

DOCUMENTO TECNICO:
PLAN NACIONAL ACTUALIZADO DE
VACUNACIÓN CONTRA LA COVID-19

**DOCUMENTO TÉCNICO:
PLAN NACIONAL ACTUALIZADO DE VACUNACIÓN CONTRA LA COVID-19**

ÍNDICE

I. FINALIDAD	3
II. OBJETIVOS	3
2.1 Objetivo General	3
2.2 Objetivos específicos	3
III. ÁMBITO DE APLICACIÓN	3
IV. BASE LEGAL	3
VI. LA VACUNACIÓN: ESTRATEGIA CENTRAL EN LA ETAPA ACTUAL	6
6.1 La vacunación en el mundo	8
VIII. ARTICULACION ESTRATEGICA	14
8.1 Articulación Estratégica al PEI	14
8.2 Articulación Operativa al POI	14
8.3 Fuentes de financiamiento	14
IX. COMPONENTES DE LA IMPLEMENTACIÓN	14
9.1 Conducción y coordinación	14
9.2 Arreglos institucionales	15
9.3 Meta	16
9.4 Planificación	16
9.5 Estrategia de vacunación	17
9.6 Centros de vacunación	17
9.7 Sistema de logística de vacunas e insumos	18
9.8 Cadena de frío	19
9.9 Gestión de excedentes, merma y frascos abiertos	20
9.10 Capacitación de personal	21
9.11 Vigilancia epidemiológica de los eventos supuestamente atribuidos a la vacunación o inmunización (ESAVI)	22
9.12 Sistema de información	25
9.13 Gestión y manejo de los residuos sólidos generados, durante el proceso de la vacunación contra la COVID-19	27
9.14 Estrategia comunicacional	27
X. ACCIONES DE MONITOREO, SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN	28
XI. RESPONSABILIDADES	29
XII. PRESUPUESTO (MINSa)	31
XIII. INCUMPLIMIENTO A LAS DISPOSICIONES DEL PLAN	34



**DOCUMENTO TÉCNICO:
PLAN NACIONAL ACTUALIZADO DE VACUNACIÓN CONTRA LA COVID-19**

I. FINALIDAD

Contribuir a enfrentar la pandemia por COVID-19, en el marco de las estrategias de prevención y contención, con participación de una ciudadanía activa y comprometida.

II. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General

Organizar e implementar las actividades de vacunación segura contra la COVID-19 en forma gratuita y universal a toda la población de 18 años o más que reside en el país.

2.2 Objetivos específicos

- Reducir la morbilidad y mortalidad por COVID-19 en el país, mediante la provisión y aplicación de vacunas seguras y de calidad.
- Contribuir a la progresiva normalización de las actividades en el país.
- Fortalecer la reactivación económica en el plazo más breve posible.



III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente Plan es de aplicación y cumplimiento en todo el ámbito nacional, con la participación activa y articulada de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) del Ministerio de Salud (MINSA), Gobiernos Regionales, Seguro Social de Salud (EsSalud), Sanidades de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú; así como cualquier otra entidad pública, privada o mixta que disponga la Autoridad Sanitaria Nacional.



IV. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud, y sus modificatorias.
- Ley N° 28010, Ley General de Vacunas.
- Ley N° 31091, Ley que garantiza el acceso al tratamiento preventivo y curativo de la enfermedad por coronavirus SARS-CoV-2 y de otras enfermedades que dan origen a emergencias sanitarias nacionales y otras pandemias declaradas por la Organización Mundial de la Salud.
- Decreto Legislativo N° 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, y sus modificatorias.
- Decreto de Urgencia N° 110-2020, que dicta medidas extraordinarias para facilitar y garantizar la adquisición, conservación y distribución de vacunas contra la COVID-19, y su modificatoria.
- Decreto de Urgencia N° 009-2021, que dicta medidas extraordinarias y complementarias en materia económica y financiera para crear y gestionar el Padrón Nacional de Vacunación Universal contra la COVID-19 y otras disposiciones complementarias, y su modificatoria.
- Decreto Supremo N° 008-2017-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, y sus modificatorias.



**DOCUMENTO TÉCNICO:
PLAN NACIONAL ACTUALIZADO DE VACUNACIÓN CONTRA LA COVID-19**

- Decreto Supremo N° 184-2020-PCM, que declara Estado de Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de las personas a consecuencia de la COVID - 19 y establece las medidas que debe seguir la ciudadanía en la nueva convivencia social, sus modificatorias y ampliatorias.
- Decreto Supremo N° 002-2021-SA, que aprueba el Reglamento para el Registro Sanitario Condicional de Medicamentos y Productos Biológicos.
- Resolución Ministerial N° 063-2014/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 054-MINSA/DGE-V.01 "Directiva Sanitaria para la Vigilancia Epidemiológica de Eventos Supuestamente Atribuidos a la Vacunación o Inmunización (ESAVI)".
- Resolución Ministerial N° 539-2016/MINSA, que aprueba la NTS N° 123-MINSA/DIGEMID-V.01, Norma Técnica de Salud que regula las actividades de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios.
- Resolución Ministerial N° 497-2017/MINSA, que aprueba la NTS N° 136-MINSA/2017/DGIESP: Norma Técnica de Salud para el Manejo de la Cadena de Frío en las Inmunizaciones.
- Resolución Ministerial N° 214-2020-MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 93-MINSA/2020/DGIESP, Directiva Sanitaria que establece disposiciones y medidas para operativizar las inmunizaciones en el Perú en el Contexto del COVID-19.
- Resolución Ministerial N° 139-2021/MINSA, que conforma el Equipo Consultivo de Alto Nivel encargado de recomendar al Ministerio de Salud los criterios y consideraciones éticas en la toma de decisiones respecto a la priorización de grupos a ser vacunados durante la ejecución del Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19, y sus modificatorias.
- Resolución Ministerial N° 389-2021/MINSA, que aprueba el Padrón Nacional de Vacunación Universal contra la COVID-19.
- Resolución Ministerial N° 442-2021/MINSA, que dispone que el(la) Viceministro(a) de Salud Pública coordine y dirija la estrategia para la implementación del Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19.
- Resolución Directoral N° 001-2021-DIGEMID-DG-MINSA, que aprueba el Formato de Notificación de Eventos supuestamente atribuidos a Vacunación e Inmunización (ESAVI).

V. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

5.1 Antecedentes

El 30 de enero de 2020, el Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el brote del nuevo coronavirus (COVID-19) como una emergencia de salud pública de importancia internacional. El primer caso en América Latina y el Caribe se reportó el 26 de febrero de 2020, a partir de lo cual el virus se propagó a todos los países y territorios de la región.

En el Perú, el primer caso de COVID-19 se confirmó el 5 de marzo de 2020, a partir de lo cual todas las regiones han reportado casos. Ante esta situación, el gobierno declaró

DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN NACIONAL ACTUALIZADO DE VACUNACIÓN CONTRA LA COVID-19

en Emergencia Sanitaria a nivel nacional, a través del Decreto Supremo N° 008-2020-SA y sus prórrogas, y estableció el Estado de Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de las personas a consecuencia del COVID - 19 y establece las medidas que debe seguir la ciudadanía en la nueva convivencia social, a través del Decreto Supremo N°184-2020-PCM y sus modificatorias y ampliatorias.

Hasta el 30 de marzo de 2021, según la OMS, se habían confirmado 130,422,190 casos y se produjeron 2,842,135 defunciones; y sólo en la región de las Américas se han confirmado 56,580,222 casos.

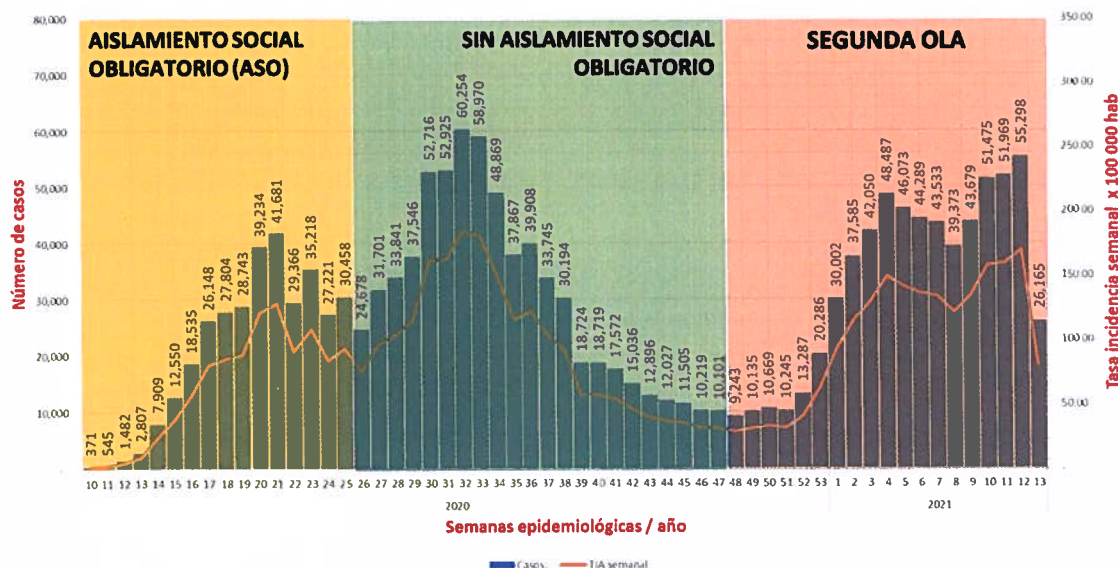
5.2 El problema actual en el país: la segunda ola de la pandemia

Desde las primeras semanas de diciembre 2020 se inició un incremento vertiginoso de nuevos casos, dando origen a la segunda ola de la pandemia en el Perú, como se observa en el Gráfico 1. Eso trajo como consecuencia en las semanas siguientes un incremento también en el número de defunciones, como se observa en el Gráfico 4.

Hasta el 31 de marzo de 2021, según la sala situacional COVID-19, en Perú se confirmaron 1,561,723 casos y 52,161 defunciones en el país. Asimismo, se ha dado de alta a 1,476,782 personas y se realizaron 9,394,499 muestras en total. La tasa de ataque de la COVID-19 es 4.79 x 100 habitantes. Según el reporte de vigilancia epidemiológica de casos, por fecha de inicio de síntomas, la primera ola se presentó entre la semana epidemiológica 12 y la semana epidemiológica 38 del 2020, periodo de tiempo donde se reportaron 35,740 (IC 95% 30,787 – 40,693) casos de forma semanal. En la segunda ola, iniciada en la semana epidemiológica 52 del 2020, se viene reportando en promedio 36,048 (IC 95% 28,536 – 43,560) casos semanales, teniendo un comportamiento estadístico similar a lo reportado en la primera ola (p-valor > 0.05).

Gráfico 1

CASOS CONFIRMADOS DE COVID-19 POR SEMANA, PERÚ 2020-2021



Elaborado por el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades-MINSA (CDC-PERÚ)

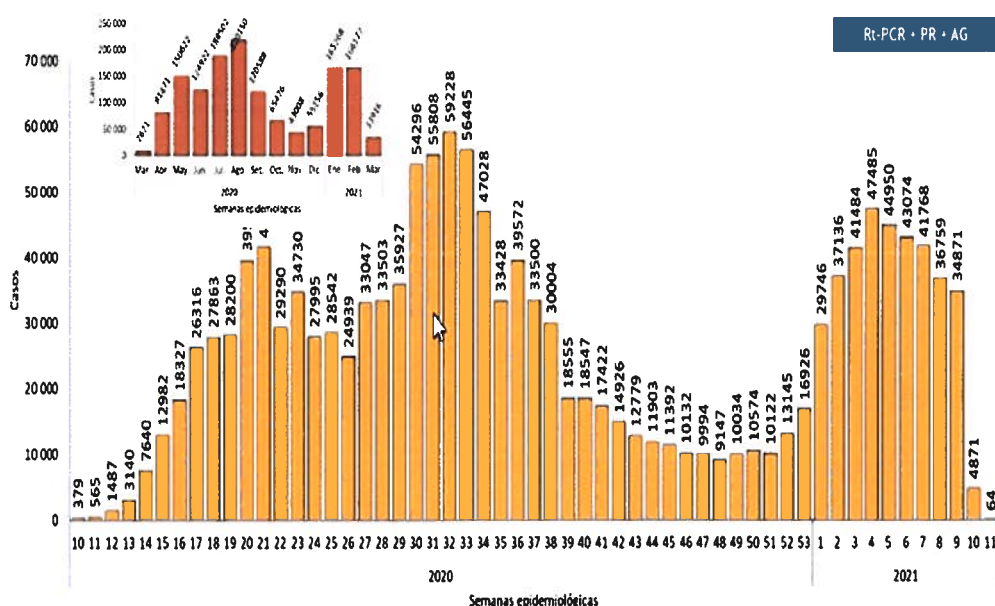
DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN NACIONAL ACTUALIZADO DE VACUNACIÓN CONTRA LA COVID-19

El número de casos se concentró en Lima Metropolitana, Callao, Junín, Ancash, Cusco y Lima Región, acumulando el 70% de los casos reportados. Asimismo, las mayores tasas de ataque de casos reportados por cada 100 habitantes corresponden a los departamentos de Callao, Moquegua, Lima Metropolitana, Tacna, Áncash y Junín, superior al nivel nacional.

Las etapas de vida que concentran el mayor porcentaje de casos son el adulto con un 57.3%, seguidos de los jóvenes con un 20.1%, con similar distribución en el año 2020. Las tasas de ataque más altas son del adulto y adulto mayor, siendo las etapas de vida con mayor riesgo de enfermar. En cuanto a la presentación de los casos según sexo, hay un ligero predominio en el sexo masculino, 51.5% para el 2020, y 51.8% para el 2021.

La evolución de la pandemia en el Perú durante las últimas semanas muestra un incremento sostenido en el número de casos a partir de la semana epidemiológica 48 del año 2020, el mismo que se ha mantenido de manera sostenida hasta la semana 4 del año 2021 para luego mostrar un descenso. El incremento de casos antes descrito ya corresponde a la denominada segunda ola de la pandemia en nuestro país, según se detalla en la siguiente gráfica.

Gráfico 2

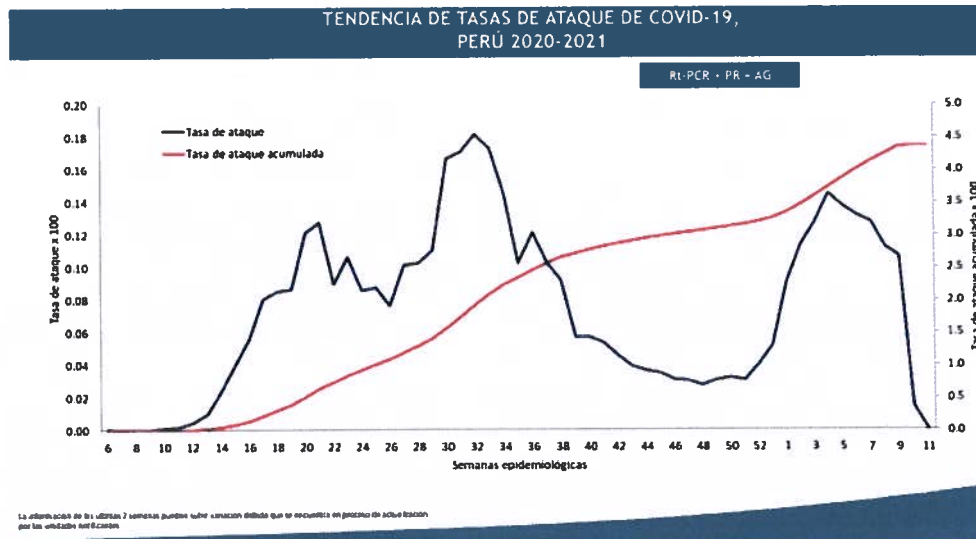


Fuente: Situación actual COVID-19, Perú 2020-2021. Actualizado al 15 de marzo del 2021.
Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/porta/docs/tools/coronavirus/coronavirus150321.pdf>

En relación a la denominada segunda ola de la pandemia por la COVID-19 en el Perú, se ha observado un incremento sostenido entre la semana epidemiológica 1 y 7 del año 2021 en la tasa de ataque, alcanzando valores de hasta 14%, según se detalla a continuación (tener en cuenta que la información de las dos semanas previas al corte aún no está actualizada, por lo que no se le puede tomar como punto de referencia).

DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN NACIONAL ACTUALIZADO DE VACUNACIÓN CONTRA LA COVID-19

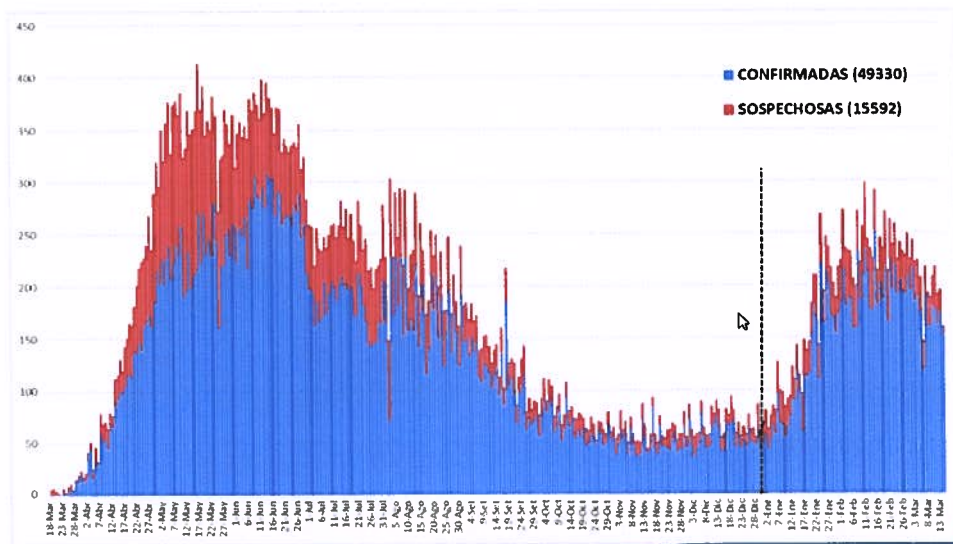
Gráfico 3



Fuente: Situación actual COVID-19, Perú 2020-2021. Actualizado al 15 de marzo del 2021.
Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/coronavirus/coronavirus150321.pdf>

Por otro lado, respecto a la evolución de las defunciones a nivel nacional, se evidencia un incremento en el número de defunciones (confirmadas y sospechosas) durante los meses de enero y febrero de 2021 con una discreta disminución de casos durante el mes de marzo, aunque recrudece en abril, según se detalla en la siguiente gráfica:

Gráfico 4



Fuente: Situación actual COVID-19, Perú 2020-2021. Actualizado al 15 de marzo del 2021.
Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/coronavirus/coronavirus150321.pdf>

La información descrita en los párrafos precedentes, sugiere que nos encontramos en la "cresta" de segunda ola de la pandemia por COVID-19. Esta segunda ola tiene dos particularidades, la primera de ellas es que presenta una tasa de ataque mucho más alta respecto a la primera ola, de allí que la "cresta" se haya alcanzado en un tiempo mucho menor (22 semanas, para la primera ola; 8 semanas para la segunda). La

**DOCUMENTO TÉCNICO:
PLAN NACIONAL ACTUALIZADO DE VACUNACIÓN CONTRA LA COVID-19**

segunda característica, es que el número de casos por día es esencialmente el mismo que el de la primera ola, a pesar de que hay menos población susceptible. Ello podría deberse a que las restricciones sociales son cada vez menores y, consecuentemente, hay mayor interacción social, las cuales incrementan el riesgo de transmisión del virus; pero también a que la inmunidad generada por las personas afectadas durante la primera ola ha sido de pocos meses y por tanto no se ha generado la denominada inmunidad de rebaño. A este hecho, se debe sumar el arribo de nuevas cepas o variantes de la COVID-19.

En el país, todos los departamentos han presentado un incremento de las defunciones por COVID-19. En el mes de enero se evidencio un incremento de las defunciones reportadas, en el mes de febrero el comportamiento fue estacionario y en el mes de marzo la tendencia es al incremento; los departamentos que registraron el mayor número de defunciones en el 2021 han sido Lima Metropolitana, Callao, Lima región e Ica, en la costa central; y Huánuco, Pasco y Junín en la sierra central; pero en los meses de marzo y abril se han incrementado las defunciones en La Libertad, Ancash, Arequipa, y recientemente en Piura y Lambayeque.

Durante los tres primeros meses de la segunda ola, la clasificación del riesgo moderado, alto, muy alto y extremo de las diversas provincias del país ha ido variando, dependiendo de la transmisibilidad del virus, de la incidencia de casos y de la mortalidad

VI. LA VACUNACIÓN: ESTRATEGIA CENTRAL EN LA ETAPA ACTUAL

6.1 La vacunación en el mundo

Desde inicios de la pandemia, luego de la identificación del virus Covid-19, en diversos países del mundo se inició la carrera por desarrollar una vacuna que sea eficaz contra dicho virus y además segura para las personas. Desde mediados del año 2020 se dio a conocer que varias vacunas ya habían entrado en la fase 3 de experimentación clínica, con resultados preliminares positivos. En ese contexto, la OMS y organismos reguladores de algunos países adoptaron el criterio de autorizar en forma condicional por emergencia el uso de las vacunas que, aun estando en fase 3 de experimentación, demostrasen una eficacia superior al 50% y alta seguridad para las personas. Progresivamente se han ido aprobando en diferentes países la vacuna Pfizer, Moderna, AstraZeneca, Sputnik V (Gamaleya), Sinopharm, Sinovac, Johnson & Johnson, entre otras.

6.2 La vacunación en Perú

En nuestro país, la vacunación se inició en febrero del 2021 con el personal que presta servicios en el sector salud, con 1 millón de dosis de la vacuna Sinopharm. Ha continuado con el personal activo de la Policía Nacional del Perú, las Fuerzas Armadas y los Bomberos, en la medida que hemos recibido 50 mil dosis semanales de la vacuna Pfizer, en el mes de marzo, en total 250 mil dosis.

6.2.1 Disponibilidad de vacunas



**DOCUMENTO TÉCNICO:
PLAN NACIONAL ACTUALIZADO DE VACUNACIÓN CONTRA LA COVID-19**

El Gobierno de Transición y de Emergencia ha asegurado desde diciembre 2020 hasta el 6 de abril de 2021 la cantidad de 48,741,150 dosis que vienen llegando desde febrero, en cumplimiento de contratos suscritos, como son:

Tabla 1

Institución	Cantidad
Pfizer	20,501,150
Sinopharm	1,000,000
Covax Facility	13,200,000
AstraZeneca	14,000,000
Total	48,741,150

Fuente: Minsa

Además, se tienen negociaciones con el Fondo Ruso de Inversión por la vacuna Sputnik V de Gamaleya, así como con Moderna, Johnson & Johnson, Sinovac, Curevac y otros que garantizan una cantidad de dosis que cubre largamente las necesidades del país.

En la Tabla 2 se muestra la programación de recepción de vacunas, confirmadas al 6 de abril de 2021.

Esta información será actualizada y/o ampliada de acuerdo con el desarrollo de las vacunas y de su integración en el proceso de vacunación en el país.

Las demás especificaciones sobre las vacunas contra la COVID-19 se desarrollan en la Directiva Sanitaria N° 129-MINSA/2021/DGIESP, "Directiva Sanitaria para la vacunación contra la COVID-19 en la situación de emergencia sanitaria por la pandemia en el Perú", aprobada por Resolución Ministerial N° 161-2021/MINSA, o la que haga sus veces.

La adquisición de las vacunas se está realizando de acuerdo con la disponibilidad en el mercado internacional, y su distribución y aplicación es según las necesidades y secuencia en la población a vacunar considerando las vulnerabilidades, accesibilidad geográfica y la cadena de frío disponible.

Tabla 2



L. HUAMANI



B. OSTOS



G. Rosell



E. CRUZ

**DOCUMENTO TÉCNICO:
PLAN NACIONAL ACTUALIZADO DE VACUNACIÓN CONTRA LA COVID-19**

PROGRAMACIÓN DE RECEPCIÓN DE VACUNAS AL 06/04/21 SEGÚN DISPONIBILIDAD DE VACUNAS 2021											
PROGRAMACIÓN	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	Enero - Julio	Población cubierta a Julio	Agosto - Diciembre	Total 2021
SINOPHARM			1,000,000					1,000,000			1,000,000
PFIZER (*) (**)			250,380	800,280	1,801,800	2,781,090		5,633,550			
					117,000			117,000		14,250,600	20,501,150
					500,000			500,000			
CF (PFIZER) (***)			117,000				710,000				
CF (AZTRAZENACA)				276,000	1,020,000			2,123,000		11,077,000	13,200,000
AZTRAZENACA										14,040,000	14,040,000
Total			1,367,380	1,076,280	3,438,800	2,781,090	710,000	9,373,550	4,686,775	39,367,600	48,741,150

(*) Las 117,000 dosis del contrato Pfizer bilateral que ingresan en mayo corresponden a adelanto de contrato

(**) Las 500,000 dosis adicionales de Pfizer que ingresan en mayo corresponden a un nuevo contrato en proceso de suscripción

(***) Las 710,000 dosis de CF Pfizer que ingresan en julio corresponden a adelanto de contrato

6.2.2 Modificaciones al Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19 aprobado por Resolución Ministerial N° 848-2020/MINSA

El Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19, se aprobó como Documento Técnico, mediante Resolución Ministerial N° 848-2020/MINSA, de fecha 16 de octubre del 2020, modificado por Resolución Ministerial N° 194-2021/MINSA, en donde se incluyó en la Fase I del rubro "Fases de Vacunación", al señor Presidente de la República, quedando actualizado dicho extremo el Padrón Nacional de Vacunación Universal contra la COVID-19. Asimismo, la Resolución Ministerial N° 161-2021/MINSA, modificó el rubro "Fases de Vacunación" para establecer que el personal de salud se refiere a toda persona que presta servicios, independientemente de la naturaleza de su vínculo laboral o contractual, en las diferentes instancias del sector salud público o privado

Con Resolución Ministerial N° 326-2021/MINSA se modificó la conformación del Equipo Consultivo de Alto Nivel, encargado de recomendar al MINSA los criterios y consideraciones éticas en la toma de decisiones respecto a la priorización de grupos a ser vacunados durante la ejecución del Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19. Con base en los criterios propuestos por este Equipo Consultivo de Alto Nivel se han producido modificaciones del Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19 aprobado por Resolución Ministerial N° 848-2020/MINSA.

a. Primera modificación: Adultos mayores

La Resolución Ministerial N° 345-2021/MINSA, de fecha 05 de marzo de 2021, marco el inicio de la vacunación de las personas adultas mayores, en forma simultánea a los trabajadores que se encuentran en primera línea, modificando el Plan Nacional de Vacunación, que establecía que los adultos mayores se vacunarían con posterioridad.

Esta decisión se sustentó en criterios de vulnerabilidad epidemiológica y ha coincidido con la mayor disponibilidad de las vacunas Pfizer. Se inició con la vacunación de los

**DOCUMENTO TÉCNICO:
PLAN NACIONAL ACTUALIZADO DE VACUNACIÓN CONTRA LA COVID-19**

adultos mayores de 80 años y luego se continuará con el resto de adultos mayores. Hasta el 6 de abril ya habían recibido la primera dosis 194,800 adultos mayores de 80 años y 39,417 las dos dosis requeridas.

b. Segunda modificación: estrategia territorial de vacunación

Luego de vacunar al personal que se encuentra en primera línea o personas adultas mayores que residen en albergues o casas de reposo, siguiendo una estrategia institucional, por ser la forma más directa para hacerlo, se ha decidido pasar a una estrategia territorial que es la mejor forma de acceder a la población adulta mayor. Esta estrategia ya se realizó en dos distritos de alta vulnerabilidad como son San Juan de Lurigancho y San Martín de Porres, con el padrón del Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC), con los adultos mayores de 80 años, utilizando los centros de votación más amplios de cada distrito. A los mayores de 100 años y a quienes no pueden desplazarse se les vacunó en sus domicilios. La comunicación e información se ha realizado combinando los medios masivos de comunicación, la página web del MINSA, la página web de EsSalud, las líneas telefónicas 113 y 107 y la acción de los agentes comunitarios de salud visitando casa por casa a los adultos mayores para informarles del día y lugar de vacunación que les correspondía. En el caso de EsSalud también se vacunó a domicilio a los mayores de 90 años, dependiendo de la disponibilidad de brigadas para esa función.



Siguiendo esta experiencia, a partir del 16 de abril se expandirá la estrategia territorial a los demás distritos de Lima para continuar con la vacunación de los adultos mayores de 80 años. Igualmente, progresivamente se expandirá la vacunación de adultos mayores de 80 años en otras regiones del país, además de las que ya iniciaron, como son La Libertad, Arequipa, San Martín, Loreto, Cusco y Cajamarca.

c. Recomendaciones adicionales del Equipo Consultivo de Alto Nivel

El mencionado Equipo Consultivo de Alto Nivel ha propuesto recomendaciones para definir la secuencia de vacunación en el contexto de la estrategia territorial, teniendo en cuenta:

- 1) Grupos de edad, en orden decreciente, de mayor edad a menor edad.
- 2) Comorbilidades, con alta vulnerabilidad y que exponen a mayor riesgo a las personas que las padecen. Sobre todo, en los casos que se combinan diversas comorbilidades.
- 3) Territorialidad, tomando en cuenta las provincias y distritos del país con mayor riesgo frente a la pandemia y mayor densidad poblacional.
- 4) Comunidades indígenas de selva y sierra con alta vulnerabilidad de las personas, donde deberá aplicarse la vacunación a todos los habitantes en forma integral. Esta vacunación puede realizarse en forma paralela a los adultos mayores, dependiendo de la disponibilidad de vacunas.
- 5) Coordinación con países limítrofes para una acción coordinada de vacunación a las poblaciones que habitan en las fronteras.
- 6) Complementariamente a las recomendaciones anteriores deben intensificarse las acciones por una alimentación saludable para evitar el sobrepeso y la obesidad, que es un importante factor de riesgo frente al Covid-19.



**DOCUMENTO TÉCNICO:
PLAN NACIONAL ACTUALIZADO DE VACUNACIÓN CONTRA LA COVID-19**

d. Excepciones justificadas

El MINSA autorizará por excepción los casos de personas con alta vulnerabilidad o alto riesgo que requieran ser vacunados, siguiendo las disposiciones establecidas en el presente Plan y las recomendaciones del Equipo Consultivo de Alto Nivel.

VII. POBLACIÓN OBJETIVO

Población de 18 años o más que reside en el país. Esto incluye a la población nacional registrada por RENIEC y a los extranjeros residentes en el país registrados por la Superintendencia Nacional de Migraciones, así como a los registrados por el Ministerio de Relaciones Exteriores tales como refugiados y el cuerpo diplomático en el Perú.

- RENIEC: 24'979,565
- Superintendencia Nacional de Migraciones: 1'400,000 (sin depurar)

La vacunación se realizará de forma secuencial tomando en cuenta los siguientes grupos etarios, de acuerdo al registro del RENIEC, y se seguirá la misma secuencia con los extranjeros residentes en el Perú una vez depurada la lista entregada por la Superintendencia Nacional de Migraciones; así como la entregue el Ministerio de Relaciones Exteriores.

Construcción del Padrón Nominal de Vacunación Universal contra la COVID-19

El Padrón Nominal de Vacunación Universal contra la COVID-19 fue construido en base a la información del Padrón de RENIEC con los siguientes datos:

Tabla 3

RENIEC	
Grupo Edad	Cantidad
80 años a más	746,070
70 a 79 años	1,354,873
60 a 69 años	2,417,661
50 a 59 años	3,576,402
40 a 49 años	4,674,032
30 a 39 años	5,466,968
20 a 29 años	5,816,140
18 a 19 años	927,419
TOTAL	24,979,565

Fuente: RENIEC

Esta información cuenta un total de 24,979,565 personas donde se incluye a peruanos que viven en el extranjero y personas emancipadas.

**DOCUMENTO TÉCNICO:
PLAN NACIONAL ACTUALIZADO DE VACUNACIÓN CONTRA LA COVID-19**

En base a ello se procedió a restar a los ciudadanos peruanos con residencia en el extranjero (993,160) contando con el siguiente cuadro:

Tabla 4

RENIEC - SIN EXTRANJEROS	
Grupo Edad	Cantidad
80 años a más	725,817
70 a 79 años	1,312,273
60 a 69 años	2,294,270
50 a 59 años	3,358,288
40 a 49 años	4,420,501
30 a 39 años	5,265,056
20 a 29 años	5,692,056
18 a 19 años	918,144

TOTAL **23,986,405**

Fuente: Cuadro elaborado por el MINSA

El Padrón Nominal de Vacunación Universal contra la COVID-19 es el resultado de la integración de las fuentes como base RENIEC, base de datos de personal de salud (nacionales y extranjeros) y otras fuentes que se publicó el 17 de marzo 2021 con Resolución Ministerial N° 389-2021/MINSA con 23,945,575 personas incluidas la cual se restó 35,956 fallecidos hasta el 10 de abril con el siguiente resultado:

Tabla 5

PADRÓN - Modificado por OGTI	
Grupo Edad	Cantidad
80 años a más	718,869
70 a 79 años	1,309,169
60 a 69 años	2,296,954
50 a 59 años	3,344,046
40 a 49 años	4,405,247
30 a 39 años	5,248,191
20 a 29 años	5,673,075
18 a 19 años (*)	913,514
Otros Documentos	554
TOTAL	23,909,619

(*) Incluye a 33 personas emancipadas

Fuente: Cuadro elaborado por OGTI-MINSA

DOCUMENTO TÉCNICO:
PLAN NACIONAL ACTUALIZADO DE VACUNACIÓN CONTRA LA COVID-19

El Padrón Nominal de Vacunación Universal contra la COVID-19 base consta de 23,909,619 personas plenamente identificadas nominalmente que se actualizará en sucesivo en conjunto con el RENIEC y con la información que suministre la Superintendencia Nacional de Migraciones y el Ministerio de Relaciones Exteriores, y será instrumento dinámico y vivo para el proceso de vacunación en el Perú.

VIII. ARTICULACION ESTRATEGICA

8.1 Articulación Estratégica al Plan Estratégico Institucional (PEI)

El presente Plan se encuentra alineado al PEI en los objetivos estratégicos 01, 02 y 03.

8.2 Articulación Operativa al Plan Operativo Institucional (POI)

Para el presente año, con Resolución Ministerial N° 1111-2020/MINSA se aprueba el POI Anual 2021 consistente con el Presupuesto Institucional de Apertura (PIA) del Pliego 011: Ministerio de Salud, donde se ha contemplado actividades operativas relacionadas al Diagnóstico y Tratamiento del Coronavirus y cuentan con PIA. A ello se añaden las Acciones Operativas aprobadas este año con relación a la Vacunación contra la COVID-19. Los objetivos son:

O1. Vacunar a la población de 18 años a más, según secuencia propuesta, riesgo y disponibilidad de vacunas.

O2. Garantizar la provisión de vacunas contra la COVID-19

8.3 Fuentes de financiamiento

El financiamiento de las actividades establecidas en el presente Plan, son con cargo a la Demanda Adicional de los recursos que se refiere el artículo 53 del Decreto Legislativo N° 1440, Decreto Legislativo del Sistema Nacional de Presupuesto Público.

IX. COMPONENTES DE LA IMPLEMENTACIÓN

9.1 Conducción y coordinación

• Nivel Nacional

A nivel nacional, el MINSA, bajo la coordinación y dirección del Viceministerio de Salud Pública¹, la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública y la Dirección de Inmunizaciones, articula con otros ministerios, instituciones públicas y privadas, organizaciones, asociaciones civiles, sociedades científicas, EsSalud e instituciones de salud.

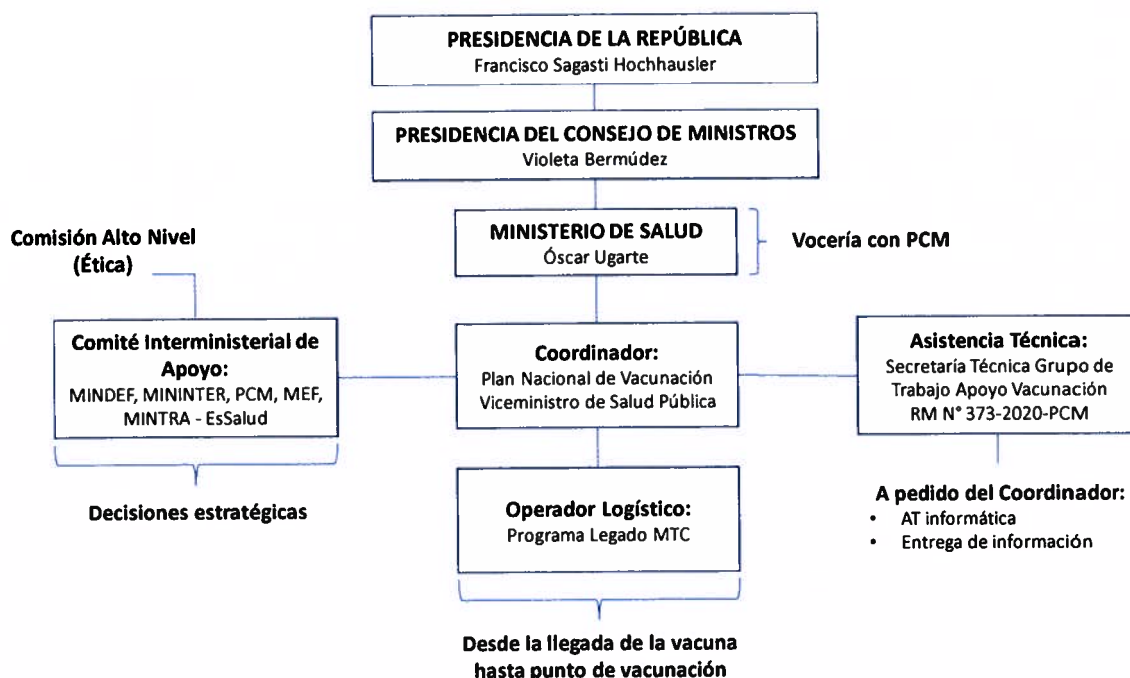
Asimismo, el MINSA cuenta con el apoyo de los integrantes del Grupo de Trabajo denominado "Apoyo a la implementación del proceso de vacunación contra la COVID-19"² coordinado por la Presidencia del Consejo de Ministros.

¹ Resolución Ministerial N° 442-2021/MINSA.

² Resolución Ministerial N° 373-2020-PCM y modificatorias.

**DOCUMENTO TÉCNICO:
PLAN NACIONAL ACTUALIZADO DE VACUNACIÓN CONTRA LA COVID-19**

Gráfico 5



• Nivel Regional

En el nivel regional, la Gerencia Regional de Salud (GERESA), Dirección Regional de Salud (DIRESA), Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) serán las responsables de la conducción e implementación de la estrategia de vacunación contra la COVID-19, siguiendo los lineamientos señalados por el Plan Nacional actualizado de Vacunación contra el COVID-19; así como del buen manejo y del cumplimiento de lo establecido sobre la vacunación por la Autoridad Nacional Sanitaria.

Para ello, se propondrá la conformación de un Comité Técnico Operativo de Inmunizaciones, el cual se compone por los equipos de gestión de las dependencias técnico administrativas de la GERESA/DIRESA/DIRIS, siendo responsable de la planificación, programación, capacitación, organización, supervisión y evaluación de la vacunación.

Asimismo, los Comandos COVID Regionales cumplirán una función fiscalizadora del plan de vacunación en sus respectivos ámbitos regionales.

9.2 Arreglos institucionales

El MINSA, en su calidad de ente rector del sector salud, aprueba las disposiciones para la participación conjunta de las instituciones de salud públicas y privadas en la vacunación de la población que forme parte o no de su institución, con la finalidad de cubrir la vacunación en un determinado territorio.

El MINSA, a través de la Dirección de Inmunizaciones, regula la organización para el proceso de vacunación en los centros de vacunación y la reasignación de las dosis, en los casos de excedentes.

**DOCUMENTO TÉCNICO:
PLAN NACIONAL ACTUALIZADO DE VACUNACIÓN CONTRA LA COVID-19**

Los criterios para la reasignación de las dosis que no fueron administradas son los siguientes:

- a) Persona que desiste de la vacuna y firma su hoja de la revocatoria/ desistimiento del consentimiento.
- b) Persona que no acude a su cita programada de vacunación.
- c) Persona que tenga alguna condición de salud que le impida vacunarse.

Para los casos descritos en los literales b) y c), se reprogramará su fecha de vacunación en función a la disponibilidad de vacunas, utilizándose el Formato Individual de Reasignación de Vacunas.

Las instituciones de salud desarrollarán su normativa correspondiente para el cumplimiento del presente Plan.

Estos arreglos permitirán que las instituciones puedan atender a la población que no está asignada a dicha entidad o no corresponde su atención, con la finalidad de cubrir la vacunación en un determinado territorio.



9.3 Meta

Teniendo en cuenta la situación epidemiológica y las prioridades sanitarias, se estima vacunar a aproximadamente 24 millones de personas nacionales y extranjeros residentes en el País³.



La meta se modificará de acuerdo con la actualización de los datos de otros grupos a los identificados en el Padrón Nacional de Vacunación Universal contra la COVID-19.

9.4 Planificación

Cada GERESA/DIRESA/DIRIS debe actualizar su plan de acción siguiendo las pautas establecidas por el nivel central y los contenidos establecidos en el presente Plan, que incluye la planificación por componente, organización, ejecución y evaluación de la vacuna contra la COVID-19, cumpliendo con lo establecido por la Autoridad Nacional Sanitaria. El plan debe consolidar las acciones a nivel distrital, considerando lo siguiente:



- Estimar las metas a vacunar con la información del Padrón Nacional de Vacunación Universal contra la COVID-19.
- Definir las estrategias de vacunación a ser usadas.
- Estimar el número de brigadas necesarias y del aporte de cada institución de salud.
- Capacitar a personal para la vacunación.
- Establecer las necesidades de logísticas e insumos.
- Programar cronograma y distribución de vacunas e insumos médicos, y materiales.
- Determinar la capacidad de almacenamiento y distribución de las vacunas.
- Estimar presupuesto requerido para los gastos operativos de la vacunación.



³ Resolución Ministerial N° 389-2021/MINSA.

**DOCUMENTO TÉCNICO:
PLAN NACIONAL ACTUALIZADO DE VACUNACIÓN CONTRA LA COVID-19**

9.5 Estrategia de vacunación

La vacunación se realizará de forma secuencial tomando en cuenta las recomendaciones establecidas por el Equipo Consultivo de Alto Nivel, encargado de proponer los criterios y consideraciones éticas en la toma de decisiones del MINSA.

Se tomará en cuenta lo siguiente aspectos:

- **Grupos de edad**

Se iniciará la vacunación de manera secuencial por grupos de edad, tomando en cuenta que los mayores son los más vulnerables y con mayor riesgo de mortalidad por tener complicaciones.

- **Modelo territorial**

Se vacunará a la población, de acuerdo con el grupo de edad correspondiente, según distritos tomando en cuenta el riesgo de exceso de mortalidad, la densidad poblacional y la accesibilidad para la vacunación, entre otros aspectos epidemiológicos.

En el caso de las comunidades indígenas se vacuna considerando solo el ámbito territorial (independientemente de la edad).

En el caso de las personas que no puedan movilizarse, se realizará la vacunación en su domicilio, previa identificación y programación.

La vacunación bajo este modelo se realizará, independientemente a la condición de asegurado y con la participación de las instituciones de salud privadas y públicas.

9.6 Centros de vacunación

Para la selección de los centros de vacunación, se debe de considerar lo siguiente:

- Se instalarán tomando en cuenta el exceso de mortalidad, la densidad poblacional y la accesibilidad para la vacunación en un determinado distrito.
- Debe haber garantía de la adecuada conservación de la cadena de frío de las vacunas.
- Los ambientes de atención deben ser amplios, ventilados e iluminados, que permitan el distanciamiento físico; y contar con más de una puerta de acceso, a fin de que se utilice una como ingreso y otra de salida.
- Los ambientes deben contar con suministro de agua y servicios higiénicos. De no contar con estos servicios, se debe garantizar los mecanismos para la disponibilidad de agua, servicios higiénicos y unidades de lavado de manos.
- Los lugares destinados deben estar alejados de otras instalaciones o lugares de congregación de personas en un radio de 100 metros alrededor del perímetro.
- Los centros de vacunación pueden instalarse en parques, estacionamientos, estadios, colegios u otros, siempre que cumplan con los criterios descritos anteriormente.

Para la implementación de los centros de vacunación, se debe considerar lo siguiente:



DOCUMENTO TÉCNICO:
PLAN NACIONAL ACTUALIZADO DE VACUNACIÓN CONTRA LA COVID-19

- Se establecen en coordinación con otras instituciones como las municipalidades, gobiernos regionales y ministerios u otras entidades públicas o privadas.
- El flujo de atención de los usuarios debe ser de un solo sentido (entrada y salida), considerar un espacio de espera con sillas, bancas o carpetas ubicadas a dos metros (02) de distancia entre uno y otro.
- Habilitar un espacio para la colocación y retiro de los equipos de protección personal (EPP), considerando un área limpia y un ambiente de área contaminada, garantizando los elementos para los desechos como bolsas, tachos, entre otros.
- El desplazamiento de los usuarios y los trabajadores de salud debe estar debidamente señalado, así como los diferentes espacios de los vacunatorios. Asimismo, colocar señales a nivel del suelo para garantizar el distanciamiento en la cola que se produciría antes del ingreso al local de la campaña.
- Las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional del Perú deben resguardar los centros de vacunación y garantizar el distanciamiento físico.

9.7 Sistema de logística de vacunas e insumos

La operación logística de la cadena de abastecimiento y monitoreo de la vacunación contra el Covid-19 a nivel nacional, está a cargo del Proyecto Especial Legado Juegos Panamericanos y Parapanamericanos, como se describe en el Gráfico 5. Ello incluye la planificación, contratación, organización, almacenamiento, transporte y distribución de las vacunas hasta el punto de vacunación, de todo aquello que resulte necesario para garantizar la inmunización de la población. La operación logística no comprende la compra de las vacunas, que es responsabilidad del Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud (CENARES); ni de la vacunación de la población, que es responsabilidad de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud.

En el Nivel Central

- El Viceministro de Salud Pública, quien es responsable de coordinar y dirigir la estrategia para la implementación del Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19, conforme a la Resolución Ministerial N° 442-2021/MINSA.
- La Dirección de Inmunizaciones del MINSA, en base a la planificación realiza el requerimiento de las vacunas e insumos a CENARES.
- La Dirección de Inmunizaciones del MINSA establece la programación de la distribución de vacunas e insumos a la DIRESA/GERESA/DIRIS, de acuerdo con el Padrón Nacional de Vacunación Universal contra la COVID-19.
- CENARES realiza la compra de las vacunas e insumos.
- El Operador Logístico asegura la distribución y transporte de las vacunas e insumos a las GERESA/DIRESA/DIRIS/Redes/Hospitales y punto de vacunación, de acuerdo con lo estipulado por la Dirección de Inmunizaciones del MINSA.

En las GERESAS/DIRESAS/DIRIS/Redes/Hospitales

- La coordinadora regional de inmunizaciones, en coordinación con la Dirección Regional de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIREMID), elabora la programación y el requerimiento de vacunas e insumos conforme a los



**DOCUMENTO TÉCNICO:
PLAN NACIONAL ACTUALIZADO DE VACUNACIÓN CONTRA LA COVID-19**

lineamientos establecidos por el Nivel Central y a las disposiciones contenidas en el presente Plan.

- La DIREMID, en coordinación con el Operador Logístico, es responsable de la recepción y distribución de las vacunas e insumos hacia los niveles operativos.
- Las GERESAS/DIRESAS/DIRIS/Redes/Hospitales deben realizar un análisis del movimiento de vacunas, que sustente por medio de un acta la redistribución de los saldos de vacuna, asegurando su uso eficiente y evitando pérdidas de estas.

En las Redes, Microrredes e IPRESS

Las actividades de programación, solicitud, recepción y envío de vacunas e insumos serán similares a las consideradas en los niveles superiores y realizados por el responsable de Inmunizaciones, de Farmacia y de Logística, según corresponda, elevando la documentación respectiva al nivel inmediato superior y siguiendo los lineamientos establecidos por el nivel central y las disposiciones contenidas en el presente documento técnico.

Instituciones del sector salud públicas y privadas

- La Dirección de Inmunizaciones del MINSA coordina con CENARES, el Operador Logístico y las instituciones de salud públicas y privadas para la programación y distribución de las vacunas e insumos.
- Se procederá a la distribución de vacunas a las IPRESS que cuenten con código RENIPRES, considerando que la vacuna es un bien público.
- CENARES elabora la PECOSA (documento que acredita la salida de un bien de un almacén de otro, en óptimas condiciones), la cual debe ser firmada por el responsable de farmacia, o quien haga sus veces.

9.8 Cadena de frío

- **Mantenimiento de los equipos y complementos de cadena de frío**

Los diferentes niveles que intervienen en la cadena de frío deben cumplir con el estricto mantenimiento, ya sea preventivo o correctivo, de los equipos, con la finalidad de obtener el mayor rendimiento del equipo, revisar las condiciones de uso, funcionamiento, conservación y cambios de partes según su vida útil; así como detectar fallas en su fase inicial y corregir problemas menores antes de que estos puedan provocar problemas en su funcionamiento.

- **Fortalecimiento de la cadena de frío**

Las instituciones del sector salud en todos los niveles son responsables de fortalecer la cadena de frío de acuerdo con las especificaciones de las vacunas y de acuerdo con la cobertura poblacional bajo su responsabilidad.

Para fortalecer la capacidad de almacenamiento y garantizar un adecuado mantenimiento y conservación de vacunas se pondrá en práctica medidas de contingencia.

En el nivel regional, de ser necesario, pueden establecer convenios con instituciones públicas o acuerdos de colaboración o contratos con instituciones privadas que cuenten



DOCUMENTO TÉCNICO:
PLAN NACIONAL ACTUALIZADO DE VACUNACIÓN CONTRA LA COVID-19

con equipos de refrigeración que cumplan con las condiciones según normatividad vigente, para garantizar la vacunación oportuna en la población.

En todo lo no previsto en este Plan, sobre los equipos y complementos de cadena de frío, se deberá recurrir a la NTS N° 136-MINSA/2017/DGIESP, Norma Técnica de Salud para el Manejo de la Cadena de Frío en las Inmunizaciones, aprobada por Resolución Ministerial N° 497-2017/MINSA.

9.9 Gestión de excedentes, merma y frascos abiertos

Las vacunas contra la COVID-19 son un bien escaso y de producción limitada, en ese sentido, se deberá utilizar el máximo de dosis, de acuerdo con lo establecido en los insertos de las vacunas, para evitar pérdidas y optimizar la vacunación a la población.

La disposición de excedentes es regulada por el MINSA, a través de la Dirección de Inmunizaciones.

Las entidades encargadas de la vacunación son responsables de dar cuenta sobre la devolución y redistribución de las vacunas excedentes a la autoridad de salud correspondiente, e informar a la Contraloría General de la República que viene realizando un proceso de control concurrente.

Para la vacunación contra la COVID-19, se debe considerar lo siguiente:

- No se debe abrir frascos multidosis de vacunación si no se cuenta con la cantidad de personas igual al número de dosis señaladas en el inserto del frasco.
- En caso el número de personas a vacunar exceda el número programado de frascos, se debe privilegiar la vacunación de las personas de mayor vulnerabilidad; garantizando que el resto de personas sean vacunadas en el siguiente día de vacunación.
- En el caso de tener frascos abiertos y no contar con población objetivo, se podrá vacunar a personas del mismo grupo etario o al inmediato siguiente, previa verificación, comunicación y acta, bajo responsabilidad de la institución encargada del centro de vacunación.
- La institución que realizó la vacunación indicada en el párrafo anterior, bajo responsabilidad, le entrega el carné de vacunación a la persona vacunada, programando la fecha de la segunda dosis de la vacuna correspondiente.
- Dicha institución debe registrar la vacunación en el sistema informático respectivo.
- Las vacunas deben estar almacenadas y conservadas en condiciones apropiadas de cadena de frío, manteniendo la vacuna a la temperatura establecida en el inserto del frasco.
- El tapón del frasco no debe ser sumergido en agua.
- Se deben utilizar técnicas asépticas para administrar todas las dosis.
- No dejar nunca la aguja insertada en el tapón de un frasco multidosis, con el fin de que la vacuna no se contamine.
- Nunca debe ser utilizado un vial que le falte la etiqueta, o cuya información no se pueda leer o no sea clara.
- Garantizar que los equipos utilizados en vacunación (refrigeradores, cajas térmicas y termos) cuenten con buenas prácticas para la conservación de los biológicos garantizando la conservación establecida en su inserto.



L. HUAMANI



B. OSTOS



G. Rosell



E. CRUZ

**DOCUMENTO TÉCNICO:
PLAN NACIONAL ACTUALIZADO DE VACUNACIÓN CONTRA LA COVID-19**

9.10 Capacitación de personal

Se realiza a través del “Programa nacional de formación para la vacunación contra la COVID-19”, realizado por la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP), en coordinación con la Dirección de Inmunizaciones del MINSA. Dirigido a vacunadores, coordinadores de inmunizaciones y supervisores para la planificación y organización de la vacunación contra la COVID-19 públicos y privados.

Contenido del Programa Nacional de formación para la vacunación contra la COVID-19

UNIDAD	CAMPO TEMÁTICO	LOGROS DE APRENDIZAJE
Unidad I Aspectos generales de la vacunación	Tema 1: Situación actual COVID19 Tema 2: Aspectos técnicos conceptuales de vacunación.	Conoce los aspectos generales para la vacunación.
Unidad II Planificación y organización para la vacunación contra la COVID 19	Tema 1: Organización para la vacunación Tema 2: Estrategias operativas y funciones de los equipos	Identifica los elementos en la planificación y organización para la vacunación.
Unidad III Cadena de Frío	Tema 1: Almacenamiento, transporte y distribución de vacunas: Trabajo a nivel local	Identifica los aspectos principales en el proceso de la cadena de frío para la vacunación.
Unidad IV Vacunación Segura, Bioseguridad y Manejo de Residuos Sólidos	Tema 1: Inyección segura: seguridad del vacunador y del vacunado. Tema 2: Medidas de bioseguridad para la vacunación: Uso adecuado de EPP Tema 3: Manejo de residuos sólidos	Conoce las medidas esenciales de bioseguridad y del manejo de residuos durante la vacunación.
Unidad V Manejo de ESAVI	Tema 1: Identificación y notificación de ESAVI.	Conoce los eventos supuestamente atribuidos a la vacunación.
UNIDAD VI: Supervisión y monitoreo de la campaña	Tema 1: Aplicación de instrumentos de supervisión.	Identifica los elementos básicos para la supervisión y monitoreo durante la vacunación.
UNIDAD VII: Sistemas de información	Tema 1: Uso de los registros de información para la campaña	Identifica los elementos que conforman el proceso de registro de información.



**DOCUMENTO TÉCNICO:
PLAN NACIONAL ACTUALIZADO DE VACUNACIÓN CONTRA LA COVID-19**

La capacitación se realizará de acuerdo con las necesidades o modificatorias del proceso de vacunación contra la COVID-19.

9.11 Vigilancia epidemiológica de los eventos supuestamente atribuidos a la vacunación o inmunización (ESAVI)

En caso de presentarse un ESAVI, debe cumplirse con la notificación respectiva y la atención inmediata, según corresponda, en un establecimiento de salud con la capacidad resolutoria necesaria, según el caso.

Todos los casos atendidos de ESAVI son financiados por su respectiva Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS).

De la definición de ESAVI en el marco de vacunación de emergencia por COVID-19

Es cualquier cuadro clínico asociado temporalmente a la administración de una vacuna que genera preocupación y que supuestamente es atribuida a esta, no implica necesariamente tener la relación de causa efecto.

En epidemiología un caso ESAVI desencadena el proceso de investigación que concluye con su clasificación final y la implementación de medidas correctivas. En la vigilancia se incluyen primordialmente los de tipo severo.

Vigilancia de ESAVI Leve - Moderado

El personal de salud que identifique un ESAVI leve o moderado deberá notificarlo al comité o al responsable de farmacovigilancia de la IPRESS o al Centro de Referencia de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia según corresponda, haciendo uso del formato de notificación de ESAVI en un plazo no mayor de 72 horas de conocido el caso, según corresponda⁴.

Las IPRESS públicas y privadas, a través de sus comités o responsables de farmacovigilancia y tecnovigilancia, deberán validar las notificaciones de ESAVI, complementar con mayor información, de ser necesario, y enviarlas al Centro de Referencia de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia de la DIRESA/ / GERESA/ DIRIS/ EsSalud/ Sanidades de las Fuerzas Armadas y Sanidad de la Policía Nacional del Perú según corresponda. Se remitirá, por los medios que disponga la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID), en un plazo no mayor de 24 horas de conocido el caso.

Los Centros de Referencia de Farmacovigilancia de las DIRIS, DIRESAS, GERESAS, DIRIS, EsSalud y de las sanidades de las Fuerzas Armadas y Sanidad de la Policía Nacional del Perú, validarán la información de las notificaciones de ESAVI y las comunicarán al Centro Nacional de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia de la DIGEMID, a través del VIGIFLOW, en un plazo de 24 horas de recibida la notificación.

Vigilancia epidemiológica de ESAVI Severo

La notificación individual e investigación obligatoria de todo caso ESAVI severo debe ser cumplida por todo el sector salud a lo largo de territorio del país. El consolidado de



⁴ Resolución Directoral N°001-2021-DIGEMID-DG-MINSA, que aprueba el Formato de Notificación de eventos supuestamente atribuidos a la vacunación e inmunizaciones (ESAVI).

**DOCUMENTO TÉCNICO:
PLAN NACIONAL ACTUALIZADO DE VACUNACIÓN CONTRA LA COVID-19**

los ESAVI será remitido al Centro Nacional de farmacovigilancia y tecnovigilancia de la DIGEMID en un plazo máximo de 72 horas.

Reacciones relacionadas a ESAVI⁵

- **Reacción relacionada a la vacuna:** El ESAVI está relacionado con una o más de las propiedades inherentes de la vacuna. Ejemplo: Inflamación (edema) extensa en la extremidad luego de la vacunación.
- **Reacción relacionada con un defecto en la calidad de la vacuna:** El ESAVI está relacionado con uno o más defectos en la calidad de la vacuna incluyendo su dispositivo de administración tal y como fue provisto por el fabricante.
- **Reacción relacionada con un error en la inmunización:** El ESAVI es causado por una manipulación, prescripción o administración inapropiada de la vacuna y, por lo tanto, es prevenible por naturaleza. Ejemplo: Transmisión de la infección por un vial contaminado.
- **Reacción relacionada con la ansiedad por la inmunización:** El ESAVI se produce debido a la ansiedad respecto al acto de vacunación en sí.
- **Eventos coincidentes:** El ESAVI es causado por un evento que no está relacionado con la vacuna, el error en la inmunización, ni con la ansiedad por la inmunización. Ejemplo: Se produce fiebre al momento de la vacunación (asociación temporal) pero ésta es causada por otra causa. Los eventos coincidentes reflejan la ocurrencia natural de problemas de salud en la comunidad, donde frecuentemente se reportan problemas comunes, mientras que los problemas particularmente severos son causa de preocupación. En la mayoría de los casos, a menos que se haga un diagnóstico específico, generalmente no es posible determinar con certeza que la ocurrencia no se debe a la vacuna ni al proceso de inmunización.
- **Evento no concluyente:** La evidencia disponible no permite la clasificación en ninguna de las antes mencionadas.



De las actividades a desarrollar con la vacunación contra COVID-19

- Se establecerá la Vigilancia Intensificada o reporte diario al sistema de vigilancia de los ESAVI, donde los establecimientos de salud del MINSA o no MINSA indicarán la ausencia o presentación de los casos ESAVI severos empleando el formato de Reporte consolidado diario siguiendo los flujos establecidos por epidemiología, esta será a partir de la fecha de inicio de la vacunación con vacuna contra COVID-19 y se extenderá hasta 40 días después del término de esta. La ausencia de casos corresponderá a la notificación negativa.
- Todo cuadro severo deberá ser notificado, investigado minuciosamente en forma articulada entre los diferentes componentes (epidemiología, farmacovigilancia, inmunizaciones, a servicios de salud, laboratorio, entre otros) y se procederá según lo pautado en la Directiva Sanitaria N° 054-MINSA/DGE-V.01 "Directiva Sanitaria para la Vigilancia Epidemiológica de Eventos Supuestamente Atribuidos a la Vacunación o Inmunización (ESAVI)", aprobada por Resolución Ministerial N° 063-2014/MINSA, o la que gaga sus veces.
- Todo ESAVI no severo que forme parte de conglomerados, que sobrepasen la tasa esperada, los errores operativos, así como los rumores, deben ser investigados.



⁵ Organización Mundial de la Salud (OMS) (2012). Guía para las hojas de información de la OMS sobre ESAVI. Recuperado de https://www.who.int/vaccine_safety/initiative/tools/Guide_Vaccine_rates_information_sheet_ES.pdf

**DOCUMENTO TÉCNICO:
PLAN NACIONAL ACTUALIZADO DE VACUNACIÓN CONTRA LA COVID-19**

- Para la vigilancia de ESAVI severo se emplearán la Ficha de Investigación Clínico-Epidemiológica de ESAVI, los casos son registrados en forma individual en el sistema NOTI-WEB por las unidades notificantes y, asimismo, deberán ser ingresados al sistema informático Web ESAVI, el cual deberá ser actualizado con el avance de la investigación.
- En los niveles locales las áreas de epidemiología, farmacovigilancia e inmunizaciones deberán trabajar coordinadamente, evaluando el avance de la vacunación, los ESAVI presentados, cumplimiento oportuno de los reportes, medidas correctivas de ser necesario, respetando los flujos de información y las funciones según competencia.
- La DIRIS/DIRESA/GERESA serán las responsables del cumplimiento adecuado de la vigilancia epidemiológica de los ESAVI severas en los establecimientos de salud de su jurisdicción.
- El Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC) realizará el consolidado nacional del monitoreo diario, monitoreo de los ESAVI notificados en su investigación hasta la clasificación y continuará realizando el apoyo técnico virtual ante los ESAVI por vacuna contra COVID-19 y las vacunas del Esquema regular.
- El CDC convocará al Comité Nacional Asesor para la Clasificación de Casos de ESAVI para la revisión y clasificación del ESAVI severo.

Notificación negativa diaria y la investigación de los ESAVI severo

- Se establece la vigilancia intensificada o reporte de la notificación negativa diaria al sistema de vigilancia de los ESAVI, donde los establecimientos de salud del MINSA o cualquier otro establecimiento de salud, indican la ausencia o presentación de los casos ESAVI severos, empleando el formato de Reporte consolidado de notificación negativa diaria. La hora de remisión de la información es a medio día y su consolidación se realiza inmediatamente en el nivel nacional, siguiendo los flujos establecidos por epidemiología. El inicio de la notificación negativa diaria es a partir de la fecha de inicio de la vacunación con vacuna contra COVID - 19 y se extiende hasta 42 días después del término de ésta.
- Todo cuadro severo debe ser notificado e investigado minuciosamente en forma articulada entre los diferentes componentes.
- Todo ESAVI no severo que forme parte de conglomerados, que sobrepasen la tasa esperada, los errores operativos, así como los rumores de ESAVI, deben ser investigados.
- Para la notificación e investigación de ESAVI severo se emplea la Ficha de Investigación Clínico-Epidemiológica de ESAVI.
- Los casos son registrados en forma individual en el sistema NOTI-WEB por las unidades notificantes y, asimismo, deben ser ingresados al sistema informático Web ESAVI, el cual debe ser actualizado permanentemente según el avance de la investigación.
- En los niveles locales las áreas de epidemiología, farmacovigilancia e inmunizaciones deben trabajar coordinadamente; evaluando el avance de la vacunación, los ESAVI presentados, el cumplimiento oportuno de los reportes, las medidas correctivas de ser necesario, respetando los flujos de información y las funciones según competencia.
- La DIRIS/DIRESA/GERESA es la responsable del cumplimiento adecuado de la vigilancia epidemiológica de los ESAVI en los establecimientos de salud de su jurisdicción, desde la notificación, investigación, control de calidad de datos ingresados al Módulo Web Ficha de ESAVI y su actualización, así como del monitoreo del cumplimiento de la notificación diaria.



**DOCUMENTO TÉCNICO:
PLAN NACIONAL ACTUALIZADO DE VACUNACIÓN CONTRA LA COVID-19**

- El CDC realiza el consolidado nacional del monitoreo diario de la notificación negativa, monitoreo de los ESAVI notificados en su investigación hasta su clasificación y continúa realizando el apoyo técnico virtual ante los ESAVI por vacuna contra COVID - 19 y las vacunas del esquema regular.

En todo lo no previsto en este Plan, se debe considerar lo enmarcado en la Directiva Sanitaria N° 054/MINSA/DGE - V.01 "Directiva Sanitaria para la vigilancia epidemiológica de eventos supuestamente atribuidos a la vacunación o inmunización (ESAVI)", aprobada por Resolución Ministerial N° 063-2014/MINSA.

9.12 Sistema de información

Padrón Nacional de Vacunación Universal contra la COVID-19

El Padrón Nacional es un banco de datos de naturaleza administrativa y de titularidad del MINSA, que consolida y sistematiza la información proveniente de entidades públicas de los tres niveles de gobierno, así como de organizaciones del sector privado, para la gestión de la vacunación contra la COVID-19. El Padrón Nacional es el único registro para la vacunación contra la COVID-19. La RENIEC prestará el apoyo al MINSA para la elaboración y actualización del Padrón Nacional de Vacunación Universal contra la COVID-19.



El Padrón Nacional ha sido elaborado con la base de datos del RENIEC, entidad encargada de organizar, actualizar administrar y mantener el registro único de identificación de las personas naturales en el Perú, así como del procesamiento de la información, con la validación correspondiente y el apoyo de la Secretaría Técnica del Grupo de Trabajo de Apoyo a la Vacunación.



Se complementará al Padrón Nacional los datos de las personas extranjeras, con sus diferentes modalidades de identificación, de acuerdo con los datos de las instituciones correspondientes.

La identidad de la persona a vacunar es verificada en el Padrón Nacional, a través de su Documento Nacional de Identificación (DNI). En el caso de las personas indocumentadas, es decir que no se encuentran registrados en el RENIEC, se coordinará con dicha institución para garantizar su identificación y completar los trámites correspondientes para la generación del código único de identidad.

La información de los vacunados será registrada en el registro administrativo de MINSA y/o a través de tramas de datos establecidos por el MINSA, a través de la Oficina General de Tecnologías de la Información.



El Padrón Nacional se podrá visualizar, a través del portal web de las instituciones involucradas en este proceso, liderado por el MINSA, en aras de la transparencia y la protección de datos personales.

Asimismo, el ciudadano podrá consultar si se encuentra registrado en el Padrón Nacional y verificar su cronograma de vacunación, fecha y punto de vacunación. Ello se realizará en coordinación con el RENIEC, la Secretaría de Gobierno Digital de la PCM y el apoyo de la Secretaría Técnica del Grupo de Trabajo de Apoyo a la Vacunación.



La Dirección de Inmunizaciones del MINSA, en el marco de sus competencias, establece los criterios necesarios para administración y gestión del Padrón Nacional

**DOCUMENTO TÉCNICO:
PLAN NACIONAL ACTUALIZADO DE VACUNACIÓN CONTRA LA COVID-19**

teniendo en cuenta las recomendaciones del Comité Interministerial de Apoyo, como se visualiza en el Gráfico 5 del presente Documento Técnico.

La Oficina General de Tecnologías de la Información del MINSA, en coordinación con el RENIEC, es responsable de elaborar, consolidar, proteger, resguardar, administrar y gestionar el Padrón Nacional, con el apoyo de todas las entidades públicas y privadas involucradas en el proceso de vacunación, a través de los sistemas administrativos o tramas de datos. Asimismo, desarrolla e implementa las aplicaciones y módulos informáticos que brindan el soporte tecnológico a la gestión de la información relacionada a la vacunación.

Módulos geo-analítico para la vacunación, seguimiento y monitoreo de vacunas

Los módulos integrados al HIS MINSA permiten realizar una trazabilidad de las vacunas aplicadas, desde el registro en el almacén central de CENARES hasta la aplicación de las vacunas a los ciudadanos. El Operador Logístico y la Oficina General de Tecnologías de la Información, con la participación de la Secretaría Técnica del Grupo de trabajo de Apoyo a la Vacunación, es responsable de las siguientes aplicaciones:

- a) **Aplicación del Vacunador:** Permite que el personal responsable de la vacunación realice el registro de la vacunación de manera online y offline.
- b) **Aplicación del Carné de Vacunación del Ciudadano:** Facilita que el ciudadano visualice su registro de la vacuna contra la COVID - 19 que le ha sido aplicada.
- c) **Módulo de Inmunizaciones del HIS MINSA:** Registro diferido de los datos de la vacunación por el personal digitador, a partir del registro realizado por el personal responsable de la vacunación en el formato HIS.
- d) **Módulo de Inmunizaciones del Sistema de información de Historias Clínicas Electrónicas del MINSA:** Gestiona la información contra la COVID-19 en los establecimientos de salud del MINSA y los Gobiernos Regionales que participan en el proceso de vacunación.
- e) **Tramas de datos:** La Oficina General de Tecnologías de la Información, con las variables establecidas por la Dirección de Inmunizaciones del MINSA, trabajará la trama de datos para el envío de información de las otras instituciones de salud que no utilizan los sistemas administrativos descritos.
- f) **Otros sistemas que se definan en el proceso de vacunación.**

La aplicación informática HIS MINSA y el Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas del MINSA, a través de los módulos antes descritos, gestionan la información de las personas vacunadas a nivel nacional, facilitando la obtención de la información en tiempo real y de acuerdo con las condiciones tecnológicas de las IPRESS.

La información del proceso de vacunación sirve de base para que la Dirección de Inmunizaciones del MINSA, la DIGEMID y el CDC realicen el análisis para la toma decisión respecto de las actividades de vacunación, de acuerdo con sus competencias.

El registro del procedimiento de vacunación se realiza de acuerdo con la codificación en el Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios del Sector Salud – CPMS.

Todas las acciones referidas a la confidencialidad del registro de la vacunación deben cumplir estrictamente con las disposiciones legales respecto a la protección de datos personales en salud.



**DOCUMENTO TÉCNICO:
PLAN NACIONAL ACTUALIZADO DE VACUNACIÓN CONTRA LA COVID-19**

9.13 Gestión y manejo de los residuos sólidos generados, durante el proceso de la vacunación contra la COVID-19

La Gestión y Manejo de Residuos Sólidos se encuentra enmarcada en la Norma Técnica de Salud N° 144-MINSA/2018/DIGESA "Gestión Integral y Manejo de Residuos Sólidos de Establecimientos de Salud, Servicios médicos de apoyo y centros de investigación", aprobada por Resolución Ministerial N° 1295-2018/MINSA.

Las DIRIS/DIRESA/GERESA son responsables de su cumplimiento, través del área de salud ambiental o la que haga sus veces.

9.14 Estrategia comunicacional

El MINSA, para la campaña de vacunación, cuenta con 03 planes de comunicación: Plan de Comunicación de la Vacunación, Plan de Comunicación de Riesgos y el Plan de Comunicación de Crisis, a propuesta de la Oficina General de Comunicaciones, en coordinación con la Presidencia del Consejo de Ministros.

Las actividades de la estrategia comunicacional son las siguientes:

- Sondeo de percepción sobre la vacuna a grupos objetivos.
- Elaboración de materiales impresos y productos de comunicación audiovisuales, con pertinencia cultural, sobre qué es la vacuna contra la COVID-19, así como las preguntas y respuestas más frecuentes.
- Portal web con información de la vacunación.
- Comunicación alternativa según públicos objetivos y fases de la campaña.
- Alianzas estratégicas con el sector privado, gobiernos regionales y locales para la réplica de mensajes, apoyo con difusión entre otros.
- Alianzas estratégicas con comunicadores de los diferentes sectores y medios, a fin de realizar una difusión coordinada y oportuna.
- Emisión de pauta publicitaria en radio, televisión y redes sociales, así como comunicación alternativa, teniendo en cuenta la normatividad vigente por periodo de elecciones.
- Gestión de la información en medios de comunicación.
- Vigilancia de rumores y noticias falsas sobre la vacunación.
- Capacitación a voceros y desarrollo de "cartilla para el vocero".
- Desarrollo de reuniones o teleconferencias para a medios sobre la vacuna.
- Emisión de información sobre vacunación en los programas digitales y *podcast* del MINSA.
- Plan de redes sociales con post y videos sobre la vacunación.

La gestión comunicacional de la crisis de ESAVI debe:

- Identificar las situaciones que podrían generar posibles crisis en torno a la vacunación.
- Formar parte del comité de crisis y capacitar voceros.
- Realizar la vigilancia de rumores en medios de comunicación y redes sociales.
- Ante una situación de crisis, evaluar el hecho o suceso, la necesidad de respuesta y de ser aprobada responder a los medios de comunicación.
- Monitorear el impacto de las respuestas en los medios y evaluar la necesidad de un nuevo pronunciamiento.



**DOCUMENTO TÉCNICO:
PLAN NACIONAL ACTUALIZADO DE VACUNACIÓN CONTRA LA COVID-19**

- Realizar actividades relacionadas a la solución o camino de solución de la crisis.

X. ACCIONES DE MONITOREO, SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN

a) Monitoreo

Estará a cargo del personal de salud con competencias de supervisor con instrumentos y mecanismos de monitoreo en los diferentes niveles:

- Nivel Nacional al Nivel Regional (DIRESA/GERESA/DIRIS)
- Nivel Regional (DIRESA/GERESA/DIRIS) a los niveles operativos.

b) Supervisión

Durante la planificación y organización, la supervisión se realiza con la finalidad de verificar si los niveles regionales y locales han logrado una adecuada planificación y organización, están capacitados, disponen de los recursos necesarios, verificación de la programación de la población a vacunar; así como de las tácticas de vacunación a emplear y si cuentan con la logística necesaria para alcanzar la meta.

Durante la ejecución, la supervisión es básicamente operacional. Se dirige a observar *in situ* las prácticas de vacunación, analizar con el equipo local el avance de la campaña, mediante la revisión del cumplimiento de la planificación, y el cronograma de actividades.

Al concluir la campaña, es necesario acompañar a las regiones y niveles locales en el análisis de coberturas de campaña, complementando los datos administrativos del Sistema de Información.

Funciones de los Supervisores

- Participar activamente en las capacitaciones de los lineamientos de campaña y el proceso de elaboración de planes y organización en el nivel regional y local, dando seguimiento a la planificación.
- Supervisar el avance de la campaña en lo relativo a la ejecución de tácticas de captación efectiva de las poblaciones meta, para lo cual revisa los instrumentos de programación de la vacunación, las coberturas de los vacunados y realiza el Monitoreo Rápido de Vacunados (MRV) a partir de ese análisis y los resultados de la supervisión.
- Apoyar a los equipos de salud del nivel regional en los procesos relacionados con la vacunación segura para facilitar la comunicación con el fin de otorgar una respuesta adecuada y oportuna según los roles establecidos.
- Brindar soporte técnico ante dudas que puedan surgir facilitando la resolución de problemas que se presenten.
- Participar en la evaluación final de la campaña y apoyar en la revisión de los informes finales.

c) Evaluación



DOCUMENTO TÉCNICO:
PLAN NACIONAL ACTUALIZADO DE VACUNACIÓN CONTRA LA COVID-19

- El MRV es una herramienta de gestión que ayuda en el proceso de monitoreo de las actividades de vacunación pues permite determinar si las personas de un área determinada del establecimiento de salud han sido vacunadas y las razones o motivos por las que no se vacuno.
- El MRV se realiza en tres modalidades: diario, interno y externo.
- Evaluación final de la campaña: Cada nivel debe elaborar un informe final de la campaña que incluya los indicadores, coberturas administrativas por distritos, regiones y país, según grupos de edad, factores de riesgo.

Indicadores:

- ⇒ **Porcentaje de acceso:** % de la población objetivo que recibe la primera dosis de la vacuna
- ⇒ **Cobertura:** % de la población objetivo que completa el esquema de vacunación según el esquema recomendado por el laboratorio productor.
- ⇒ **Porcentaje de deserción** entre primera y segunda dosis según esquema establecido por cada laboratorio
- ⇒ **Razones de no vacunación** por solicitud de la persona o quienes no fueron vacunadas por algún motivo.



XI. RESPONSABILIDADES

Nivel Nacional:

El MINSA, a través del Viceministro de Salud Pública y con la intervención de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública y la Dirección de Inmunizaciones, es responsable de difundir el presente Documento Técnico, así como brindar la asistencia técnica, supervisar y evaluar su cumplimiento, conjuntamente con las Direcciones involucradas:

- Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades.
- Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud.
- Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas.
- Dirección General de Operaciones en Salud.
- Dirección de Promoción de la Salud.
- Oficina General de Comunicaciones.
- Oficina General de Tecnología de la Información.
- Dirección General de Salud Ambiental e Inocuidad Alimentaria
- Instituto Nacional de Salud.
- Oficina General de Gestión Descentralización.

Las demás instituciones definirán las direcciones y oficinas responsables para la implementación del presente Plan, dando cuenta de ello al MINSA.

Para definir esas responsabilidades, el Viceministro de Salud Pública cuenta con la participación del Comité Interministerial de Apoyo y el Equipo Consultivo de Alto Nivel.

Nivel Regional:

La DIRESA, GERESA y DIRIS en Lima Metropolitana y las que hagan sus veces, son responsables de difundir, brindar asistencia técnica, implementar y hacer cumplir lo





**DOCUMENTO TÉCNICO:
PLAN NACIONAL ACTUALIZADO DE VACUNACIÓN CONTRA LA COVID-19**



establecido en el presente Documento Técnico en su respectivo ámbito o jurisdicción, así como monitorear, supervisar y evaluar su cumplimiento.

Las demás instituciones definirán las direcciones y oficinas responsables para la implementación del presente Plan, dando cuenta de ello al MINSA.

Nivel Local:

Las Unidades Ejecutoras, Direcciones de Redes de Salud, Redes Integradas de Salud públicos (MINSA, EsSalud, Sanidades de las Fuerzas Armadas, Sanidad de la Policía Nacional del Perú, Gobiernos Regionales, entre otros) son responsables de aplicar y cumplir el presente Documento Técnico e informar de lo ejecutado al nivel inmediato superior.



XII. PRESUPUESTO (MINSA)

Pago a brigadas de vacunación y equipos de protección personal

DIRIS / DIRESA / GERESA	POBLACION >18 años	BRIGADAS	PPTO (S/) 9 meses	Presupuesto por 02 mes	EPP x 9m (Mameluco + Mascarilla + Gorro+Alcohol gel)	EPP x 02 meses (Mandil + Mascarilla + Gorro+Alcohol gel)	EPP Protector facial	01 por persona Protector facial
AMAZONAS	301,812	3,353	33,590,700	7,464,600	11,408,640	756,437	46,271	3,701,680
ANCASH	873,671	9,707	93,664,800	20,814,400	33,028,070	2,189,899	133,957	10,716,560
APURIMAC	308,408	3,427	33,209,550	7,379,900	11,660,630	773,131	47,293	3,783,440
AREQUIPA	1,134,281	12,603	121,570,200	27,015,600	42,881,664	2,843,237	173,921	13,913,680
AYACUCHO	466,112	5,179	51,827,850	11,517,300	17,621,535	1,168,382	71,470	5,717,600
CAJAMARCA	1,089,082	12,101	116,960,400	25,991,200	41,174,039	2,729,986	166,994	13,359,520
CALLAO	826,055	9,178	88,479,450	19,662,100	31,228,011	2,070,557	126,656	10,132,480
CUSCO	1,011,157	11,235	112,407,750	24,979,500	38,227,006	2,534,616	155,043	12,403,440
HUANCAVELICA	291,946	3,244	32,651,100	7,255,800	11,038,067	731,846	44,767	3,581,360
HUANUCO	561,247	6,236	62,463,150	13,880,700	21,218,052	1,406,842	86,057	6,884,560
ICA	640,709	7,119	68,743,350	15,276,300	24,222,537	1,606,046	98,242	7,859,360
JUNIN	963,112	10,701	107,114,400	23,803,200	36,410,193	2,414,146	147,674	11,813,920
LA LIBERTAD	1,413,844	15,709	157,215,600	34,936,800	53,449,855	3,543,950	216,784	17,342,720
LAMBAYEQUE	963,743	10,708	103,300,200	22,955,600	36,433,924	2,415,725	147,770	11,821,600
LIMA DIRIS CENTRO	2,444,533	27,161	261,621,900	58,138,200	92,391,284	6,127,522	374,711	29,976,880
LIMA DIRIS ESTE	1,190,613	13,229	127,486,350	28,330,300	45,011,402	2,984,462	182,560	14,604,800
LIMA DIRIS NORTE	2,075,559	23,062	222,144,300	49,365,400	78,467,772	5,202,787	318,256	25,460,480
LIMA DIRIS SUR	1,785,240	19,836	191,082,150	42,462,700	67,491,422	4,475,002	273,737	21,898,960
LIMA REGIÓN	748,301	8,314	83,323,350	18,516,300	28,288,638	1,875,638	114,733	9,178,640
LORETO	685,994	7,622	76,373,550	16,971,900	25,934,037	1,719,523	105,184	8,414,720
MADRE DE DIOS	116,541	1,295	13,068,000	2,904,000	4,406,454	292,152	17,871	1,429,680
MOQUEGUA	147,784	1,642	15,954,300	3,545,400	5,587,142	370,435	22,660	1,812,800
PASCO	198,286	2,203	22,210,200	4,935,600	7,495,997	496,997	30,401	2,432,080
PIURA	1,378,198	15,313	147,730,950	32,829,100	52,102,528	3,454,613	211,319	16,905,520
PUNO	892,735	9,919	99,334,350	22,074,300	33,749,546	2,237,726	136,882	10,950,560
SAN MARTIN	630,693	7,008	70,189,200	15,597,600	23,844,793	1,581,005	96,710	7,736,800
TACNA	276,954	3,077	29,731,050	6,606,900	10,469,570	694,171	42,463	3,397,040
TUMBES	166,213	1,847	17,907,300	3,979,400	6,284,593	416,683	25,489	2,039,120
UCAYALI	383,882	4,265	42,869,250	9,526,500	14,512,038	962,184	58,857	4,708,560
TOTAL	23,966,705	266,293	2,604,224,700	578,716,600	906,039,440	60,075,701	3,674,732	293,978,560



**DOCUMENTO TÉCNICO:
PLAN NACIONAL ACTUALIZADO DE VACUNACIÓN CONTRA LA COVID-19**

Movilidad Local y Servicios

DIRIS / DIRESA / GERESA	POBLACION >18años	MOVILIDAD LOCAL				2.3.1.3.1.1										2.3.2.2.4.1			2.3.2.7.11.2			SUB TOTAL (S/.)	TOTAL GENERAL
		Total RRHH	N° de días	Monto por día S/ 120	2.3.1.3.1.1	2.3.2.7.11.5	2.3.2.1.2.2	2.3.2.2.4.1	2.3.2.7.11.2	2.3.2.7.11.6	2.3.2.7.11.2	2.3.2.7.11.2	2.3.2.7.11.2	2.3.2.7.11.2	2.3.2.7.11.2	2.3.2.7.11.2	2.3.2.7.11.2						
AMAZONAS	301,812	400	402	2,976,000	2,412,000	2,800	45,416	482,556	5,500	129,000	6,000	115,000	786,272	48,807,883									
ANCASH	873,671	1860	1,164	8,928,000	6,984,000	320,500	160,000	113,500	150,000	442,000	400,000	205,000	1,791,000	137,545,827									
APURIMAC	308,408	1060	411	11,448,000	2,466,000	144,000	250,600	82,660	75,000	105,000	62,000	120,000	839,260	57,204,733									
AREQUIPA	1,134,281	770	1,512	8,316,000	9,072,000	90,000	130,000	45,000	50,000	55,000	35,000	100,000	505,000	173,446,785									
AYACUCHO	466,112	4032	621	31,449,600	3,726,000	40,500	241,835	26,880	70,000	300,000	259,500	419,189	1,357,904	102,328,359									
CAJAMARCA	1,089,082	1200	1,452	6,480,000	8,712,000	72,000	90,000	110,000	26,000	60,000	45,000	60,000	463,000	165,244,433									
CALLAO	826,055	2140	1,101	42,885,600	6,606,000	116,340	466,150	84,000	114,000	15,000	41,547	751,275	1,588,312	164,308,029									
CUSCO	1,011,157	420	1,347	4,687,200	8,082,000	30,000	168,000	0	390,000	44,000	155,213	66,560	853,773	156,330,772									
HUANCAVELICA	291,946	850	390	4,794,000	2,340,000	180,000	112,000	23,040	45,000	306,000	120,280	66,600	852,920	49,380,854									
HUANUCO	561,247	4941	747	14,823,000	4,482,000	62,400	18,000	35,280	460,980	300,000	342,000	240,000	1,458,660	100,048,919									
ICA	640,709	5561	855	26,025,480	5,130,000	156,375	105,000	84,000	58,400	450,000	55,380	505,080	1,405,552	120,574,984									
JUNIN	963,112	2116	1,284	42,404,640	7,704,000	140,985	169,307	26,400	155,000	155,000	65,000	260,000	990,000	187,482,459									
LA LIBERTAD	1,413,844	2582	1,884	19,210,080	11,304,000	140,000	125,000	90,000	155,000	1,650,000	130,000	700,000	4,723,900	231,082,319									
LAMBAYEQUE	963,743	1994	1,284	39,959,760	7,704,000	181,000	641,300	931,600	490,000	430,000	780,000	650,000	5,060,000	184,565,554									
LIMA DIRIS CENTRO	2,444,533	7162	3,258	79,068,480	19,548,000	650,000	1,100,000	750,000	700,000	0	0	0	0	438,516,375									
LIMA DIRIS ESTE	1,190,613	2737	1,587	54,849,480	9,522,000	0	445,980	0	0	0	32,080	47,000	525,060	228,054,852									
LIMA DIRIS NORTE	2,075,559	841	2,766	31,688,880	16,596,000	0	2,010,300	0	72,000	0	0	1,201,163	3,283,463	335,902,671									
LIMA DIRIS SUR	1,785,240	1687	2,379	31,783,080	14,274,000	0	1,546,743	0	0	218,880	14,000	800,000	2,579,623	293,210,012									
LIMA REGIÓN	748,301	2890	999	57,915,600	5,994,000	0	572,715	0	0	105,200	116,730	36,000	830,645	170,472,966									
LORETO	685,994	4060	915	30,206,400	5,490,000	183,500	132,500	59,840	115,200	178,580	180,080	232,800	1,082,500	133,701,671									
MADRE DE DIOS	116,541	12966	156	259,838,640	936,000	1,216,040	606,400	95,000	125,000	260,000	200,000	496,000	2,998,440	280,329,405									
MOQUEGUA	147,784	550	198	5,742,000	1,188,000	42,798	133,062	48,000	39,000	47,000	39,800	120,000	469,660	27,775,762									
PASCO	198,286	410	284	4,378,800	1,584,000	92,200	47,220	16,616	28,000	20,600	25,000	43,000	272,636	34,388,034									
PIURA	1,378,198	1200	1,839	8,928,000	11,034,000	35,000	55,000	23,000	23,000	62,000	15,000	100,000	313,000	209,285,797									
PUNO	892,735	1470	1,191	23,637,600	7,146,000	1,030,000	205,000	225,000	355,000	190,000	200,000	190,000	2,395,000	159,253,378									
SAN MARTIN	630,693	2200	840	18,480,000	5,040,000	400,000	100,000	90,000	360,000	295,000	90,000	110,000	1,445,000	114,055,703									
TACNA	276,954	2585	369	51,803,400	2,214,000	230,200	285,232	147,000	435,000	1,620,000	390,000	290,000	3,397,432	95,443,915									
TUMBES	166,213	210	222	1,612,800	1,332,000	35,000	38,000	9,000	75,000	7,000	42,000	46,000	252,000	26,082,182									
UCAYALI	383,882	160	513	3,168,000	3,078,000	30,000	16,000	6,000	90,000	8,000	50,000	105,000	305,000	60,913,145									
TOTAL	23,966,705	71,054	31,950	927,488,520	191,700,000	962,640	88,200	151,200	133,000	630,000	470,000	390,000	44,310,387	4,485,737,779									

DOCUMENTO TÉCNICO:
PLAN NACIONAL ACTUALIZADO DE VACUNACIÓN CONTRA LA COVID-19

Resumen

RESUMEN:	23.29.11 CONTRATO DE RRHH	23.18.21 EPP	23.22.2.99 MOVILIDAD LOCAL	2.3.1.3.1.1 COMBUSTIBLES Y CARBURANTES	2.3.2.1.2.2 VIATICOS Y ASIGNACIONES POR COMISION DE SERVICIO
	S/. 82,221,884	S/. 16,225,634	S/. 164,601,146	S/. 5,393,911	S/. 281,600

RESUMEN:	2.3.2.2.4.1 SERVICIO DE PUBLICIDAD	2.3.2.7.11.2 TRANSPORTE Y TRASLADO DE CARGA, BIENES Y MATERIALES	23.27.11.6 SERVICIO de IMPRESIÓN	2.3.2.7.11.2 CONTRATO DE SERVICIO ELIMINACION DE RESIDUOS SOLIDOS	TOTAL GENERAL SIN EPP, alcohol, gel, Cajas de bioseguridad y bolsas, adquirido por CENARES
	S/. 2,055,400	S/. 12,480,140	S/. 4,793,341	S/. 838,835	S/. 288,891,892.00
					S/. 272,666,266.00





XIII. INCUMPLIMIENTO A LAS DISPOSICIONES DEL PLAN

Los funcionarios y servidores públicos responsables del proceso de vacunación para prevenir la COVID-19, deben cumplir con los plazos y directivas del proceso de vacunación, establecidos por el MINSA, bajo responsabilidad.

Asimismo, la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), de acuerdo con sus competencias, supervisa a las IPRESS e IAFAS.

