calidad de los procesos y apoyar la implementación de mejoras inmediatas.

La evaluación final:

- Determina si se cumplieron los objetivos y metas programadas.
- Identifica oportunidades de mejora para el año siguiente.
- Provee información crítica que retroalimenta el ciclo anual de microplanificación.

Herramienta de registro de la microplanificación

La microplanificación deberá registrarse mediante una matriz estandarizada por establecimiento de salud, la cual permitirá sistematizar la información, facilitar el monitoreo del avance, identificar brechas operativas y apoyar la toma de decisiones a nivel local, de Servicio de Salud y nivel central. Debe mantenerse disponible para la revisión de todos los equipos involucrados, a fin de monitorear el progreso y realizar los ajustes necesarios.

Enfoque comunitario y articulación territorial

La microplanificación es un proceso participativo que favorece la movilización social, el trabajo intersectorial y la articulación con actores comunitarios, fortaleciendo el acceso oportuno y equitativo a la vacunación y promoviendo la corresponsabilidad sanitaria de la comunidad.

Consideraciones finales

La microplanificación, en el marco de la Atención Primaria de Salud, constituye un proceso dinámico y estratégico que fortalece la gestión local, optimiza el uso de los recursos disponibles y contribuye a mejorar los resultados sanitarios, asegurando una campaña de vacunación oportuna, equitativa y centrada en las necesidades de la población.

ANEXO N°3: PAUTA SUPERVISIÓN PUNTOS DE VACUNACIÓN

Región: _____ Fecha: _____ / _____ / _____

Nombre del establecimiento: _____

Nombre Profesional que supervisa: _____

Nombre del entrevistado: _____

Marque con una X en los casilleros SI o NO, en caso de observaciones o de otra información relevante, escríbala en la casilla "Observaciones".

	SI	NO	OBSERVACIONES
Punto de vacunación			
El lugar donde se encuentra el punto de vacunación es accesible			
Dispone de área limpia definida			
Se cuenta con espacio para observación de los/las usuarios/as por 30 minutos post-vacunación			
El lugar se encuentra limpio y ordenado			
Cuenta con depósito de eliminación de basura común			
Cuenta con caja de bioseguridad, según normativa REAS			
Cuenta con mesa de trabajo			
Cuenta con silla para el/la usuario/a			
Cuenta con fuente de agua cercana para realizar correcto lavado de manos (al menos al inicio y al término de la jornada)			
Cuenta con alcohol gel			
Cuenta con toalla de papel desechable			
Cadena de frío			
Cuenta con CIP configurado de acuerdo con su instructivo o precalificación			
Cuenta con registros de temperaturas del CIP, acorde a normativa vigente			
Cuenta con registros de temperaturas ambientales			
De existir, las excursiones de temperatura de los últimos 7 días se encuentran notificadas de acuerdo con procedimiento vigente.			
Cuenta con unidades refrigerantes de repuesto			
Utiliza termógrafo o termómetro de máxima/mínima (si utiliza termómetro de alcohol o mercurio, indicar eliminación y reemplazo)			
Procedimiento de administración			
Verifica que el/la usuario/a sea parte de la población objetivo			
Informa al usuario sobre la vacuna			
Informa al usuario sobre las reacciones post vacunales			
Verifica que la vacuna y la fecha de vencimiento sean correctas			
Administra la vacuna por vía correcta			
Administra la dosis correcta, acorde a lo indicado en los lineamientos técnicos operativos de la campaña			

Planificación logística-administrativa			
Cuenta con micro-planificación de la campaña			
Cuenta con la población objetivo asignada			
Cuenta con dosis suficientes para la población objetivo definida			
Capacitación			
En el establecimiento de salud ¿recibió los lineamientos técnicos de la campaña?			
En el establecimiento de Salud, ¿recibió los materiales de comunicación? (especifique)			
En caso de haber sido capacitado/a, ¿el establecimiento de salud cuenta con listado de asistencia y tópicos tratados en dicha instancia?			
El personal encargado del vacunatorio demostró haber sido entrenado en:			
Lineamientos técnicos operativos de la campaña			
Cadena de frío			
Procedimiento de administración			
Notificación ESAVI - EPRO			
Supervisión			
El personal encargado del vacunatorio ha sido:			
Fiscalizado por SEREMI			
Supervisado por Servicio de Salud			
Comunicación			
El punto de vacunación está identificado para la comunidad			
Se hace promoción a la comunidad			
Dispone de afiches o material gráfico para educación a los usuarios			
Registro			
Realiza registro en RNI correctamente			
En caso de no contar con conexión a internet, ¿cuenta con planillas manuales para el registro?			
En caso de registro manual, ¿completa el registro con letra clara y legible?			

Nombre y firmar del profesional supervisor: _____

Nombre y firma del entrevistado: _____

ANEXO N°4: PLAN COMUNICACIONAL REGIONAL ESTRATEGIA DE VACUNACIÓN

Detallar cada etapa del plan comunicacional, sus actividades u observaciones e identificar el/la/los/las responsables, según corresponda.

ETAPAS PLAN COMUNICACIONAL	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	FECHA
Reuniones para conformación equipos de trabajo (SEREMI - SS)			
Aliados estratégicos			
Voceros			
Medios de comunicación regionales			
Distribución de material comunicacional			
Inicio estrategia			
Lanzamiento			
Inicio plan de medios			
Desarrollo plan de medios			
Redes sociales			
Difusión en redes sociales			
Mantenimiento			
Entrevistas			

ANEXO N°5: REGISTRO DE RESPALDO A RECHAZO DE VACUNACIÓN

RECHAZO DE VACUNACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD

Fecha _____

Mediante el presente documento, Yo _____

RUN _____, con domicilio _____

declaro que, por voluntad propia rechazo que me sea administrada de la vacuna contra la influenza. Además, he sido informado/a previamente acerca de los riesgos que asumo al no ser vacunado/a (hospitalización, complicaciones y/o muerte causada por la influenza). De igual forma, conozco acerca del riesgo de contagio al que expongo a las personas a mi cuidado y aseguro haber sido informado/a de que la autoridad puede establecer la vacunación obligatoria conforme al Código Sanitario aprobado por el Decreto con fuerza de Ley N° 725 de 1967 del Ministerio de Salud.

Por lo que cual el Centro de Salud _____ podría interponer acciones judiciales que le sean conferidas mediante lo estipulado por el Ministerio de Salud en beneficio de la Salud Pública del país.

MOTIVO DEL RECHAZO: _____

Padre/Madre o Representante Legal
RUN y firma

Funcionario de Salud
Equipo de vacunación
RUN y firma

REGISTRO DE RESPALDO A RECHAZO DE VACUNACIÓN

RECHAZO DE VACUNACIÓN POBLACIÓN GENERAL

Fecha _____

Mediante el presente documento, Yo _____

RUN _____, edad _____ con domicilio _____

por voluntad propia:

Rechazo la administración de la vacuna contra la influenza a (nombre de/la menor):
_____, como su padre, madre o
representante legal.

Rechazo que me sea administrada la vacuna contra la influenza.

Declaro haber sido informado/a previamente acerca de los riesgos que asume la persona bajo mi cuidado al no ser vacunado/a (hospitalización, implicaciones y/o muerte causada por la enfermedad correspondiente).

He sido informado/a además acerca del riesgo de contagio al que me expongo y a las personas que sean mi contacto, y aseguro haber sido informado/a de que la Autoridad puede establecer la vacunación obligatoria conforme al Código Sanitario aprobado por el Decreto con fuerza de Ley N° 725 de 1967 del Ministerio de Salud son Obligatorias por el Decreto fuerza de Ley N°725 del Código Sanitario.

Por lo que cual, el Centro de Salud _____
podría interponer acciones judiciales que le sean conferidas mediante lo estipulado por el Ministerio de Salud en beneficio de la Salud Pública del país.

MOTIVO DEL RECHAZO: _____

Usuario/a que rechaza
RUN y firma

Funcionario de Salud
Equipo de vacunación
RUN y firma

