

**SESION ORDINARIA CAVEI 14 ENERO 2016**

**ASISTENTES**

**PANEL DE EXPERTOS**

Dr. Luis Avendaño  
Dr. Leandro Biagini  
Dra. Jeannette Dabanch  
Abg. Sr. Eduardo Díaz  
Dr. Jaime Inostroza  
Dra. Marisol Navarrete  
Dr. Gonzalo Valdivia  
Dra. María Teresa Valenzuela  
Dr. Rodrigo Vergara

**MINSAL**

Dra. Cecilia González- PNI  
Dr. Fernando Muñoz- PNI

**SECRETARIA**

Magdalena Bastías

**NO ASISTEN**

Dra. Rosanna Lagos- Panel de expertos  
QF. Ximena Silva- ISP

Hora de inicio: 14:00h

Hora de término: 17:00h

**El Panel de Expertos expresa su situación de posible conflicto de interés:**

- Dr. Luis Avendaño: Sin conflictos de interés.
- Dr. Biagini: Recibió honorarios de parte de Pfizer por estudio de costo-efectividad VCP13 en Septiembre del 2013. En Mayo del 2015, Pfizer financió pasajes aéreos para asistir al Congreso Internacional de ISPOR en Filadelfia, Estados Unidos.
- Dra. Dabanch: Sin conflictos de interés.
- Abg. Sr. Eduardo Díaz: Sin conflictos de interés.
- Dr. Inostroza: Sin conflictos de interés.
- Dra. Navarrete: Sin conflictos de interés.
- Dr. Valdivia: Sin conflictos de interés.
- Dra. Valenzuela: Sin conflictos de interés.
- Dr. Vergara: Sin conflictos de interés.

El presidente del CAVEI, Dr. Rodrigo Vergara, abre la sesión con la revisión de la Tabla:

1. Elección de Presidente del CAVEI
2. Conveniencia de recomendar cambio de VCP 10-valente por 13-valente
3. Vacunación contra VPH
4. Vacunación contra Hepatitis A

**1. Elección de Presidente del CAVEI.**

- Dr. Vergara propone a Dr. Avendaño y a Dra. Navarrete como candidatos a la presidencia del CAVEI, propuesta recogida por el Panel de Expertos.
- Dr. Avendaño declina la invitación, y expresa que considera que es momento de retirarse del CAVEI, comité que integra desde su inicio, el 28 de Diciembre del 2009. El Dr. Avendaño plantea su renuncia, motivada fundamentalmente en el principio de renovación del Panel de Expertos, pues es necesario dar la oportunidad a otros expertos de formar parte del CAVEI y que en ninguna instancia es su interés perpetuarse en su rol de consejero. El Panel de Expertos rechaza su renuncia y solicita continúe su participación durante el presente año, petición que Dr. Avendaño acepta a la vez que hace énfasis en que el 2016 será su último año como consejero del CAVEI.

- Dra. Navarrete considera prematuro dirigir el CAVEI, respecto del momento en que se unió al comité [Octubre 2015]. Sin embargo, ante la motivación que recibe de parte del Panel de Expertos, acepta la nominación.

El CAVEI confirma a Dra. Navarrete como nueva presidenta del Comité.

## **2. Conveniencia de recomendar cambio de VCP 10-valente por 13-valente**

*Dra. González presenta los datos de aislamientos de neumococo del año 2015.*

- El total de aislamientos fue 704, con la mayor concentración en el adulto mayor de 60 años con 281 aislamientos. En niños pequeños, en el menor de un año hubo 47 aislamientos y en el niño de 1 a 5 años, 101.

- Respecto del serotipo 19A, hubo 84 muestras provenientes de 77 sujetos. El grupo de 1 a 5 años concentra la mayor cantidad de aislamientos de 19A con un total de 30, niños vacunados, teóricamente. Le sigue el grupo de adultos de 60 años y más con 20 aislamientos. Según sitio estéril, 66 aislamientos fueron en sangre, 10 en pleura o tejido pleural y 8 en LCR.

- La mayoría de la enfermedad invasiva por neumococo afecta a los adultos mayores de 60 años, afectados por los serotipos 6A, 6B y 6C, principalmente. Del serotipo 7F hubo 49 aislamientos totales, de los cuales 12 fueron en este grupo etario.

*Discusión abierta:*

*Dr. Vergara plantea la consulta sobre la conveniencia de recomendar cambio de VCP 10-valente a 13-valente.*

- Es posible cambiar de VCP10 a VCP13 o hay que completar cohorte?- *Dr. Avendaño.*
  - La evidencia respalda la intercambiabilidad de las vacunas, especialmente de 10 a 13.- *Dra. González.*

- La información epidemiológica es preciso apreciarla en el contexto de la tendencia del problema del serotipo 19A, incluido el período anterior a la introducción de la vacuna el año 2010. El año 2012, en que los niños menores de 2 años debieran haber estado protegidos, se aislaron 37 cepas de 19A totales, 8 de las cuales en menores de 2 años. El 2013 se mantiene la situación, mientras en el 2014 ocurre un marcado incremento de 39 a 84 cepas totales en menores de 2 años. Se hizo genotipificación, dando cuenta que en más del 50% de las cepas se trató de un clon pandémico del 19A, el ST320. ¿Alguien tiene información al respecto? La relevancia de este asunto es muy alta porque requiere diferenciarlo de otros clones que no sean pandémicos y analizar toda información en el contexto de la tendencia.- *Dra. Valenzuela.*
- Probablemente, México y Corea cuentan con estudios de resistencia antibiótica.- *Dra. González.*
- En adultos, no se ha observado cambios en susceptibilidad.- *Dra. Dabanch.*
- Es claro que durante los últimos años los serotipos 3 y 19A han aumentado. Hay un estudio de efectividad de las VCPs hecho en Quebec/Canadá, lugar que comenzó haciendo uso de VCP7, pasando luego a VCP10 y, finalmente, a VCP13. Con estudios de caso y control, se ha establecido protección cruzada de VCP10 con 19A y que VCP10 y VCP13 tienen similar efectividad. Es preciso recordar que las conclusiones de los estudios de costo-efectividad son dependientes del sponsor, favoreciendo éstas al producto propio, por lo que los tomadores de decisiones deben dirimir con independencia de lo anterior. En particular, no tengo claro que la VCP13 tenga efecto sobre el 19A, en tanto hay países que hacen uso de VCP13 y tienen brotes, igual que países que no la usan; no hay certeza sobre una relación entre VCP13 y la incidencia de 19A. Parece que el ciclo del 19A es distinto al comportamiento conocido, hecho que hay que tener en consideración. Esta discusión alcanza ribetes políticos: qué pasa si aparece un caso de un menor por 19A y, en el peor de los casos, muerte asociada a ese serotipo?- *Dr. Biagini.*
- Si bien el CAVEI lamentaría la muerte de cualquier persona, no es misión de este comité responder por ello.- *Dra. Navarrete.*
- Hay un estudio de la OPS hecho por una consultora, datos sobre egresos hospitalarios y mortalidad. ¿La Dra. Oliveira entregó los resultados al MINSAL? ¿Qué dicen esos resultados?- *Dra. Valenzuela.*

- No los conocemos. Me enteré del estudio en una reunión con la Dra. Janepsy Díaz en el ISP, pero no conocemos los datos. El estudio que publicarán es en neumonía en la comunidad, en la revista de la OPS, sobre los egresos hospitalarios pre y post introducción de VCP10. Por nuestra parte, estamos trabajando en una evaluación comparativa de VCP10 y VCP13 gracias a una compra de VCP13 con el presupuesto del 2013 a precios similares. El fin es hacer una comparación evaluativa en regiones alternas. Ya tenemos conformado un grupo de trabajo dirigido por la Dra. Rosanna Lagos con colaboración del ISP y del DEIS para comenzar con la administración de VCP13 en la Región Metropolitana y hacer esa comparación fundamentalmente en términos de egresos hospitalarios por neumonía. De paso, GSK hizo una presentación a la Contraloría cuestionando esta adquisición nuestra. La respuesta que dimos no ha tenido pronunciamiento de parte de la misma, en torno a lo ya descrito [la eficacia comparativa]. Ambos estudios coexistirán, el de la OPS es un estudio quiebre de tendencias; el nuestro, series de tiempo. Los resultados de nuestro estudio, una serie interrumpida, podría entregar información preliminar a fines del 2016. Finalmente, el estudio que realizaremos obedece a recomendaciones previas del CAVEI y continúa siendo pertinente su ejecución- *Dr. Muñoz.*
- El poder estadístico de la serie temporal se define por la cantidad de mediciones prospectivas, no habiendo forma de comprimir ese tiempo de medición, estimándose en este caso 2 años necesarios para ello. - *Dra. Navarrete.*
- El aumento del serotipo 19A sigue siendo llamativo, aunque no sepamos si es atribuible a su comportamiento cíclico. Llama la atención que en uso de una vacuna que teóricamente protege, tengamos aumento de casos- *Dr. Vergara.*
- Los serotipos que predominan son los que no están contenidos en la vacuna. Si hay una vacuna que tiene más serotipos, lo lógico es hacer uso de ella. Si alguien muere por 19A es esperable que pregunten por qué esa persona no se vacunó existiendo el producto. No tenemos vigilancia clínica de todos los casos, solamente de laboratorio, entre otras limitantes para manejar esta situación. Por eso, considero que no se puede tomar la decisión sólo esperando la información local, sino que hay que basarse en los estudios internacionales bien hechos: ¿es necesario esperar 5 años más para contar con la evidencia para tomar una decisión?- *Dr. Avendaño.*
- Si se están realizando dos estudios para abordar el tema, me desconcierta tomar una decisión de cambiar una vacuna en esta incertidumbre- *Dra. Valenzuela.*

- En la reunión anterior expresé que ante el desconocimiento sobre la realización del estudio, me inclinaba por cambiar a VCP13. Ahora que el estudio comenzará este año, pues comparto la incertidumbre de Dra. Valenzuela.- *Dr. Vergara.*
- Lo que uno observa acá es lo ocurrido en otras partes; el comportamiento es universal y existe suficiente evidencia de países que han ido aumentando la valencia de las vacunas para proteger a la población, no sé qué tanto más aportará estudios locales además de la espera de uno o dos años para conocer sus resultados - *Dra. Dabanch.*
- Es importante considera que con el uso de VCP, igualmente los serotipos aumentan. Por otro lado, no porque otros países hayan hecho cambios, en Chile los tenemos que replicar. Si otros países hacen modificaciones sin estudios locales, nosotros no tenemos que hacer lo mismo, necesariamente- *Dra. Navarrete.*
- En Estados Unidos se ha descrito la desaparición del 19A asociada a la incorporaron VCP13, recordando que el 19A apareció con el uso de PCV 7- *Dres. González y Vergara.*
- Sería recomendable hacer una revisión de la situación de 19A en cuanto a la efectividad de las vacunas en consideración del CC320. Me comprometo a traer una revisión sistemática de este asunto el mes de Mayo. Algunas preguntas pueden ser: ¿Cuál es la efectividad VCP10 y de VCP13; hay comparaciones entre ellas? ¿Cuál es la evidencia que existe en la comparación de estas vacunas respecto del serotipo 19A? Se podría avanzar en una evaluación económica en que el CAVEI establezca las pautas. Hay evidencia sobre vacunación y aparición de 19A- *Dr. Biagini.*
- Hay que tener presente las implicancias de una decisión en esta materia: Nosotros como PNI licitamos VCP; VCP13 se presentó en ese entonces más cara que VCP10 y no puede bajar ese precio por el Fondo Rotatorio de la OPS para la compra de vacunas. Desde entonces, VCP13 no se ha presentado más a las licitaciones. Por lo tanto, si volvemos a licitar VCP en busca de la 13-valente, sólo se presentará Pfizer y será una mono-licitación, un trato directo, lo que es preciso conocer de antemano.- *Dr. Muñoz.*
- Al optar por un cambio de VCP, ¿cuál sería el costo adicional para las 750.000 dosis estimadas para un año? ¿Existe la capacidad de abastecimiento de parte de los laboratorios?- *Abg. Díaz.*

- Sería muy difícil incorporar el cambio de VCP si hay una diferencia de costo sustancial. En el caso contrario, podría ser abordable. Los laboratorios debiesen tener la capacidad de abastecernos. La licitación para el año 2016 ya está hecha- *Dr. Muñoz.*

Se pospone la decisión sobre conveniencia de modificar la recomendación de VCP. El CAVEI define las siguientes preguntas para guiar la revisión sistemática que realizará el Dr. Biagini:

- 1) ¿Cuál es la efectividad de VCP10 y de VCP13 versus no vacunar en niños de 0 a 5 años?
- 2) ¿Existe relación entre el uso de vacunas conjugadas y la incidencia del serotipo 19A en niños de 0 a 5 años?
- 3) ¿Cuál es el impacto del CC320 de 19A en relación a la respuesta a las vacunas?
- 4) ¿Cuál es la efectividad de VCP10 comparada con VCP13 en el menor de 5 años?

### **3. Vacunación contra VPH**

*Dr. Vergara revisa la principal evidencia utilizada en la producción de la recomendaciones del Panel de Expertos sobre vacunación contra VPH, años 2012 y 2014.*

- El estudio de Kreimer A *et al* (2011)<sup>1</sup> evalúa la eficacia de esquema vacunal inferior a 3 dosis (0, 2, 6 meses). Los autores concluyen que la eficacia de la vacuna en esquema de 3 dosis fue de 80.9% y de 84.1% para el esquema de dos dosis.
- Dobson *et al* (2013)<sup>2</sup> comprueban que con la vacuna tetravalente, dos dosis en niñas tiene mayores títulos que tres dosis en mujeres de 16 a 26 años. Si la comparación es entre niñas, los títulos son menores en el grupo que recibe dos dosis. El esquema no fue de un intervalo de 12 meses.

<sup>1</sup> Kreimer AR. et al. Proof-of-principle evaluation of the efficacy of fewer than three doses of a bivalent HPV16/18 vaccine. *J Natl Cancer Inst.* 2011 Oct 5;103(19):1444-51. doi: 10.1093/jnci/djr319. Epub 2011 Sep 9.

<sup>2</sup> Dobson S. et al. Immunogenicity of 2 Doses of HPV Vaccine in Younger Adolescents vs 3 Doses in Young WomenA Randomized Clinical Trial. *JAMA.* 2013;309(17):1793-1802

- Neuzil K. *et al* (2011)<sup>3</sup> evalúan distintos esquemas de tres dosis de vacuna tetravalente en adolescentes de 11 a 13 años. Para los tipos cancerígenos VPH16 y VPH18, el grupo con esquema con intervalo 0-12 meses presentó niveles más altos que el grupo sujeto a intervalo 0-6 meses.

*Evidencia reciente no incluida en recomendaciones.*

- El estudio de Blomberg M. *et al* (2015)<sup>4</sup> hecho en Dinamarca, cruzar el registro de vacunación con el registro de condilomas, evaluando la dosis suficiente para disminuir la tasa de verruga genital. Con la razón de tasas de incidencia, los autores muestran que a medida que se extienden los intervalos de aplicación de la vacuna, el nivel otorgado por dos dosis se acerca al de tres dosis. Concretamente, con 2 meses casi no hay protección, mientras ya a los 6 meses los niveles de protección contra verruga es igual con 2 dosis que con 3 dosis.

- El trabajo de Toh *et al* (2015)<sup>5</sup> va en línea con lo que nosotros planteamos, que es hacer una vigilancia para establecer si una tercera dosis de vacuna contra VPH es necesaria. Recordar que como Panel de Expertos sugerimos la vacuna bivalente porque produce mayores títulos de anticuerpos y que duran más tiempo. El poder seguir los anticuerpos nos da una forma concreta de evaluar si éstos bajan más rápido que en esquema de tres dosis.

*Discusión abierta:*

- Establecer conclusiones a partir de la evidencia disponible en el tiempo de la producción de las recomendaciones fue difícil, especialmente si se considera la evidencia aportada por Dobson *et al.* que concluye que un esquema de 2 dosis es inferior a 3 dosis. El MINSAL decide iniciar vacunación en el esquema de dos dosis con intervalo de 12 meses antes que el CAVEI entregara su recomendación, para nosotros lo fundamental es la vigilancia epidemiológica que al cabo de 5 años de iniciado el programa pudiésemos dar una respuesta al país sobre el impacto de esta medida.- *Dra. Valenzuela.*

---

<sup>3</sup> Neuzil K et al. Immunogenicity and Reactogenicity of Alternative Schedules of HPV Vaccine in Vietnam A Cluster Randomized Noninferiority Trial. *JAMA*. 2011;305(14):1424-1431

<sup>4</sup> Blomberg M. et al Dose-Related Differences in Effectiveness of Human Papillomavirus Vaccination Against Genital Warts: A Nationwide Study of 550,000 Young Girls. *Clin Infect Dis*. 2015 Sep 1;61(5):676-82. doi: 10.1093/cid/civ364. Epub 2015 May 5.

<sup>5</sup> Toh Z. et al. Reduced dose human papillomavirus vaccination: An update of the current state-of-the-art. *Vaccine* 2015. 33:5042–5050

- La Fig. 1 del trabajo de Toh *et al* explica el mecanismo por el cual las partículas semejante a virus (PSV) inducen respuesta inmune. En el sitio de inyección, las PSV son tomadas por las células dendríticas para luego migrar a los órganos linfoides secundarios para activar las células T CD4+, seguido de lo cual éstas proliferan y se diferencian en células T efectoras que interactúan con células B naïve y producen citoquinas que asisten la maduración de la respuesta celular. Luego de su activación, las células B naïve se diferenciarán en células plasmáticas que secretarán anticuerpos VPH-específicos al torrente sanguíneo. Una porción de las células B naïve y de las células T se diferenciarán en células B de memoria y células T VPH-específicas. La mayoría de estas células específicas migrarán a la médula ósea como células de memoria de larga vida que se diferenciarán en células plasmáticas (células B) o en células T activadas ante el reencuentro con el mismo genotipo de VPH que el contenido en la vacuna. Entonces, la memoria inmunológica va a la médula ósea y no a los ganglios, lugar donde se pierde. Esto permite estimular la memoria en 12 meses. En otro estudio en modelo murino, la autora administró una dosis y logró respuesta en hueso con partículas semejantes a virus, hecho muy interesante que invita a preguntarse sobre la capacidad de 1 dosis de vacuna VPH en humanos- *Dr. Inostroza*.
- Este mecanismo, ¿aplica a otras vacunas? Pregunto porque los esquemas a veces se modifican por asuntos de logística. El MINSAL ha emitido su recomendación de vacunar en esquema de 2 dosis separada por 12 meses. El ejemplo más cercano al nuestro es Reino Unido, que usa mismo esquema. En términos de cobertura, ésta es de 83% en primera dosis y se espera algo similar en segunda dosis. Podremos identificar qué sujetos no se pusieron la segunda dosis y los esquemas incompletos se revertirán- *Dr. Muñoz*.
- La respuesta inmune para proteger contra verruga y lesiones intraepiteliales cervicales, ¿difieren en algo?- *Dra. Valenzuela*.
- Sí, para tejidos mucosos (prevención de lesiones intraepiteliales cervicales) se requieren títulos más altos, mientras que para verrugas, títulos menores, aunque más elevados que los obtenidos por la infección natural con VPH- *Dr. Inostroza*.

**Se cambia el curso de la discusión para tratar el dictamen de Contraloría General respecto de la solicitud de pronunciamiento de parte de la Diputada señora Karla Rubilar Barahona respecto, en primer lugar, de la legalidad del procedimiento de adquisición por trato directo de la vacuna Gardasil y, en segundo lugar, acerca de si la posología seleccionada -de dos dosis en vez de tres dosis- cumple con la normativa del Instituto de Salud Pública (ISP) y con las recomendaciones del Comité Asesor en Vacunas y Estrategias de Inmunización (CAVEI).**

- Después de revisar el dictamen enviado junto a la minuta proporcionada por el *Dr. Muñoz*, se detectó una confusión de parte de Contraloría General entre los roles de la Comisión para el Registro y Autorizaciones Sanitarias del ISP (ANAMED) y los del CAVEI. El dictamen cofunde la recomendación del CAVEI con la decisión del Comité de Registro en el siguiente párrafo:

*Por su parte, el Ministerio de Salud acompaña un informe técnico preparado por la División de Prevención y Control de Enfermedades en donde se describen los tres estudios de inmunogenicidad que fueron presentados por el laboratorio Merck Sharp & Dohme, ante el CAVEI y que justificaron la aprobación del nuevo esquema posológico (de tres a dos dosis) de la vacuna tetravalente Gardasil, y en donde no se aportan antecedentes respecto al cumplimiento de los requisitos para el registro sanitario de la vacuna en comento en su nuevo esquema de dosis.*

Contraloría General, Dictamen N° 99.167 Fecha: 16-XII-2015

El CAVEI no tiene lo anterior como su labor. El Panel de Expertos solicita emitir una respuesta dando cuenta que la alusión que se hace del CAVEI en el dictamen no tiene relación con nuestro quehacer. Lo que la solicitud de pronunciamiento busca no es modificar el esquema de vacunación, sino que abordar la contratación de compra directa al proveedor. Nosotros podemos aclarar cuáles han sido nuestras recomendaciones.- *Abg. Díaz.*

- Una vez que el MINSAL anunció su decisión de usar Gardasil®, GSK hizo llegar un reclamo a la Ministra. El gerente de GSK introdujo el cuestionamiento del registro de Gardasil® separada por 12 meses, entre Mayo y Septiembre, período en que la Diputada Sra. Rubilar presenta su solicitud de pronunciamiento a Contraloría General, la que, posteriormente, sólo nos solicitó producir un reglamento interno del

CAVEI. La Diputada insiste sobre el esquema de dos dosis. El cuestionamiento se extiende hasta el ISP. Luego, Contraloría General emite un informe en el que cuestiona la legalidad del registro de la vacuna Gardasil® para ser aplicada en dos dosis separadas por 12 meses. El MINSAL contestó hace dos días la interpelación, dando cuenta que se ha confundido al CAVEI con la Comisión para el Registro y Autorizaciones Sanitarias del ISP (ANAMED), además de hacer notar que no es tarea de la Contraloría cuestionar la evidencia científica detrás del registro de la vacuna en cuestión. El manejo político y comunicacional que ha hecho la Diputada Sra. Rubilar hace objeciones sobre el desmantelamiento del PNI, en primer lugar, y en la compra directa de los productos. Sobre compras directas, el 2015, en contexto de las emergencias, Sanofi se llevó el 30% de las compras, y el resto fueron porcentajes similares cercanos al 20%. Respecto de las compras programáticas, un 45% se licitó abiertamente en el país y el resto se compró por medio de la OPS que licita globalmente- *Dr. Muñoz*

- En este caso, sería provechoso aunar esfuerzos entre la SOCHINF y el CAVEI, sacar una postura trabajada en conjunto, no así declaraciones separadas. Sería bueno invitar a la Diputada Sra. Rubilar para discutir este tema- *Dra. Valenzuela*.
- Se propone emitir un documento de posición y sentar precedentes sobre el hecho de que la Contraloría General se pronuncia sobre asuntos científicos que están fuera de su labor- *Dr. Valdivia*.

El CAVEI determina:

- Reafirmar que se ha pronunciado sobre el uso de esquema de dos dosis con separación de al menos 6 meses.
- El CAVEI debiese emitir un comunicado independiente del MINSAL y de la SOCHINF cuya línea sea aclarar que la Contraloría General ha confundido los roles del CAVEI con el de la Comisión para el Registro y Autorizaciones Sanitarias del ISP (ANAMED). Este documento queda a cargo del Abg. Sr. Eduardo Díaz y será compartido con el Panel de expertos para su edición.

#### **4. Vacunación contra Hepatitis A**

*Se acuerda tratar este segmento en la próxima reunión del CAVEI. Sin embargo, se pronuncian los siguientes puntos:*

- Sobre la situación en la VIII Región: se cumplió con el catch-up planificado. El PNI desea incorporar la vacunación en 2 o 3 comunas con altas tasas de hepatitis A. Se ha revisado el perfil de los casos. Un estudio de la SEREMI de la VIII Región da cuenta de una vinculación de los casos e inicio del aumento de ellos con problemas de saneamiento del Gran Concepción en cuanto a aguas y excretas. El PNI también tiene preocupación por el Norte, con interés en estudiar Antofagasta, aclarando que su situación no es más sería que la del Bío Bío. En términos programáticos, contarles que la vacunación contra hepatitis A se usa para vacunar en algunas Regiones del Norte, vacunar en emergencias y ahora en el control de la situación de la VIII Región- *Dr. Muñoz.*
- Por la destrucción que se produce de la estructura sanitaria en desastres naturales tenemos resurgimiento de las enfermedades que se previenen y controlan con el uso de vacunas. Por ejemplo, el año 2010, en Antofagasta hubo un brote de 34.000 casos de diarrea asociadas al terremoto a causa de la pérdida de conexión territorial y el consecuente bloqueo para la entrada de cloro para el tratamiento de las aguas- *Dra. Dabanch.*
- Otros antecedentes además de los desastres son las poblaciones migratorias y la preparación y venta de alimentos en la calle- *Dr. Valdivia.*

#### **5. Punto extraordinario: Asuntos administrativos del CAVEI**

El CAVEI confirma frecuencia de reunión cada dos meses, segundo Jueves del mes, a las 14:00h.

**Fecha próxima reunión: Jueves 10 de Marzo 2016, 14:00h.**