Gobierno de México | Salud Secretaría de Salud | SPSBP Subsecretaría de Políticas de Salud y Bienestar Poblacional | CENSIA

# Programa de Vacunación Universal

## Lineamientos Generales 2026

Defensa Secretaría de la Defensa Nacional | Marina Secretaría de Marina | IMSS | IMSS BIENESTAR Servicios Públicos de Salud | ISSSTE | PEMEX

2026 año de Margarita Maza

# Contenido


Introducción ..... 4

Marco legal ..... 6

Objetivos ..... 8

1. Rectoría ..... 9

1.1 Coordinación estatal ..... 9

1.1.1 Funciones de los COEVA ..... 9

1.1.2 Integrantes de los COEVA ..... 10

1.1.3 Sesiones de los COEVA ..... 11

1.1.4 Actividades de los COEVA ..... 11

1.1.5 Avaluación ..... 12

2. Distribución de población de responsabilidad institucional del PVU en el SNA ..... 12

3. Capacitación ..... 13

4. Supervisión ..... 15

4.1 Supervisión nacional ..... 16

4.2 Supervisión estatal o local ..... 16

5. Operación del programa de vacunación ..... 17

5.1 Planificación (metodología de cálculo) ..... 17

5.2 Programa permanente de vacunación (PPV) ..... 21

5.2.1 Lineamientos de aplicación ..... 22

5.2.2 Esquema de vacunación ..... 35

5.3 Desempeño del programa de vacunación ..... 50

5.4 Registro de dosis aplicadas y evaluación del desempeño del PVU ..... 51

5.5 Vigilancia de ESAVI ..... 52

5.5.1 Seguimiento y dictaminación de los ESAVI graves ..... 54
5.6 Vigilancia epidemiológica ..... 55
5.7 Promoción de la vacunación (comunicación) ..... 55
5.8 Vacunación en situaciones de emergencia ..... 56
5.9 Vacunación a personas en situación de migración, desplazamiento y refugiados ..... 57
5.10 Fuentes de información ..... 59
5.11 Información y reporte de coberturas administrativas de vacunación ..... 59
5.12 Evaluación ..... 61

## Introducción

Los presentes Lineamientos Generales son de aplicación obligatoria en todos los niveles técnico-administrativos del Sistema Nacional de Salud (SNS), toda vez que contienen las acciones que deben llevarse a cabo durante el ejercicio 2026 en todas las Instituciones del SNS para contribuir a la mitigación, control, eliminación y erradicación de las Enfermedades Prevenibles por Vacunación (EPV).

El Programa de Vacunación Universal (PVU) es una política pública de salud, cuyas metas son las siguientes:

- Alcanzar y mantener el 95% de cobertura de vacunación por entidad federativa con cada uno de los biológicos del PVU. (cuadro 1)
- Alcanzar y mantener el 90% de cobertura de vacunación en el esquema completo para niñas y niños menores de un año de edad y al año de edad por entidad federativa.
- Mantener la eliminación de la poliomielitis por virus silvestre en el país y contribuir a la erradicación mundial de este padecimiento.
- Mantener la eliminación del tétanos neonatal.
- Mantener la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita.
- Mantener el control epidemiológico de los siguientes padecimientos inmunoprevenibles:
    a. tuberculosis meníngea y miliar,
    b. hepatitis B,
    c. difteria,
    d. tos ferina,
    e. tétanos no neonatal,
    f. neumonía y meningitis producidas por Haemophilus influenzae tipo b,
    g. neumonía y meningitis producidas por Streptococcus pneumoniae,
    h. enteritis grave causada por rotavirus, y
    i. parotiditis.
- Mitigar el riesgo de complicación en infecciones respiratorias agudas atribuibles a la influenza estacional y COVID-19, con enfoque en las poblaciones con mayor riesgo.

- Contribuir a la reducción de la incidencia de infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH), a través de la estrategia de vacunación previa al inicio de la vida sexual activa, en adolescentes que cursan el 5° grado de primaria o de 11 años de edad no escolarizados en el Sistema Educativo Nacional.
- Coadyuvar en el monitoreo de la incidencia de los Eventos Supuestamente Atribuibles a la Vacunación o Inmunización (ESAVI).
- Apoyar con información técnico-científica, cambios requeridos e innovaciones en los esquemas de vacunación del PVU, en beneficio de la población.

**Cuadro 1. Esquema de vacunación 2026, Programa de Vacunación Universal**

| Grupo de edad | Vacuna | Esquema |
|---|---|---|
| Recién nacido | BCG | Una dosis |
| | Anti hepatitis B | Una dosis |
| Menores de un año | Hexavalente acelular | 1ª, 2ª y 3ª dosis |
| | Anti neumocócica conjugada | 1ª y 2ª dosis |
| | Anti-rotavirus | 1ª y 2ª dosis (RV1) |
| | Anti influenza* | 1ª y 2ª dosis (esquema primario) |
| | Anti COVID-19* | 1ª y 2ª dosis (esquema primario) |
| Un año | Anti neumocócica conjugada | 3ª dosis |
| | Triple viral (SRP) | 1ª dosis |
| | Anti varicela*** | Una dosis |
| 18 meses | Triple viral (SRP) | 2ª dosis |
| | Hexavalente acelular | Dosis de refuerzo |
| | Anti hepatitis A**** | Una dosis |
| 4 años | Triple bacteriana (DPT) | Dosis de refuerzo |
| 6 años | Triple viral (SRP) | 2ª dosis** |

*El esquema primario anti influenza y contra la COVID-19 consiste en 2 dosis a partir de los 6 meses de edad con un intervalo de 4 semanas entre cada una, y una dosis anual en cada temporada invernal, hasta los 59 meses de edad.

**La segunda dosis de SRP a los 6 años se aplicará a niñas y niños nacidos antes de julio de 2020. Dicha estrategia se implementará hasta 2026, posteriormente se dejará de aplicar a esta edad, pero se seguirá aplicando a niñas y niños de 18 meses de edad.

*** A la fecha de publicación del presente lineamiento, la vacuna NO forma parte del esquema básico de vacunación. Actualmente se aplica en guarderías o centros de cuidados infantiles.

****ACUERDO-01CONAVA-2025. Se aprueba la incorporación al PVU de la vacuna contra el virus de la hepatitis tipo A, con la estrategia de vacunación universal en niñas y niños de 1 año o bien aquellos que no cuenten con antecedente vacunal.

## Marco legal

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo IV.
- Ley General de Salud, Título 8°, Capítulo II, Artículos 134, 135, 141, 144. DOF: última reforma 07/06/2024.
- DECRETO por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, en materia de vacunación. DOF: 19/06/2017.
- DECRETO por el que se crea el Consejo Nacional de Vacunación. DOF: 24/01/1991, última reforma 05/07/2001.
- DECRETO por el que se determina la integración del Consejo Nacional de Vacunación. DOF: 26/11/2018.
- DECRETO por el que se expide el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, Artículo 54, fracciones I a XVIII, se establecen las funciones del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia (CENSIA). DOF: 27/02/2025
- DECRETO por el que se declara terminada la acción extraordinaria en materia de salubridad general que tuvo por objeto prevenir, controlar y mitigar la enfermedad causada por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19): última reforma 09/05/2023
- Plan Nacional de Desarrollo 2025-2030.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. DOF: 15/10/2012.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-2013, Para la prevención y control de la tuberculosis. DOF: 13/11/2013.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. DOF: 07/04/2016.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-010-SSA-2023, Para la prevención y el control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana. DOF: 02/06/2023.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la Vigilancia Epidemiológica. DOF: 19/02/2013.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño. DOF: 09/02/2001.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2013, Para la prevención y control de los defectos al nacimiento. DOF: 24/06/2014.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2012, Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, faboterápicos (sueros) e inmunoglobulinas en el humano. DOF: 28/09/2012. Aclaración: D.O.F. 12-X-2012
- NORMA Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002. Protección ambiental - salud ambiental - residuos peligrosos biológico-infecciosos - clasificación y especificaciones de manejo. DOF: 17/02/2003.

- NORMA Oficial Mexicana NOM-220-SSA1-2016, Instalación y operación de la farmacovigilancia. DOF: 19/07/2017.NORMA Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2013, Para la prevención y control de los defectos al nacimiento. DOF: 24/06/2014.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2012, Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, faboterápicos (sueros) e inmunoglobulinas en el humano. DOF: 28/09/2012.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002. Protección ambiental - salud ambiental - residuos peligrosos biológico-infecciosos - clasificación y especificaciones de manejo. DOF: 17/02/2003.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-220-SSA1-2016, Instalación y operación de la farmacovigilancia. DOF: 19/07/2017.

## Objetivos

- **Objetivo General del Programa de Vacunación Universal**

Contribuir al ejercicio del derecho a la protección de la salud de la población a través de la vacunación en la línea de vida, para mantener la eliminación, control epidemiológico y disminución en la incidencia de las enfermedades que se previenen con esta intervención en salud pública.

- **Objetivo de los Lineamientos Generales del Programa de Vacunación Universal**

Establecer criterios para la planeación, programación, ejecución, monitoreo y evaluación del PVU.

La ejecución del PVU se lleva a cabo mediante sus componentes de rectoría y operación, los cuales se explican en los siguientes apartados.

# 1. Rectoría

La rectoría en materia de vacunación se fortalecerá a través de la coordinación sectorial e interinstitucional del PVU mediante el Consejo Nacional de Vacunación (CONAVA) para la mitigación, control, eliminación o erradicación de algunas EPV.

Las instituciones de salud deben establecer mecanismos de coordinación, seguimiento y monitoreo de sus poblaciones objetivo y evaluación de coberturas; así como emitir recomendaciones en el cumplimiento de la normatividad establecida para el PVU.

## 1.1 Coordinación estatal

Los Consejos Estatales de Vacunación (COEVA) son los organismos rectores en materia de vacunación a nivel estatal, en los que confluyen los integrantes operativos del PVU de todas las instituciones públicas del Sector Salud.

### 1.1.1 Funciones de los COEVA

Convocar y realizar reuniones ordinarias y extraordinarias abordando los siguientes temas relacionados con el PVU, siendo éstos enunciativos más no limitativos:

- Monitoreo de las coberturas de vacunación y Reporte de Dosis Aplicadas (RDA) por tipo de biológico, grupo de edad e institución en los niveles estatal, distrital o jurisdiccional y municipal o regional;
- Seguimiento al abasto de biológicos;
- Distribución de Población de Responsabilidad Institucional (DPRI[1]);
- Monitoreo y análisis de los Eventos Supuestamente Atribuibles a la Vacunación o Inmunización (ESAVI) de tipo grave;
- Seguimiento y en su proceder acciones extraordinarias ante casos y brotes de enfermedades prevenibles por vacunación;
- Red de frío;
- Capacitación y supervisión;

[1] https://www.gob.mx/salud/censia/documentos/lineamientos-para-la-distribucion-de-poblacion-de-responsabilidad-institucional-2026

- Seguimiento de acuerdos del Sector Salud;
- Campañas especiales de vacunación.

Además de analizar e implementar estrategias para la prevención, control, eliminación y erradicación de las EPV acorde a la realidad epidemiológica de la entidad. Es de mencionar, que no todos los puntos son desarrollados en una sesión, por lo que, estarán sujetos a las necesidades operativas de cada entidad federativa.

### 1.1.2 Integrantes de los COEVA

Un COEVA deberá estar integrado de la siguiente manera:

- Presidente (Secretaria o Secretario de Salud de la entidad federativa);
- Secretario técnico (Directora o Director de los Servicios de Salud u homólogo);
- Titular del Órgano Operativo Administrativo Desconcentrado (OOAD) estatal o regional del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS);
- Subdelegado Médico o Subdelegada Médica del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE);
- Responsable de Sanidad Militar en la región (SEDENA);
- Responsable estatal del Programa de Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia (PASIA) o bien el responsable estatal de vacunación de la Secretaría de Salud;
- En aquellas entidades federalizadas deberá participar el titular de la coordinación estatal de los Servicios de Salud de IMSS-BIENESTAR
- Acorde a la presencia de las instituciones de salud en las entidades, en caso de que aplique, deberá participar el responsable de Sanidad Naval en la región (SEMAR) y el responsable regional de los Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos (PEMEX);
- Responsables institucionales de los sistemas de información de vacunación;
- Responsable estatal del Servicio Nacional de Salud Pública.

Adicionalmente, se deberá considerar lo siguiente:

- Exclusivamente una persona por institución podrá emitir su voto;
- En ausencia de los titulares institucionales, se deberá designar mediante oficio un representante con atribución para toma de decisiones y emisión de voto.

- Con objeto de integrar la cosmovisión y necesidades de comunidades de difícil acceso, podrá ser convocada la representación estatal del Instituto Nacional de Pueblos Indígenas.

### 1.1.3 Sesiones de los COEVA

Los COEVA realizarán al menos cuatro sesiones ordinarias al año, una por trimestre, pudiendo realizar un mayor número de reuniones de acuerdo con sus necesidades estatales emergentes en materia de enfermedades prevenibles por vacunación.Las reuniones extraordinarias dependerán de las necesidades del PVU, al ser de carácter emergente, no se establecen criterios para su programación y, por lo tanto, tampoco se consideran para la evaluación de los indicadores correspondientes.

### 1.1.4 Actividades de los COEVA

Los COEVA deberán realizar las siguientes actividades:

- Elaborar y enviar al CENSIA antes del 14 de febrero de 2026 su cronograma anual de reuniones, debiendo especificar el mes de realización de cada una.
- Realizar acta o minuta de acuerdos por cada reunión celebrada, mismas que se enviarán al CENSIA para dar fe de su cumplimiento. Adicionalmente y de manera opcional podrán remitir las presentaciones o documentos de apoyo que se utilizaron durante la sesión al correo censia.info@salud.gob.mx . Los archivos deberán remitirse por vía oficial o electrónica al CENSIA con las siguientes fechas de corte:
    1. primer trimestre, a más tardar el 10 de abril de 2026;
    2. segundo trimestre, a más tardar el 10 de julio de 2026;
    3. tercer trimestre, a más tardar el 09 de octubre de 2026;
    4. cuarto trimestre, a más tardar el 08 de enero de 2027.
- Analizar, evaluar y validar las coberturas de vacunación sectoriales, trimestralmente por tipo de biológico, grupo de edad en el nivel local, distrital/jurisdiccional y estatal.
- Coordinar las actividades de las Semanas Nacionales de Vacunación (SNV[2]) o su equivalente de todo el sector; cada COEVA elaborará su calendario de trabajo.

[2] A desarrollarse en los meses de abril, septiembre y noviembre.

- Convocar al Comité Estatal de Expertos de ESAVI para garantizar la investigación de los casos de ESAVI graves a través del dictamen de estos.

### 1.1.5 Evaluación

El COEVA es un organismo con autonomía, por lo que, el CENSIA y el Grupo de Trabajo Insterinstitucional (GTI) federal, únicamente podrá participar como orientador de alguno de ellos, previa solicitud e invitación del COEVA.

Las coberturas de vacunación del programa permanente deberán abordarse por los COEVA en cada una de las reuniones programadas por trimestre, en el entendido del envío del RDA, adaptando los cambios en el denominador que realice el CENSIA acorde a la necesidad metodológica.

En el supuesto de que se presenten casos y brotes por EPV, el COEVA y la coordinación interinstitucional a nivel jurisdiccional deberá sesionar de forma urgente y extraordinaria a fin de establecer las medidas necesarias para el control del brote.

En caso de emergencias, cada Institución de Salud deberá poner a disposición al menos 5 brigadas de vacunación o bien el personal que se considere en el COEVA, con la finalidad de atender las necesidades que se requieran en las entidades o regiones afectadas.

De ser necesario, los COEVA deberán modificar el reglamento interno de los Consejos Estatales de Vacunación, con el fin de cumplir con lo establecido dentro del presente lineamiento.

## 2. Distribución de población de responsabilidad institucional del PVU en el SNS[3]

La distribución de la población de la República Mexicana implica que cada una de las instituciones públicas del SNS conozca su población de responsabilidad, la cuál será su

[3] https://www.gob.mx/salud/censia/documentos/lineamientos-para-la-distribucion-de-poblacion-de-responsabilidad-institucional-2026

población por vacunar intra y extramuros. Sin embargo, al tratarse de un programa universal y gratuito, toda persona que se encuentre dentro del territorio nacional tendrá acceso a las vacunas disponibles en el sector público del país[4].

La población de responsabilidad institucional a nivel federal forma parte de la base de cálculo para la adquisición de las vacunas e insumos para la vacunación requeridos por las instituciones del SNS, y a nivel estatal es el elemento para la construcción de un plan de trabajo anual con población de responsabilidad asignada a la red de servicios de salud.

La distribución de la población se elabora con anticipación al año fiscal calculado, con la finalidad de estimar oportunamente las dosis requeridas y el presupuesto para la adquisición de insumos por cada institución de salud. Para más información, consultar los Lineamientos para la distribución de población de responsabilidad institucional del PVU en el SNS, México 2026.

## 3. Capacitación

El nivel nacional de la Secretaría de Salud, a través del CENSIA como órgano rector del PVU, deberá realizar en el año al menos un evento de capacitación (presencial y/o virtual) con la participación de los 32 responsables estatales del PVU, así como los responsables del nivel federal de los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR y enlaces de los Servicios de Salud del IMSS BIENESTAR. El o los temas por abordar serán definidos por el CENSIA.

El nivel estatal/delegacional y jurisdiccional/distrital deberán realizar en el año, al menos 4 eventos de capacitación, para lo cual se elaborará un plan anual de capacitación que incluya:

a) Participación de los responsables de vacunación de los Servicios de Salud de la Secretaría de Salud, Servicios de Salud del IMSS-BIENESTAR, IMSS-Obligatorio, ISSSTE y demás instituciones de salud que integren el COEVA;
b) Carta descriptiva (anexo del manual de vacunación);

[4] https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5487336&fecha=19/06/2017#gsc.tab=0

c) Lista de asistentes que incluya nombre, firma, correo electrónico e institución a la que pertenece;
d) Evaluación inicial y evaluación final;
e) Análisis y promedios de evaluación inicial y final.

Se recomienda contar con la asistencia de al menos el 90% del personal convocado, adscrito a las unidades de responsabilidad de cada una de las instituciones, debiendo incluir al personal de unidades de segundo y tercer nivel que apliquen vacunas.

Adicionalmente, se recomienda al nivel estatal incluir en la capacitación los siguientes contenidos, siendo éstos enunciativos más no limitativos.
Primera sesión de capacitación:

- lineamientos Generales del PVU;
- esquema de vacunación universal vigente y las actualizaciones en los esquemas de vacunación, incluida las vacunas contra la COVID-19;
- indicaciones y contraindicaciones de los diferentes biológicos;
- oportunidades perdidas de vacunación;
- priorización de actividades en grupos vulnerables;
- ESAVI;
- vigilancia epidemiológica de EPV (con la participación del enlace estatal de epidemiología).

Siguientes sesiones de capacitación:

- procedimientos para la vacunación segura;
- técnicas de aplicación de los biológicos y vacunación simultánea;
- manejo normativo, almacenamiento y conservación de la red de frío;
- instalación y preparación del termo en el puesto de vacunación;
- demostración física de la presentación de los diferentes biológicos;
- Política de frascos abiertos y manejo de frascos (para uso intramuros y extramuros);
- mantenimiento preventivo y/o correctivo de la red de frío (unidades refrigerantes);
- accidentes de red de frío;
- manejo de Residuos Peligrosos Biológico-Infecciosos (RPBI);

- registro y control de entradas y salidas del biológico;
- vacunación simultánea;
- sistema de información de vacunación: reporte de dosis aplicadas (RDA), cobertura de vacunación, calidad del dato y monitoreo rápido de vacunación en áreas de riesgo (MRV), plataformas de registro en campañas de vacunación.

Por tratarse de una tarea operativa, la evidencia de las capacitaciones realizadas a nivel estatal/delegacional, jurisdiccional/distrital y en unidades de salud, deberá ser resguardada en la unidad aplicativa correspondiente, siendo su responsabilidad verificar su cumplimento y respectivo almacenamiento.

## 4. Supervisión

Para evaluar las acciones del PVU, se desarrollarán actividades de supervisión que permitan identificar desviaciones y áreas de oportunidad para la mejora del programa, proporcionando asesoría para la solución de los problemas identificados.

Para priorizar los lugares de las entidades federativas que se deberán supervisar, se tomarán en cuenta uno o más de los siguientes aspectos técnicos, siendo éstos enunciativos más no limitativos:

- Presencia de brotes de EPV,
- Bajas coberturas de vacunación e
- Incidencia o prevalencia de accidentes de red de frío.

El CENSIA pone a disposición el modelo de cédula de supervisión del PVU[5], en la cual se podrán adicionar los rubros que se consideren relevantes para cada institución de salud o entidad federativa. Sin embargo, no podrán eliminarse ninguna de las variables que contiene, debiendo cubrir como mínimo los siguientes rubros:

1. Estructura: en esta sección se explora el organigrama, recursos humanos, físicos y materiales, incluyendo a la red de frío.
2. Proceso: organización (coordinación institucional, sectorial), procesos (normatividad, capacitación, supervisión, red de frío) y procedimientos (técnica de reconstitución, higiene de manos, técnica de aplicación, manejo adecuado de

[5] https://www.gob.mx/salud/censia/documentos/formatos-del-manual-de-vacunacion

frascos multidosis, cumplimiento de la normatividad del PVU), ingresos y egresos de biológicos.

3. Resultado: indicadores de coberturas por tipo de biológico y esquemas completos.

## 4.1 Supervisión Nacional

El CENSIA planeará anualmente supervisiones a las entidades federativas considerando el o los criterios anteriormente descritos. El resto de las instituciones de salud realizarán su planeación con base en su análisis específico.

## 4.2 Supervisión estatal o local

Hasta donde sea posible, las supervisiones a nivel local por los responsables estatales se realizarán en forma interinstitucional, siendo las autoridades institucionales del nivel estatal o delegacional las que financien estas actividades.

El nivel estatal deberá realizar un cronograma de supervisión anual, considerando:

- Realizar al menos dos supervisiones a las jurisdicciones/distritos de salud con menor cobertura de vacunación o que hayan presentado incidentes que ameriten supervisión, y al menos dos supervisiones a unidades de salud con menor desempeño o que hayan presentado incidentes que ameriten supervisión.
- Realizar al menos una supervisión a las unidades de salud que presenten más de un accidente de red de frío en un período de 12 meses.

El nivel estatal/delegacional y jurisdiccional/distrital respectivamente deberá dar seguimiento al cumplimiento o al avance de las recomendaciones emitidas. Al tratarse de herramientas operativas destinadas a la mejora permanente del programa, éstas deberán ser conservadas en la unidad administrativa correspondiente, siendo responsabilidad del área estatal y local que supervisó verificar su seguimiento.

Las supervisiones, así como las capacitaciones realizadas a nivel estatal/delegacional y jurisdiccional/distrital serán responsabilidad de los servicios estatales e institucionales de salud, en cuyo acompañamiento técnico podría participar el COEVA.

# 5. Operación del Programa de Vacunación

## 5.1 Planificación (metodología de cálculo)

La metodología de cálculo para las vacunas del PVU se realiza en apego al esquema de vacunación que aplicará para el ejercicio fiscal calculado, para el presente ejercicio se utilizan las poblaciones de responsabilidad institucional 2026, desagregadas por entidad federativa y grupo de edad, mismas que fueron calculadas con base en los "Lineamientos para la distribución de población de responsabilidad institucional del PVU en el SNS, México 2026". (ver cuadro 2).

Para el cálculo de vacunas, las instituciones a nivel federal podrán realizar ajustes, con base en la situación de oferta de vacunas por los distribuidores y/o laboratorios. El porcentaje de "factor de pérdida" estará sujeto a la operación de cada institución, por lo que, lo establecido en el cuadro 2, corresponde al rango aceptado por el PVU.

**Cuadro 2. Recomendaciones para la programación de vacunas 2026**

| CLAVE | VACUNA | POBLACIÓN BLANCO | CÁLCULO | DOSIS POR ESQUEMA | FACTOR DE PÉRDIDA |
|---|---|---|---|---|---|
| 020.000.3801.00<br>020.000.3801.01 | Vacuna B.C.G. | Se considera una dosis para el 100 % de las niñas y niños menores de un año, más una dosis para el 5 % de las niñas y niños de uno a cuatro años (rezagados), todas de responsabilidad institucional | ((Población menor de un año)<br>+<br>(Poblaciones de 1,2,3 y 4 años x 0.05))<br>+<br>% factor de pérdida<br><br>Ajuste el resultado a la decena superior | 0.1 mL | 50-90 %[a] |
| 020.000.2526.00<br>020.000.2511.00 | Vacuna recombinante contra la hepatitis B 20 mcg | Se considera una dosis de 10 mcg para el 100 % de las niñas y niños menores de un año, más una dosis de 20 mcg para el 5 % de la población de 20 a 39 años, todas de responsabilidad institucional | (Población menor de un año/2)<br>+<br>(Población de 20 a 39 años x 0.05)<br>+<br>% factor de pérdida<br><br>Ajuste el resultado a la decena superior | 0.5 mL dosis pediátrica<br><br>1.0 mL dosis adultos | 5-10 % |
| 020.000.6135.00<br>020.000.6135.01<br>020.000.6135.02<br>020.000.6135.03 | Vacuna hexavalente (DPaT-VIP-HB- Hib)<br>Vacuna acelular antipertussis, con toxoides diftérico y tetánico adsorbidos, con vacuna antipoliomielítica inactivada, vacuna conjugada de Haemophilus influenzae tipo b y hepatitis B | Se consideran tres dosis para el 100 % de las niñas y niños menores de 1 año, más una dosis para el 100 % de las niñas y niños de 1 año, más una dosis para el 5 % de las niñas y niños de 2 a 4 años (rezagados), todas de responsabilidad institucional | ((Población menor de un año x 3)<br>+<br>(Población de un año)<br>+<br>(Poblaciones de 2, 3 y 4 años x 0.05))<br>+<br>% factor de pérdida<br><br>Ajuste el resultado a la decena superior | 0.5 mL | 3-5 % |

| Cuadro 2. Recomendaciones para la programación de vacunas 2026 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CLAVE | VACUNA | POBLACIÓN BLANCO | CÁLCULO | DOSIS POR ESQUEMA | FACTOR DE PÉRDIDA |
| 020.000.0150.02<br>020.000.0150.03<br>020.000.0150.04<br>020.000.0150.05 | Vacuna monovalente contra rotavirus (RV1) | Se consideran dos dosis para el 100 % de las niñas y niños menores de un año de responsabilidad institucional | (Población menor de un año x 2)<br>+<br>% factor de pérdida<br><br>Ajuste el resultado al múltiplo superior de 50 | 1.5 mL | 3-5 % |
| 020.000.6508.00<br>020.000.6508.01 | Vacuna antineumocócica conjugada 20V | Se consideran dos dosis para el 100 % de las niñas y niños menores de un año, más una dosis para el 100 % de las niñas y niños de 1 año, más una dosis para el 100 % de la población de 60 años, todas de responsabilidad institucional | ((Población menor de un año x 2)<br>+<br>(Población de un año)<br>+<br>(Población de 60 años)<br>+<br>% factor de pérdida<br><br>Ajuste el resultado a la decena superior | 0.5 mL | 3-5 % |
| 020.000.3822.00<br>020.000.3822.01<br>020.000.3822.02 | Vacuna anti influenza estacional[b] | Se consideran dos dosis para el 100 % de las niñas y niños de 6 a 11 meses, más dos dosis para el 50 % de las niñas y niños de 1 año, más 2 dosis para el 5% de las niñas y niños de 2 a 4 años, más una dosis para el 50 % de las niñas y niños de 1 año, más 1 dosis para el 95 % de niñas y niños de 2 a 4 años, más una dosis para el 100 % de la población de 60 años y más, más una dosis para la población de 5 a 59 años considerada de riesgo[c], más una dosis para el 100 % de las personas embarazadas durante el periodo de la campaña (50 % de la población menor de un año), más una dosis para el 100 % del personal de salud, todas de responsabilidad institucional | ((((Población <1 año/2)^2<br>+<br>(Población de 1 año/2)^2<br>+<br>((Población de 2,3 y 4 años x 0.05) x 2)<br>+<br>(Población de 1 año x 0.5)<br>+<br>(Población de 2,3 y 4 años x 0.95)<br>+<br>(Población de 60 años y más)<br>+<br>(Población de 5 a 59 años considerada de riesgo)[c]<br>+<br>(Población menor de un año[d] x 0.5)<br>+<br>(Personal de salud)))<br>+<br>% factor de pérdida<br><br>Ajuste el resultado a la centena superior | 0.5 mL | 3-10 % |

| Cuadro 2. Recomendaciones para la programación de vacunas 2026 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CLAVE | VACUNA | POBLACIÓN BLANCO | CÁLCULO | DOSIS POR ESQUEMA | FACTOR DE PÉRDIDA |
| 020.000.3820.00<br>020.000.3820.01<br>020.000.3821.00 | Vacuna triple viral (SRP) contra sarampión, rubéola y parotiditis | Se consideran dos dosis para el 100 % de las niñas y niños de un año, más una dosis para el 5 % de la población de 2, 3, 4, 5, años (rezagos), todos de responsabilidad institucional Más el 20 % para atención de brotes | ((Población de un año x 2)<br>+<br>(Poblaciones de 2,3,4 y 5 años x 0.05))<br>+<br>20% para atención a brotes)<br>÷<br>% factor de pérdida<br><br>Ajuste el resultado a la decena superior | 0.5 mL | 3-10 % |
| 020.000.3805.00 | Vacuna antipertussis con toxoides diftérico y tetánico (DPT) | Se considera una dosis para el 100 % de las niñas y niños de 4 años, más una dosis para el 5 % de las niñas y niños de 5 y 6 años (rezagados), todas de responsabilidad institucional | ((Población de 4 años)<br>+<br>(Poblaciones de 5 y 6 años x 0.05))<br>÷<br>% factor de pérdida<br><br>Ajuste el resultado a la decena superior | 0.5 mL | 5-20 % |
| 020.000.6501.00<br>020.000.6501.01<br>020.000.6501.02<br>020.000.6501.03 | Vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH)[e] | Se considera una dosis para el 100 % de las niñas y niños de 10 años, más una dosis para el 6 % de las niñas y niños de 11 años, más tres dosis para el 100 % de las personas de 11 a 49 años que viven con VIH, más una dosis para el 100 % de las mujeres de 9 a 19 años atendidas dentro del protocolo de violación sexual, de responsabilidad institucional | ((Población de 10 años)<br>+<br>(Población de 11 años x 0.06)<br>+<br>(Personas de 11 a 49 años que viven con VIH x 3)<br>+<br>(Mujeres de 9 a 19 años atendidas en protocolo de violación sexual))<br>÷<br>% factor de pérdida<br><br>Ajuste el resultado a la decena superior | 0.5 mL | 3- 5 % |
| 020.000.3810.00<br>020.000.3810.01 | Toxoides tetánico y diftérico (Td) | Se considera una dosis para el 100 % de la población 15 años, más una dosis para el 50 % de la población de 25, 35, 45, 55 y 65 años (refuerzo cada 10 años). Más una dosis para el 5 % de la población de 16, 26, 36, 46, 56 y 66 años (rezagados), más una dosis para el 20 % de las personas embarazadas. Todas de responsabilidad institucional | ((Población de 15 años)<br>+<br>(Poblaciones de 25, 35, 45, 55 y 65 años x 0.50)<br>+<br>(Poblaciones de 16, 26, 36, 46, 56 y 66 años x 0.05)<br>+<br>(Población menor de 1 año[d] x 0.2))<br>÷<br>% factor de pérdida<br><br>Ajuste el resultado a la decena superior | 0.5 mL | 5-10 % |

| Cuadro 2. Recomendaciones para la programación de vacunas 2026 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CLAVE | VACUNA | POBLACIÓN BLANCO | CÁLCULO | DOSIS POR ESQUEMA | FACTOR DE PÉRDIDA |
| 020.000.3808.00<br>020.000.3808.01<br>020.000.3808.02<br>020.000.3808.03<br>020.000.3808.04 | Vacuna de Refuerzo contra difteria, tétanos y tos ferina acelular (Tdpa) | Se considera una dosis para el 80 % de las personas embarazadas, más una dosis para el 5 % de la población de 20 a 39 años (considerada de riesgo), de responsabilidad institucional | (Población menor de 1 año[a] x 0.8)<br>+<br>(Población de 20 a 39 años x 0.05)<br>+<br>% factor de pérdida<br><br>Ajuste el resultado a la decena superior | 0.5 mL | 3-5 % |
| 020.000.3800.00<br>020.000.3804.00 | Vacuna Doble Viral (SR) contra Sarampión y Rubéola | Se considera una dosis para el 5 % de la población de 20 a 49 años de responsabilidad institucional, más el 20 % para atención de brotes (bloqueos) | ((Población de 20 a 49 años x 0.05)<br>+<br>(20% para atención a brotes))<br>+<br>% factor de pérdida<br><br>Ajuste el resultado a la decena superior | 0.5 mL | 5 -10 % |
| 020.000.6502.00<br>020.000.6503.00<br>020.000.6504.00<br>020.000.6504.01<br>020.000.6505.00<br>020.000.6505.01<br>020.000.6506.00<br>020.000.6506.01 | Vacuna contra la COVID-19 | Se consideran dos dosis para el 100 % de niñas y niños de 6 a 59 meses, más una dosis para el 100 % de la población de 60 años y más, más una dosis para el 100 % de la población de a 5 a 59 años considerada de riesgo, más una dosis para el 100 % de las personas embarazadas, más una dosis para el 100 % del personal de salud, todas de responsabilidad institucional | (Niñas y niños de 6 a 59 meses) x 2<br>+<br>(Población de 60 años y más)<br>+<br>(Población de 5 a 59 años considerada de riesgo[c])<br>+<br>(Población <1 año[d])<br>+<br>(Personal de salud))<br>+<br>% factor de pérdida<br><br>Ajuste el resultado a la decena superior | 0.5 mL | 5-10 % |
| 020.000.3825.00<br>020.000.3825.01<br>020.000.3825.02<br>020.000.3825.03<br>020.000.3825.04<br>020.000.3825.08<br>020.000.6187.00<br>020.000.6187.01 | Vacuna contra la Hepatitis A[f] | Se considera una dosis para el 100 % de la población de 1 año de responsabilidad institucional | Población de un año<br>+<br>% factor de pérdida<br><br>Ajuste el resultado a la decena superior | 0.5 mL | 3-5 % |
| 020.000.6056.00<br>020.000.6056.01 | Vacuna contra Varicela[h] | Se considera una dosis para el 100 % de la población de 1 año que asiste a guarderías o centros de cuidado infantil de responsabilidad institucional | Población de un año<br>+<br>% factor de pérdida<br><br>Ajuste el resultado a la decena superior | 0.5 mL | 3-5 % |

| Cuadro 2. Recomendaciones para la programación de vacunas 2026 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CLAVE | VACUNA | POBLACIÓN BLANCO | CÁLCULO | DOSIS POR ESQUEMA | FACTOR DE PÉRDIDA |
| 020.000.6509.00<br>020.000.6509.01 | Vacuna contra el Virus Sincitial Respiratorio (VSR)[j] | Se considera una dosis para el 91.7 %[j] de las personas gestantes que culminarán su embarazo durante la temporada invernal (50 % de la población menor de un año) de responsabilidad institucional | ((Población menor de 1 año[d] x 0.5) x 0.917)<br>+<br>% factor de pérdida<br><br>Ajuste el resultado a la decena superior | 0.5 mL | 3-5 % |

[a]La vacuna BCG se presenta en frascos ámpula de 10 dosis, una vez reconstituida, pierde su viabilidad después de 6 horas, por lo que, se considera un factor de pérdida alto.
[b] El cálculo de requerimientos se realiza con base en los grupos blanco de la intervención, en los grupos de riesgo y en la disponibilidad de vacuna.
[c]Cada institución de salud deberá estimar su población de 5 a 59 años considerada de riesgo.
[d]Se considera la población de embarazadas igual que la población menor de un año.
[e]ACUERDO-03-CONAVA-2024. Se aprueba la incorporación de los niños que se encuentran cursando el quinto grado de primaria y de 11 años no escolarizados para recibir el esquema monodosis de la vacuna contra el VPH a partir del ciclo escolar 2025-2026. Asimismo, implementar una estrategia de detección del rezago de niñas, e implementar un registro nominal.
[f]ACUERDO-01 CONAVA-2025. Se aprueba la incorporación al PVU de la vacuna contra el virus de la hepatitis tipo A, con la estrategia de vacunación universal en niñas y niños de 1 año o bien aquellos que no cuenten con antecedente vacunal.
[g]ACUERDO-02CONAVA-2025. Se aprueba la incorporación al PVU de la estrategia de inmunización contra VSR a las personas embarazadas entre las 32 a 36 SDG.
[h]A la fecha de publicación del presente lineamiento, la vacuna NO forma parte del esquema básico de vacunación. Por lo que, se aplicará a niñas y niños de 1 año de edad que asisten a guarderías o centros de cuidado infantil.
[i]ACUERDO-EXTRA-02CONAVA-2025: El Consejo Nacional de Vacunación con fundamento en los artículos 157 Bis 4, fracción I y 157 Bis 5 de la Ley General de Salud y 14 del Reglamento Interno del Consejo Nacional de Vacunación, emite opinión favorable respecto al cambio del esquema de la vacuna Neumocócica PCV13/PCV20 para niñas, niños y adultos.
[j]En 2024 la prevalencia de niñas y niños prematuros con menos de 37 SDG en México fue del 8.3%

## 5.2 Programa Permanente de vacunación (PPV)

Las actividades permanentes de vacunación son acciones que se desarrollan de manera intramuros en la red de servicios de salud, y extramuros a través de la instalación de puestos de vacunación en lugares estratégicos y con brigadas que realizan visitas casa a casa. Las actividades se realizan durante todo el año en las unidades de primer, segundo y tercer nivel de atención, así como en unidades médicas móviles de las instituciones del SNS que cuentan con servicios de vacunación.

El esquema de vacunación tiene a su grupo blanco estratificado en cohortes: niñas y niños menores de un año, un año y 4 años, que permite la administración oportuna de las vacunas, así como la planeación y adecuación de esquemas emergentes en caso necesario, facilitando que se completen los esquemas de acuerdo con el grupo de edad, lo que no significa que se dejen de iniciar o completar esquemas en otros grupos con rezago de vacunación, en los que técnicamente pueda hacerse.

## 5.2.1 Lineamientos de aplicación

### 5.2.1.1 Programación de actividades

Con el propósito de alcanzar y mantener coberturas de vacunación ≥95 % por biológico y ≥90 % de promedio de cobertura de vacunación en el esquema completo de niñas y niños menores de un año de edad, un año, 4 años y 6 años, las instituciones de salud realizarán las actividades necesarias en las unidades de salud, incluyendo las hospitalarias, además de otras actividades intramuros y extramuros de acuerdo con su población de responsabilidad institucional.

Toda vacuna aplicada deberá ser registrada en la Cartilla Nacional de Salud (CNS), Censo Nominal y formatos administrativos y/o nominales que cada institución determine.

En la CNS, se registrará con pluma la fecha de aplicación de la vacuna, unidad de salud, número de lote y caducidad del biológico administrado. Con lápiz, se anotará la fecha de la próxima dosis a aplicar del esquema como un recordatorio a la madre o tutor de el o la menor, respecto al calendario de vacunación.

Asimismo, se insta a todo el personal operativo para que, al momento del contacto de la población con los servicios de salud, se revise la CNS y en caso de requerirse, derivar al área de inmunización para poner al día los esquemas de vacunación.

### 5.2.1.2 Red de frío

La red o cadena de frío es un proceso logístico que comprende los recursos humanos, materiales y procedimientos, necesarios para llevar a cabo la correcta conservación, almacenamiento y transporte de las vacunas; desde el lugar de fabricación, hasta el sitio de aplicación a la población, manteniendo así su potencia inmunogénica.

Para garantizar la conservación de las vacunas, es necesario que ninguno de los eslabones de la cadena de frío se vea afectado, para ello se deberán almacenar en condiciones óptimas, manteniéndolas bajo vigilancia y monitoreo continuo respecto a: la temperatura, tiempo de almacenamiento, caducidad, exposición a radiación solar

o luminosa directa, humedad o cualquier forma de contaminación, entre otros (ver especificaciones del Manual de Vacunación vigente).

Los niveles de la cadena de frío tienen como función almacenar, conservar y transportar los productos biológicos hasta su aplicación en la población. El número de niveles depende de las condiciones geográficas, la organización de las instituciones y el volumen de vacunas que se requiera almacenar. Se consideran los siguientes niveles: nacional, estatal/delegacional, jurisdiccional/distrital, coordinación médica, regional/municipal y local/zonal (unidad médica o brigada de vacunación, aplicativo); cada institución determinará de acuerdo con su organización, a qué nivel corresponde el sitio donde se almacenen y conserven las vacunas, debiendo asegurar la capacidad de almacenamiento de acuerdo con la demanda programada.

### 5.2.1.2.1 Almacenamiento

En todos los niveles de almacenamiento y durante su traslado, las vacunas deberán conservarse según el biológico del que se trate; temperatura de refrigeración (+2°C a +8°C), congelación (-18°C a -25°C) o ultracongelación (-60°C a -90°C), según sea el caso. El tiempo máximo de almacenamiento depende de cada nivel en que se encuentren (sin ser acumulativo).

1. Nivel nacional: hasta su fecha de caducidad.
2. Nivel estatal o delegacional: 9 meses.
3. Nivel jurisdiccional/distrital, regional y/o municipal: 4 meses.
4. Nivel local o zonal: 3 meses.

Si el periodo de almacenamiento de las vacunas en alguno de los niveles ha superado el tiempo establecido previamente y cuenta con fecha de caducidad vigente, se deberá solicitar al CENSIA la anuencia de permanencia por un periodo adicional, siempre y cuando existan registros de temperatura que sustenten que se ha conservado en un rango de +2 °C a +8 °C y se implementen las estrategias necesarias para su distribución y aplicación antes de su fecha de expiración. Considerando que existe una reincidencia en la solicitud de anuencias, deberá remitir al CENSIA una justificación técnica del retraso en su aplicación, toda vez que, las vacunas distribuidas corresponden al ejercicio presupuestal del año en curso, a las metas de aplicación mensual o bien, a los logros de las campañas de vacunación.

Las solicitudes de anuencia se deberán enviar al correo censia.reddefrio@salud.gob.mx (correo electrónico oficial de red de frío del CENSIA). Una vez recibida la solicitud, se confirmará de recibido y se asignará un número de folio para su trazabilidad y pronunciamiento por el CENSIA.

#### 5.2.1.2.2 Accidentes de red de frío (ARF)

Un ARF ocurre cuando las vacunas han salido de los parámetros normados (refrigeración, congelación y en su caso ultracongelación) por el motivo que sea, si esto ocurre, se procederá a realizar las siguientes acciones:

- Elaboración del acta circunstanciada (Consultar Anexo 1 del Manual de Vacunación vigente https://www.gob.mx/salud/censia/documentos/formatos-del-manual-de-vacunacion), misma que deberá enviarse al correo electrónico oficial de red de frío de manera inmediata y oportuna en un lapso no mayor a 5 días hábiles, a partir de su recepción en el nivel estatal, a fin de optimizar los tiempos para su dictaminación por el Grupo Técnico de Accidentes de Red de Frío (GTARF) y conservar el mayor número de dosis para su aplicación.
- Una vez notificado el ARF al CENSIA, se confirmará de recibido y se asignará un número de folio a cada ARF para su trazabilidad.
- El GTARF será el encargado de realizar el dictamen de los biológicos afectados.
- Finalmente, el CENSIA notificará mediante los canales de comunicación oficiales el dictamen para la utilización o desecho de las vacunas. Nota. Para el caso del IMSS Ordinario y PEMEX, la notificación de los ARF deberá seguir las indicaciones especificadas en su normativa vigente, al contar con estructura orgánica responsable de esta función.

Para saber más sobre este proceso, consulte el Manual de Vacunación vigente.

### 5.2.1.3 Política de frascos abiertos

Todos los frascos abiertos de vacunas líquidas en presentación multidosis como DPT, Td, anti influenza, anti hepatitis B y anti neumocócica conjugada, usados dentro de las unidades de salud y en los puestos móviles de vacunación, podrán ser utilizados hasta 28 días después de abierto el frasco, siempre y cuando la fecha de caducidad no haya expirado, se hayan almacenado y transportado dentro de los parámetros de

temperatura normados (+2°C a +8 °C) y se hayan manipulado con buenas prácticas asépticas, siendo indispensable el registro en la etiqueta del frasco, la fecha y hora de apertura de las vacunas.

Las vacunas liofilizadas como BCG, varicela, SR y SRP, podrán ser utilizadas hasta 6 horas después de reconstituidas o al finalizar la jornada de trabajo, lo que ocurra primero. Excepto la vacuna BCG cepa Tokio, la cual podrá ser utilizada solo 4 horas después de ser reconstituida, al término de las cuales, deberá ser desechada. Lo anterior porque la estabilidad térmica de las vacunas liofilizadas disminuye considerablemente cuando se reconstituyen con su diluyente, o cuando son expuestas a la radiación ultravioleta.

Respecto a las vacunas disponibles en México contra la COVID-19, a la fecha y derivado del soporte técnico y bibliográfico, se deberá consultar la vida útil de cada de las vacunas disponibles en su guía de aplicación o lineamientos de vacunación correspondiente.

Las acciones que se deben considerar en los frascos abiertos multidosis son:

- utilizar antes de la fecha de vencimiento,
- escribir en el frasco la fecha y hora de apertura,
- almacenar y transportar entre +2°C y +8°C,
- manipular con buenas prácticas asépticas.
- Prohibido utilizar aguja piloto.

Adicionalmente, se deberá prestar atención a los siguientes puntos:

- No utilizar la vacuna si se identifica o se sospecha que el tapón del frasco fue sumergido en agua del deshielo de los paquetes refrigerantes o la etiqueta se encuentra mojada o desprendida (independientemente si se trata de frascos abiertos o cerrados).
- Se considera una práctica insegura el uso de aguja piloto (aguja introducida en el tapón del frasco para la extracción de varias dosis de vacuna de forma subsecuente), ya que se puede contribuir a la reducción potencial de la efectividad de la vacuna y permite el posible desarrollo de microorganismos. De tal modo que esta práctica está prohibida.

- Las jeringas se preparan con la vacuna sólo antes de su administración.

Al terminar las actividades de campo, las vacunas en frascos cerrados multidosis que se hayan conservado todo el tiempo a la temperatura normada, podrán ser utilizadas siempre y cuando no haya expirado la fecha de caducidad. Las vacunas en frascos cerrados unidosis deberán utilizarse una vez abiertas, ya sea dentro de las unidades de salud o en campo; si por alguna causa no se utilizan y las condiciones de almacenamiento/transporte fueron adecuadas, deberán ser devueltas al refrigerador destinado a su conservación en la unidad de salud, respetando el tiempo máximo permitido para su utilización una vez abiertos.

En el caso de sospecha de contaminación de frascos abiertos, expuestos a congelamiento o que exceda la vigencia de su uso con relación a la fecha de apertura, deberán darse de baja, inactivarse y desecharse; así como realizar las acciones correspondientes para su notificación al CENSIA, conforme a lo descrito en el Manual de Vacunación vigente. Para el caso de vacunas contra la COVID-19 se deberá realizar el desecho conforme a lo establecido en las guías técnicas de aplicación o lineamientos de vacunación que apliquen.

Al ser una actividad operativa, el resguardo de las actas de inactivación será responsabilidad del nivel que se trate; estatal/delegacional, jurisdiccional/distrital y/o local.

Para evitar pérdidas en la operación y un dispendio que genere desabasto en la unidad de salud se deberá realizar la planeación de las actividades de vacunación extramuros previo a su ejecución.

### 5.2.1.4 Manejo de RPBI

La eliminación de RPBI está regulada por la Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente, Ley General para la Prevención y Gestión Integral de los Residuos, las Normas Oficiales Mexicanas: NOM-098-SEMARNAT-2002, Protección ambiental-Incineración de residuos, especificaciones de operación y límites de emisión de contaminantes; NOM-052-SEMARNAT-2005, que establece las

características, el procedimiento de identificación, clasificación y los listados de los residuos peligrosos, y la NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental - salud ambiental - residuos peligrosos biológico-infecciosos - clasificación y especificaciones de manejo, o las que las sustituyan.

Aunque la normatividad no es específica para vacunación, se consideran los criterios generales de las mismas, por lo que, la eliminación de los RPBI debe cumplir con las siguientes fases de manejo (ver cuadro 3):

a) identificación de los residuos,
b) envasado de los residuos generados,
c) almacenamiento temporal,
d) recolección y transporte externo,
e) tratamiento,
f) disposición final.

**Cuadro 3. Identificación y envasado de los RPBI de vacunación, de acuerdo con las características físicas y biológicas del residuo**

| Tipo de residuo | Envasado | Color | Medio de eliminación |
|---|---|---|---|
| Agujas, jeringas prellenadas. | Recipiente rígido de polipropileno | Rojo | Empresa autorizada |
| Jeringas usadas para la aplicación de vacunas virales o bacterianas atenuadas*. Torundas empapadas de sangre. | Bolsa de polietileno | Roja | Empresa autorizada |
| Torundas con sangre seca o manchadas de sangre, fundas protectoras de la aguja y envoltura. Frascos de vacunas inactivadas o recombinantes, así como jeringas usadas para la aplicación de éstas. | Bolsa de polietileno | ** | Basurero municipal |
| Frascos de vacunas virales o bacterianas atenuadas*, que previamente hayan sido sometidas a proceso de inactivación. | Bolsa de polietileno | ** | Basurero municipal |

*Vacunas triple viral SRP, doble viral SR, anti varicela, BCG, contra Fiebre amarilla y otras vacunas atenuadas.
**Se colocará en bolsas de cualquier color, excepto roja o amarilla.

La Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002 considera como RPBI a los utensilios desechables usados para contener, transferir, inocular y mezclar cultivos de agentes biológicos-infecciosos, por lo tanto, las jeringas usadas de vacunas de antígenos atenuados se deben desechar en bolsa roja. Los recipientes de los residuos peligrosos para punzocortantes y las bolsas rojas deben cumplir con las especificaciones indicadas en la NOM-087-ECOL-SSA1-2002.

### 5.2.1.4.1 Almacenamiento temporal

Se deberá destinar un área para el almacenamiento temporal de los RPBI, excepto en los establecimientos de nivel I[6], los cuales podrán ubicar los contenedores en el lugar más apropiado dentro de sus instalaciones, cuidando que no obstruya las vías de acceso y que no se encuentre en contacto con el personal ni con la población.

El periodo de almacenamiento temporal sujeto al tipo de establecimiento generador:

a) Nivel I, máximo 30 días;
b) Nivel II, máximo 15 días;
c) Nivel III, máximo 7 días.

### 5.2.1.4.2 Recolección y transporte externo de los RPBI

Para la recolección y transporte de RPBI se requiere la autorización por parte de la Secretaría del Medio Ambiente y Recursos Naturales (SEMARNAT). Dicho transporte debe cumplir con lo siguiente:

- Sólo podrá recolectarse los RPBI que cumplan con el envasado, embalado y etiquetado, según la NOM-087-ECOL-SSA1-2002.
- Los RPBI no deben ser compactados durante su recolección y transporte.
- Los vehículos recolectores deben ser de caja cerrada y hermética, contar con sistema de captación de escurrimientos, y operar con un sistema de enfriamiento para mantener los residuos a una temperatura de 4 °C.

[6] En la clasificación de los establecimientos generadores de RPBI, corresponden a: **Nivel I** las Unidades hospitalarias de 1 a 5 camas e instituciones de investigación con excepción de los señalados en el nivel III, tales como: laboratorios clínicos y bancos de sangre que realicen análisis de 1 a 50 muestras al día, unidades hospitalarias psiquiátricas y centros de toma de muestras para análisis clínicos.
**Nivel II** las Unidades hospitalarias de 6 hasta 60 camas, tales como: laboratorios clínicos y bancos de sangre que realicen análisis de 51 a 200 muestras al día, bioterios que se dediquen a la investigación con agentes biológico-infecciosos, o establecimientos que generen de 25 a 100 kilogramos al mes de RPBI.
**Nivel III** las Unidades hospitalarias de más de 60 camas, tales como: centros de producción e investigación experimental en enfermedades infecciosas, laboratorios clínicos y bancos de sangre que realicen análisis a más de 200 muestras al día, o establecimientos que generen más de 100 kilogramos al mes de RPBI.

- Durante el transporte, los RPBI sin tratamiento no deberán mezclarse con ningún otro tipo de residuo municipal o de origen industrial.

#### 5.2.1.4.3 Disposición final

Los RPBI tratados e irreconocibles, podrán disponerse como residuos no peligrosos en sitios autorizados por la autoridad competente.

#### 5.2.1.4.4 Consideraciones sobre el uso de cajas recolectoras

Las "cajas de cartón incineradoras de agujas" o "cajas recolectoras incinerables con jeringas", anteriormente tuvieron como finalidad servir como contenedores e incineradores de RPBI punzocortantes; sin embargo, están elaboradas de cartón con un forro interior de aluminio, por lo que, no cumple con las especificaciones que marca la Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002 para los recipientes de los residuos peligrosos punzocortantes; por lo tanto, no se deben usar para tal fin.

Con dichas cajas, es poco factible que se lleve a cabo el tratamiento de incineración, ya que, no genera las condiciones de combustión (temperatura, tiempos de retención y turbulencia) requeridos para realizar la incineración; además, de no contar con los dispositivos de control de temperatura, de composición de gases, ni tolvas para la captación de cenizas, por lo que, no pueden ser consideradas como un incinerador.

### 5.2.1.5 Seguridad y vacunación

Las prácticas de inyección segura incluyen no causar daño a la persona usuaria, al personal de salud, a la comunidad, ni al ambiente.

Se debe cumplir con los procedimientos normalizados para el transporte, almacenamiento, distribución, conservación, manipulación, reconstitución, administración y eliminación de cada una de las vacunas e insumos involucrados en el PVU. Con el fin de tener riesgos mínimos en la vacunación o inmunización de la población, se deberán seguir las prácticas seguras de vacunación.

### 5.2.1.5.1 Seguridad en la administración

Para garantizar que el proceso de administración de las vacunas sea seguro, se recomienda:

- Identificar correctamente a la persona antes de la aplicación de la(s) vacuna(s).
- Realizar la técnica de higiene de manos antes y después de cada procedimiento respetando los 5 momentos de higiene de manos.
- Revisar indicaciones, contraindicaciones y precauciones (ver Manual de Vacunación y Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica de ESAVI, vigentes), así como, realizar una anamnesis previa a la vacunación.
- Verificar la viabilidad de los insumos previo a su administración, mostrar a la persona usuaria (responsable del cuidado de la niña, niño o adolescente) la jeringa y aguja, e informar que es nueva y de uso único para la persona a la que se le aplicará la vacuna, adicionalmente, se deberá leer en voz alta la fecha de caducidad impresa en el empaque, así como abrirlo frente al usuario.
- Revisar el nombre en la etiqueta del frasco, mostrar a la persona usuaria, leer en voz alta el nombre de la vacuna y la enfermedad (s) que previene con su aplicación.
- Revisar fecha de caducidad de la vacuna, leerla en voz alta, así como, el nombre del laboratorio, en caso de frascos multidosis leer fecha y hora de apertura.
- Cuando aplique, realizar una adecuada reconstitución de las vacunas.
- Utilizar la misma aguja para realizar la carga de la vacuna y la aplicación de ésta.
- Esta estrictamente prohibido utilizar agujas "piloto"
- Extraer la cantidad indicada de dosis a aplicar, sin excedentes.
- Técnica de administración: verificar que sea la dosis correcta para la edad, el intervalo correcto de aplicación entre dosis, la vía correcta (parenteral u oral), el sitio de aplicación correcto y los insumos adecuados (agujas, jeringas y diluyentes). Ver cuadro 4.
- Mantener las vacunas en condiciones normativas de temperatura en todo momento, verificar que antes de iniciar la jornada de trabajo los termómetros de vástago estén calibrados.
- No re-encapuchar las agujas.
- Desechar en apego a la política de frascos abiertos.

- Verificar la limpieza y descontaminación del puesto de vacunación (mesa, termo, contenedores de agujas y jeringas) al inicio de cada jornada laboral en la unidad de salud y en actividades de campo.
- Eliminación segura de RPBI.
- No cargar jeringas antes de su uso.

**Cuadro 4. Vías de administración, sitios anatómicos y agujas para aplicación de las vacunas del PVU**

| Vías de administración de las vacunas | | | |
|---|---|---|---|
| **Intramuscular** | **Subcutánea** | **Intradérmica** | **Oral** |
| Anti Hepatitis B | SRP | BCG | Anti rotavirus |
| Hexavalente acelular (DPaT-VIP-HB-Hib) | SR | | |
| Anti neumocócica conjugada | Anti varicela | | |
| DPT | | | |
| Td | | | |
| Tdpa | | | |
| Anti VPH | | | |
| Anti Influenza | | | |
| Anti hepatitis A | | | |
| COVID-19 | | | |
| VSR | | | |

**Sitios anatómicos de aplicación de las vacunas**

El sitio anatómico (izquierdo o derecho) dependerá de cada vacuna. En niñas y niños menores de 18 meses de edad la administración de vacunas vía intramuscular es en el tercio medio de la cara anterolateral externa del muslo y a partir de los 18 meses de edad en la región deltoidea del brazo.

| Tipos de agujas y jeringas para aplicación de vacunas | | | |
|---|---|---|---|
| **Vacuna** | **Vía de administración** | **Medida de la aguja*** | **Jeringa** |
| BCG | Intradérmica | 27 G x 13 mm | 0.5 mL** |
| Anti hepatitis B | Intramuscular | Recién nacidos: 25 G x 16 mm<br>Adolescentes y adultos: 22 G x 32 mm | 0.5 mL<br>1 mL |
| DPT | Intramuscular | 23 G x 25 mm | 0.5 mL |
| Anti neumocócica conjugada | Intramuscular | Niñas y niños: 25 G x 25 mm<br>Adultos: 22 G x 32 mm | 0.5 mL |
| Anti influenza | Intramuscular | 6 a 35 meses de edad: 23 G x 25 mm<br>Niños de 36 meses y más, adolescentes y adultos: 22 G x 32 mm | 0.5 mL |
| Triple viral (SRP) | Subcutánea | 27 G x 13 mm | 0.5 mL |
| Td | Intramuscular | 22 G x 32 mm | 0.5 mL |
| Tdpa | Intramuscular | 23 G x 25 mm (jeringa prellenada)<br>22 G x 32 mm (frasco unidosis) | 0.5 mL |
| SR | Subcutánea | 27 G x 13 mm | 0.5 mL |
| VPH | Intramuscular | 22 G x 32 mm | 0.5 mL |
| COVID-19 | Intramuscular | 22 G x 32 mm | 0.5 mL |
| Varicela | Subcutánea | Aguja 27 G x 13 mm | 0.5 mL |
| Hepatitis A | Intramuscular | Aguja 25 G x 25 mm | 0.5 mL |
| VSR | Intramuscular | Aguja 25 G x 25 mm | 0.5 mL |

*Para vacunas que requieren reconstitución se utilizan agujas de 20 G x 32 mm (BCG, SR, SRP).
**En caso de no contar con la jeringa recomendada, podrá utilizarse jeringa de 1 mL, con aguja adherida de 30G x 13 mm.

### 5.2.1.6 Administración simultánea e intervalos de aplicación

Se recomienda respetar los intervalos recomendados entre vacunas, no obstante, cuando sea necesaria la aplicación de forma simultánea, podrán aplicarse en diferentes extremidades, o bien, con una distancia entre ambas aplicaciones de 2.5 a 5 cm. El intervalo entre dosis de vacunas depende del tipo de antígenos que contengan, como se describe en el anexo 1 (enmienda al cuadro 7.1 del Manual de Vacunación 2021).

Las vacunas de antígenos inactivados pueden administrarse simultáneamente o con cualquier intervalo con otra vacuna de antígenos inactivados o atenuados.
Las vacunas de antígenos atenuados pueden administrarse de forma simultánea entre ellas; cuando no es posible la administración simultánea, el intervalo mínimo de aplicación entre cada una es de 4 semanas. No obstante, esta regla no aplica para las vacunas de antígenos virales atenuados administradas de forma oral (anti rotavirus) e

intranasal, así como las vacunas bacterianas de antígenos atenuados administradas de forma parenteral (BCG), las cuales pueden aplicarse de forma simultánea o con cualquier intervalo. Ver cuadro 5.

**Por lo anterior, las vacunas SRP y anti varicela pueden aplicarse de forma simultánea y cuando no sea posible la administración simultánea, el intervalo mínimo de aplicación entre cada una es de 4 semanas.**

De acuerdo con las últimas recomendaciones técnicas para la aplicación de vacunas contra la COVID-19, publicadas por los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés), la administración de las vacunas contra la COVID-19 y otras vacunas de forma simultánea, sin existir un intervalo específico, es factible y altamente recomendable.[7]

**Cuadro 5. Intervalo de dosis entre diferentes tipos de antígenos**

| Tipo de vacuna | Intervalos mínimos | |
|---|---|---|
| | Aplicación simultánea | Aplicación en diferentes días |
| Entre vacunas de antígenos inactivados[1] | Ninguno | Ninguno |
| Entre vacunas de antígenos inactivados y vacunas de antígenos atenuados[2] | Ninguno | Ninguno |
| Entre vacunas virales de antígenos atenuados | Ninguno | 4 semanas* |

*Excepto vacunas bacterianas de antígenos atenuados administradas de forma parenteral (BCG) y vacunas de antígenos virales atenuados administradas de forma oral (rotavirus) o intranasal, las cuales pueden aplicarse de forma simultánea o con cualquier intervalo.

[1]Vacunas de antígenos inactivados: anti neumocócica conjugada, Td, anti influenza, anti hepatitis B, Tdpa, contra VPH, Hexavalente acelular, anti hepatitis A.

[2]Vacunas de antígenos atenuados: SRP, SR, BCG, anti rotavirus, anti varicela.

## 5.2.1.7 Intercambiabilidad

Cuando se inicia un esquema de vacunación con un biológico, se deberá continuar y completar el esquema con el mismo biológico preferentemente, salvo el caso de vacunas contra la COVID-19, con las cuales pueden aplicarse esquemas heterólogos.[8]

[7] Centers for Disease Control and Prevention. Interim Clinical Considerations for Use of COVID-19 Vaccines in the United States. https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/clinical-considerations/interim-considerations-us.html

[8] Para el caso de las vacunas contra la COVID-19, deberá consultar las guías técnicas vigentes o política específica definida por la Secretaría de Salud.

Cuando se desconozca cuál fue el producto administrado previamente, debe continuarse el esquema con el producto disponible y registrarse en el censo nominal o sistema de registro institucional y en la CNS.

### 5.2.1.8 Esquemas incompletos y atrasados

La información proporcionada a las personas usuarias o personas responsables del cuidado del menor, sobre la importancia de completar los esquemas de vacunación en el tiempo estipulado, evita esquemas atrasados o incompletos; por lo que, se les debe reiterar acudir a la unidad de salud a iniciar o completar el esquema de vacunación (consultar anexo 1, a fin de evaluar los intervalos mínimos y máximos de aplicación de las vacunas). Asimismo, es relevante la logística y estrategias que se adapten en el nivel estatal para contar con las vacunas en todas las unidades de salud.

Siempre que se detecte una persona con esquema incompleto o rezagado, deberá continuarse o completarse en la primera oportunidad, siempre y cuando no exista alguna contraindicación. ***No obstante, es importante recordar que los esquemas incompletos no deben reiniciarse,*** se deben continuar en el momento en que se interrumpió la aplicación de este hasta completar el esquema de vacunación, sin rebasar los límites de edad permitidos y respetando los intervalos mínimos y máximos (Anexo 1), a fin de disminuir las oportunidades perdidas de vacunación.

Cuando la persona usuaria o los responsables del cuidado del menor no puedan proporcionar la CNS, se deberá verificar en el censo nominal o sistema de registro institucional para conocer el estatus del esquema. Cuando no sea posible obtener la información por ninguna fuente, deberá iniciarse el esquema de vacunación correspondiente de acuerdo con la edad.

### 5.2.1.9 Información a la persona usuaria

El personal vacunador deberá proporcionar información a la persona usuaria, referente a la vacuna que administrará, la(s) enfermedad(es) que previene, el esquema de vacunación, los eventos adversos y qué hacer en caso de que ocurran. Cuando se detecten esquemas incompletos y que no puedan actualizarse en ese momento, se

debe proporcionar orientación y cita para llevarlo a cabo, con la posibilidad de realizar vacunación simultánea, evitando las oportunidades perdidas de vacunación.

### 5.2.2 Esquema de vacunación

A continuación, se describe el esquema de vacunación 2026, así como, los biológicos básicos para administrar en personal de salud. En el caso de situaciones especiales deberá consultar el Manual de Vacunación vigente y los Lineamientos generales de las campañas de vacunación que correspondan.

#### 5.2.2.1 Esquema para población de 0 a 9 años

**Cuadro 6. Esquema de vacunación para niñas y niños de 0 a 9 años de edad**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Nacimiento** | BCG | Anti hepatitis B | | |
| **2 meses** | Hexavalente acelular | Anti rotavirus | Anti neumocócica conjugada | |
| **4 meses** | Hexavalente acelular | Anti rotavirus | Anti neumocócica conjugada | |
| **6 meses** | Hexavalente acelular | Anti influenza estacional (1ª dosis), en temporada invernal | Anti COVID-19 (1ª dosis) en temporada invernal | |
| **7 meses** | Anti influenza estacional (2ª dosis) en la misma temporada invernal que la primera dosis, posteriormente una dosis anual hasta los 59 meses, en cada temporada invernal | Anti COVID-19 (2ª dosis) en la misma temporada invernal que la primera dosis, posteriormente una dosis anual hasta los 59 meses, en cada temporada invernal | | |
| **12 meses** | SRP | Anti neumocócica conjugada | Anti varicela[a] | |
| **18 meses** | Hexavalente acelular | SRP (2ª dosis)[b] | Anti hepatitis A[c] | |
| **48 meses (4 años)** | DPT (refuerzo) | | | |
| **A partir de los 5 años** | Anti influenza estacional[d] | Anti COVID-19[e] | | |
| **(6 años)** | SRP (2ª dosis)[f] | | | |

[a] A la fecha de publicación del presente lineamiento, la vacuna NO forma parte del esquema básico de vacunación. Por lo que, se aplicará a niñas y niños de 1 año de edad que asisten a guarderías o centros de cuidado infantil.

[b] La segunda dosis de SRP a los 18 meses aplica solo para niñas y niños nacidos a partir de julio de 2020.

[c] ACUERDO-01CONAVA-2025. Se aprueba la incorporación al PVU de la vacuna contra el virus de la hepatitis tipo A, con la estrategia de vacunación universal en niñas y niños de 1 año o bien aquellos que no cuenten con antecedente vacunal.

[d] Una dosis anual en cada temporada invernal, se aplica a partir de los 5 años en niñas y niños que vivan con alguna comorbilidad de riesgo.

[e] La segunda dosis de SRP a los 6 años se aplicará a niñas y niños nacidos antes de julio de 2020. Dicha estrategia se implementará hasta 2026, y se seguirá aplicando a niñas y niños de 18 meses de edad.

### 5.2.2.2 Vacunas para población pediátrica

**Vacuna BCG**

- Se aplicará dosis única de 0.1 mL., vía intradérmica en la región deltoidea del brazo derecho, a la población recién nacida con peso igual o mayor a 2,000 gramos, previo a su egreso del hospital, o en el primer contacto con los servicios de salud, preferentemente antes del año de edad.
- Se podrá vacunar a niñas y niños menores de 5 años y excepcionalmente a menores de 14 años que no hayan sido vacunados.
- Se sugiere a las Instituciones del SNS que establezcan estrategias a nivel local que permitan la optimización de las dosis, sin que esto pueda significar oportunidades pérdidas de vacunación.
- La vacuna se encuentra contraindicada en el embarazo, en personas que viven con leucemia, linfomas, neoplasias malignas, en tratamiento inmunosupresor e inmunodeficiencias primarias (IDP) y recién nacidos con peso menor a 2 kg. En niñas y niños con antecedentes de hermanos fallecidos precozmente por sospecha o diagnóstico de IDP, se recomienda descartar la enfermedad antes de vacunar.
- Adicionalmente, se encuentra contraindicada en niñas y niños que viven con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), tengan o no síntomas. Sin embargo, se podrá administrar la vacuna cuando se encuentren recibiendo tratamiento antirretroviral y estén clínicamente estables (%CD4 >25 % en niños menores de 5 años; y en mayores de 5 años que tengan un recuento de CD4 ≥200 células).
- La realización de la prueba tuberculínica (PPD) en personas inmunocomprometidas (recién nacidos con desnutrición, que viven con VIH, etc.) con o sin antecedente de BCG se debe realizar de acuerdo con lo establecido en la NOM-006-SSA2-2013, para la prevención y control de tuberculosis; con el fin de detectar tuberculosis latente y decidir si se requiere tratamiento inmediato para infección o enfermedad.
- Las instituciones a nivel estatal/delegacional y jurisdiccional/distrital, deberán coordinarse a fin de abastecer vacuna BCG en el 100 % de las unidades médicas de atención materno-infantil (primero, segundo y tercer nivel de atención) para la administración en la persona recién nacida, idealmente previo a su alta de la unidad de salud.
- En caso de presentarse un ESAVI, deberá darse seguimiento por doce meses y vigilancia estrecha por el personal de salud, ante cualquier otra manifestación se deberá notificar en los formatos correspondientes a la DGE, asimismo, notificar al CENSIA
- Para saber más, consulte el Manual de Vacunación vigente.

### Vacuna anti hepatitis B

- Se aplicará una dosis de 0.5 mL (10 µg) vía intramuscular, en al tercio medio de la cara anterolateral externa del muslo izquierdo, en las primeras 24 horas de vida, en recién nacidos con peso ≥2,000 gramos o <2,000 gramos clínicamente estables. Se podrá vacunar de forma extemporánea hasta los 7 días de vida.
- Las niñas y niños que no sean vacunados al nacimiento deberán iniciar su esquema a los 2 meses de edad con la vacuna hexavalente acelular y continuar a las edades determinadas para esta vacuna.
- Los recién nacidos pretérmino (<29 semanas de edad gestacional) o con peso <1,500 gramos deberán vacunarse entre las 6-8 semanas de vida.
- En el caso de utilizar presentación de vacuna de 1 mL/20 µg (multidosis de 10 mL), se deberá administrar una dosis de 10 µg (0.5 mL), con el esquema antes indicado.
- Las instituciones a nivel estatal/delegacional y jurisdiccional/distrital, deberán coordinarse a fin de abastecer vacuna contra la hepatitis B en el 100 % de las unidades médicas de atención materno-infantil (primero, segundo y tercer nivel de atención) para la administración en la persona recién nacida, idealmente previo a su alta de la unidad de salud.
- No es necesario aplicar dosis adicionales de hepatitis B si se está utilizando la vacuna hexavalente, ya que ésta contiene el componente contra la hepatitis B.
- Para saber más, consulte el Manual de Vacunación vigente.

### Vacuna hexavalente acelular (DPaT+VIP+HB+Hib)

- La vacuna hexavalente acelular contiene antígenos que protegen contra difteria, tos ferina (de componente acelular), tétanos, poliomielitis, hepatitis B y enfermedades invasivas por *Haemophilus influenzae* tipo b.
- Se deberán aplicar 3 dosis de 0.5 mL, vía intramuscular en el tercio medio de la cara anterolateral externa del muslo derecho en menores de 18 meses de edad y en la región deltoidea del brazo izquierdo a partir de los 18 meses de edad. El esquema primario de vacunación consiste en 3 dosis a los 2, 4 y 6 meses de edad y una dosis de refuerzo a los 18 meses de edad.
- Puede aplicarse si se ha administrado o no una dosis de vacuna contra la hepatitis B al nacimiento.
- El uso de la vacuna hexavalente acelular representa las dosis adicionales de la vacuna contra la hepatitis B.
- Para saber más sobre la vacuna hexavalente acelular, consulte el Manual de Vacunación vigente.

### Vacuna anti rotavirus monovalente (RV1)

- El esquema de vacunación es de 2 dosis de 1.5 mL cada una, vía oral a los 2 y 4 meses de edad.
- Ninguna persona deberá recibir esta vacuna después de los 7 meses con 29 días de edad.
- Cuando la disponibilidad en el mercado de vacuna monovalente contra rotavirus sea limitada, podrá utilizarse la vacuna pentavalente contra rotavirus para iniciar o completar esquemas. De igual manera, cuando sea aplicada en el sector privado cualquiera de las dos vacunas y se solicite completar el esquema en el sector público, se podrán utilizar esquemas de vacunación heterólogos, ver cuadro 7.
- Para saber más, consulte el Manual de Vacunación vigente.

**Cuadro 7. Esquemas para aplicación de vacunas anti rotavirus**

| Edad | Tipo de vacuna | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | RV5 | RV1 | Mixto | Mixto | Mixto |
| 2 meses | RV5 | RV1 | RV5 | RV5 | RV1 |
| 4 meses | RV5 | RV1 | RV1 | RV5 | RV5 |
| 6 meses | RV5 | No requiere | RV1 | RV1 | RV1 |

RV5: vacuna pentavalente contra rotavirus
RV1: vacuna monovalente contra rotavirus

### Vacuna anti neumocócica conjugada

- Se aplicarán 3 dosis de 0.5 mL, vía intramuscular en el tercio medio de la cara anterolateral externa del muslo derecho (en menores de 18 meses de edad), a los 2, 4 y 12 meses de edad.
- Para saber más, consulte el Manual de Vacunación vigente.

### Vacuna anti influenza para población pediátrica

- La vacunación para el periodo invernal 2026-2027, iniciará en el último trimestre de 2026.
- La vía de aplicación es intramuscular, en el tercio medio de la cara antero lateral externa del muslo izquierdo, para menores de 18 meses de edad y en la región deltoidea del brazo izquierdo para personas a partir de los 18 meses de edad. El esquema de vacunación en población pediátrica, es el siguiente:
- Niñas y niños de 6 a 59 meses de edad: 2 dosis de 0.5 mL cada una, con intervalo de 4 semanas entre ellas, si no tienen antecedente de haber recibido la vacuna o si no completaron el esquema de 2 dosis en una misma temporada invernal. Posteriormente una dosis anual de 0.5 mL hasta los 59 meses.
- Personas de 5 a 9 años que viven con comorbilidades (personas que viven con VIH/sida, Diabetes Mellitus, obesidad mórbida, cardiopatías agudas o crónicas

(excepto hipertensión arterial esencial), enfermedad pulmonar crónica (incluido EPOC y asma), cáncer, enfermedades cardiacas o pulmonares congénitas, crónicas y otros padecimientos que se acompañen del consumo prolongado de salicilatos, insuficiencia renal e inmunosupresión adquirida por enfermedad o tratamiento):
    - Para las niñas y niños de de 5 a 8 años de edad que no tengan 2 dosis previas en la misma temporada invernal, se les aplicará el esquema de 2 dosis (0.5 mL cada una) con intervalo de 4 semanas entre ellas, posteriormente una dosis de 0.5 mL en cada temporada invernal.
    - A partir de los 9 años de edad recibirán una dosis de 0.5 mL, independientemente de haber recibido o no 2 dosis en años anteriores.
- En caso de estar disponible la vacuna contra la COVID-19 durante la temporada invernal, podrá aplicarse de manera simultánea.
- Para saber más, consulte el Manual de Vacunación y los Lineamientos de Vacunación para la Temporada invernal vigentes.

### Vacuna triple viral (SRP)

- Se aplicarán 2 dosis de 0.5 mL, vía subcutánea en la región deltoidea del brazo izquierdo:
    - Primera dosis al cumplir 12 meses de edad.
    - Segunda dosis a los 18 meses de edad.
- Se aplicarán dos dosis de SRP (0.5 mL) con un intervalo de 4 semanas, a menores de 10 años que no hayan recibido ninguna dosis y se completará esquema en personas con antecedente de una dosis previa de esta vacuna.
- En situación de brote por sarampión, podrá vacunarse a las niñas y niños de 6 a 11 meses, cuando sean contactos de algún caso confirmado de sarampión o en aquellos municipios estratificados de muy alto riesgo de transmisión deberá aplicarse (esta dosis se considera la dosis cero y se inicia el esquema a partir de los 12 meses de edad, con un intervalo mínimo de 4 semanas entre ambas dosis).
- En niñas y niños de 1 a 9 años, se deberá iniciar o completar esquema (población rezagada).
- Para saber más, consulte el Manual de Vacunación vigente.

### Vacuna DPT[9]

- Posterior a la aplicación del esquema primario con la vacuna hexavalente acelular, se aplica una dosis de 0.5 mL de la vacuna DPT, vía intramuscular en la región deltoidea o tricipital del brazo izquierdo, a los 4 años de edad.

[9] De manera excepcional y con la finalidad de disminuir las oportunidades perdidas de vacuanción, podrá aplicar la vacuna DPT en en niñas y niños que acuden a guarderías o estancias infantiles, así como en situaciones de emergencia a partir de los 3 años y 6 meses de edad.

- En aquellos casos en los que no se reciba a los 4 años, la edad de aplicación no debe sobrepasar los 6 años, 11 meses y 29 días.
- El intervalo mínimo entre DPT y la cuarta dosis de hexavalente, es de 6 semanas.
- Para saber más, consulte el Manual de Vacunación vigente.

## Vacunas contra la COVID-19[10]

- La vacunación para el periodo invernal 2026-2027, iniciará en el último trimestre de 2026.
- Niñas y niños de 6 a 59 meses de edad: 2 dosis (**los mL corresponderán según tipo de vacuna disponible y se informan en el lineamiento específico**) cada una, con intervalo de 4 semanas entre ellas, si no tienen antecedente de haber recibido la vacuna o si no completaron el esquema de 2 dosis en una misma temporada invernal. Posteriormente una dosis anual hasta los 59 meses.
- Niñas y niños de 5 a 9 años de edad que vivan con alguna de las siguientes comorbilidades de riesgo: VIH/sida, Diabetes Mellitus, obesidad mórbida, cardiopatías agudas o crónicas (incluida hipertensión arterial esencial), enfermedades pulmonares crónicas incluida EPOC y asma, cáncer, insuficiencia renal, inmunosupresión adquirida por enfermedad o tratamiento y niñas y niños que viven con discapacidades incluyendo parálisis cerebral, malformaciones congénitas, discapacidades de aprendizaje, limitaciones en el autocuidado o en las actividades de la vida diaria, trastornos del neurodesarrollo y lesiones de la médula espinal, se aplicará una dosis, en cada temporada invernal.
- La vía de aplicación es intramuscular en el tercio medio de la cara anterolateral externa del muslo izquierdo en niñas y niños de 6 a 18 meses y en la región deltoidea del brazo izquierdo a partir de los 18 meses de edad.
- Podrá aplicarse de manera simultánea con la vacuna anti influenza en la temporada invernal.
- Para saber más, consulte los lineamientos generales de la Campaña de Vacunación para la temporada invernal vigente.

## Vacuna anti hepatitis A

- Dosis única de 0.5 mL, vía intramuscular en la región deltoidea del brazo izquierdo, a niñas y niños de 18 meses de edad.

[10] Tras cuatro años de pandemia, la mayoría de las personas tienen cierta inmunidad contra el virus SARS-CoV-2 a través de la infección, la vacunación o ambas. Mientras tanto, se han observado reducciones significativas de las enfermedades graves y las muertes relacionadas con el SARS-CoV-2 en todos los grupos de edad. https://www.paho.org/es/noticias/11-1-2024-aspectos-destacados-xi-reunion-ad-hoc-grupo-tecnico-asesor-gta-sobre. La política de vacunación así como las vacunas disponibles contra COVID-19 podrían modificarse durante 2026, por lo que, deberá consultar en su proceder la página y lineamientos específicos que emita el CENSIA.

**Vacuna anti varicela**[11]

- El esquema consiste en 1 dosis de 0.5 mL, vía subcutánea en la región deltoidea o tricipital del brazo izquierdo, en niñas y niños de 12 meses de edad que acuden a guarderías o centros de cuidados infantiles.

### 5.2.2.3 Esquema de vacunación para población de 10 a 19 años y adultos a partir de los 20 años

**Cuadro 8. Esquema de vacunación para adolescentes y adultos**

| Vacuna | Enfermedad que previene | Edad |
|---|---|---|
| Td | Tétanos, difteria | Personas con esquema completo[a]: Aplicar a partir de los 15 años de edad, con refuerzo cada 10 años.<br>Personas con esquema incompleto o no documentado: Aplicar 3 dosis con intervalos 0, 1, 12 meses, con refuerzo cada 10 años. |
| SR | Sarampión, rubéola | Personas de 10 a 49 años de edad, en personas sin esquema previo, esquema incompleto o desconocido. |
| Antihepatitis B | Hepatitis B | A partir de los 11 años de edad en personas sin antecedente vacunal (al menos 3 dosis de Hb). |
| VPH | Infección por el Virus del Papiloma Humano | Niñas y niños que cursan el 5° grado de primaria y de 11 años de edad NO escolarizados.<br>Mujeres y hombres[b] cisgénero y transgénero de 11 a 49 años de edad, que viven con VIH.<br>Niñas y adolescentes de 9 a 19 años que estén siendo atendidas dentro del protocolo de violación sexual (idealmente en las primeras 72 horas, sin ser limitativo) y que no cuenten con antecedente vacunal[c]. |
| Tdpa | Tétanos, difteria, Tos ferina acelular | Personas embarazadas a partir de la semana 20 de edad gestacional (preferentemente entre la 27 a 36 semanas de gestación).<br>Personal en contacto con menores de 1 año, incluido el personal de salud, de guarderías y centros de acogida. |
| Anti influenza estacional | Casos graves y defunciones por Influenza | Población de 10 a 59 años de edad con factores de riesgo; población de 60 años y más; así como personas embarazadas en cualquier trimestre de la gestación. |
| Contra la COVID-19 | Casos graves y defunciones por el virus SARS-CoV-2, causante de la COVID-19 | Población de 10 a 59 años de edad con factores de riesgo; población de 60 años y más; así como personas embarazadas en cualquier trimestre de la gestación (preferentemente a partir del segundo trimestre por el beneficio de los anticuerpos transferidos al feto). |
| Antineumocócica conjugada | Infecciones por neumococo | Población de 60 años y más, sin antecedente vacunal[d] |

[11] La presente actualización, sustituye a las indicadas en el Manual de vacunación 2021. La vacuna contra varicela a la fecha de publicación no forma parte del PVU.

| Cuadro 8. Esquema de vacunación para adolescentes y adultos | | |
|---|---|---|
| **Vacuna** | **Enfermedad que previene** | **Edad** |
| VSR | Casos graves por el virus respiratorio sincitial (VRS) en lactantes desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad mediante la inmunización activa de mujeres embarazadas | Personas embarazadas entre las 32 y 36 semanas de gestación* |

* *Se entiende como esquema completo al antecedente de contar con 5 dosis del esquema primario (4 dosis de hexavalente acelular + una dosis de DPT) o 3 dosis de Td con intervalos de 0,1 y 12 meses).

[a]Para el caso de los hombres cis y trans que viven con VIH/sida, podrá iniciar o completar los esquemas de vacunación conforme a la disponibilidad de la vacuna en el nivel estatal, delegacional/jurisdiccional y/o local.

[c] Deberá coordinarse en el COEVA y hospitales de 2do nivel de atención a fin de tener disponible al menos 1 dosis de la vacuna contra el VPH en las unidades de salud y hospitales para la aplicación de la vacuna a niñas y adolescentes de 9 a 19 años víctimas de violación sexual, que no cuenten con antecedente vacunal, sin embargo, en aquellos casos donde no se logre su aplicación en las primeras 72 h deberá aplicarse lo más pronto posible.

[d] ACUERDO-EXTRA-02CONAVA-2025: El Consejo Nacional de Vacunación con fundamento en los artículos 157 Bis 4, fracción I y 157 Bis 5 de la Ley General de Salud y 14 del Reglamento Interno del Consejo Nacional de Vacunación, emite opinión favorable respecto al cambio del esquema de la vacuna Neumocócica PCV13/PCV20 para niñas, niños y adultos.

*ACUERDO-02CONAVA-2025. Se aprueba la incorporación al PVU de la estrategia de inmunización contra VSR a las personas embarazadas entre las 32 a 36 SDG.

### 5.2.2.4 Vacunas para población adolescente y adulta

La aplicación de vacunas en población adolescente y adulta se realiza con criterio de riesgo, por lo que, no son consideradas universales.

**Toxoides Tetánico y Diftérico (Td)**

El esquema primario completo para proteger contra tétanos y difteria consiste en: 4 dosis de vacuna hexavalente (DPaT+VIP+HB+Hib) a los 2, 4, 6 y 18 meses de edad, más una dosis de refuerzo con la vacuna DPT a los 4 años de edad. Este esquema debe estar cubierto máximo a los 6 años 11 meses de edad, con la dosis de DPT.

Para la vacunación en población adolescente y adulta, se consideran tres distintos contextos:

1. El esquema completo es aquel que cuenta con las 5 dosis del esquema primario o con 3 dosis de Td. Dicho esquema, deberá estar documentado.
2. El esquema incompleto es aquel que tiene una menor cantidad de dosis del esquema primario o menos de 3 dosis de Td.
3. El esquema no documentado es aquel en el que no se cuenta con un registro de las dosis aplicadas, por lo que, no se asegura que la persona se encuentre

inmunizada. Para mayor seguridad y evitar eventos asociados a múltiples dosis, siempre se deberán registrar las dosis aplicada en la CNS.

La vacunación en estos grupos dependerá del antecedente vacunal, para todos los casos, la vía de administración es intramuscular en la región deltoidea del brazo izquierdo:

**a)** Con esquema completo: Se aplicará una dosis de 0.5 mL, a partir de los 15 años de edad, con una dosis de refuerzo cada 10 años.

**b)** Con esquema incompleto: Los esquemas incompletos no deben reiniciarse, se deberá completar las dosis faltantes en el momento en que se detecte, respetando los intervalos mínimos entre vacunas. El refuerzo consiste en una dosis de 0.5 mL, cada 10 años.

**c)** Esquema no documentado y no vacunados: Se aplicará a partir de los 15 años de edad, 3 dosis de 0.5 mL, cada una: 1ª dosis en el momento de la visita, 2ª dosis 4 semanas después de la primera dosis y la 3ª dosis 12 meses después de la primera (0-1-12 meses); el refuerzo consiste en una dosis de Td cada 10 años.

**Cuadro 9. Administración de Td e Inmunoglobulina antitetánica en caso de heridas**

| Esquema previo | Herida limpia, leve | | Otras heridas* | |
|---|---|---|---|---|
| | Vacunación con Td | Inmunoglobulina antitetánica¥ | Vacunación con Td | Inmunoglobulina antitetánica¥ |
| Esquema desconocido o menor a 3 dosis** | Vacunar | No aplicar | Vacunar | Aplicar |
| Esquema completo (≥3 dosis). | No vacunar[1] | No aplicar | No vacunar[2] | No aplicar |

*Heridas contaminadas con suciedad, heces, tierra y/o saliva; heridas necróticas o gangrenosas, heridas punzocortantes; avulsiones, por proyectiles, aplastamiento, explosión, quemaduras y congelaciones.

**La vacunación se realiza de acuerdo con las pautas propuestas en los presentes Lineamientos, el refuerzo es cada 10 años. En el caso de niñas y niños menores de 7 años de edad la vacuna a elegir es DPT o hexavalente, a partir de los 7 años se puede administrar Td, o, de acuerdo a disponibilidad, vacuna Tdpa a partir de los 4 años de edad; las dosis faltantes a aplicar deben tener los intervalos mínimos aceptados. En población recién nacida con corte insalubre del cordón umbilical y sin antecedente durante la gestación de aplicación de vacuna Td o Tdpa en el embarazo, aplicar inmunoglobulina antitetánica intramuscular, 250 UI, y seguir el protocolo hospitalario para la atención y vigilancia del neonato.

¥La dosis de inmunoglobulina antitetánica es de 500 UI en la persona adulta y 250 UI en el menor de 5 años, en un sitio anatómico diferente a la aplicación de vacuna Td (o la vacuna que se haya elegido), por vía intramuscular (la dosis no debe ser inferior a 5 UI/Kg).

[1]Sí se administra vacuna Td sólo en caso de que hayan pasado 10 años o más desde la última dosis de Td.

[2]Sí se administra vacuna Td sólo en caso de que hayan pasado 5 años o más desde la última dosis de Td.

- En personas con heridas, la administración de la vacuna se describe en el cuadro 9.
- En personas embarazadas, ver el apartado de la vacuna Tdpa.
- Para saber más, consulte el Manual de Vacunación vigente.

### Vacuna SR

La aplicación de esta vacuna se realizará bajo los siguientes criterios:

- Personas de 10 a 49 años con una dosis previa de vacuna SR o SRP, aplicar una dosis de 0.5 mL, vía subcutánea en la región deltoidea del brazo izquierdo.
- Personas de 10 a 49 años sin esquema previo o no documentado de SR o SRP, aplicar 2 dosis de 0.5 mL, cada una, con intervalo mínimo de 4 semanas (un mes), vía subcutánea en la región deltoidea del brazo izquierdo.
- En caso de bloqueo vacunal, se aplicará una dosis de SR o SRP (preferir SR) a niñas y niños de 6 a 11 meses de edad (dosis cero). Posteriormente se reprogramará el inicio del esquema a los 12 meses de edad o en caso de que la persona tenga entre 11 y 12 meses, se reprogramará en 4 semanas.
- Para saber más, consulte el Manual de Vacunación vigente.

### Vacuna Anti hepatitis B

- El esquema de vacunación consiste en 2 dosis vía intramuscular de 20 µg (1 mL) cada una, para la población de 11 años y más que no hayan recibido el esquema de vacunación contra hepatitis B (HB y/o Hexavalente antes de los 5 años de edad).
- El intervalo mínimo entre cada dosis es de 4 semanas.
- Si se utiliza la vacuna de 10 µg se aplican 3 dosis vía intramuscular, con el esquema 0, 1 y 6 meses (después de la dosis inicial), cada dosis de vacuna es de 0.5 mL.
- Deberá coordinarse con los hospitales y los Centros Ambulatorios para la Prevención y Atención del sida y otras Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) para su aplicación en grupos de alto riesgo (personas trabajadoras de laboratorios clínicos, personas que reciben diálisis, hemodiálisis, transfusiones frecuentes, convivientes con personas portadoras del antígeno de superficie del virus de la hepatitis B, personas que hayan recibido trasplantes, que vivan con hemofilia o con VIH/sida).
- Para saber más, consulte el Manual de Vacunación vigente.

## Vacuna contra Virus del Papiloma Humano (VPH)

- A partir del 2025 se incorporó como población objetivo a los niños de quinto grado de primaria y de 11 años no escolarizados a la vacunación contra el VPH. Por lo que, su aplicación deberá realizarse en apego a los lineamientos generales de la campaña de vacunación contra el VPH, 2026.
- Se aplicará una dosis[12] de 0.5 mL, vía intramuscular en la región deltoidea del brazo no dominante, a las niñas y niños que se encuentren cursando el quinto grado de primaria y de 11 años no escolarizados. Para este último grupo, deberá coordinarse con instancias como el DIF, asociaciones que atiendan a poblaciones en situación de calle, albergues, refugios, entre otros.
- A personas de 11 a 49 años que viven con VIH, se les aplicarán 3 dosis de 0.5 mL, vía intramuscular en la región deltoidea del brazo no dominante, con intervalo de 0-2-6 meses, independientemente del conteo de linfocitos T CD4+. Si la persona cuenta con esquema completo previamente, no es necesario reiniciar esquema con vacuna nonavalente.
- Se aplicará una dosis de 0.5 mL, vía intramuscular en la región deltoidea del brazo no dominante a las niñas y adolescentes de 9 a 19 años que estén siendo atendidas dentro del protocolo de violación sexual (idealmente en las primeras 72 horas, sin ser limitativo) y que no tengan antecedente previo de vacunación contra el VPH (una dosis previa de vacuna contra el VPH, bivalente, tetravalente o nonavalente).
- No se requiere realizar la prueba de detección de el VPH previa a la vacunación.
- Debe aclararse a las personas usuarias que la vacunación no sustituye al tamizaje, ni la detección oportuna del cáncer.
- Para saber más, consulte los lineamientos específicos de la campaña de vacunación contra el VPH.

## Vacuna Tdpa

En cada embarazo, aplicar una dosis de 0.5 mL, vía intramuscular en la región deltoidea del brazo izquierdo, a partir de la semana 20 de edad gestacional (preferentemente entre la 27 a 36 semanas de gestación), independientemente de la historia previa de vacunación con Td o Tdpa; y completar esquema con Td según sea el caso. La pauta para la aplicación de Tdpa depende del antecedente vacunal con Td:

[12] Naciones Unidas. Una sola dosis de la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) ofrece una sólida protección contra el cáncer de cuello uterino. 11 de abril de 2022. Disponible en: https://news.un.org/es/story/2022/04/1507092

- Personas embarazadas con esquema completo de Td (esquema primario de 5 dosis o 3 dosis de Td): Aplicar una dosis de Tdpa a partir de la semana 20 de edad gestacional (preferentemente entre la 27 a 36 semanas de gestación), en sustitución o no de Td. Refuerzos de Td cada 10 años.
- Personas embarazadas sin esquema de Td o no documentado (menos de 5 dosis del esquema primario o menos de 3 dosis de Td): Aplicar 3 dosis (0, 1 y 12 meses) de toxoide antitetánico, procurando aplicar Tdpa a partir de la semana 20 de edad gestacional (preferentemente entre la 27 a 36 semanas de gestación), en sustitución o no de Td. El refuerzo con Td es cada 10 años.
- Personas embarazadas con esquema incompleto: Aplicar una dosis de vacuna Tdpa a partir de la semana 20 de edad gestacional (preferentemente entre la 27 a 36 semanas de gestación), en sustitución o no de Td. Completar el esquema con Td de acuerdo con las dosis faltantes, respetando intervalos entre dosis. El refuerzo con Td es cada 10 años.
- Personas embarazadas con heridas contaminadas: se deberán aplicar las pautas recomendadas en el Cuadro 9 para la protección, considerando que a partir de la semana 20 de gestación debe recibir una dosis de vacuna Tdpa.
- Personal en contacto o convivencia estrecha o cotidiana con menores de 1 año, incluido el personal de salud, de guarderías, centros de cuidados infantiles, albergues y centros de acogida: aplicar dosis única en aquellos que no cuenten con antecedente vacunal.
- Para saber más, consulte el Manual de Vacunación vigente.

### Vacuna Anti influenza

- Se deberá aplicar una dosis de 0.5 mL, vía intramuscular en la región deltoidea del brazo izquierdo, en cada temporada invernal, independientemente de la fecha de aplicación de la dosis correspondiente a la temporada invernal previa.
  - **a)** Población de 60 y más años de edad, dando prioridad a la aplicación del biológico en la fecha más próxima del inicio de la campaña de vacunación.
  - **b)** Personas embarazadas en cualquier trimestre del embarazo y en periodo de lactancia, dando prioridad a la aplicación del biológico en la fecha más próxima del inicio de la campaña de vacunación.

a) Personal de salud (personal médico, paramédico, intendencia, administrativo, estudiantes y todo personal en contacto con usuarios del sistema de salud), dando prioridad a la aplicación del biológico en la fecha más próxima del inicio de la campaña de vacunación.

b) Adolescentes de 10 a 19 años y población de 20 a 59 años de edad que viven con comorbilidades (VIH/sida, Diabetes Mellitus, obesidad mórbida, cardiopatías agudas o crónicas (excepto hipertensión arterial esencial), enfermedad pulmonar crónica (incluido EPOC y asma), cáncer, enfermedades cardiacas o pulmonares congénitas, crónicas y otros padecimientos que se acompañen del consumo prolongado de salicilatos, insuficiencia renal e inmunosupresión adquirida por enfermedad o tratamiento).

- Con el fin de optimizar los frascos multidosis, si los frascos abiertos se encuentran en el último día de utilización de acuerdo con la política de frascos abiertos, se podrá aplicar la vacuna a otro grupo poblacional para evitar el desperdicio.
- Para saber más, consulte los lineamientos de vacunación para la temporada invernal vigentes.

### Vacuna contra la COVID-19

Se deberá aplicar una dosis (esquema monodosis) en cada temporada invernal, vía intramuscular en la región deltoidea del brazo izquierdo, independientemente del antecedente vacunal previo, considerando las siguiente poblaciones:

- Población de 60 años y más, dando prioridad a la aplicación del biológico en la fecha más próxima del inicio de la campaña de vacunación.
- Personas embarazadas en cualquier trimestre del embarazo (preferentemente en el segundo trimestre del embarazo, considerando el beneficio materno-fetal) y en periodo de lactancia, dando prioridad a la aplicación del biológico en la fecha más próxima del inicio de la campaña de vacunación.
- Personal de salud (personal médico, paramédico, intendencia, administrativo, estudiantes y todo personal en contacto con usuarios del sistema de salud), dando prioridad a la aplicación del biológico en la fecha más próxima del inicio de la campaña de vacunación.
- Personas de 10 a 59 años que vivan con alguna comorbilidad de riesgo (VIH/sida, Diabetes Mellitus, obesidad mórbida, cardiopatías agudas o crónicas (incluida hipertensión arterial esencial), enfermedades pulmonares crónicas

incluida EPOC y asma, cáncer, insuficiencia renal, inmunosupresión adquirida por enfermedad o tratamiento y niñas y niños que viven con discapacidades incluyendo parálisis cerebral, malformaciones congénitas, discapacidades de aprendizaje, limitaciones en el autocuidado o en las actividades de la vida diaria, trastornos del neurodesarrollo y lesiones de la médula espinal.

- Para saber más, consulte los lineamientos de vacunación para la temporada invernal vigentes.

**Vacuna antineumocócica conjugada**

- Se deberá aplicar una dosis de 0.5 mL, vía intramuscular en la región deltoidea del brazo derecho a la población de 60 años y de 61 o más que no cuenten con antecedente vacunal.
- No se requiere revacunación.
- Para saber más, consulte el Manual de Vacunación vigente.

**Vacuna contra el Virus Sincitial Respiratorio**

- Se deberá aplicar una dosis de 0.5 mL, vía intramuscular en la región deltoidea del brazo de menor uso, en personas embarazadas entre las semanas 32 a 36 del embarazo.
- No se requiere revacunación

### 5.2.2.5 Esquema para personal de salud

En este grupo se considera al personal de las áreas médica y paramédica en contacto con pacientes, a personal estudiante y pasantes de áreas de la salud, personal administrativo y de intendencia, personal de asilos y guarderías. Cada una de las instituciones de salud a nivel estatal es responsable de determinar la cantidad de personal de salud. Las vacunas que deberán aplicarse a la población trabajadora de la salud, se describen en el cuadro 10.

| Cuadro 10. Esquema de inmunización para Trabajadores de la Salud | | | |
|---|---|---|---|
| **VACUNA** | **ENFERMEDAD QUE PREVIENE** | **DOSIS/ESQUEMA** | **FRECUENCIA** |
| Anti Influenza estacional | Casos graves y defunciones por Influenza | Una dosis de 0.5 mL. | En cada temporada invernal |
| Contra la COVID-19 | Casos graves y defunciones por el virus SARS-CoV-2, causante de la COVID-19 | Una dosis de 0.5 mL* | Con base en los lineamientos específicos y/o políticas que determine la Secretaría de Salud |
| Anti hepatitis B (HB) | Hepatitis B | 2 dosis de 20 µg cada una, con intervalo de 1 mes (0, 1 mes).<br>o<br>3 dosis** de 10 µg cada una (0, 1, 6 meses). | El personal de laboratorio clínico requiere refuerzo con la vacuna contra HB, si la titulación de anticuerpos de superficie del virus de la hepatitis B (HBsAb o anti-HBs) es menor de 10 mUI/mL |
| SR*** | Sarampión, Rubéola | Una dosis de 0.5 mL. | Única |
| Td | Tétanos, Difteria | Personas con esquema completo****: Aplicar a partir de los 15 años de edad, con refuerzo cada 10 años.<br><br>Personas con esquema incompleto o no documentado: Aplicar 3 dosis con intervalos 0,1,12 meses, con refuerzo cada 10 años. | Cada 10 años |
| Tdpa | Tétanos, Difteria y Tos ferina | Personal de salud en contacto con menores de edad: aplicar 1 dosis cuando no cuenten con antecedente vacunal | Única |

*Sujeto a la vacuna disponible en el país.

**Aplicar en caso de no tener en existencia en la unidad de salud, vacuna de 20 µg

***El personal de salud menor de 40 años, que no demuestre evidencia de haberse aplicado al menos 2 dosis de vacunas que contengan los componentes S y R, se les administra: 2 dosis de 0.5 mL cada una con 4 semanas de separación.

****Se entiende como esquema completo al antecedente de contar con 5 dosis del esquema primario (4 dosis de hexavalente acelular + una dosis de DPT) o 3 dosis de Td con intervalos de 0,1 y 12 meses).

Las personas trabajadoras de la salud en periodo de gestación deben cumplir con el control prenatal correspondiente y el médico tratante determinará la protección adicional que amerite; sin embargo, toda persona embarazada debe recibir la vacuna Tdpa en cada embarazo, independientemente de su antecedente vacunal con Td y del intervalo intergenésico; así como, la vacuna contra la influenza estacional, contra la COVID-19 y contra el Virus Sincitial Respiratorio, durante la temporada invernal:

- **Tdpa:** Una dosis de Tdpa en cada embarazo a partir de la semana 20 de gestación como sustitución o no de Td.
- **Anti influenza estacional:** Una dosis en cualquier trimestre del embarazo, durante la temporada invernal.
- **Contra la COVID-19:** Una dosis en cualquier trimestre del embarazo, preferentemente a partir del segundo trimestre, derivado del beneficio de transmisión de anticuerpos al feto.
- **Contra el VSR:** Una dosis entre las semanas 32 y 36 de gestación.

## 5.3 Desempeño del Programa de Vacunación

Las metas del PVU corresponden a las poblaciones de responsabilidad institucional 2026, las cuales fueron obtenidas en apego a los "Lineamientos para la Distribución de Población de Responsabilidad Institucional del Programa de Vacunación Universal en el Sistema Nacional de Salud, México 2026". Para el caso de las vacunas destinadas a adolescentes y adultos, al no considerarse de aplicación universal, las metas serán calculadas con base en los grupos de riesgo.

La programación de actividades se realizará en el 100 % de las unidades de la red de servicios de salud en las que los COEVA validen que se encuentra activo el servicio de vacunación.

Las metas deberán reflejar una cobertura ≥95 % por cada biológico del esquema de vacunación, e ≥90 % para esquemas completos en menores de un año, uno, 4 y 6 años. El cálculo se realizará desagregando la meta por entidad federativa, municipio, delegación, jurisdicción/distrito y unidad médica, estimando que al menos se vacune al 8.33 % de la población blanco de manera mensual de las vacunas del programa permanente (cuadro 11).

| Cuadro 11. Porcentaje mensual de población a vacunar por biológico, en personas menores de 10 años de edad | |
|---|---|
| **Mes** | **Porcentaje mensual de aplicación a la población** |
| 1 | 8.333 |
| 2 | 16.666 |
| 3 | 24.999 |
| 4 | 33.332 |
| 5 | 41.665 |
| 6 | 49.998 |
| 7 | 58.331 |
| 8 | 66.664 |
| 9 | 74.997 |
| 10 | 83.33 |
| 11 | 91.663 |
| 12 | 99.996 |

La evaluación mensual de las metas del PPV se realizará por los COEVA a través de la integración de gráficas de avance mensual y acumulado de coberturas de vacunación por biológico, el registro de dosis aplicadas en los formatos de los sistemas administrativos de vacunación (SINBA-SIS, SIAIS, SIEMP, SISPA) y en el registro del censo nominal de cada unidad médica.

## 5.4 Registro de dosis aplicadas y evaluación del desempeño del PVU

El registro administrativo de dosis aplicadas se realizará por cada unidad operativa de cada institución del SNS a través de los formatos para los sistemas oficiales:

- SINBA-SIS para la Secretaría de Salud y aquellas entidades que se encuentren incorporadas a los Servicios de Salud del IMSS-BIENESTAR, o cualquier otro que determine la Secretaría de salud.
- SIAIS para IMSS Obligatorio.
- SIEMP para ISSSTE.
- Registros oficiales para otras instituciones.

El registro nominal se realizará en el formato de censo nominal que emita el CENSIA, previa validación por el Grupo de Trabajo Interinstitucional (GTI). En este formato, se deberá registrar el lote y fecha de caducidad de las vacunas aplicadas en cada visita.

***Al tratarse de documentos operativos y necesarios para consulta y manejo en las unidades de salud, éstos deberán permanecer exclusivamente a nivel operativo (unidad de salud).*** Adicionalmente, el registro de las dosis aplicadas se deberá realizar en la CNS, para lo cual, es fundamental que el registro sea claro y completo.

La evaluación se realizará a partir de los datos administrativos de dosis aplicadas, registrados en los sistemas de información de cada institución, previamente validados por los COEVA, para obtener coberturas por biológico y de esquema completo en niñas y niños menores de un año, un año, 4 y 6 años, en apego al Programa de Acción Específico, Vacunación 2025 a 2030.

Los datos registrados en el censo nominal, CNS y sistemas de información de las instituciones serán útiles para que los COEVA realicen los procesos de evaluación de calidad del dato y para encuestas de cobertura, en apego al Manual de Vacunación vigente.

## 5.5 Vigilancia de ESAVI

Se consideran ESAVI a cualquier situación de salud (signos, síntomas o enfermedad) desfavorable y no intencionada que ocurra luego de la vacunación o inmunización y que no necesariamente tiene una relación causal con el proceso de vacunación o con la vacuna. La ocurrencia y temporalidad dependerá de cada una de las vacunas.

Los errores técnicos que no manifiesten signos y síntomas o que no muestren alteraciones en pruebas de laboratorio, deberán reportarse a la Dirección General de Epidemiología (DGE); en estos se incluyen la administración de vacunas en pacientes que no le corresponde la vacuna (por edad o por contraindicación), por vía de aplicación indebida (por ejemplo, colocación de vacuna BCG vía intramuscular), dosis incorrecta (administración de megadosis o multidosis), sitio anatómico no apto para aplicación de vacunas (por ejemplo, región glútea en lugar de región deltoidea).

Con base en el Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de ESAVI, de la DGE, la clasificación de los ESAVI es:

**ESAVI no grave:** Persona de cualquier edad y sexo que presente manifestación(es) clínica(s) en los primeros 30 días posteriores a la vacunación y es supuestamente atribuido a la vacunación o inmunización que no pone en riesgo la vida del paciente, desaparece sin tratamiento o con tratamiento sintomático, que no obliga a hospitalizar al afectado y que no ocasionan trastornos a largo plazo ni discapacidad.

Dentro de los ESAVI no graves también se deben considerar los de tipo local: exantema, tumefacción, aumento de volumen, eritema, edema, absceso, pústula, celulitis, dolor que se trata de forma ambulatoria y sistémicos que no pongan en peligro la vida como fiebre (>38°C) y febrícula (37.5 a 38°C).

**ESAVI grave:** persona de cualquier edad y sexo que en los primeros 30 días posteriores a la vacunación presenta alguna manifestación clínica que cumple con uno o más de los siguientes criterios:

- causan la muerte del paciente;
- ponen en peligro inminente la vida del paciente en el momento que se presentan;
- causan invalidez o incapacidad persistente o significativa;
- se sospecha que son causa de alteraciones o, malformaciones en el recién nacido;
- hacen necesaria la hospitalización[13] o prolongan la estancia hospitalaria.

Nota: Algunos eventos pueden presentarse después de 30 días de haberse administrado la vacuna, como en el caso de rotavirus (primeros 42 días en la persona vacunada) y BCG (hasta 12 meses)

La notificación de los ESAVI, deberá realizarse a la DGE, respetando los tiempos y mecanismos establecidos en el Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de ESAVI, disponible en https://epidemiologia.salud.gob.mx/gobmx/salud/documentos/manuales/42_Manual_ESAVI.pdf :

- ESAVI no grave la notificación es 48 horas posteriores a su detección, y
- ESAVI grave notificarse de manera inmediata en las primeras 24 horas posterior al conocimiento por la unidad de salud.

[13] Entiéndase por hospitalización como la ocupación de camas censables, por lo que, la estancia por unas horas para observación en un hospital, no se considera como tal.

- ESAVI de vacuna de COVID-19 grave y no grave, en las primeras 24 horas posteriores a su detección, independientemente de la clasificación de tipo de ESAVI.
- Conglomerados de ESAVI (dos o más ESAVI asociados con un proveedor en particular, centro de salud, y/o un vial de vacuna o un lote de vacunas.) notificarse por el médico tratante de la unidad que identifique a la jurisdicción sanitaria de forma inmediata (en las primeras 24 horas) posterior al conocimiento del conglomerado de ESAVI.

Las áreas responsables del PVU en los estados, colaborarán con el área de epidemiología para recabar toda la información que arroje la investigación del caso y será el Comité Nacional de Expertos (CNE) en colaboración con el CENSIA quien emitirá la dictaminación final de los ESAVI evaluados de acuerdo con la clasificación final, con base en la evaluación a la causalidad:

A. Asociación causal consistente con la vacunación:
   A1. Evento relacionado con la vacuna
   A2. Evento relacionado con un defecto en la calidad de la vacuna
   A3.Evento relacionado con un error en la inmunización (errores programáticos/técnicos)
B. Indeterminado,
C. Asociación causal inconsistente con la vacunación,
D. Asociación causal con las condiciones inherentes al vacunado, e
E. Inclasificable.

### 5.5.1 Seguimiento y dictaminación de los ESAVI graves

Para el seguimiento e investigación de los ESAVI graves, el nivel estatal deberá remitir los resultados de la investigación, los cuáles deben incluir al menos: Ficha de identificación del paciente, datos de la o las vacunas aplicadas, resúmen clínico, manejo del paciente, estudios de laboratorio y gabinete, interconsultas con las diferentes especialidades (si es el caso), diagnóstico inicial y diagnóstico final, evaluación a la causalidad, en caso de defunción resultados de la necropsia, autopsia verbal y certificado de defunción, en el formato que determine el CENSIA y remitirlo a este centro nacional en un lapso no mayor a 10 días habiles una vez recibida la

información en el nivel estatal y notificación a la DGE al correo comité_expertos@salud.gob.mx.

El CNE es el responsable de sesionar los casos de ESAVI graves a nivel nacional que pongan en peligro la vida del paciente, causen hospitalización, invalidez o incapacidad y/o defunción, así como los ESAVI relacionados con vacunas de nueva introducción.

## 5.6 Vigilancia epidemiológica

La metodología y procedimientos son responsabilidad de la DGE y se deben realizar de acuerdo con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, para la Vigilancia Epidemiológica, la Norma Oficial Mexicana NOM-220-SSA1-2016, Instalación y Operación de la Farmacovigilancia, y el Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Prevenibles por Vacunación publicado por la DGE.

## 5.7 Promoción de la Vacunación (Comunicación)

- **Promoción en radio y televisión:** la promoción para la aplicación de las vacunas incluidas en las actividades permanentes e intensivas del PVU, serán reforzadas en estaciones y canales locales del sistema de radiodifusión de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas.
- **Medios impresos:** el CENSIA pondrá a disposición en su página web o medios de difusión oficiales los materiales validados por las autoridades correspondientes; con el fin de que las instituciones del SNS y los Servicios Estatales de Salud los repliquen para su impresión, distribución y difusión. Las instituciones del SNS podrán utilizar material adicional para la difusión del programa que consideren conveniente para el logro de los objetivos.
- **Medios digitales:** promover la difusión en medios digitales (sitios gubernamentales, redes sociales, etc.), mediante el uso de la imagen y mensajes oficiales que el CENSIA comparte con las entidades federativas a fin de lograr una réplica intensiva a nivel nacional. Las instituciones del SNS podrán utilizar material adicional para la difusión del programa que consideren conveniente para el logro de los objetivos.

Las acciones de comunicación deben realizarse en todos los niveles aplicativos con los recursos disponibles para tal fin, no siendo exclusivos ni limitativos los descritos en el presente lineamiento.

## 5.8 Vacunación en situaciones de emergencia

En el caso de desastres naturales como huracanes, inundaciones, brotes por enfermedades inmunoprevenibles, entre otros, es común que las personas tengan que refugiarse en albergues donde en ocasiones hay condiciones de hacinamiento, situación que favorece la aparición de brotes de padecimientos infecciosos, por lo que, deberá consultar el numeral 5.2.2 y el Manual de Vacunación vigente para conocer las especificaciones de cada vacuna.

En estas situaciones se considera población de riesgo a quienes por sus características físicas y fisiológicas son más vulnerables de adquirir enfermedades transmisibles:

- niñas y niños menores de 5 años de edad, con énfasis en menores de un año;
- personas de 60 y más años de edad;
- personas embarazadas.

Para estos grupos de riesgo, se deberá considerar la aplicación de las siguientes vacunas, con base en las características del desastre natural del que se trate:

**A) Influenza Estacional**

La medida principal y más eficaz para mitigar la influenza estacional es la vacunación anual. El mejor momento para vacunarse contra la influenza estacional, de estar disponible la vacuna, es en octubre y noviembre, para asegurar la protección antes del inicio de la temporada invernal, siguiendo las pautas establecidas en el numeral 5.2.2.

**B) COVID-19**

Se vacunará a personas a partir de los 6 meses de edad que vivan con alguna comorbilidad de riesgo para el desarrollo de complicaciones o defunciones asociadas al SARS-CoV-2, con base en las pautas establecidas en el numeral 5.2.2.

**C) Tétanos**

Se recomienda la vacunación contra tétanos (Td) a personas que durante el desastre presenten heridas contaminadas y que no tengan refuerzo en los últimos 10 años. En personas embarazadas, así como en niñas y niños, se deberá iniciar o completar esquemas de vacunación, siguiendo las pautas de vacunación establecidas en el numeral 5.2.2.

**D) Sarampión, rubéola, parotiditis**

Se iniciará o se completarán esquemas de vacunación con SR o SRP, con base en el antecedente vacunal y siguiendo las pautas de vacunación establecidas en el numeral 5.2.2.

**E) Varicela**

De estar disponible, se vacunará a las personas que no hayan padecido la enfermedad o no se compruebe esquema de vacunación documentado. Se recomienda administrarla durante las primeras 72 horas posteriores al contacto con una persona con infección por varicela, siguiendo las pautas de vacunación establecidas en el numeral 5.2.2.

**F) Hepatitis A**

Se vacunarán a las niñas y niños de 18 meses de edad, que no hayan padecido la enfermedad ni tengan documentado la aplicación de la vacuna, siguiendo las pautas de vacunación establecidas en el numeral 5.2.2

Cada Institución de Salud deberá poner a disposición el mayor número de brigadas de vacunación para actividades extramuros, con la finalidad de atender las necesidades en materia de vacunación que se requieran en las entidades o regiones afectadas.

## 5.9 Vacunación a personas en situación de migración, desplazamiento y refugiados

Las características geográficas y demográficas de México asociadas a los acontecimientos mundiales han determinado el incremento del número de personas en situación de migración, desplazamiento, refugiados y aquellos privados de la

libertad; por lo que, existe el riesgo latente de emergencia o reemergencia de enfermedades infecciosas; siendo la vacunación una estrategia que permite reducir este riesgo.

En México la vacunación es universal, por lo que, toda persona que se encuentre en el territorio nacional deberá recibir las vacunas del PPV, siguiendo las pautas establecidas en la Ley General de Salud[14], el Manual de Vacunación vigente[15] y los presentes lineamientos.

La vigilancia epidemiológica involucra realizar la búsqueda activa de casos de Sarampión, Poliomielitis, Meningitis meningococcica y Fiebre Amarilla por el alto riesgo que representan para la salud pública de nuestra población; con base en la clínica y los estudios de laboratorio y medio ambiente que se recomiendan para cada caso de acuerdo con la normativa nacional; sin perder de vista otras enfermedades de notificación inmediata incluidas en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica Nacional.

Para alcanzar el mismo nivel de protección que la población autóctona, el esquema de vacunación debe cubrir a las personas en situación de inmigración. De acuerdo con la normativa nacional y las recomendaciones de la OMS, cuando se evalúa la vacunación que ha recibido una persona en situación de inmigración sin importar su edad, se debe realizar de acuerdo con el esquema nacional de vacunación vigente para su edad, definidos en los lineamientos o manuales vigentes.

Los casos detectados con meningococo, fiebre amarilla, cólera, rotavirus o enfermedades febriles exantemáticas, deberán recibir tratamiento médico especializado y actuar de acuerdo con el manual de vigilancia epidemiológica para cada una de las enfermedades antes mencionadas.

Para el caso de las personas privadas de la libertad, deberá coordinarse la regionalización de los centros penitenciarios para la atención a esta población, realizando la vacunación con base en los esquemas vigentes.

[14] https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf

[15] https://www.gob.mx/salud/censia/es/articulos/manual-de-vacunacion-2021-295402?idiom=es

## 5.10 Fuentes de información

Las fuentes primarias de información en materia de vacunación son las siguientes:

- **Censo Nominal:** es el formato oficial que utiliza el personal vacunador en las unidades de salud y en las brigadas de vacunación; donde se registra el nombre, domicilio, tipo y dosis de vacunas aplicadas. Actualmente se manejan 3 tipos de censos nominales: censo nominal para registro de esquemas de vacunación de 0 a 9 años (anexo 1-A), censo nominal para registro de esquemas de vacunación de 10 a 19 años (anexo 1-B) y censo nominal para población adulta (20 años y más) y personas embarazadas (anexo 1-C) disponibles en la página https://www.gob.mx/salud/censia/documentos/formatos-del-manual-de-vacunacion . Todas las Instituciones de Salud que participan en el desarrollo de las actividades de vacunación deberán utilizar el mismo formato en el nivel operativo. El resguardo, manejo, utilización, análisis de la información, etc. de los censos nominales corresponde a las unidades aplicativas o niveles operativos.

- **CNS:** es el documento oficial en el que se registran, entre otras actividades, las vacunas aplicadas en los diferentes grupos poblacionales. Permite al personal de salud y a las personas responsables del cuidado de niñas, niños y adolescentes, identificar las dosis aplicadas y las que faltan por aplicar. La CNS se entrega de manera gratuita en todas las unidades médicas del SNS. La Dirección General de Políticas de Salud (DGPS) es responsable de la dotación de las CNS a los servicios estatales de salud. La CNS deberá entregarse a la persona usuaria o responsables del cuidado de niñas, niños y adolescentes, al ser vacunados por alguna institución de salud, siempre y cuando no se duplique la entrega del documento.

## 5.11 Información y reporte de coberturas administrativas de vacunación

Se deberán utilizar los sistemas de información oficiales de cada una de las instituciones, los cuales incorporan los datos de las acciones realizadas en las actividades permanentes, campañas locales o regionales y bloqueos vacunales:

- SINBA-SIS para la Secretaría de Salud y aquellas entidades que se encuentren incorporadas a los Servicios de Salud del IMSS-BIENESTAR, o cualquier otro que determine la Secretaría de salud.

- SIAIS para el Instituto Mexicano del Seguro Social en su régimen obligatorio.
- SIEMP para el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado.

Adicionalmente, la información que se obtiene de los sistemas institucionales oficiales se deberá registrar y ser remitida al CENSIA de manera trimestral con la validación de los COEVA, mediante el formato de RDA desde la unidad aplicativa local, jurisdiccional/distrital y estatal/delegacional. Dicho formato considera las poblaciones de responsabilidad institucional obtenidas con apego a los lineamientos para la distribución de población de responsabilidad institucional en el SNS vigentes. Generando así las coberturas por grupo de edad.

La cobertura para el esquema completo en un lapso según se evalúe, puede ser trimestral, semestral o anual, y se obtiene aplicando la siguiente formula:

**(dosis aplicadas / población de responsabilidad institucional) x 100**

Cada COEVA deberá enviar los informes acumulados al trimestre correspondiente a las coberturas estatales, considerando las estrategias de mejora a implementar como sector, cuando las coberturas no sean las óptimas; entendiendo estas últimas, como al menos el 90 % del promedio de cobertura de esquemas completos de vacunación por grupo de edad y el 95 % por tipo de vacuna, mismas que deberán ser notificadas mediante oficio al CENSIA, junto con el archivo electrónico del RDA al correo rda.censia@salud.gob.mx en las siguientes fechas.[16]
Informe acumulado trimestral:

- Primer trimestre (enero a marzo), a más tardar el 28 de abril de 2026;
- Segundo trimestre (enero a junio), a más tardar el 28 de julio de 2026;
- Tercer trimestre (enero a septiembre), a más tardar el 27 de octubre de 2026;
- Cuarto trimestre (octubre a diciembre), a más tardar el 26 de enero de 2027.

[16] Sujeto a cambios, en colaboración con la Dirección General de Información en Salud (DGIS).

Para los servicios estatales de salud, la información enviada deberá ser lo más coincidente posible con la información vertida en el sistema de información en salud SINBA-SIS.

Adicionalmente, para el caso de a Secretaría de Salud, cuando se envíen cifras extemporáneas a la DGIS, se deberá remitir al correo rda.censia@salud.gob.mx un oficio en el que se especifiquen los cambios y/o ajustes solicitados a la DGIS, en un periodo no mayor a 3 días hábiles posterior al envío de esta información a la DGIS.

## 5.12 Evaluación

La evaluación se realizará en los niveles local, jurisdiccional/distrital, estatal y nacional, considerando las coberturas de vacunación por biológico y esquema completo para el grupo de edad, en apego a los indicadores plasmados en el PAE del Programa de Vacunación vigente.

**Dra. Samantha Gaertner Barnad**
Directora General del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia
CENSIA-Secretaría de Salud

**Dra. Martha Soledad Ramiro Mendoza**
Directora del Programa de Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia
CENSIA-Secretaría de Salud

**Dr. Carlos Arturo Hinojosa Becerril**
Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad
CCINSHAE

**Dr. José Misael Hernández Carrillo**
Titular de la Coordinación de Epidemiología
Servicios de Salud
IMSS-BIENESTAR

**Dr. Jan Jacobo Gutiérrez Sereno**
Titular de la División de Prevención y Protección Específica
Servicios de Salud IMSS-BIENESTAR

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

**Dra. Lucy Isabel Morales Márquez**
Titular de la División de Prevención y Detección de Enfermedades
IMSS

**Dr. Juan Carlos Martínez Vivar**
Jefe del Área de Enfermedades Prevenibles por Vacunación
IMSS

**Dr. Víctor Hugo Bautista Hernández**
Subdirector de Prevención y Protección a la Salud
ISSSTE

**Dra. Marcela Magali Pérez Martínez**
Jefa de Departamento de Fortalecimiento a Programas Preventivos
ISSSTE

**Mtro. Raúl Gómez Torres**
Titular de la Gerencia de Programas y Políticas de Salud Pública
PEMEX

**Dr. Ricardo Cortés Alcalá**
Titular de la Subgerencia de Medicina Preventiva y Promoción de la Salud
Petróleos Mexicanos

**General de Brigada Estado Mayor Miguel Ángel Aguirre Lara**
Director General Interino de Sanidad
SEDENA

**Teniente Enfermera Yamileth Méndez Torres**
Encargada del Programa de Vacunación Universal
SEDENA

**Capitán de Navío SSN MCN EONCOMED Miguel Quintana Quintana**
Director Ejecutivo de Sanidad Naval
SEMAR

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

## Anexo 1. Recomendaciones de intervalos y edades para la aplicación de vacunas del Esquema de Vacunación Universal.

| Nombre de la vacuna y dosis por aplicar | Edad recomendada para cubrir las dosis | Edad mínima permitida para aplicar las dosis | Edad máxima permitida | Intervalo recomendado para la siguiente dosis | Intervalo mínimo para la siguiente dosis | Aplicación entre biológicos |
|---|---|---|---|---|---|---|
| BCG<br>Bacilo de Calmette-Guérin contra las formas graves de Tuberculosis | Al nacer | Al nacer | <5 años.<br>Excepcionalmente <14 años. | No aplica | No aplica | Se puede aplicar simultáneamente o con cualquier intervalo con Hepatitis B, Hexavalente, neumocócica conjugada, rotavirus, influenza estacional, COVID-19, DPT, SRP o SR. |
| Hepatitis B | Al nacer y hasta los 7 días de vida. | Al nacer | Preferentemente no después de los 7 días de vida. Continuar esquema con vacuna hexavalente. | No aplica | No aplica | Se puede aplicar simultáneamente o con cualquier intervalo, en ausencia potencial de Hexavalente, con BCG, neumocócica conjugada, rotavirus, influenza estacional, DPT, SRP o SR. |
| Hexavalente acelular (DpaT+IPV+HB+Hib)-1* | 2 meses | 6 semanas | 59 meses y 29 días. | 8 semanas | 4 semanas | Se puede aplicar simultáneamente o con cualquier intervalo con BCG, neumocócica conjugada, rotavirus, influenza estacional, COVID-19, DPT, SRP o SR. |
| Hexavalente acelular (DpaT+IPV+HB+Hib)-2* | 4 meses | 10 semanas | | 8 semanas | 4 semanas | |
| Hexavalente acelular (DpaT+IPV+HB+Hib)-3* | 6 meses | 14 semanas | | 12 meses | 8 semanas, si la 3ra dosis se aplicó después del año de edad. | |
| Hexavalente acelular (DpaT+IPV+HB+Hib)-Refuerzo | 18 meses | 12 meses | | No aplica | No aplica | |
| (VCN)-1* Neumocócica conjugada | 2 meses | 6 semanas | 59 meses y 29 días | 8 semanas | 4 semanas en <12 meses<br>8 semanas en >12 meses | Se puede aplicar simultáneamente o con cualquier intervalo con BCG, Hexavalente, rotavirus, influenza estacional, COVID-19, DPT, SRP o SR. |
| (VCN)-2* Neumocócica conjugada | 4 meses | 10 semanas | | 8 meses | 8 semanas | |
| (VCN)-3* Neumocócica conjugada | 12 meses | 12 meses | | No aplica | No aplica | |
| (Rv1)-1* Astrovirus | 2 meses | 6 semanas | 7 meses y 29 días | 8 semanas | 4 semanas | Se puede aplicar simultáneamente o con cualquier intervalo con BCG, Hexavalente, neumocócica conjugada e influenza estacional. |
| (Rv1)-2* Astrovirus | 4 meses | 10 semanas | | No aplica | No aplica | |
| Influenza estacional-1* | 6 meses | 6 meses | 59 meses y 29 días | 4 semanas | 4 semanas o mayor intervalo mientras se aplique en la misma temporada invernal. | Se puede aplicar simultáneamente o con cualquier intervalo con BCG, Hexavalente, neumocócica conjugada, rotavirus, influenza estacional, COVID-19, DPT, SRP o SR. |
| Influenza estacional-2* | 7 meses | 7 meses | | Anual | No aplica | |
| Influenza estacional-dosis anual | Una dosis en cada temporada invernal hasta los 59 meses. | | 59 meses y 29 días. | Anual | Sin importar el intervalo de la dosis aplicada en la temporada invernal previa. | |
| (SRP)-1* Sarampión, rubéola y parotiditis | 12 meses | 12 meses | <10 años | 6 meses*<br>o<br>5 años** | 4 semanas | Se puede aplicar simultáneamente o con cualquier intervalo con BCG, Hexavalente, neumocócica conjugada, influenza estacional, COVID-19 y DPT. |
| (SRP)-2* Sarampión, rubéola y parotiditis | 18 meses*<br>o<br>6 años** | 18 meses | | No aplica | No aplica | |
| Anti varicela*** | 12 meses | 12 meses | 59 meses y 29 días | No aplica | No aplica | Se puede aplicar simultáneamente o con cualquier intervalo con BCG, Hexavalente, neumocócica conjugada, influenza estacional, COVID-19 y DPT.<br><br>Se puede aplicar simultáneamente con SRP, sin embargo, en caso de no aplicarse el mismo día, deberán aplicarse con un intervalo de 4 semanas en cada una. |
| Anti hepatitis A | 18 meses | 18 meses | 59 meses y 29 días. | No aplica | No aplica | Se puede aplicar simultáneamente o con cualquier intervalo con BCG, Hexavalente, neumocócica conjugada, influenza estacional y COVID-19. |
| DPT | 4 años | 4 años<br>Excepcionalmente a los 3 años y 6 meses | <7 años | No aplica | No aplica | Se puede aplicar simultáneamente o con cualquier intervalo con BCG, neumocócica conjugada, influenza estacional, SRP y SR. Y con intervalo de 6 semanas con Hexavalente. |

*La segunda dosis de SRP a los 18 meses aplica solo para niñas y niños nacidos a partir de julio de 2020.

**La segunda dosis de SRP a los 6 años se aplicará a niñas y niños nacidos antes de julio de 2020. Dicha estrategia se implementará hasta 2026, posteriormente se dejará de aplicar a esta edad, pero se seguirá aplicando a niñas y niños de 18 meses de edad.

***A la fecha de publicación del presente lineamiento, la vacuna NO forma parte del esquema básico de vacunación. **Actualmente se aplica en guarderías o centros de cuidados infantiles.**