

**Escenario, Planificación y Procedimientos Operativos
para la
Ejecución de la Estrategia de Vacunación
contra
Influenza A\H1N1 – 2010**

Versión 1.0: 23 de Marzo de 2010

TABLA DE CONTENIDOS

SECCIÓN 1.-	- 1 -
Marco de Referencia de la Planificación.	- 1 -
1.1 Contexto y lineamientos de la estrategia original.	- 1 -
1.2 Revisión de los objetivos sanitarios, con motivo del terremoto del 27 de febrero.	- 2 -
SECCIÓN 2.-	- 3 -
Descripción de la Estrategia y del Escenario de la Intervención	- 3 -
2.1 Racionalidad del Diseño.	- 3 -
2.2 Contexto epidemiológico.	- 4 -
2.3 Análisis del escenario social y los tipos de riesgo.	- 4 -
2.3.2 Riesgo de demanda insatisfecha.	- 5 -
2.3.3 Riesgo de incertidumbre y temor irracional	- 6 -
2.3.4 Riesgo de desinformación de la operativa.....	- 7 -
SECCIÓN 3.-	- 9 -
Planificación Pre-Operativa	- 9 -
3.1 Definición de responsabilidades y funciones.	- 9 -
3.1.1 De la Subsecretaría de Salud Pública.	- 9 -
3.1.2 De la Subsecretaría de Redes Asistenciales.	- 9 -
3.1.3 De las Autoridades Sanitarias regionales (SEREMI de Salud).....	- 9 -
3.1.4 De las Directivas de los Servicios de Salud	- 10 -
3.1.5 De las Corporaciones y Departamentos Municipales de Salud.....	- 10 -
3.2 Definiciones operativas de los grupos objetivo.	- 11 -
3.2.1 Para el propósito de preservar la integridad de los servicios asistenciales, la población objetivo de la intervención estará compuesta por los siguientes grupos de personas.	- 11 -
3.2.2 Para el propósito de prevenir muertes y morbilidad grave causada o secundaria a infección por virus A\H1N1, la población objetivo de la vacunación estará compuesta por los siguientes grupos de personas: - 12 -	- 12 -
3.2.3 Para el propósito de reducir morbilidad y demanda asistencial ambulatoria asociada a infección por virus A\H1N1, la población objetivo de la vacunación estará compuesta por	- 12 -
3.3 Población y personas destinatarias de la intervención	- 13 -
3.3.1 Estimación preliminar de la población a vacunar.	- 13 -
3.3.2 Ensamblado de una base de datos de personas destinatarias de la intervención.	- 13 -
3.3.3 Descripción del sistema de registro y reporte de las actividades de vacunación.	- 14 -
3.4 Suministro de Vacunas e Insumos	- 15 -
3.4.1 Características técnicas de la vacuna seleccionada.....	- 15 -
3.4.2 Características del envase, el embalaje y la carga aérea de vacunas.	- 16 -
3.5 Logísticas de Almacenamiento y Distribución de las Vacunas y los Insumos.	- 16 -
3.6 Plan de Comunicación Social y Difusión Técnica de la Estrategia de Vacunación	- 17 -
3.6.1 Consideraciones generales.	- 17 -
3.6.2 Componentes y contenidos del plan de comunicación y difusión social.....	- 17 -
3.6.3 Programa de difusión capacitación de los equipos técnicos de las SEREMIs y los Servicios de Salud. - 18 -	- 18 -
SECCIÓN 4.-	- 21 -

Procedimientos Operativos del Nivel Ejecutor	- 21 -
4.1 Organización de los servicios de vacunación.	- 21 -
4.2.1 Estimación de la demanda de servicios de vacunación, por comunas y regiones.	- 21 -
4.2.2 Procedimiento de registro y reporte de las vacunaciones.	- 23 -
4.3 Procedimientos del servicio de vacunación.	- 25 -
4.3.1 Confirmación de la identidad y elegibilidad de la persona que solicita el servicio.	- 25 -
4.3.2 Dosificación y Administración de la vacuna.....	- 29 -
4.3.4 Manipulación y conservación de los fracos	- 29 -

ANEXOS

1. Estimación de la población a vacunar, por grupos objetivo y Comunas
2. Manuales para los usuarios de las herramientas computacionales
3. Antecedentes técnicos y forma de utilización de la vacuna
4. Estadísticas de la campaña 2009.

SECCIÓN 1.-

Marco de Referencia de la Planificación.

1.1 Contexto y lineamientos de la estrategia original.

La estrategia de vacunación anti-influenza del presente año comenzó a gestarse a mediados de 2009, inmediatamente después que la Organización Mundial de la Salud declarara el comienzo de una pandemia causada por el virus A\H1N1 detectado por primera vez a fines de abril. El Ministerio de Salud resolvió adoptar medidas de inmunización activa tan pronto estuvieran disponibles las vacunas apropiadas, e incorporarlas al plan general de mitigación de la pandemia, idealmente antes de segundo rebrote de transmisión y actividad clínica del virus A\H1N1, previsto para la temporada otoño-invierno de 2010.

Para efectos de lo anterior, el Ministerio resolvió suscribir un acuerdo con el bloque de países de UNASUR, para la compra conjunta de vacuna anti-influenza A\H1N1 a través del Fondo Rotatorio de la Organización Panamericana Sanitaria (OPS). El acuerdo fue parte de una estrategia más amplia, concebida por los países suscriptores para fortalecer su capacidad de negociación frente a los proveedores de vacunas e insumos médicos críticos para control de la pandemia actual y de eventuales emergencias sanitarias futuras. La estrategia incluyó un pacto de distribución equitativa y proporcional de las dosis de vacuna pandémica conseguidas por el Fondo Rotatorio, conforme a las prioridades de inmunización recomendadas por la Organización Mundial de la Salud.

Como propósito adicional al suministro de vacuna contra influenza A\H1N1 para el año 2010, el Ministerio de Salud dispuso que esta gestión sirviera para formalizar la incorporación de Chile al Fondo Rotatorio de OPS, y para pavimentar las vías administrativas y legales que permitieran continuar utilizando el Fondo Rotatorio, para efectos de abastecimiento de las vacunas regulares del Plan Nacional de Inmunizaciones. Esta disposición estuvo vinculada a una política de integración panamericana de alto nivel Gubernamental, y también al interés de contar con mecanismos complementarios, o sustitutos a la compra local, que permitan acotar los riesgos inherentes a existencia de una sola vía de aprovisionamiento de vacunas programáticas.

Producto de las decisiones de índole sanitario, estratégico y político resumidas arriba, e inmediatamente después de firmado el acuerdo marco para la incorporación de Chile al Fondo Rotatorio de OPS, el Ministerio de Salud formalizó ante este organismo una instrucción de compra por 2.002.660 dosis de vacuna A\H1N1 destinadas a la vacunación contra influenza-2010. La Unidad de Inmunizaciones y los estamentos administrativos involucrados en la implementación de la intervención fueron instruidos en los siguientes términos:

- ☞ La estrategia de inmuno-prevención de influenza del año 2010 estará enfocada al control del virus A\H1N1.
- ☞ La vacunación contra influenza A\H1N1 que impartirá el Ministerio de Salud tendrá dos propósitos sanitarios, en el siguiente orden:
 - Preservar el funcionamiento de los servicios de cuidado médico en la red público-privada de establecimientos asistenciales del país.

- Evitar muertes y hospitalizaciones asociadas a infección por virus A\H1N1, en embarazadas; lactantes y niños de 6 a 23 meses de edad; y en personas portadoras de condiciones crónicas conocidamente asociadas a mayor riesgo de complicaciones la enfermedad.
- ☞ La vacunación contra influenza A\H1N1 que impartirá el Ministerio de Salud deberá:
- Solidarizar con las necesidades de otros países latinoamericanos, respetando el acuerdo de distribución equitativa de las vacunas licitadas por el Fondo Rotatorio, conforme a las prioridades de vacunación recomendadas por la Organización Mundial de la Salud.
 - Contribuir a la estrategia de fortalecimiento mutuo de los países de UNASUR, respetando la decisión de compra de vacuna pandémica a través del Fondo Rotatorio de OPS
 - Materializar la incorporación de Chile al Fondo Rotatorio de OPS y demostrar la factibilidad operativa de abastecer el PNI con vacunas adquiridas a través de dicho mecanismo.

1.2 Revisión de los objetivos sanitarios, con motivo del terremoto del 27 de febrero.

Los objetivos sanitarios de la estrategia definida hacia fines de 2009 fueron sometidos a dos revisiones sucesivas, primero por las autoridades de la administración saliente y luego por las del Gobierno instalado el 11 de marzo de 2010, a la luz los daños causados por el terremoto del 27 de febrero, en la infraestructura de las redes asistenciales y las condiciones de vida de una parte importante de la población. Ambas revisiones concordaron en la necesidad de ampliar la población objetivo de la estrategia original. Producto de estas revisiones, los objetivos sanitarios de la intervención quedaron definidos como sigue:

- Preservar el funcionamiento de los servicios de cuidado médico en la red público-privada de establecimientos asistenciales del país.
- Evitar muertes y hospitalizaciones asociadas a infección por virus A\H1N1, en embarazadas; lactantes y niños de 6 a 23 meses de edad; adultos de 65 y más años de edad, y pacientes portadores de condiciones crónicas conocidamente asociadas a mayor riesgo de tales eventos.
- Disminuir la incidencia de morbilidad ambulatoria, y la demanda asistencial asociada a influenza A\H1N1, en niños 2 a 14 años de edad, residentes en las regiones VI, VII, VIII y IX.

SECCIÓN 2.-

Descripción de la Estrategia y del Escenario de la Intervención

2.1 Racionalidad del Diseño.

La influenza es una de las 13 enfermedades objetivo del Plan Nacional de Inmunizaciones del Ministerio de Salud de Chile. La vacunación anti-influenza del año 2010 está específicamente dirigida al control del virus A\H1N1, y es parte integral de la estrategia para la mitigación de la pandemia instalada por la Subsecretaría de Salud Pública en mayo de 2009.

La racionalidad de focalizar la intervención en el virus A\H1N1 se sustenta en las evidencias aportadas por el sistema nacional y la red global de vigilancia de influenza, que muestran hegemonía persistente del nuevo virus en el panorama etiológico de la enfermedad, desde la declaración de la pandemia hasta la fecha. La focalización etiológica también está forzada por razones de factibilidad, por cuanto no existe oferta local de vacunas que permita abarcar una eventual reaparición de los virus estacionales B y A\H3N2, en el diseño de la intervención¹.

La vacunación contra el virus A\H1N1 que impartirá el Ministerio de Salud tendrá tres propósitos, a saber: i) Preservar el funcionamiento de los servicios de salud; y ii) Prevenir mortalidad y morbilidad grave, en subgrupos bien acotados de la población, definidos por las condiciones biomédicas que se asocian a mayor riesgo de muerte y complicaciones causadas o secundarias a infección por el virus pandémico; y iii) Disminuir la incidencia de morbilidad ambulatoria, y la demanda asistencial asociada a influenza A\H1N1, en niños 2 a 14 años de edad, residentes en las regiones VI, VII, VIII y IX.

La población objetivo de la intervención es cercana al 20% de la población total del país, pero su cobertura en las regiones declaradas zona de catástrofe duplica la planificada para el resto del territorio (34,5% versus 14,6%). Los grupos objetivo que responden a un criterio de edad fueron estimados con base en proyecciones demográficas del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), o del Departamento de Estadísticas e Información de Salud para el año 2010. Estos incluyen: 379.552 lactantes y niños de 6 a 23 meses; 194.544 embarazadas; 1.541.759 adultos de edad igual o mayor a 65 años; y 953.613 niños y niñas de 2 a 14 años residentes en las regiones VI, VII, VIII y IX. La estimación de la población que satisface el criterio de riesgo de exposición laboral (n = 161.580) se basó en la cifra de vacunados el año 2009, más 30%, que corresponde al aumento supuesto por la inclusión de personas vinculadas a establecimientos asistenciales privados que no fueron convocadas a la vacunación anterior. La población de pacientes crónicos (n = 748.733) también fue calculada con base en un dato histórico (el número de pacientes crónicos de 2 a 59 años vacunados el año 2009, n = 641.265) corregido al alza con 16,5% de la población INE de 60 a 64 años de edad, bajo el supuesto de que dicho subgrupo de población presentaría condiciones crónicas consistentes con los criterios de vacunación (n= 107.468).

¹ Con posterioridad a la publicación de la recomendación de OMS, sobre la composición antigénica de las vacunas anti-influenza para la temporada 2010 del hemisferio sur, la autoridad de Salud Pública instruyó explorar la potencial oferta local de vacuna estacional bivalente (A\H3N2, B) y/o trivalente (A\H1N1Vv, A\H3N2, B). Esta gestión arrojó que tal oferta estaría limitada a un solo proveedor, y a un máximo de 250.000 dosis de vacuna trivalente, condicionada a la compra de vacuna monovalente A\H1N1Vv en proporción de 10:1.

2.2 Contexto epidemiológico.

Los pronósticos acerca de la temporalidad, el perfil etiológico y las tasas de ataque de influenza en el año 2010 siguen siendo aventurados. Se especula que el comportamiento epidemiológico en el hemisferio sur estará comandado por el virus A\H1N1; que las tasas de ataque podrían ser iguales o superiores a las acumuladas hacia el término de la primera onda pandémica; y que la transmisión del virus A\H1N1 estará facilitada por la susceptibilidad inmunológica de la población, de manera que la temporada de influenza podría debutar antes que se instalen los factores climáticos que normalmente gatillan el inicio de los ciclos epidémicos causados por los virus estacionales. Todas estas presunciones son conceptualmente atendibles, sin embargo hasta ahora no han dejado de ser hipótesis basadas en supuestos no documentados, acerca del potencial inmunogénico y la capacidad de transmisión del nuevo virus pandémico. En efecto, no hay evidencia directa - local ni extranjera - sobre la tasa acumulada de individuos expuestos, desde la instalación de la pandemia hasta la fecha. Tampoco hay datos acerca de la calidad y la duración de la inmunidad protectora conferida por la infección natural, sintomática o subclínica, ni sobre el efecto de variables como la edad y la terapia antiviral, en la calidad de la respuesta inmune inducida por el virus A\H1N1. Puesto que la prevalencia de individuos susceptibles al virus pandémico sigue siendo desconocida, en rigor, no se puede descartar que los virus estacionales B y/o A\H3N2 puedan retomar presencia en la próxima temporada de influenza, sea antes, después o concomitantemente con el virus A\H1N1. Por lo mismo, tampoco se puede asegurar que este último continuará protagonizando el elenco etiológico de la enfermedad

De acuerdo al programa de despacho de vacunas confirmado hasta ahora (correspondiente a la compra realizada a través del Fondo Rotatorio) se prevé que la intervención transcurrirá en dos etapas. La primera etapa, entre el 22 de marzo y el 11 de abril, distribuirá las 602.660 dosis recibidas el 12 de marzo, y abordará al personal de salud, las embarazadas y los niños de 6 a 23 meses de todo el país, más unos 100.000 niños de 2 a 14 años de edad residentes en las regiones VI, VII, VIII y IX. La segunda etapa comenzará inmediatamente después, con la segunda partida de vacunas adquiridas al Fondo Rotatorio y las compras y donaciones suplementarias, abordando simultáneamente a los adultos mayores y los pacientes crónicos de todos el país, más las personas rezagadas de los grupos dos grupos anteriores. Puesto que aún no hay confirmación de la fecha de llegada de las dosis adicionales, no se puede descartar algún lapso de discontinuidad de los servicios, durante la segunda etapa de la intervención. Esto último da cabida a considerar que una parte de la población objetivo podría no estar vacunada, o efectivamente inmunizada, antes que reaparezca la circulación viral, particularmente ocurre un rebrote prematuro de la circulación del virus A\H1N1.

2.3 Análisis del escenario social y los tipos de riesgo.

Independientemente de cuál sea el comportamiento que adopte la influenza, se puede dar por hecho que la distribución de la “vacuna pandémica” concitará un nivel de expectación social y periodística superior al que habitualmente han recibido las vacunas contra la influenza estacional. La expectación es ciertamente explicable por la intensa difusión mediática que tuvieron los eventos médico-asistenciales asociados a la pandemia, tanto los ocurridos en Chile como en el extranjero. Al nivel nacional, el cambio de autoridades político-administrativas puede ser un elemento que agregue

interés periodístico a la vacunación que impartirá el Ministerio de Salud, y también a la comercialización de vacunas contra el virus pandémico en el sector privado.

La vacunación contra influenza A\H1N1 de este año tiene diferencias radicales de fondo, y también variaciones de forma, con respecto a todas las “campañas” anuales previamente realizadas por el Ministerio de Salud, desde 1978 hasta el año pasado. Entre las variaciones de forma hay modalidades operativas desconocidas para comunidad y para los equipos de salud, incluyendo algunas que están siendo impulsadas en el marco del Plan de Calidad del PNI, otras propias del cronograma de aprovisionamiento de las vacunas, además de aquellas que deberán ser implementadas compensar las dificultades de entrega y acceso a los servicios de vacunación, en las localidades más dañadas por el terremoto. Las diferencias de fondo son consecuencia de la superposición de dos contingencias, inéditas y determinantes en el diseño de la intervención de este año: el viraje del patrón epidemiológico de la influenza, de estacional a pandémico; y el deterioro abrupto de la infraestructura de la red asistencial pública, en una extensión considerable del país. De ello deriva un diseño diferenciado, que contempla una cobertura mayor a la histórica en las 4 regiones más afectadas por el terremoto (con el propósito de controlar la carga morbilidad ambulatoria), mientras que la oferta prevista para las 11 regiones restantes es algo inferior a la de los años recién pasados. Otra diferencia relevante estará dada por la vacuna misma, considerada un producto nuevo, al menos para efectos de seguridad y eficacia.

El escenario social esbozado hasta aquí permite advertir tres tipos riesgos potencialmente capaces de afectar la ejecución y el cumplimiento de los propósitos sanitarios de la vacunación: demanda insatisfecha; temor irracional a los efectos adversos de la vacuna; y descoordinación en la interfase de entrega y recepción de los servicios de vacunación. Esta planificación contempla contener estos riesgos a través de una estrategia de comunicación social que deberá ser aplicada en forma homogénea en todo el país, basada en una campaña publicitaria de alcance nacional, con contenidos específicamente enfocados a neutralizar las causas condicionantes de riesgos. Un requisito adicional de la estrategia comunicacional (basado en la experiencia aprendida durante la campaña de vacunación del año pasado) es asegurar que las autoridades sanitarias regionales y las directivas de los Servicios de Salud estén advertidos de los riesgos; y preparados para manejar los asuntos comunicacionales de la intervención en forma conjunta, evitando vocerías múltiples y manteniendo coherencia con los mensajes de la autoridad central. A continuación se expone el análisis de hechos y supuestos condicionantes de riesgos utilizado para definir las bases de la licitación de la campaña comunicacional. Este análisis también pretende aportar los elementos básicos para el manejo de las comunicaciones locales.

2.3.2 Riesgo de demanda insatisfecha.

Hay varios motivos para sospechar que la demanda por la vacuna A\H1N1 que distribuirá el Ministerio de Salud puede exceder la oferta planificada, aún después de las expansiones recientemente incorporadas a la estrategia original. El más obvio es el aumento de la percepción del riesgo de enfermarse, por parte de la población general, como consecuencia natural de las vivencias cercanas y la intensa difusión mediática que tuvo la pandemia, durante buena parte del segundo semestre de 2009. Otra causa evidente de potencial demanda insatisfecha reside en la contracción de la oferta de vacunas prevista para este año, en 11 de las 15 regiones del país, con respecto a las últimas campañas de vacunación contra influenza estacional. Esta reducción será a expensas del segmento de 60 a 64 años de edad, compuesto por alrededor de 670.000 personas, según estimaciones del INE para el año en curso. Los

adultos sanos de este rango etario fueron agregados a la población objetivo de la vacuna estacional el año 2007. A juzgar por las estadísticas de las dos últimas campañas, la mayoría de estas personas (~ 75%) había incorporado la vacunación anual contra influenza a su hábito higiénico, lo cual es razón poderosa para anticipar que pueden constituir un foco importante de demanda insatisfecha.

Una fuente adicional de demanda insatisfecha podría (paradojalmente) surgir de los preceptos de solidaridad y justicia distributiva que guiaron el diseño de la estrategia de vacunación, específicamente en personas o agrupaciones que en años anteriores pudieron acceder a las vacunas estacionales del Ministerio a través de solicitudes especiales y autorizaciones de excepción, pesar de no satisfacer los criterios de elegibilidad. Estos preceptos obligarán, por razones obvias de consistencia - a utilizar cada dosis de vacuna A\H1N1 en estricto apego a las definiciones operativas de los grupos objetivo,.

Ya se sabe que los efectos más inmediatos de la insatisfacción de los usuarios de los servicios de salud recaen en el ámbito técnico-ejecutor. Los reclamos del público entorpecen el quehacer de los funcionarios; suele haber presiones y tratos que desalientan el buen desempeño laboral, y en los peores casos se produce un círculo vicioso que retroalimenta la demanda no satisfecha. Traspasado ese punto sobreviene la descalificación de las jefaturas y en último término (lo más difícil de reparar) el descontento de los usuarios se disocia de la causa específica y se extiende hacia el sistema de salud en general.

2.3.3 Riesgo de incertidumbre y temor irracional

Así como hay motivos para prever que la demanda por la vacuna A\H1N1 puede ser mayor a lo habitual, también hay experiencias recientes, provenientes de varios países del hemisferio norte, donde las aprensiones en torno a la seguridad y la eficacia de estos nuevos productos impidieron alcanzar las coberturas planificadas por las autoridades de salud pública. El temor a lo desconocido puede ser un factor de alta injerencia en el nivel de aceptación de la vacuna por parte de la población objetivo, y por ende también en el cumplimiento de los propósitos de la intervención.

Sin duda hay razones justificadas para que la población se manifieste más inquisitiva que lo habitual, en relación a los posibles efectos adversos de las nuevas vacunas contra el virus A\H1N1. Para empezar está el mal recuerdo de una vacuna desarrollada en los Estados Unidos a fines de los años 70', con un virus genéticamente emparentado con el actual, cuya utilización se asoció a un aumento significativo de los casos de Síndrome de Guillian Barré. No se llegó a aclarar si estos eventos fueron desencadenados por el principio activo propiamente tal; por algún residuo antigénico del proceso de propagación de la cepa viral en huevos, o por otro defecto del proceso de manufactura. El hecho es que las vacunas anti-influenza elaboradas con virus de origen porcino quedaron marcadas con un mal precedente de seguridad. Algunas de las vacunas contra el virus A\H1N1 recientemente registradas ofrecen un flanco de incertidumbre adicional, cual es su producción con tecnologías de cultivo de celular, mucho más nuevas que la plataforma clásica de propagación en huevos. Además hay formulaciones de vacuna pandémica – clásicas y de cultivo celular - que incorporan los nuevos adyuvantes oleo-acuosos, genéricamente denominados “escualenos”, entre los cuales hay una variedad de productos con diferentes grados de respaldo en experiencia clínica y aprobación de las agencias regulatorias; desde algunos que tienen varios años de uso comercial, en vacunas contra influenza estacional y de otros tipos, hasta otros que acaban terminar su desarrollo pre-registro.

Otro elemento que no puede ser soslayado a la hora de ponderar la seguridad de las vacunas es la trayectoria del laboratorio de origen. En este sentido también hay una diversidad de ofertas, desde las producidas por laboratorios debutantes, hasta las avaladas por productores tradicionales, con más 50 años de experiencia en manufactura de vacunas contra influenza.

Aún obviando otros factores, de lo anterior se infiere que la evidencia de seguridad clínica de las vacunas A\H1N1 recientemente registradas es heterogénea y difícil de comunicar en términos asequibles para el público general. Esto último es sinónimo inevitablemente de desinformación e incertidumbre, dos condiciones ampliamente reconocidas por su efecto antagónico a la aceptación social de las vacunaciones. También es hecho sabido que los escenarios donde existe desinformación o evidencia científica incompleta son terreno fértil para la propaganda de ideas anti-vacuna, cuya principal estrategia es el testimonio emotivo anecdótico, transmitido en primera persona, en lenguaje propio del público objetivo. Los medios de prensa, por su parte, pueden contribuir a masificar el daño social causado por estos mensajes, sea por desinformación propia, o por interés de lucrar a partir de la polémica entre las autoridades de Salud, los expertos en vacunas y los voceros de las corrientes contrarias a las vacunaciones.

2.3.4 Riesgo de desinformación de la operativa

El tercer riesgo previsto dice relación con las posibles causas de desorganización, en el plano de la entrega y la recepción de los servicios vacunación. Entre ellas cabe re-considerar la demanda desproporcional a la oferta, discutida más arriba, pero más específicamente la desinformación acerca de las modalidades operativas de la intervención, particularmente aquellas que difieren de las aprendidas a través de las campañas vacunación contra influenza estacional. En este plano hay cambios conceptuales y administrativos transversales al PNI, y también ajustes operativos que derivan del diseño de esta intervención particular.

La vacunación contra el virus A\H1N1 será la primera que transcurra en el marco del nuevo Decreto de Enfermedades Transmisibles de Vacunación Obligatoria (N°1305, de septiembre de 2009, revisado en el N°06, de enero de 2010), donde la influenza - en cualquiera formas epidemiológicas - aparece oficialmente instalada entre las enfermedades objeto del PNI. Este cambio tiene múltiples implicancias. Por ejemplo, implica que a partir de este año no será apropiado ni conveniente utilizar el término “campana” para referirse a la vacunación contra esta enfermedad, porque su acepción más difundida alude a medidas extraordinarias, para cuya implementación se requiere movilizar recursos financieros y humanos que no forman parte del presupuesto o la infraestructura regular del sistema de salud. Ninguno de esos atributos es aplicable a la vacunación contra influenza, entendida como enfermedad objeto del PNI. El Decreto N° 1305 también sitúa la responsabilidad de la gestión regional del PNI en la máxima autoridad sanitaria de cada Región, y define a la red de Atención Primaria de Salud (APS) como su principal órgano ejecutor, primordial responsable de entregar los servicios de vacunación necesarios para el cumplimiento de los objetivos sanitarios del Plan. En consecuencia, a partir de este año no será necesario suscribir convenios ni contratos específicos con los administradores de la Red de APS, para la ejecución de los servicios de vacunación contra la influenza. Sin perjuicio de ello, cada Secretario(a) Regional de Salud tendrá la responsabilidad de evaluar la capacidad de ejecución existente en su respectiva jurisdicción, y de reforzarla en lo que sea necesario, para asegurar el cumplimiento de la medida de Salud Pública en el plazo y con la cobertura requeridas.

Los aspectos específicos del diseño que pueden incidir en la interfase entrega-recepción de los servicios incluyen: que las definiciones operativas de la población destinataria son parcialmente diferentes a las conocidas por los equipos de salud y la población general; que los grupos objetivo serán convocados en forma priorizada y secuencial, de acuerdo a las fechas de llegada y al número de dosis de cada partida de vacunas; que producto de lo mismo el período de ejecución podría ser más prolongado que lo habitual, y que el formato de presentación de la vacuna pandémica obligará a concentrar los servicios de vacunación en los establecimientos de la red asistencial formal, limitando las actividades en terreno a lo indispensable para llevar la vacunación a los beneficiarios que no puedan concurrir a solicitarla a los centros de salud.

SECCIÓN 3.-

Planificación Pre-Operativa

3.1 Definición de responsabilidades y funciones.

3.1.1 De la Subsecretaría de Salud Pública.

- ☞ Definir los objetivos sanitarios, los procedimientos administrativos, los estándares técnicos, los lineamientos operativos y los indicadores de cumplimiento de la intervención.
- ☞ Diseñar y proveer el soporte comunicacional de la intervención al nivel nacional
- ☞ Proveer las vacunas, los insumos y la logística de distribución desde el nivel central hasta el nivel intermedio (regional).
- ☞ Oficiar las conexiones intra y extra institucionales necesarias para satisfacer los requerimientos de la planificación y la ejecución de la intervención.
- ☞ Oficiar a los/las Secretarios/as Regionales Ministeriales para comprometer su responsabilidad en la gestión de la intervención y el cumplimiento de sus propósitos sanitarios al nivel de cada Región.

3.1.2 De la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

- ☞ Designar las contrapartes técnicas apropiadas para colaborar con los encargados de la Unidad de Inmunizaciones, en la identificación de las mejores estrategias de difusión, ejecución y monitoreo de la intervención en la red asistencial.
- ☞ Adherir a los lineamientos y los contenidos de la estrategia comunicacional diseñada por la autoridad de Salud Pública.
- ☞ Difundir los propósitos, la racionalidad y la operativa de la intervención a las directivas de los Servicios de Salud y jefaturas técnicas pertinentes
- ☞ Oficiar a las directivas y jefaturas técnicas de los Servicios de Salud, para comprometer su responsabilidad en la adherencia, promoción y ejecución de la intervención en los establecimientos asistenciales.

3.1.3 De las Autoridades Sanitarias regionales (SEREMI de Salud)

- ☞ Liderar la coordinación con las autoridades de los Servicios de Salud, y con los actores privados que corresponda, para asegurar que la intervención sea ejecutada conforme a los objetivos sanitarios, estándares técnicos y plazos definidos por la autoridad de Salud Pública.

- ☞ Instruir las medidas de capacitación, supervisión, fiscalización y reforzamiento del nivel ejecutor que sean necesarias para asegurar que la intervención sea conducida conforme a los objetivos sanitarios, estándares técnicos y plazos definidos por la autoridad de Salud Pública.
- ☞ Cautelar y gestionar las vacunas, los insumos y demás recursos públicos destinados a la intervención con máxima eficiencia, y en conformidad con los objetivos sanitarios y estándares técnicos definidos por la autoridad de Salud Pública.
- ☞ Organizar logísticas de distribución de vacunas e insumos que aseguren el abastecimiento suficiente y oportuno de los establecimientos ejecutores.
- ☞ Adherir a los lineamientos y contenidos de la estrategia comunicacional dispuesta por la autoridad de Salud Pública.
- ☞ Implementar medidas de monitoreo y rendición de cuentas de las vacunas, los insumos y demás recursos públicos destinados a la intervención.
- ☞ Delegar las tareas inherentes a sus responsabilidades en personal idóneo.

3.1.4 De las Directivas de los Servicios de Salud

- ☞ Difundir los propósitos, la racionalidad y la operativa de la intervención en todos los establecimientos asistenciales de su jurisdicción.
- ☞ Promover la vacunación de los trabajadores de la salud que satisfagan la definición operativa.
- ☞ Adherir a los lineamientos y contenidos de la estrategia comunicacional dispuesta por la autoridad de Salud Pública
- ☞ Promover el compromiso de la totalidad de los miembros de los equipos de salud con el éxito de la intervención, ya sea a través de la educación y referencia de las personas elegibles, la entrega de los servicios de vacunación, o el reporte oportuno y fidedigno de las prestaciones.
- ☞ Liderar la coordinación con las jefaturas de la Red de Atención Primaria (ASP), para asegurar que la intervención sea ejecutada conforme a los objetivos sanitarios, estándares técnicos y plazos definidos por la autoridad de Salud Pública.
- ☞ Delegar las funciones inherentes a sus responsabilidades en personal idóneo

3.1.5 De las Corporaciones y Departamentos Municipales de Salud

- ☞ Difundir los propósitos, la racionalidad y la operativa de la intervención en todos los centros de salud de cada municipio.
- ☞ Promover la vacunación de los funcionarios que satisfacen la definición operativa.

- ☞ Adherir a los lineamientos y contenidos de la estrategia comunicacional dispuesta por la autoridad de Salud Pública
- ☞ Promover el compromiso integral de los equipos de salud con el éxito de la intervención, ya sea a través de la educación y referencia de las personas elegibles, la entrega de los servicios de vacunación, o el reporte oportuno y fidedigno de las prestaciones.
- ☞ Implementar la entrega de servicios de vacunación en todos los consultorios y centros de salud que cuenten con vacunatorios, al menos durante el horario de funcionamiento normal de cada establecimiento, y en extensión horaria si fuese necesario.
- ☞ Asegurar personal suficiente, capacitado y motivado para atender la demanda de servicios de vacunación.
- ☞ Asegurar que se cumplan las rondas rurales, visitas a pacientes postrados y demás actividades rutinarias que permitan llevar la vacunación a los usuarios-elegibles que no pueden desplazarse hacia los centros ejecutores de la Comuna.
- ☞ Asegurar personal suficiente, capacitado y motivado para registrar y reportar las vacunaciones en forma oportuna y fidedigna, de acuerdo a los procedimientos instruidos en el plan operativo.
- ☞ Delegar las funciones inherentes a sus responsabilidades en personal idóneo

3.2 Definiciones operativas de los grupos objetivo.

3.2.1 *Para el propósito de preservar la integridad de los servicios asistenciales, la población objetivo de la intervención estará compuesta por los siguientes grupos de personas.*

- ☞ Todos los trabajadores, voluntarios o estudiantes empadronados y autorizados por la autoridad que corresponda, que desempeñan sus labores en establecimientos asistenciales públicos, sea en contacto directo con enfermos; en servicios de apoyo clínico (laboratorios, bancos de sangre, radiología, alimentación, etc.); en unidades administrativas (archivos, asignación de horas, aseo, mantención, etc.) o de apoyo logístico.
- ☞ Todos los trabajadores, voluntarios o estudiantes empadronados y autorizados por la autoridad que corresponda, que desempeñan sus labores en establecimientos asistenciales privados o institucionales que cuentan con unidades de atención de urgencias y/o servicios de hospitalización, y desarrollen tareas que involucren contacto cercano con enfermos, en servicios de apoyo clínico, laboratorios, bancos de sangre, radiología y alimentación.

3.2.2 Para el propósito de prevenir muertes y morbilidad grave causada o secundaria a infección por virus A\H1N1, la población objetivo de la vacunación estará compuesta por los siguientes grupos de personas:

- ☞ Todas las embarazadas, a partir de la 13^a semana de gestación.
- ☞ Todos los niños y niñas de edades comprendidas entre los 6 y los 23 meses.
- ☞ Todos las personas de 65 años y más
- ☞ Todos los pacientes portadores de alguna de las siguientes condiciones de riesgo.
 - Diabetes
 - Enfermedades pulmonares crónicas, específicamente: asma bronquial; EPOC; fibrosis quística; fibrosis pulmonar de cualquier causa.
 - Cáncer en tratamiento con radioterapia, quimioterapia, terapias hormonales o medidas paliativas de cualquier tipo.
 - Cardiopatías, específicamente: congénitas; reumática; isquémica y miocardiopatías de cualquier causa, con excepción de la hipertensiva
 - Enfermedades neuromusculares congénitas o adquiridas que determinan trastornos de la deglución o del manejo de secreciones respiratorias.
 - Obesidad con Índice de Masa Corporal > a 40
 - Insuficiencia renal en etapa 4 o mayor
 - Insuficiencia renal en diálisis .
 - Insuficiencia hepática crónica.
 - Enfermedades autoinmunes como Lupus; escleroderma; artritis reumatoidea, enfermedad de Crhon.
 - Infección por VIH.
 - Inmunodeficiencias congénitas

3.2.3 Para el propósito de reducir morbilidad y demanda asistencial ambulatoria asociada a infección por virus A\H1N1, la población objetivo de la vacunación estará compuesta por

- Todos los niños y niñas de 2 a 14 años de edad residentes en las Regiones VI, VII, VIII y IX.
- Todas las personas que se encuentren viviendo en albergues o campamentos, en las Regiones VI, VII, VIII y IX.

3.3 Población y personas destinatarias de la intervención

3.3.1 *Estimación preliminar de la población a vacunar.*

Para efectos de calcular los requerimientos de vacunas e insumos, y los aspectos cuantitativos de la logística de almacenaje y distribución, el número de personas a vacunar, por grupos objetivo, fue estimado con base en las siguientes fuentes y supuestos:

- La población de niños de 6 a 23 meses de edad, y la de embarazadas con 13 o más semanas de gestación fue estimada con base en la proyección del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) para el año 2010, ajustada por el Departamento de Información y Estadísticas (DEIS-Minsal).
- Para estimar la población de adultos de 65 años y más, y la de niños de 2 a 14 años de las regiones VI a IX se utilizó la proyección del INE para el año 2010.
- Para estimar a población de pacientes crónicos se utilizó el número de vacunados de 2 a 59 años vacunados con este criterio el año 2009, más 16,5% de la población de 60 a 64 años proyectada por el INE para el año 2010.
- El número de personas que satisfacen la definición de personal de salud fue calculado con base en el total de personas vacunadas con ese criterio el año 2009, más 30%.

La población objetivo total así estimada asciende a 3.471.000 personas, equivalente a 20,3% de la población total del país. La Tabla 1 (Anexo 1) muestra la distribución de la población objetivo, por regiones y grupos específicos.

3.3.2 *Ensamblado de una base de datos de personas destinatarias de la intervención.*

Considerando el escenario de demanda discutido en 2.3.2, esta planificación consideró fundamental implementar medidas tendientes a asegurar que la totalidad de las vacunas distribuidas por el Ministerio de Salud sean utilizadas conforme a las definiciones operativas de los grupos objetivo. Orientado a este requisito se impulsó el ensamblado de una base de datos nominal de la población destinataria de la intervención, donde las personas elegibles (o la mayoría de ellas) están pre-identificadas con su nombre completo, RUN, fecha de nacimiento y criterio de elegibilidad. Esta base de datos estará vinculada al sistema de registro de las vacunaciones. De esta forma será posible fiscalizar el cumplimiento de las definiciones operativas en los establecimientos ejecutores, y documentar imparcialidad en la distribución de las vacunas, frente a las personas no convocadas a recibirla. El registro individual y trazable de las inmunizaciones está contemplado en el Plan de Calidad-2010 del PNI.

El ensamblado de la base de datos de la población objetivo fue coordinado y liderado por el DEIS, en dos etapas. La primera consistió en el acopio de datos de identidad de personas elegibles, disponibles en el Ministerio de Salud y en otras reparticiones del sector (por ejemplo, la base de datos de recién nacidos inscritos disponible en el DEIS; la base de datos de funcionarios de Atención Primaria y de los Servicios de Salud, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales y los Departamentos de Recursos Humanos de los Servicios de Salud,

respectivamente). En esta etapa también se acopiaron datos aportados por organizaciones externas, como las Asociaciones de Clínicas Privadas y las Direcciones de Sanidad de las Fuerzas Armadas y de Orden. Las coordinaciones para satisfacer esto último fueron iniciadas por la Subsecretaría de Salud Pública, y gestionadas a través de los canales oficiales definidos por cada institución contactada. El acopio de datos provenientes de estas fuentes corporativas transcurrió entre el 15 de febrero el 8 de marzo, apoyado con una herramienta computacional autoexplicativa, desarrollada e instalada para este fin en el sitio Web del DEIS (Anexo 2: Manual para el Usuario de la Herramienta de Carga de Datos de Personas Elegibles)

La segunda etapa del ensamblado del repositorio de datos de identidad comenzó el 8 de marzo. Los establecimientos del nivel fueron invitados a consultar la base de datos, a verificar si su personal y sus usuarios están debidamente registrados, y agregar aquellos que pudieran haber sido omitidos durante la primera fase del proceso (Paralelamente se ha continuado insistiendo en la solicitud oficiada a FONASA en octubre de 2009, de compartir con el DEIS la población inscrita en APS, validada para el año 2010).

Por razones obvias, los equipos técnicos y ejecutores de las regiones VI a IX fueron liberados de cualquier requerimiento relacionado con este proceso.

3.3.3 Descripción del sistema de registro y reporte de las actividades de vacunación.

El registro de las vacunaciones será caso a caso, con trazabilidad de la persona vacunada, su comuna de residencia, el vacunador, el establecimiento, la fecha de vacunación y la serie o lote del producto administrado.

El sistema oficial de reporte de las actividades de vacunación será una aplicación computacional específicamente desarrollada para este fin, en el sistema de Registro de Población en Control del DEIS (RPEC-DEIS) (Anexo 2: Manual para el Usuario del Módulo Inmunizaciones-RPEC). La aplicación desarrollada para reportar las vacunaciones contra influenza A\H1N1 servirá de prueba de campo para la implementación del Registro Único Nacional de Inmunizaciones (RUNI-RPEC), que pasará a ser el sistema oficial de registro y reporte de todas las vacunaciones distribuidas por el PNI a partir del 2º semestre del año en curso.

El módulo Inmunizaciones-RPEC tiene funciones de búsqueda por RUN, fecha de nacimiento y otros identificadores personales, direccionadas a la base de datos de personas elegibles descrita en 3.3.2. Estas funciones permiten agilizar el registro y reporte de las vacunaciones; reducir errores de digitación, y documentar la condición de elegibilidad de cada persona vacunada. El módulo también permite agregar y asignar vacunas a personas que no están previamente registradas en la base de datos poblacional.

Los usuarios del módulo Inmunizaciones-RPEC son los funcionarios designados por la jefatura de cada establecimiento para vacunar y/o reportar las actividades de vacunación; los profesionales y técnicos encargados organizar y/o supervisar la ejecución de los servicios de vacunación, en las Corporaciones o Departamentos de Salud Municipal y los Servicios de Salud; y los funcionarios que las autoridades sanitarias centrales y regionales hayan designado para gestionar el stock de vacunas e insumos y fiscalizar el cumplimiento de la intervención.

El administrador del sistema RPEC (la empresa Saydex, contratada por el DEIS) asignará a cada usuario del módulo Inmunizaciones una clave personal, vinculada a un perfil

pre-definido de acceso a niveles progresivos de datos “crudos” (locales, comunales, regionales y nacionales) conforme a sus funciones específicas en la operativa de la intervención.

Todos los establecimientos ejecutores e instituciones públicas o privadas que reciban vacunas distribuidas por el Ministerio de Salud, sea para sus trabajadores de la salud y/o usuarios elegibles, deberán reportar las dosis administradas a través del módulo Inmunizaciones-RPEC. Para las vacunas administradas en instalaciones de la red asistencial se espera una latencia no mayor a 24 horas, desde la entrega del servicio hasta el reporte en el sistema.

En las regiones VI a IX, la latencia del reporte será flexible, y quedará a discreción de los equipos locales. Así mismo, se da por entendido que las vacunaciones distribuidas en actividades de búsqueda activa (como las rondas rurales, vistas a hogares de ancianos, etc.) tendrán una latencia de reporte superior al estándar, y que puede otras situaciones justificadas de excepción no previstas en esta planificación. En cualquier caso, el requisito común y mínimo del sistema reporte de la vacunación es un registro individual, en soporte físico (papel) o digital, que permita trazar la persona vacunada, su comuna de residencia, el vacunador, el establecimiento o lugar donde se administró la vacuna; la fecha de vacunación y la serie o lote del producto administrado.

Los datos ingresados al módulo Inmunizaciones-RPEC alimentarán automáticamente el Reporte Estadístico Mensual (REM) de cada establecimiento, y servirán para generar un informe de avance de la intervención, de acceso público, en la página Web de Ministerio de Salud. El formato de este último será idéntico al utilizado para la campaña de vacunación anti-influenza del año 2009.

3.4 Suministro de Vacunas e Insumos

3.4.1 Características técnicas de la vacuna seleccionada

La vacuna de la intervención fue seleccionada entre las opciones licitadas por el Fondo Rotatorio, en consideración a criterios de seguridad, simplicidad operativa y oportunidad del suministro. El primer criterio privilegió las alternativas producidas con la tecnología tradicional, de propagación en huevos, y las formulaciones sin adyuvantes; el segundo las de presentación líquida (que no requieren reconstitución) y el tercero la disponibilidad de la totalidad de las dosis requeridas antes de la última semana de marzo de 2010. Para la compra de las dosis adicionales se aplicó la misma lógica de la compra original.

La vacuna es producida por Sanofi pasteur (Swiftwater, PA, Estados Unidos) con base en viriones fraccionados, obtenidos por propagación de la cepa semilla en huevos embrionados de gallina e inactivación con formaldehído. El proceso de manufactura es idéntico al de la vacuna estacional trivalente (Vaxigrip®) del mismo fabricante. Está registrada en numerosos países para uso a partir de los 6 meses de edad, con base en los estándares exigidos por la FDA de los Estados Unidos y la agencia reguladora de medicamentos de la comunidad europea (EMA). La presentación multi-dosis seleccionada por el Ministerio de Salud fue pre-calificada por OMS el 26 de Enero de 2010 (Anexo 3-a), y registrada por el Instituto de Salud Pública el 25 de febrero de 2010 (N°B-212610) (Anexo 3-b)

El proceso de producción no utiliza antibióticos. El material viral es concentrado y purificado del fluido alantoico mediante centrifugación en columnas de sucrosa en gradiente, y posteriormente fraccionado utilizando el surfactante no-iónico Triton X. El producto final tiene aspecto claro, incoloro a ligeramente opalescente. Cada dosis de 0,5 mL contiene 15 mcg de hemaglutinina A extraída de la cepa A\California\07\2009-H1N1v-like. Los excipientes incluyen residuos de formaldehído (menos de 100 mcg por dosis); polietilen-glicol (menos de 0,02%); sucrosa (menos 2%) y gelatina al 0,05% como estabilizante. La presentación seleccionada para la intervención es en viales de 10 dosis. Esta presentación contiene 25 mcg de mercurio asociado a timerosal, por cada dosis de 0.5 mL. La vacuna debe ser transportada y conservada a 5°C (+/- 3°C) hasta el momento de la administración.

Desde Octubre de 2009 a la fecha se han administrado más de 100 millones de dosis de la vacuna contra influenza pandémica A\H1N1 que distribuirá el Ministerio de Salud, en los Estados Unidos y en varios países de Europa. Ninguno los sistemas de vigilancia de los países que han utilizado esta vacuna ha emitido advertencias de seguridad u otras notificaciones preocupantes. El fabricante ha realizado 2 retiros voluntarios de algunos lotes de la presentación monodosis, distribuida en los Estados Unidos para uso pediátrico. Los retiros han sido motivados por sospechas de pérdida de potencia antigénica y no por problemas de seguridad. La presentación seleccionada para la intervención es en viales de 10 dosis. Hasta ahora no ha habido reportes de pérdida de potencia antigénica en las pruebas de seguimiento de la estabilidad de esta presentación.

3.4.2 Características del envase, el embalaje y la carga aérea de vacunas.

- La unidad de envasado de fábrica es una caja de 100 viales (10 dosis x vial) que mide 32,0 cm x 16,5 cm x 14,5 cm (~7,7 lt³) y pesa 2,5 Kg. El suministro total será de (aproximadamente) ~3500 cajas
- La unidad de embalaje es un pallet plástico cargado con 150 envases (de 100 viales cada uno). Cada pallet mide 102 x 122 x 135 cm (1,7 m³) y cargado pesa 411 Kg.
- El suministro total estará embalado en 24 a 26 pallets. Cada pallet saldrá de la fábrica con un dispositivo de monitoreo y registro continuo de temperatura modelo TempTale 4®.
- El transporte a Chile será por vía aérea, en contenedores con generador de frío modelo Envirotainer®-RAPt2. Cada contenedor tiene capacidad para 8,2 m³ de carga refrigerada, suficiente para 4 a 5 pallets. La temperatura del contenedor es monitoreada y registrada en forma continua mediante un dispositivo TempTale 4® ubicado en el exterior, que permite vigilancia visual de la temperatura interior del contenedor durante el traslado aéreo.

3.5 Logísticas de Almacenamiento y Distribución de las Vacunas y los Insumos.

Los servicios logísticos de almacenamiento central, embalaje y distribución a regiones, de la vacunas adquiridas a través del Fondo Rotario (y de las eventuales donaciones o compras

directas que se realicen para satisfacer los requerimientos de la expansión de la intervención) fueron contratados a un operador privado, con base en los estándares recomendados por OMS².

La compra insumos clínicos fue gestionada por Cenabast.

Las vacunas y los insumos no refrigerados serán distribuidos por los operadores respectivos, a los puntos de almacenamiento del PNI, administrados por la Autoridad de Sanitaria de cada Región.

La intervención movilizará un volumen neto de ~ 26 m3 de vacunas, en envases de 100 viales, que deben ser almacenados y transportadas en cadena de frío, a 5°C (+/-3°C), con un peso (también neto) de 8.000 Kg.

El plan de distribución contempla 6 entregas de vacunas, en 5 puntos de la Región Metropolitana, más 3 envíos de insumos clínicos y 3 de vacunas, en el resto de los puntos de distribución del país.

La primera ronda de distribución de vacunas se inició el viernes 19 y terminará el jueves 25 de marzo, dejando abastecidos todos los recintos de almacenamiento intermedio del PNI. Las dosis distribuidas en la primera ronda son suficientes para cubrir los requerimientos del personal de salud, las embarazadas y los niños de 6 a 23 meses de edad. Las dosis remanentes (~ 50.000 dosis) serán destinadas al inicio de la vacunación de niños y escolares de 2 a 14 años, en las regiones VI a IX. El despacho de la segunda partida de vacunas adquiridas al Fondo Rotatorio está anunciado (informalmente) para el lunes 29 de Marzo.

3.6 Plan de Comunicación Social y Difusión Técnica de la Estrategia de Vacunación

3.6.1 Consideraciones generales.

El propósito del plan de comunicación social es contribuir al éxito sanitario y operativo de la vacunación contra influenza A\H1N1-2010. La estrategia está primariamente orientada a neutralizar los riesgos discutidos en 2.3, y debe ser aplicada en forma homogénea en todo el país. Para asegurar esto último es de vital importancia que las autoridades de salud de las regiones y los Servicios de Salud planifiquen el manejo de los aspectos comunicacionales en forma conjunta; focalicen la tarea de interactuar con los medios de prensa en un número acotado de profesionales competentes en las materias técnicas atinentes a la intervención, y cautelen que los mensajes de las autoridades y jefaturas locales se mantengan alineados con los conceptos y los contenidos de la estrategia comunicacional definida por la autoridad del nivel central.

3.6.2 Componentes y contenidos del plan de comunicación y difusión social.

El principal componente del plan de difusión y comunicación social es una campaña publicitaria multi-medial, cuyos soportes, piezas, producción y plan de medios fueron encargados a una agencia con experiencia en temas de salud pública, seleccionada mediante un

² WHO/V&B/02.16; Ensuring the Quality of Vaccines at Country Level.)

proceso de licitación pública. La fecha de lanzamiento de la campaña publicitaria en radio y televisión es el 22 marzo.

Los contenidos de la campaña publicitaria apuntan a educar a la comunidad acerca de racionalidad de estrategia de vacunación; a que las personas puedan reconocer su condición de elegibilidad y la de sus cercanos, y a suscitar solidaridad de las personas no elegibles, para que su demanda no interfiera con la prioridad de vacunar a los grupos de mayor riesgo. La campaña publicitaria también instará a las personas a asumir un rol activo en su propia información, proporcionándoles las fuentes adecuadas para ello.

Para complementar la campaña publicitaria se instalará un espacio de información al público, en la página Web del Ministerio de Salud. La información allí publicada profundizará en los conceptos y contenidos de la campaña publicitaria, con énfasis en aspectos técnicos y operativos tales como las características de la vacuna; los establecimientos públicos y privados que participan en su distribución; y el cronograma de vacunación de los diferentes grupos objetivo. La información será actualizada cada vez que sea necesario, a lo largo de todo el periodo de ejecución de la intervención, y estará permanentemente coordinada con Salud Responde. Se espera que ambos soportes funcionen en forma sinérgica y potencien entre sí: Salud Responde como canal de promoción de la información disponible en el sitio Web, y éste último como apoyo a la función de Salud Responde.

Un tercer componente del plan de difusión y comunicación social, dirigido a periodistas y editores de prensa que se dedican a los temas del sector salud, buscará mejorar la calidad de la información técnica que se difunde a través de las noticias y notas periodísticas, y sensibilizar a los medios sobre las potenciales consecuencias de propagar información errónea, y de instalar polémicas que debiliten la confianza de la población en las medidas dispuestas por las autoridades de Salud Pública. Este componente sería desarrollado (tentativamente) durante la última semana de marzo, a través de 2 a 3 reuniones entre profesionales de la Unidad de Inmunizaciones y del Departamento de Epidemiología y los actores de interés. Los contenidos técnicos abarcarán definiciones de conceptos y vocabulario, y nociones básicas sobre inmunología, epidemiología y clínica de la influenza, etc. Las reuniones serán programadas y convocadas por el Departamento de Comunicaciones del Ministerio de Salud.

3.6.3 Programa de difusión capacitación de los equipos técnicos de las SEREMIs y los Servicios de Salud.

Se elaboró un programa de difusión vía videoconferencias, orientado a las autoridades de las SEREMIs y los Servicios de Salud, y un plan de capacitación a distancia para los equipos técnicos. Las actividades realizadas a la fecha son:

**** Video Conferencia 1:***

Fecha: 8 de Febrero de Febrero de 2010 (PM)

Convocantes Subsecretario (S) de Redes Asistenciales; Encargadas de la Unidad de Inmunizaciones de DIPRECE; Jefe de Dpto. de Atención Primaria y Redes ambulatorias;

Participantes Directores de los Servicios de Salud; Encargados de APS; Epidemiólogos, Jefes de Estadísticas y Jefes de Informática de los

Servicios de Salud; Jefes de Salud Pública y Encargados del PNI de las SEREMIs

Objetivo: Explicar la estrategia de vacunación contra influenza A\H1N1-2010; los potenciales riesgos previstos y las estrategias de contención
Explicar aspectos críticos de la logística y la planificación de la ejecución local

* ***Video Conferencia 2:***

Fecha: 25 de Febrero de 2010 (PM)

Convocantes Jefe del Dpto. de Enfermedades Trasmisibles y Encargadas de la Unidad de Inmunizaciones de DIPRECE; Jefe de Dpto. de Atención Primaria y Redes ambulatorias; Jefe de Proyecto RPEC, DEIS.

Participantes Jefes de Salud Pública y Encargados del PNI de las SEREMIs; Encargados de APS; Epidemiólogos, Jefes de Estadísticas y Jefes de Informática de los Servicios de Salud; Coordinadores Municipales de Salud.

Objetivo: Explicar y resolver dudas técnicas sobre los aspectos críticos de la logística y la planificación de la ejecución local (excepto procedimiento de registro)

Compartir y discutir ideas para adaptar los requerimientos a las realidades locales

Presentar y distribuir el Manual del Usuario del Módulo de Registro de Inmunizaciones – RPEC y video explicativo

Presentar y distribuir la Versión 1 del Manual del Usuario del Software de Gestión y Control del Stock del PNI.

* ***Video Conferencia 3:***

Fecha: 26 de Febrero de 2010 (AM)

Convocantes Encargadas de la Unidad de Inmunizaciones de DIPRECE; Jefe de Proyecto RPEC (DEIS)

Convocados Encargado del desarrollo del módulo de registro de inmunizaciones (empresa Saydex); Jefe de Salud Pública y Encargados del PNI de las SEREMIs; Encargados de APS; Epidemiólogos y Jefes de Estadísticas de los Servicios de Salud; Coordinadores Municipales de Salud. Profesionales encargados de coordinar las actividades de vacunación en las principales clínicas y hospitales institucionales.

Otros profesionales y técnicos de las SEREMIs, los Servicios, o los establecimientos ejecutores públicos privados, a criterio de los equipos locales.

Objetivo: Explicar la finalidad de la base de datos de personas destinatarias de la vacunación; su estado de avance a la fecha de VC-3 y los pasos a seguir al nivel local.

Demostrar el funcionamiento del Módulo de Registro de Inmunizaciones-RPEC.

* ***Video Conferencia 4:***

Fecha: 1 de Marzo de 2010 (AM)

Convocantes Encargadas de la Unidad de Inmunizaciones de DIPRECE.

Convocados Jefe de Salud Pública y Encargados del PNI de las SEREMIs; Encargados de APS de los Servicios de Salud; profesionales encargados de coordinar y supervisar la vacunación en las principales clínicas y hospitales institucionales; Coordinadores Municipales de Salud.

Otros profesionales y técnicos de las SEREMIs, los Servicios, o los establecimientos ejecutores públicos privados, a criterio de los equipos locales

Objetivo: Revisar los procedimientos y técnicas del nivel ejecutor; los indicadores de gestión y cumplimiento de coberturas; los componentes del plan de calidad; los contenidos mínimos del programa de capacitación de nivel ejecutor y los procedimientos de supervisión y fiscalización de la ejecución.

* ***Video Conferencia 5:***

Fecha: 17 de Marzo de 2010 (AM)

Convocantes Subsecretaria de Salud Pública

Encargada de la Unidad de Inmunizaciones, DIPRECE.

Convocados SEREMIs y Directores de Servicios de Salud; Jefe de Salud Pública y Encargados del PNI de las SEREMIs

Objetivo: Explicar la estrategia de vacunación contra influenza A\H1N1-2010; los potenciales riesgos previstos y las estrategias de contención.

Definir responsabilidades y funciones de las autoridades ejecutivas de la SEREMI y de Redes Asistenciales

SECCIÓN 4.-

Procedimientos Operativos del Nivel Ejecutor

4.1 Organización de los servicios de vacunación.

4.2.1 *Estimación de la demanda de servicios de vacunación, por comunas y regiones.*

La Tabla 1 (Anexo 1) permite una primera aproximación al número de personas a vacunar, por grupos objetivo, en las diferentes regiones y comunas del país. Adicionalmente, el Anexo 4 ofrece una tabulación de los datos de la vacunación contra influenza del año 2009, correspondientes a los grupos objetivo más relevantes para la vacunación de este año. Los datos están desagregados al nivel de regiones y comunas, y también agrupados con base en dos criterios de ocurrencia: comuna urbana o rural, y tipo de establecimiento, con las categorías público, privados y otros. El rubro “otros” engloba lugares de vacunación que no corresponden a la definición de establecimientos asistenciales ni están codificados por el DEIS. La condición de “ruralidad” se refiere a la ubicación del establecimiento donde se administró la vacuna, y no necesariamente a la caracterización de la Comuna.

En conjunto, la Tabla 1 y el Anexo 2 permiten estimar la demanda esperada de vacunaciones **en todas los municipios cuya red asistencial no fue alterada por el terremoto del 27 de febrero**. La base de datos del año 2009 también contiene información detallada por establecimientos, postas rurales, vacunadores, fechas y otros datos útiles para programar las modalidades de entrega de los servicios.

Además de los datos cuantitativos ya mencionados, la planificación de los servicios en las **regiones y municipios cuya red asistencial no fue alterada por el terremoto del 27 de febrero** deberá tener en consideración lo siguiente:

- Los grupos objetivo serán convocados en dos etapas, con un intervalo (estimado) de 2 a 3 semanas entre fechas de inicio. La primera etapa comenzará la semana del 22 de marzo, con el personal de salud; la semana siguiente se agregarán las embarazadas y los niños de 6 a 23 meses. La segunda etapa, a partir del 12 de Abril, convocará a los pacientes crónicos y a los adultos de 65 años.
- Para evitar congestión de los establecimientos ejecutores se deberá agilizar al máximo la vacunación del personal de salud, las embarazadas y la primera dosis de los niños menores de 2 años, e idealmente finalizar la atención de estos grupos antes de que se anuncie la vacunación de los pacientes crónicos y a los adultos de 65 y más años de edad.
- Las actividades de vacunación que requieran movilizar equipos de salud hacia la comunidad (por ejemplo, rondas rurales, visitas a hogares de ancianos, pacientes postrados, albergues, etc.) no deberán adherir al cronograma de la convocatoria difundida a través de la campaña publicitaria. Por el contrario, estas actividades deberán optimizar el esfuerzo de la movilización del personal de salud, abarcando todas las personas elegibles que sean detectadas en cada lugar visitado.

- El suministro de vacunas estará estrechamente ajustado a las necesidades de la población objetivo, por lo tanto se deberán extremar las medidas para minimizar las pérdidas de vacunas.
- Se debe tener presente que el formato de presentación de la vacuna (en frascos multidosis), es poco apto para uso fuera de recintos certificados para procedimientos clínicos, y requiere ser manipulado por profesionales o técnicos paramédicos debidamente capacitados
- De lo anterior se infiere que los servicios de vacunación deberán ser mayoritariamente en establecimientos de la red asistencial formal, específicamente en vacunatorios públicos o privados autorizados por el SEREMI, y en los hospitales y clínicas donde se concentran las personas que satisfacen la definición operativa de trabajadores del sector salud. Las vacunaciones fuera de estos recintos estarán restringidas a ciertas actividades rutinarias específicas (como rondas rurales, visitas a pacientes postrados y hogares de ancianos y otras situaciones justificadas.
- Será responsabilidad de las redes locales evaluar la necesidad de ofrecer servicios de vacunación en horario extendido o días no hábiles, en algunos o todos los establecimientos de APS de cada comuna³.
- La distribución de la vacuna A\H1N1 debe ser asumida como una tarea de los equipos de salud, y no como una responsabilidad exclusiva de quienes sean designados para ejecutar las actividades específicas. Todos los miembros de los equipos de APS, y de los servicios de atención secundaria y terciaria, deben estar capacitados para informar a los usuarios y colaborar en la referencia de las personas elegibles, a los lugares de vacunación.
- La influenza (en cualquiera de sus modalidades epidemiológicas) está Decretada Enfermedad Transmisible de Vacunación Obligatoria⁴. En consecuencia, los servicios de vacunación que demande la estrategia de control definida cada año son parte del trabajo regular de la estructura operativa del Plan Nacional de Inmunizaciones, incluyendo sus niveles de gestión y ejecución.

Para las regiones del Libertador Bernardo O'Higgins, Maule, Bio Bio y Araucanía valen las consideraciones detalladas a continuación, sin perjuicio de aquellas enunciadas en la lista anterior que, a juicio de los equipos locales, sean aplicables al escenario asistencial de cada localidad.

- En los centros de salud que mantengan su capacidad operativa indemne se sugiere adherir al cronograma de convocatoria de los grupos objetivo previsto para el resto del país.
- Los niños de edad pre-escolar y escolar tienen un rol importante en la transmisión de los virus influenza. La vacunación de este grupo tiene potencial para producir un efecto de protección indirecta en la población no vacunada, a través de un mecanismo de bloqueo de la transmisión viral. Para lograr este efecto es indispensable inmunizar precozmente al grupo señalado, idealmente antes que la circulación del virus A\H1N1

³ El presupuesto de la intervención contempla un fondo de recursos, traspasables a las Corporaciones o Departamentos Municipales de Salud, para pago de horas extras al personal a cargo de los servicios de vacunación.

⁴ Decreto N° 1305, del 23 de septiembre de 2009; y N° 06, del 29 de enero de 2010

sea detectable a través de los mecanismos habituales de vigilancia clínica y virológica de influenza.

- La población de niños de 2 a 14 años de las regiones declaradas zona de catástrofe representa 63% de la población objetivo de esas 4 regiones (1.059.612 de 1.692.169). Es prácticamente imposible que la red asistencial pueda hacerse cargo de la vacunación de estas personas en forma oportuna, y sin afectar los servicios de los otros grupos.
- Los equipos técnicos de las SEREMI y de los Servicios de Salud deberán promover que se instale uno o más puestos de vacunación en cada municipio, específicamente destinados a la atención de escolares
- Los niños de 2 a 4 años deberían ser (preferentemente) referidos a los establecimientos de APS que mantengan su capacidad operativa.
- Los servicios de vacunación serán reforzados con operativos móviles enviados desde el nivel central, que se podrán a disposición de las necesidades que les indiquen los encargados de la operación local, especialmente en lugares con mayor dificultad de acceso, campamentos, albergues, etc.
- Los operativos móviles irán a cargo de un profesional de enfermería enviado desde el nivel central, quien deberá formar equipo con un profesional o un TPM del plantel local, conocedor de las localidades donde se distribuirán los servicios.
- Además de apoyar la distribución de la vacunación anti-influenza, los operativos móviles tendrán la misión de implementar un plan de vacunación de contingencia, de acuerdo a las necesidades detectadas en cada localidad visitada: (este plan será materia de un documento específico actualmente en preparación)

4.2.2 Procedimiento de registro y reporte de las vacunaciones.

Para efectos de este procedimiento se entenderá por **registro** el testimonio verificable de la administración de una dosis de vacuna, en un soporte físico o electrónico, por parte del profesional o el técnico que ejecutó el servicio. El registro las vacunaciones deberá satisfacer los siguientes requisitos.

- Debe ser caso-a-caso e inmediatamente posterior a la administración de cada dosis, es decir en presencia de la persona recién vacunada.
- Es responsabilidad exclusiva del profesional o técnico que administró la vacuna. En caso de que el registro sea asistido por otra persona, la calidad y veracidad de los datos seguirá siendo responsabilidad del vacunador.
- Deberá permitir trazabilidad del individuo vacunado, la comuna de residencia, el vacunador, el lugar y la fecha de vacunación, y el lote de vacuna administrada.

Se entenderá por **reporte** el acto de informar las vacunaciones administradas al DEIS-Minsal, en su calidad de entidad responsable de acopiar y analizar las estadísticas de producción de servicios asistenciales de los establecimientos de la red pública de salud. El reporte se realizará por vía Internet y deberá satisfacer los siguientes requisitos:

- El canal oficial de los reportes será el módulo Inmunizaciones-RPEC, cuyas funcionalidades y condiciones de uso están descritos en la sección 3.3.3 y en el Manual del Usuario (Anexo 2)
- Si en el lugar donde se administra la vacuna existe un computador conectado a Internet, el reporte podrá realizarse en tiempo real, simultáneamente con el registro de la vacunación.
- Si en el lugar donde se administra la vacuna no existe un computador conectado a Internet, el reporte se realizará en forma diferida, con una latencia no superior a 24 horas, e idealmente dentro de 12 horas a contar de la vacunación⁵
- Si en el lugar donde se administra la vacuna no existe un computador conectado a Internet, el reporte al módulo Inmunizaciones-RPEC podrá ser realizado por un operador diferente al que administró la vacuna, utilizando como fuente de datos el registro realizado por el vacunador.

De lo anterior se desprende que, dependiendo del equipamiento y la conectividad disponible en el lugar donde se realice la vacunación, el procedimiento de registro y reporte de las vacunaciones podrá adoptar las modalidades siguientes:

- Los vacunatorios que dispongan de un PC conectado a Internet podrán registrar las vacunaciones directamente en el módulo Inmunizaciones-RPEC, y reportarlas en tiempo real al repositorio central del sistema.
- Los vacunatorios que no dispongan de un PC conectado a Internet deberán registrar las vacunas administradas en una interfaz de papel, y reportarlas al módulo Inmunizaciones-RPEC al término de cada jornada de trabajo, desde un equipo ubicado en otra dependencia del mismo establecimiento (por ejemplo el SOME u otra oficina administrativa); desde un establecimiento vecino donde existan las condiciones requeridas; desde dependencias de la Corporación o el Departamento de Salud del Municipio respectivo, o desde cualquier equipo conectado a Internet y habilitado con el sistema RPEC.⁶
- La interfaz de papel podrá ser un formulario abierto o, preferentemente, un listado pre-impreso con los datos de identidad de las personas que se espera vacunar (por ejemplo, las embarazadas bajo control; o la matrícula escolar de 1° a 8° básico, en las regiones VI a IX). Los listados pre-impresos tienen la ventaja de reducir el tiempo y los errores de registro manual de los datos de identidad, y facilitan la legibilidad de los datos, a la hora de su transcripción al sistema computacional.
- En cualquier escenario, el requisito mínimo del reporte de las vacunaciones es un registro caso-a-caso, en soporte físico (papel) o digital, que permita trazar la persona

⁵ En las regiones VI a IX, la latencia del reporte al sistema Inmunizaciones-RPEC será flexible, y quedará a discreción de los equipos locales. Así mismo, se entiende que las vacunaciones distribuidas en actividades de búsqueda activa de la población objetivo (como rondas rurales, visitas a albergues, a hogares de ancianos, etc.) tendrán una latencia de reporte superior al estándar, y que puede haber otras situaciones justificadas de excepción no previstas en esta planificación.

⁶ El presupuesto de la intervención dispone de un fondo para apoyar actividades de extensión horaria de vacunación y/o digitación de datos, en los establecimientos de APS. Se está explorando la vía administrativa más expedita para traspasar estos recursos a los establecimientos ejecutores de la red de APS, y para distribuirlos en forma equitativa y proporcionalmente al esfuerzo de los equipos locales.

vacunada, la comuna de residencia, el criterio de elegibilidad; el vacunador, el establecimiento o lugar donde se administró la vacuna; la fecha de vacunación y la serie o lote del producto administrado. El Anexo 2 contiene un modelo de formulario que satisface estos requisitos mínimos. de registro de las vacunaciones.

Otras características del sistema de reporte vía Inmunizaciones-RPEC son:

- El sistema estará interconectado con la herramienta de gestión de stock del PNI, que está operativa en el nivel central e intermedio del programa desde octubre de 2009, y que será extendido al nivel ejecutor a partir de esta intervención. (Anexo 1: Manual del Usuario de la Herramienta de Gestión de Stock del PNI)
- El sistema cuenta con una mesa de ayuda por vía telefónica, correo electrónico y mensajería de texto., y con una páginas
- Los datos ingresados al módulo inmunizaciones-RPEC alimentarán automáticamente el Reporte Estadístico Mensual (REM) de cada establecimiento.
- Los datos ingresados al módulo inmunizaciones-RPEC y servirán para generar un informe de avance de la intervención, de acceso público, en la página Web de Ministerio de Salud. El formato de este último será idéntico al utilizado para la campaña de vacunación anti-influenza del año 2009.

4.3 Procedimientos del servicio de vacunación.

El servicio de vacunación consta de los siguientes elementos: confirmación de la la identidad y el/los criterios de elegibilidad de la persona a vacunar; dosificación y administración de la vacuna; Estos 5 procedimientos son función exclusiva del vacunador. Los pasos a seguir son

4.3.1 Confirmación de la identidad y elegibilidad de la persona a vacunar.

Los datos de identidad declarados por la persona que solicita el servicio se considerarán confirmados en los siguientes casos

- La persona presenta un documento de identificación personal con una fotografía que corresponde a su aspecto físico (por ejemplo, Cédula de Identidad; pasaporte, licencia de conducir, una credencial laboral, etc.)
- La persona trabaja en el mismo establecimiento donde acude a solicitar el servicio. El vacunador lo conoce y confía en la veracidad de los datos de identidad declarados.
- La persona a vacunar es un usuario inscrito en el establecimiento asistencial donde acude a solicitar el servicio, conocido por el vacunador y otros miembros del equipo de salud. Sus datos de identidad están registrados en el establecimiento.
- La persona a vacunar es un menor de edad acompañado de un adulto que declara ser su madre, padre, u otro familiar cercano.
- La persona a vacunar es un menor de edad que ha sido contactado por el vacunador en una guardería, jardín infantil o establecimiento educacional. Sus datos de identidad están registrados en el establecimiento.

Una vez confirmada la identidad, el vacunador deberá confirmar si la persona a vacunar pertenece o no a la población objetivo. En el cuadro siguiente, la columna del centro muestra los principales criterios utilizados para definir los grupos objetivo; la de la derecha indica las modalidades de confirmación aceptables para cada criterio.

#	CRITERIOS	MODALIDADES DE CONFIRMACION
A	Edad entre 6 y 23 meses	<ul style="list-style-type: none"> * El menor está registrado en la base de datos de personas destinatarias de la intervención. La edad es consistente con el criterio de vacunación. * El menor está inscrito en el Centro de Salud donde acude a solicitar la vacunación. La fecha de nacimiento registrada en el establecimiento es consistente con la edad de vacunación * El menor fue contactado en una guardería, Jardín Infantil. La fecha de nacimiento registrada en el establecimiento es consistente con el criterio de vacunación. * El adulto que acompaña al menor presenta un documento (certificado de nacimiento, carné de salud, etc.) que indica que la edad es consistente con la fecha de vacunación
B	Edad entre 2 a 14 años (Región del Libertador Bdo. O'Higgins; Maule; Bio-Bio y Araucanía)	<ul style="list-style-type: none"> * El menor está registrado en la base de datos de personas destinatarias de la intervención. La edad es consistente con el criterio de vacunación. * El menor está inscrito en el Centro de Salud donde acude a solicitar la vacunación. La fecha de nacimiento registrada en el establecimiento es consistente con la edad de vacunación * El menor fue contactado en un Jardín Infantil o establecimiento educacional. La fecha de nacimiento registrada en el establecimiento es consistente con el criterio de vacunación. * El adulto que solicita la vacunación presenta un documento (certificado de nacimiento, carné de salud, etc.) que indica que la edad es consistente con la fecha de vacunación.
C	Edad igual o mayor a 65 años	<ul style="list-style-type: none"> * La persona presenta un documento de identidad con fotografía (Cédula de identidad, pasaporte, u otro) que indica una fecha de nacimiento consistente con el criterio de vacunación * La persona está registrado en la base de datos de personas destinatarias de la intervención. La edad es consistente con el criterio de vacunación. * La persona está inscrita en el Centro de Salud donde acude a solicitar la vacunación. La fecha de nacimiento registrada en el establecimiento es consistente con la edad de vacunación

D	Embarazo de 13 o más semanas	<ul style="list-style-type: none"> * La embarazada se controla en el Centro de Salud donde acude a solicitar la vacunación. La edad gestacional registrada en la ficha clínica es consistente con el criterio de vacunación * La embarazada viene con una indicación médica que certifica edad gestacional consistente con el criterio de vacunación
E	Personal de salud y otros trabajadores, en que desempeñan su labor al interior de establecimientos asistenciales del sector público	<ul style="list-style-type: none"> * La persona está registrada en la base de datos de la población objetivo en calidad de funcionario de un establecimiento asistencial público * La persona figura en una nómina oficial de funcionarios del establecimiento asistencial público donde acude a solicitar vacunación * La persona presenta una credencial o colilla de pago que indica su condición de trabajador de la salud, en un establecimiento asistencial público. * El vacunador conoce al solicitante, y tiene certeza de que trabaja en el establecimiento donde acude a solicitar vacunación.
F	Personal de salud que trabaja en contacto con enfermos, en establecimientos asistenciales privados o institucionales que cuentan con unidad de emergencias o servicios de hospitalización.	<ul style="list-style-type: none"> * La persona está registrada en la base de datos de la población objetivo. Su condición de elegibilidad está avalada por la jefatura que proporcionó la información. * La persona figura en una nómina oficial de funcionarios elegibles, avalada por la jefatura que proporcionó la información. La persona presenta una credencial o colilla de pago que indica su condición de trabajador de la salud, en un establecimiento asistencial público. * El vacunador conoce al solicitante, y tiene certeza de que trabaja en el establecimiento donde acude a solicitar vacunación
G	Estudiantes o voluntarios autorizados para colaborar en la atención de enfermos, en establecimientos públicos privados o institucionales que cuentan con unidad de emergencias o servicios de hospitalización	<ul style="list-style-type: none"> * La persona está registrada en la base de datos de la población objetivo. Su condición de elegibilidad está avalada por la jefatura que proporcionó la información * La persona figura en una nómina oficial de estudiantes o voluntarios elegibles, avalada por la jefatura del establecimiento * El vacunador conoce al solicitante, y tiene certeza de que satisface el criterio de vacunación

Las condiciones crónicas que constituyen criterios de vacunación son:

- H. Cualquier tipo de cáncer, leucemias o linfomas que no haya sido dado de alta
- I. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- J. Asma
- K. Fibrosis quística o fibrosis pulmonar de cualquier causa
- L. Diabetes
- M. Cardiopatía reumática; cardiopatías congénitas; cardiopatía isquémica (infarto)
- N. Insuficiencia hepática
- O. Obesidad mórbida
- P. Insuficiencia renal Grado IV o Insuficiencia renal en diálisis
- Q. VIH/
- R. Cualquier enfermedad neurológica o muscular que determine trastornos del manejo de las secreciones respiratorias
- S. Artritis reumatoidea Lupus; Enfermedad de Chron; Escleroderma
- T. Inmunodeficiencias congénitas o adquiridas, incluyendo cualquier condición que motive o haya motivado un tratamiento prolongado (más de 7 días) con dosis altas de corticoides durante los 2 meses previos a la vacunación.

Las modalidades de confirmación de las condiciones crónicas son:

1. La persona está registrada en la base de datos de personas elegibles en calidad de paciente AUGE
2. La persona acude a vacunarse con una indicación médica que certifica el diagnóstico
3. La persona es un usuario regular del establecimiento donde acude a vacunarse. El diagnóstico está consignado en la ficha clínica .

Para efectos del registro y reporte de la vacunación en el modulo Inmunizaciones-RPEC, los criterios detallados arriba aparecen desplegados como sigue:

Código (#)	Criterios de elegibilidad, para efectos de registro y reporte
A	Edad entre 6 y 23 meses
B	Edad 2 y 14 años (
C	Edad igual o superior a 65 años
D	Embarazadas con 13 o más semanas
E	Personal de salud, sector público
F	Personal de salud, sector privados
G	Estudiantes o voluntarios que colaborar en la atención de enfermo
H	Pacientes con cáncer
I, J, K, L, M, N, O, P,	Pacientes con enfermedades crónicas que pueden sufrir descompensación
Q, R, S, T	Pacientes con inmuno-compromiso

- Cuando exista más de un criterio de vacunación se deberá registrar el primero que aparezca en el cuadro anterior.
- Si la modalidad de confirmación es una receta médica, ésta deberá ser retenida por el vacunador y entregada al Encargado(a) del PNI en la SEREMI respectiva.
- Las personas con historia de alergia grave a la proteína del huevo y aquellas con antecedente de Síndrome de Guillian Barré. tiene contraindicación absoluta de recibir la vacuna anti-influenza A\H1N1 distribuida por el Ministerio de Salud.
- Las personas que estén cursando una enfermedad febril,

4.3.2 Dosificación y Administración de la vacuna

- 6 a 35 meses de edad: 2 dosis de 0,25 mL, separadas por 4 semanas (mínimo 3 semanas,)
- 3 años a 9 años 11 meses: 2 dosis de 0,5 mL, separadas por 4 semanas (mínimo 3 semanas)
- 10 años y más: 1 dosis de 0,5 mL.
- La vía de administración es por vía IM, en la cara antero-lateral del muslo hasta los 12 meses de edad, y en la zona del deltoides a partir del año de edad. La técnica de administración debe ceñirse al Procedimiento Operativo Estandarizado para Administración de Vacunas por Vía Intramuscular (Anexo 3)
- La vacuna anti-influenza se puede administrar concomitantemente con cualquier otra vacuna, inactivada o atenuada, pero siempre en un sitio de inyección separado.
- No hay necesidad de respetar un intervalo previo ni posterior entre la administración de la vacuna anti-influenza y otras vacunas

4.3.3 Manipulación y conservación de los frascos

- Los frascos deben mantenerse protegidos de la luz, entre 2 y 8°C , en todo momento que no estén en uso. Los frascos congelados deben ser eliminados
- Si hay suficientes personas en espera la sala de vacunación, el vacunador o su asistente podrán pre-cargar jeringas hasta agotar el frasco. No se debe mantener puncionado el tapón de goma con la aguja de descarga.
- Un frasco abierto puede ser utilizado hasta agotar el contenido, independientemente de si ha sido transportado fuera del establecimiento y del tiempo transcurrido, siempre y cuando respete la cadena de frío y las precauciones de manipulación.
- Para efectos de uniformar criterios, los frascos abiertos serán utilizados durante un máximo de 5 días, a menos que se haya quebrado la cadena de frío no se hayan respetado las precauciones de manipulación. .