

## ACTA REUNION CAVEI

**Fecha: JUEVES 02 OCTUBRE 2014**

**Inicio: 09:00h**

**Término: 13:30h**

### **PARTICIPANTES**

#### **PANEL DE EXPERTOS**

Dra. MT Valenzuela  
Dra. J Dabanch  
Dra. R Lagos  
Dra. X Aguilera  
Dr. L Avendaño  
Dr. J Inostroza  
Dr. M O’Ryan  
Dr. R Vergara  
Dr. G Valdivia  
Sr. E Díaz

#### **ISP**

QF. X Silva

#### **MINSAL**

Dr. F Muñoz (PNI)  
Dra. C González (PNI).  
Dr. S Loayza (Epidemiología)

#### **Asistente Ejecutiva**

M Bastías

La presidenta del CAVEI, Dra. María Teresa Valenzuela, abre la sesión con la revisión del programa estipulado para la jornada. Da la bienvenida a las dos nuevas integrantes del panel de expertos, Dra. Lagos y Dra. Aguilera. Solicita a cada uno de los miembros expertos expresar si su situación de conflicto de interés ha cambiado desde la última reunión del 03 de Julio 2014. Las manifestaciones fueron:

- Dr. O’Ryan: Se encuentra trabajando en un proyecto de vacuna contra norovirus del Laboratorio Japonés Takeda (<http://www.takeda.com/>). Además, concluyó su trabajo en el proyecto de la Fundación Gates en el marco de la estrategia para la erradicación de Polio (<http://www.gatesfoundation.org/What-We-Do/Global-Development/Polio>)
- Dr. Valdivia: Sin cambios en su declaración de conflictos de interés.
- Dra. Lagos: Participación en estudio de carga enfermedad por norovirus. Declara no tener conflictos de interés.

- Dr. Inostroza: Sin cambios en su declaración de conflictos de interés.
- Sr. Díaz: Sin cambios en su declaración de conflictos de interés.
- Sra. X Silva: Sin cambios en su declaración de conflictos de interés.
- Dra. Aguilera: Declara no tener conflictos de interés.
- Dr. Vergara: Asistió a un curso de vacunas sobre meningococo en Buenos Aires patrocinado por Laboratorio Novartis.
- Dra. Dabanch: La Sociedad Chilena de Infectología que actualmente preside recibe auspicios de diversos laboratorios para el desarrollo de sus actividades. Además, asistió a un curso de vacunas sobre meningococo en Buenos Aires por invitación de Novartis.
- Dr. Avendaño: Sin cambios en su declaración de conflictos de interés.
- Dra. María Teresa Valenzuela: Sin cambios en su declaración de conflictos de interés.

## **Desarrollo de la Jornada**

### **1. Revisión del Reglamento Interno del CAVEI**

El Abogado Sr. Eduardo Díaz abre la discusión haciendo mención a los tres puntos principales en que se centra su revisión del Reglamento Interno del CAVEI. Estos son:

- 1- La forma en que el Comité Asesor realiza su trabajo, emite informes y genera recomendaciones.
- 2- Por la calidad de expertos de los miembros del panel, podría darse la situación de conflicto de interés. Los conflictos de interés se producirían en el momento mismo que se trata un tema. Es en ese momento en el que se debe actualizar la declaración, exponer y aclarar.
- 3- Temas prácticos de funcionamiento interno: causales de cesación, sesiones extraordinarias, entre otros.

Dr. Muñoz sugiere someter presente documento a revisión del CAVEI. Hace observación de ciertos elementos del reglamento que podrían ser prescindibles, pero que tal vez están determinados por decreto. Un ejemplo de ello es que las razones para la renuncia de un miembro experto requieren ser debidamente acreditadas, exigencia que podría ser revisada en tanto las causas de dimisión por parte de un miembro experto serán siempre respetables.

Dr. Avendaño complementa aclarando que la actual versión en discusión es la analizada por jurídica. Agrega que una de las cosas que requiere regulación es, por ejemplo, el tiempo de elección de presidente. Además, considera adecuado conocer qué es lo que ha ido cambiando del reglamento en el tiempo y se ofrece para dirigir su trazabilidad.

Dra. Valenzuela, menciona que el año 2013 se conversó que el tiempo en el cargo de presidencia podía ser desde un año a tres. Anuncia su renuncia a la presidencia. Expone sus razones y éstas son recibidas por el resto de los miembros. Dr. Avendaño propone extensión de presidencia

de Dra. Valenzuela por 6 meses más para hacer transición con el nuevo presidente en vista de que quedan pocos miembros antiguos. Dra. Valenzuela acepta y se propone la figura de un secretario ejecutivo desde los miembros del comité asesor, figura que es asumida por Dr. Avendaño.

## **2. Presentación de Coberturas de Vacunas.**

### **Dr. Muñoz, PNI.**

En relación a que la dedicación del Comité Asesor de Vacunas e Inmunización se centra principalmente en la rama científica que le compete, como la justificación de la introducción nuevas vacunas, considera que la revisión de las coberturas adquiere relevancia para promover la rama de estrategias de vacunación que el CAVEI debiera considerar.

Dr. Muñoz declara insatisfacción respecto de las coberturas de vacunación y considera que es preciso hacer el análisis de por qué de esta situación y la validez que tiene la información presentada como coberturas, especialmente las del año 2013 y 2014 respecto del año 2012. Una razón, propone, es el registro nacional de inmunizaciones, uno de los cambios dramáticos que ha tenido el plan ampliado de inmunización. Esta modificación, que no sólo permite tener datos actualizados y disponibles, es la posibilidad para que el país muestre, en línea con la sugerencia de OPS, sus datos a la región. Sin perjuicio, se requiere perfeccionamiento.

Dr. Muñoz se detiene en la importancia de distinguir la información de coberturas de vacunación y número de vacunas administradas. En la apreciación de las figuras, éstas se presentan de las dos maneras, en el caso de número de vacunas administradas, se espera una caída a la fecha de análisis (Agosto 2014). En caso de cobertura, a partir de la misma fecha se hace una proyección respecto del año anterior. Así, según la forma de mostrar la información existen variaciones importantes entre los dos métodos. En parte, estas diferencias se explican por las poblaciones que el DEIS toma como población referencia para el reporte. Entre ellos, el cambio a nacidos vivos inscritos (NVI) modifica la estimación de cobertura. Es el caso para las coberturas de Polio 3D, Sarampión 1D, Neumococo 1R. Un comportamiento diferente es la cobertura de influenza, aunque aplacado cuando se consideran los grupos de riesgo. La cobertura 2014 para el mayor de 65 años fue 75% y 83.9% para el menor de 6-23 meses; el año 2013, los mismos dos grupos alcanzaron cobertura de 91.4% y 75%. El grupo “otras prioridades” para la cobertura de influenza este año hubo una indicación ministerial que fue la vacunación en el Norte post-terremoto. En el caso de embarazadas para vacunación de influenza, se considera como denominador las embarazadas en control, sin detalles qué tiempo de embarazo ni de dónde proviene. Este denominador distorsiona toda realidad pues existe un número importante de embarazadas que se controlan en el sector privado de salud. Se estima que sobre el 50% de las consultas a especialista son de tipo privada. Para el 2014 la población de embarazadas es aproximadamente de 75.000, marcadamente inferior a los RN, cerca de 250.000. En la población de mayores de 65, el denominador excluye a los mayores de 80 años, quienes representan el 20% de la población de mayores de 65 años. Si se corrigieran estos denominadores, entonces las coberturas disminuirían aún más.

**Acción propuesta: El PNI debiese ejercer autoridad sanitaria en el sector privado.**

Por otra parte, se observa latencia de las vacunas, ejemplo BCG, el porcentaje más alto se coloca en la maternidad, sin embargo hay una extensión de la aplicación de la vacuna hasta un año después. En caso de W135, el 24% de las vacunas se acumulan y administran posterior a la edad indicada. Esta latencia en el caso de la PENTA1D es 4%, en tanto el primer refuerzo PENTA 1R es de 24%. Se observa una latencia similar en vacunas que se administran cerca del año de edad.

En relación a las tendencias de cobertura de las vacunas programáticas, por región del país según RNI y Denominador INE, las coberturas del Norte son marcadamente menores cuando son estimadas con RNI que con denominador INE. Factores explicativos:

- Población de RN de la región sea influida por movimientos migratorios, lo que puede explicar un número de inscripciones de RN mayor al del resto del país.
- Desarrollo del subsistema de salud por regiones de Chile, por ejemplo, en Atacama, las dosis de PENTA administradas en el sector privado es de 1-2%, en cambio en Antofagasta, Magallanes y Región Metropolitana alcanza al 20%. Es evidente que el volumen de vacunas que se administra en el sector privado es importante, pero no hay un denominador.
- Se desconoce cuántos niños del sector privado no son derivados a vacunar, o lo fueron pero no se vacunaron. Esto se desconocerá en tanto no exista comunicación del PNI con el privado.

Dr. Muñoz refiere que como PNI están tratando de cambiar el denominador a presentar a la dirección de presupuesto, quienes son los que definen los indicadores H. Su recomendación es comparar las coberturas año a año mediante la tasa de incremento del número de dosis de vacunas administradas. Finalmente, enfatiza que la cobertura no es reflejo de la gestión de un programa.

### Problemas en coberturas y potenciales estrategias para abordarlos

#### 1. Problemas de registro

- Se está trabajando en nueva versión del registro nacional de inmunizaciones mediante cambios técnicos y tecnológicos para hacer el registro más amigable para el digitador.
- El MINSAL no es propietario de las bases de datos, cada entrega de datos tiene un costo para su liberación. Se están revisando las bases de licitación para el 2015.
- Estrategia política: la entrega de un certificado de vacunación que sea válido en el extranjero, por ejemplo.
- Al sistema se incorporan los rechazos y las razones, ejemplo con la vacuna VPH, se han administrado 7000 dosis y el rechazo ha sido del 2% en tanto para otras vacunas es de 0.5%. Los rechazos no se registran en formulario especial a modo de no ejercer presión en el sujeto que toma la decisión.

#### 2. Desconfianza en vacunas

- Se desconoce en Chile, se requieren estudios de diseño cuantitativo y cualitativo para definir el perfil de la población que rechaza la vacunación.

- Se requiere diseñar una estrategia comunicacional permanente.
  - Se pretende legislar por compensación económica por evento adverso serio (SAE)-situación que es éticamente difícil de evitar. Implicará llevar el tema al poder legislativo. Por ahora, debe transparentarse al público cualquier caso de SAE y educar a la población en torno a ellos.
3. Ausencia acción autoridad sanitaria sobre prestadores privados
- Ejercer acciones educativas a pediatras y otros especialistas que atienden en modalidad libre elección y privada, trabajo conjunto con sociedades científicas, colegio médico, aseguradores y prestadores organizados.
  - Se estima que una modificación al contrato FONASA-pediatras MLE (exigir mínimos cumplimientos, aparte de ser pediatra).
4. Poblaciones inciertas
- “*Sinceramiento*” de las poblaciones, es decir, cambio de indicadores controlables a números absolutos o tasa de incremento de vacunas administradas.
5. Descoordinación Redes asistenciales-Salud pública y descoordinación de intervenciones de infancia
- Un comité de inmunizaciones entre ambas subsecretarías (nacional y regional), junto al alineamiento de metas y compromisos de gestión.
  - Consejo nacional integrado.
  - *Chile Crece Contigo* integral que se refleje, por ejemplo, en un carnet universal que incluya las vacunaciones.
6. Carencia de incentivos, formación y capacitación de los equipos de atención primaria
- No hay metas ligadas a remuneración, pero a nivel municipal se introdujo un indicador ligado a vacunas.
  - Capacitación continua para los gerentes del programa.
7. Un calendario de vacunas recargado
- Cada vez más vacunas y más punciones para el niño. Esto podría influir en la sensación de desconfianza en la población.
  - Debiese considerarse un “Freno a la ambición maximalista”.
8. Suficiencia de recursos humanos
- Para acciones educativas, para enfrentar el calendario más recargado, entre otras necesidades.
  - Política de recursos humanos para programas (números mínimos y condiciones laborales).

### ***Discusión abierta***

- Dra Valenzuela consulta a los miembros expertos sobre qué consideran ellos se puede hacer para enfrentar el desafío de las coberturas, aclarando que el MINSAL es el encargado de alimentar las

relaciones intersectoriales y de las negociaciones de presupuesto. Por el lado de los expertos, Dra. Valenzuela propone el acercamiento a las universidades y sociedades científicas. En particular, armar equipos de trabajo con internos de medicina y enfermería que implementen estrategias educativas y de capacitación en ATP a lo largo del país, que contemple estrategias motivacionales que perduren en el tiempo de modo que las raíces queden en los niveles locales. Hacer una evaluación al año siguiente.

- Dr. O’Ryan plantea la relevancia de preguntarse cuál es la verdad de las cifras con la que se trabaja en esta materia.

- Dra. Aguilera comenta que la población de RN vivos la tendencia es a reducirse y que, por lo tanto, la tendencia de cobertura debiese tender a mantenerse por el número de dosis administradas. Enfatiza que el uso de RNI en vez de la proyección del menor de un año es lo más adecuado, especialmente cuando las proyecciones poblacionales se basan en cifras de más de 10 años. Agrega que el MINSAL no tiene disponible la información de coberturas desagregada.

- Dra. Lagos plantea la necesidad de despejar las distintas variables que influyen en la tendencia a la disminución de la cobertura de vacunación, por ejemplo, el rechazo y dudas por parte de la población. Si antes de la semana de vida, el 95% los RN están inscritos, ¿por qué el PAI no puede trabajar con el número real?

- Dr. Muñoz aclara que el PAI no trabaja con denominador real porque está en las normativas y ha habido resistencia a cambiarlas. Manifiesta que su voluntad es cambiarlas.

### **3. Recomendación vacuna neumocócica conjugada.**

#### **Dr. Vergara**

A partir de la introducción de la PCV10, la tasa de incidencia de ENI disminuyó marcadamente en menores de 12 meses y en lactantes entre 12 y 23 meses, un 72.8% y 52.6%, respectivamente, al año 2013. Para el resto de los grupos etarios, la incidencia de ENI ha mantenido un comportamiento similar al histórico, sin observarse a la fecha efecto rebaño.

En relación a la distribución de serotipos de casos confirmados de ENI entre los años 2007 y 2013, se observa que aquellos incluidos en PCV10 presentan en su conjunto un comportamiento tendiente a la disminución, con la excepción del 9V. Los serotipos 1, 5, 6B, 14, 18C, 19F y 23F presentan disminución en todos los grupos etarios, con una marcada caída en los menores de 2 años, aunque la disminución total del serotipo 18C es más bien leve y oscilante en el mayor de 65 años. Respecto de los últimos 2 serotipos con protección por PCV10, el 4 y el 7F si bien presentan un comportamiento oscilante o estable en los casos totales, se aprecia una disminución en la población menor de 2 años.

De los serotipos no contenidos en PCV10, el 6A presenta una tendencia a la disminución al considerarse los casos totales y específicamente en el menor de dos años, posiblemente debido a protección cruzada con 6B. Su comportamiento en el mayor de 65 años; sin embargo, es oscilante.

El serotipo 19A presenta tendencia al aumento en los casos totales y oscilaciones en el mayor de 65 años, en tanto en los menores de 2 años la tendencia es a la disminución. El serotipo 3 presenta aumento en los menores de dos años, mayores de 65 y casos totales. Finalmente, el serotipo 16F, para el cual no existe protección por vacuna, presenta un comportamiento oscilante en los casos totales y comportamiento estable con un bajo número de casos en el menor de 2 años, evidencia de que no ha habido reemplazo de serotipo a la fecha. Las cifras para 16F son, sin embargo, muy bajas para extraer conclusiones.

Varios estudios realizados después de la introducción de PCV13 muestran, como era esperable, un impacto mayor que el obtenido por PCV7 y efectividad demostrada para la mayoría de los serotipos que agrega la vacuna. Sin embargo, al analizar los serotipos en forma separada, los resultados son discordantes para el serotipo 3 en tanto que en algunos países no hubo casos nuevos por este serotipo, mientras que en otros el serotipo 3 se mantuvo sin variación. Después de un muy corto período de evaluación de vacunación con PCV13, se vislumbra una buena protección contra los serotipos añadidos a esta vacuna, pero no está claro aún el nivel de protección contra el serotipo 3.

Un estudio de impacto de PCV10 realizado en Brasil por Domingues y colaboradores demostró una efectividad de 83,8% para los serotipos incluidos en la vacuna y de 77,9% para los serotipos relacionados. De especial interés es el hallazgo de una efectividad de 82,2% contra serotipo 19A, el cual no se encuentra en la vacuna y que se atribuye a posible protección cruzada conferida por el serotipo 19F. Por otro lado, un estudio realizado en Finlandia por Palmu y colaboradores, cuyo objetivo fue evaluar la efectividad de PCV10 contra ENI por serotipo incluido en la vacuna, utilizó esquema 3+1 y 2+1 en menores de 7 meses y esquema 2+1 en el grupo de 7-11 meses. En los menores de 7 meses, el estudio demostró una efectividad de 100% (95%IC 83-100) en esquema 3+1 y de 92% (95%IC 58-100) en esquema 2+1. Para los mayores de 7 meses la efectividad fue de 100% (IC95% 79-100). Finalmente, un estudio realizado en Argentina, Costa Rica y Panamá por Tregnaghi y colaboradores en niños entre 6 y 16 semanas al momento de enrolarse bajo un esquema 3+1 evaluó la eficacia vacunal (EV) contra neumonía probablemente bacteriana adquirida en la comunidad (B-NAC). La EV para B-NAC en el grupo "intención de tratar" fue de 18,2% (95%IC 5,5-29,1) para B-NAC y 23,4% (95%IC 8,8-35,7) para neumonía consolidante según criterio OMS. La EV para otitis media aguda (OMA) confirmada clínicamente fue de 16,15% (95% IC 1,1-30,4) en el grupo que cumplió el protocolo, mientras que fue de 19% (95%IC 4,4-31,4) en el grupo analizado por intención de tratar. La EV fue alrededor de 30% para las OMA confirmadas con cultivo según ambos análisis. Para OMA por neumococo en cultivo la EV fue de 56,1% (95%IC 13,4-77,8) y de 67,1% (95%IC 17-86,9) para serotipos vacunales en análisis por protocolo, similar en intención de tratar. No se demostró eficacia para ENI por Hib. La EV para ENI fue de 100% (95%IC 74,3-100) para serotipos vacunales y de 65% (95%IC 11,1-86,9) para toda ENI.

#### Recomendación Inicial del Panel de Expertos en relación a vacunación antineumocócica

La población chilena menor de 1 año recibe la vacuna PCV10 desde el año 2011. Esta medida sanitaria ha significado una marcada caída de la incidencia de ENI en el menor de 2 años, aunque las cifras de ENI en el resto de los grupos etarios se mantiene estable. El corto período

desde la implementación de PCV10 a la fecha no permite evaluar una potencial protección de rebaño, más aún con coberturas bajas tanto para segunda dosis como para refuerzo.

Entre los años 2007 y 2013, se ha observado un aumento de ENI por serotipos 3 y 19A, no incluidos en la PCV10. Estos serotipos, más el 6A, corresponden a los serotipos adicionales para los que la PCV13 proveería protección.

EL Panel de Expertos considera que la vacuna 13-valente en Chile podría disminuir casos de ENI por 19A, aunque el efecto sobre el serotipo 3 es incierto. Ante una condición de similar costo de las vacunas PCV10 y PCV13, el CAVEI se inclina por la implementación de la vacuna 13-valente en el menor de 1 año en esquema 2+1. Sin embargo, considera que la decisión a tomar debiera ser apoyada por un estudio de costo-efectividad que considere ambas vacunas por lo que recomienda al PNI su realización. No existe evidencia de la intercambiabilidad de ambas vacunas por lo que la recomendación actual es que un niño/a debe completar su esquema de vacunación con la misma vacuna. Sin embargo, cuando no sea posible completar el esquema con el mismo producto, la otra vacuna disponible debe ser utilizada

### *Discusión abierta*

- Dra. Valenzuela explica que los resultados de casos de ENI provienen de la vigilancia de laboratorio de aislamiento de neumococo de líquido proveniente de sitio estéril en un cuadro de enfermedad invasora. Expone la preocupación del equipo que trabajó en las recomendaciones, de realizar tanto cambio, en un breve plazo, sin disponer de altas coberturas, elemento esencial para que la vacuna demuestre su real beneficio.

- Dra. Dabanch expresa otros elementos a considerar al evaluar cambio de vacuna anti-neumocócica. En primer lugar, que los médicos del sector privado requieren actualizarse o mejorar su manejo de información en torno a cambios en el calendario de vacunas. Segundo, la desconfianza poblacional. Finalmente, que las prácticas de los médicos son muy variables frente a pacientes con ENI y que, además, existe un obstáculo administrativo que es que la botella para hemocultivo no tiene código FONASA. Esto genera problemas para el presupuesto del hospital.

- Dr. Muñoz manifiesta que la cobertura de vacuna anti-neumocócica requiere mejorar. Incorpora a la discusión el factor costo de la vacuna aclarando que éste se maneja al momento de la licitación. Otro elemento a considerar ante un cambio de producto es que el elegido deja de estar disponible en el mercado al serle vendido al Estado para su entrega a la población, lo que podría generar confusión en algunos pediatras del sector privado.

- Dra. Lagos considera que el aumento sostenido del serotipo 3 y la falta de efecto rebaño, motivaciones del Sub-secretario de Salud para encomendar al CAVEI la revisión de la vacunación anti-neumocócica, son conclusiones a la que distintos grupos expertos han llegado y que este patrón es esperable en tanto la estrategia de vacunación sea por cohorte en vez de por captura. Una reducción de hasta un 70% de ENI se logra hoy tras 14 años desde la introducción de vacunación anti-neumocócica. Agrega que todos los debates sobre la enfermedad residual, serotipo 7B, 3, 4 y

otros, son discusiones bizantinas; desde el punto de vista poblacional se requieren mayores cifras para abordar la situación. No se ha alcanzado el efecto valle máximo que puede otorgar la vacuna. También destaca la importancia de conocer cuántos neumococos mueren antes de llegar al ISP. En este contexto, menciona que la práctica médica de separación de casos ambulatorios de los hospitalizados volvió a ser la práctica habitual de toma de hemocultivos o muestra de sitio estéril. Los laboratorios adscritos al ISP debiesen reportar cuántos hemocultivos y muestras de sitio estéril analizan por año; sin esto no se puede interpretar los datos.

Dra. Valenzuela confirma que actualmente el ISP cuenta con esta información (información proporcionada por Dra. P Pidal, jefa depto. Laboratorios Biomédicos del ISP)

- Dra. Aguilera agrega que la evaluación costo-efectividad de la implementación de una vacuna es sesgado en tanto el potencial de su efecto se posterga por décadas al implementar una estrategia de vacunación por cohorte en vez de una captura mayor. Hacer un barrido rápidamente para bajar la carga infecciosa poblacional es altamente deseable. Finalmente, agrega que en términos de presupuesto, su experiencia ha sido que el Ministerio de Hacienda siempre ha estado abierto a invertir en vacunas, opuesto a lo que sucedería en el MINSAL.

#### **4. Trabajo Grupal**

##### **Estrategias de vacunación, Reglamento Interno y Programa trabajo CAVEI 2015**

##### **4.a- Estrategias vacunación**

*Dres. Dabanch, González, Aguilera, Loayza*

- Optimizar estrategias para mejorar las coberturas de vacunación y desagregar la información para identificar poblaciones con problemas.
- Para mejorar la aceptación vacunas se requiere mejorar la difusión.
  - ~ Optimizar/diseñar estrategias para educar a médicos clínicos y estudiantes del área de la salud. Introducir la discusión en universidades a través de horas de docencia dedicadas a vacunas, instruir en búsqueda de información actualizada en la materia.
  - ~ Solicitar a que en la evaluación médica nacional se incorporen preguntas sobre vacunación en Chile.
  - ~ Capacitar al personal de ATP, especialmente médicos, que brinde créditos (capacitación vinculada a estímulos). Utilizar plataforma que ya ha sido probada entre MINSAL, OPA, capacitación online-in situ para personal ATP.
  - ~ Mejorar estrategia de capacitación a médicos extranjeros, quienes constituyen una proporción importante de los médicos de ATP. Se sugiere incorporar un curso de capacitación en vacunas en general y del PAI en particular, en herramientas de búsqueda, educación enfermedad notificación obligatoria y enfermedades relacionadas a la atención de salud.

- Dr. Valdivia contribuye comentando que la estrategia comunicacional motivada por la tendencia a la disminución no sólo debe considerar aumentar la aceptación sino que cuidar la disminución de las tasas de aceptación. Plantea la preocupación de la segregación de los mayores de 80 años de la

estimación de la cobertura de influenza del adulto mayor. Aporta que la población mayor de 80 años se estima en 270.000 personas y que éstas deben ser consideradas en los cálculos de cobertura.

- Dra. Valenzuela vuelve a plantear la importancia de hacer un llamado a todas las universidades para establecer alianzas con internos de medicina y enfermería que lleven a cada región un programa de actualización y capacitación en vacunación e inmunización. El trabajo debiese implementarse con los equipos de salud y la comunidad, identificando líderes y equipos locales que continúen la labor de manera independiente. Evaluar al año con certificación por parte de la misma casa universitaria.

#### **4.b- Programa de trabajo CAVEI 2015**

*Dres. Valenzuela, Vergara, Inostroza, Valdivia y Lagos. Sra. Ximena Silva*

- Examinar la experiencia mundial y las tendencias en la forma que está siendo abordada la desconfianza de la población a las campañas de vacunación. Destaca en el desarrollo académico de esta área el trabajo del equipo liderado por Heidi Larson en su proyecto *Vaccine Confidence*. <http://www.vaccineconfidence.org/>
- Lograr trabajo intersectorial. Debiese incorporarse miembros de MINEDUC y de ASOFAMECH u otros representantes de la formación universitaria de profesionales de la salud.
- Incorporar agentes vinculados a la génesis de opinión pública.
- Presencia del CAVEI en el sitio web.
- Apoyo estratégico MINSAL: recursos como logo, otros.
- Recibir información epidemiológica actualizada de acceso fácil y rápido. Información es acción.
- Revisión integral de la notificación de enfermedades sujetas a inmunización. Proponer reordenamiento de las normativas de notificación y vigilancia.

#### **4.c- Reglamento Interno del CAVEI**

*Sr. Eduardo Díaz, Dr. Avendaño*

- Sr. Eduardo Díaz enviará el decreto que crea al CAVEI y el reglamento interno en formato *Word* para que cada miembro contribuya con sus observaciones a éste. Recibirá observaciones hasta el 10 de Octubre.

#### **CONCLUSIONES DE LA JORNADA**

- Del método de estimación de coberturas: la relevancia de dar paso a una estimación fidedigna que utilice población RNI en el caso de las coberturas infantiles y que incluya al mayor de 80 años para la coberturas del mayor de 65 años.

- Relevancia del estudio de la población que constituye la baja en las coberturas de vacunación. Por un lado, se requiere conocer el perfil de la población que da origen a la baja cobertura. Por otro, se

requieren estrategias de promoción de la vacunación que consideren no sólo la educación de la población en materia de vacunas sino que transparente la información en caso de haber casos de eventos adversos serios.

- Una estrategia potente para alcanzar el nivel local y ramificar en la comunidad sería, por un lado, incorporar la vacunación e inmunización poblacional en los programas educativos de profesionales y técnicos de la salud. Por otro lado, establecer alianzas con universidades y centros de educación técnica para la creación de equipos que desempeñen en cada región un programa de capacitación, actualización y educación de ATP y comunidad en torno a vacunación e inmunización.

- De la recomendación PCV: se enviará primer borrador a los miembros expertos y se espera sus observaciones hasta el 20 de Octubre.

- Del Reglamento Interno: se enviará última versión a los miembros del CAVEI para recibir observaciones hasta el 10 de Octubre.

- Elección de presidente: Dra. Valenzuela acepta extender por seis meses su desempeño en el cargo. Esto quiere decir que a Marzo del 2015 el o la nueva presidente del CAVEI debiese estar en plena ejecución de sus funciones.

- Secretario ejecutivo miembro experto: Dr. Avendaño asume este rol por los próximos seis meses. Esto quiere decir que a Marzo del 2015.

**- FECHA PROXIMA REUNION CAVEI: Jueves 8 de Enero 2015.**

Dra. MTV/ MB.