



---

---

**SESIÓN EXTRAORDINARIA No. 7-2024**

**Acta de la Sesión Extraordinaria No. 7** celebrada por la Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología, a las ocho horas y veintidós minutos del veinticinco de abril del dos mil veinticuatro, de manera presencial, con la asistencia de los señores miembros:

1. Dr. Mario Urcuyo Solórzano, Viceministro de Salud, y Presidente a.i. MS.
2. Dra. Mariela Marín Mena, Directora General de Salud, Presidente a.i. MS.
3. Dr. Roberto Castro Córdoba, Director a.i., Dirección de Vigilancia de la Salud. (Virtual).
4. Dr. Óscar Porras Madrigal; representante de la Asociación Costarricense de Pediatría (ACOPE).
5. Dra. Roslyn Valerín Ramírez, Representante del Departamento de niñez y adolescencia de la CCSS.
6. Dr. Ricardo Pérez Gómez, Representante de Farmacoterapia de la CCSS.
7. Dr. Sergio Miguel Calderón Bejarano, Representante de Infectología del Hospital San Vicente de Paul de Heredia. (Virtual).

**Ausentes con Justificación:**

1. Dra. Mary Munive AngerMuller, Vicepresidenta de la República, Ministra y Presidente CNVE
2. Dra. Dora Matus Obregón, Representante del Hospital Nacional de Niños.

**Secretario Técnico**

Dr. Roberto Arroba Tijerino, DVS-MS.

**Invitados:**

1. MLA. Ronald Chinchilla González, Director a.i., Asuntos Jurídicos, MS.
2. Lic. José Miguel Gómez Chavarría, Asesor de Despacho, MS.
3. Dra. Susan Castrillo Montiel, Asesora de la DGS-MS.
4. Dr. José Aarón Agüero Zumbado, UE-DVS-MS.
5. Dr. Elvis Leonardo Delgado Delgado, SAVE-CCSS
6. Dra. Sandra Delgado Jiménez, UIS-DVS.
7. Hazel Alvarado Chavarría, UE-DVS-MS.



**ARTÍCULO PRIMERO: Comprobación del Quórum.**

El Dr. Urcuyo hace la comprobación del quórum; todos los miembros presentes, con ausencia justificada de la Dra. Dora Matus; tanto el Dr. Castro como el Dr. Calderón están conectados virtualmente por motivos laborales.

Para el día de hoy, quien preside es el Dr. Urcuyo hasta las 10 am, y a partir de las 10 am, la Dra. Mariela Marín, directora general de salud tomará la presidencia de la sesión para concluir la misma; esto según lo indicado en el oficio MS-DM-2202-2024 para la designación tanto del Dr. Urcuyo como de la Dra. Marín. El Lic. Chinchilla asesor legal de la CNVE se encuentra conectado virtualmente por motivos de salud.

**ARTÍCULO SEGUNDO: Aprobación del orden del día de la sesión extraordinaria No.4-2024.**

El Dr. Urcuyo indica que se envió por correo electrónico la agenda para conocimiento de los señores miembros de la Comisión. Posteriormente, indica que va a leer la agenda del día para su respectiva aprobación, sin embargo, señala que hay una propuesta para que dos puntos de la agenda sean unificados (los puntos 3 y 8).

Una vez leída la agenda propuesta junto con la modificación indicada se procede a la votación de esta.

**ACUERDO No. 1**

Se acuerda aprobar el orden del día con las modificaciones realizadas. de la sesión extraordinaria número siete del veinticinco de abril del dos mil veinticuatro:

**Contenido:**

Artículo Primero. Comprobación del quórum.

Artículo Segundo. Aprobación del orden del día de la sesión extraordinaria No. 7-2024.

Artículo Tercero. Ratificación del acta de la sesión ordinaria No. 6-2024 y análisis de las recomendaciones de auditoría en relación con el cierre del libro de actas.

Artículo Cuarto. Estado actual del SINOVAC e interoperabilidad.

Artículo Sexto. Propuesta de modificación del reglamento de fiebre amarilla.

Artículo Séptimo. presentación de influenza estacional y borrador de lineamiento.

Artículo Octavo. lectura de correspondencia (oficio libertad científica).

# COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

## REPÚBLICA DE COSTA RICA



Artículo Noveno. Asuntos Varios. **ACUERDO UNÁNIME Y FIRME.**

### **ARTÍCULO TERCERO. Ratificación del acta de la sesión ordinaria No. 6-2024 y análisis de las recomendaciones de auditoría en relación con el cierre del libro de actas.**

Comenta el Dr. Arroba que tal como es de conocimiento de todos, el cierre del libro 14 ya ocurrió (el 12/4/2024); y la auditoría del MS ya abrió el nuevo libro que va del 25/4/2024 al 25/4/2025, pero como parte de las revisiones por hacer indican que se deben hacer algunas correcciones a algunas actas; además, indican que se debe ratificar el acta 6-2024.

El Dr. Arroba procede a leer el oficio enviado por la auditoría con todas las revisiones realizadas. Hay actas que son del 2022; sin embargo, el Dr. Pérez menciona que varios de los miembros actuales ni siquiera eran miembros de la CNVE, y que no podrían aprobar actas de años donde ellos no eran miembros. Ante la consulta del Dr. Pérez, el Lic. Chinchilla indica que lo que se ha acostumbrado es efectivamente leer los acuerdos para que los miembros los conozcan, y si los miembros actuales están de acuerdo, los ratifican y no habría ningún inconveniente con esto; que no hayan sido miembros en aquel momento es cierto, pero lo son ahora, por lo que estarían haciendo un reconocimiento o una ratificación de lo dispuesto. Menciona el Dr. Urcuyo que él está en la misma línea que el Dr. Pérez dado que no era miembro de la CNVE cuando eso pasó y se tomaron esos acuerdos. El Lic. José Gómez asesor legal de la ministra de salud indica que, dado que solamente es una modificación de forma y no de fondo, no habría ningún tipo de inconveniente para realizar esto, además que no se estarían comprometiendo con nada, dado que los acuerdos ya fueron tomados hace dos años y ejecutados en su momento.

Una vez que se han conocido estas revisiones, reitera el Lic. Chinchilla lo que señaló previamente en cuanto a la ratificación y que desde luego no puede ser de ningún modo a ciegas, y se tendría que leer lo que se dijo en su momento; cabe señalar que, de ese periodo, siguen siendo miembros de la CNVE la Dra. Matus y el Dr. Porras que podrían referirse a los acuerdos que se tomaron en ese momento como parte de la ratificación de las actas en cuestión. Consulta el Dr. Urcuyo que cuál es el compromiso que se adquiere por parte de los miembros actuales si esos acuerdos tomados previamente son ratificados el día de hoy; indica el Lic. Chinchilla que esto es variable, sin embargo, la ratificación es por la forma, no por el fondo de las

## COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

REPÚBLICA DE COSTA RICA



actas. Comenta que las actas no fueron aprobadas en su momento, sin embargo, todos los acuerdos tomados fueron unánimes y firmes, una vez que se revisó el acta; lo que no se hizo fue aprobar las actas por algún tema administrativo, sin embargo, todos los acuerdos que se tomaron fueron unánimes y firmes. Comenta el Dr. Arroba que hecha la revisión de las dos actas que no fueron aprobadas en su momento, todos los acuerdos fueron unánimes y firmes.

Por tal razón, los señores miembros de la CNVE con el aval de los señores abogados que se encuentran presentes acuerdan ratificar administrativamente las actas en cuestión, y que los señores miembros de la CNVE no van a tener ninguna responsabilidad una vez se lleve a cabo dicha ratificación.

El Lic. Gómez menciona que le gustaría traer a colación dos dictámenes de la PGR, del 2013 en relación con que las actas fueron conocidas y no aprobadas por los miembros en ese momento, se habla que existen excepciones a la regla donde inclusive no generarían responsabilidad a los nuevos miembros de algún acuerdo tomado anteriormente por los miembros anteriores del órgano colegiado; y en este punto en particular se está analizando por la formalidad y no por el fondo de las actas en cuestión, donde el criterio, es claro indicar que no tendrían responsabilidad ninguna para los miembros presentes en este acto tomando esta referencia.

**Se indica que al ser varias actas para ratificar se firma al final únicamente.**

# COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

REPÚBLICA DE COSTA RICA



## “SESIÓN ORDINARIA No. 06-2024

**Acta de la Sesión Ordinaria No. 06** celebrada por la Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología, a las ocho horas y veintidós minutos del cuatro de abril del dos mil veinticuatro, de manera virtual mediante la plataforma del teams, con la asistencia de los señores miembros:

1. Dr. Mario Urcuyo Solórzano, Viceministro de Salud, MS y Presidente a.i. de la CNVE.
2. Dr. Roberto Castro Córdoba, Director a.i., Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud.
3. Dr. Óscar Porras Madrigal, Representante de la Asociación Costarricense de Pediatría (ACOPE).
4. Dra. Roselyn Valerín Ramírez, Representante del Departamento de niñez y adolescencia de la CCSS.
5. Dr. Sergio Calderón Bejarano, Representante de Infectología del Hospital San Vicente de Paul de Heredia.
6. Dr. Ricardo Pérez Gómez, Representante de Farmacoterapia de la CCSS,
7. Dra. Dora Matus Obregón, Representante del Hospital Nacional de Niños.

### **Ausentes con Justificación:**

3. Dra. Mary Munive AngerMuller, Vicepresidenta de la República, Ministra y Presidente CNVE.

### **Secretario Técnico:**

Dr. Roberto Arroba Tijerino, DVS-MS.

### **Invitados:**

8. Licda. Jessica González Montero, Director a.i. de Asuntos Jurídicos del MS.
9. Lic. Verny Avendaño, Asesor del Despacho de la Ministra de Salud.
10. Licda. Susan Castrillo, Asesora del Despacho del Viceministro de Salud.
11. Sra. Hazel Alvarado Chavarría, Secretaria DVS-MS.

**LA SESIÓN ES PRESIDIDA POR EL DR. MARIO URCUYO SOLÓRZANO, VICEMINISTRO DE SALUD, Y PRESIDENTE A.I. DE LA CNVE.**



**ARTÍCULO PRIMERO. Comprobación del quórum.**

El Dr. Urcuyo informa que la Dra. Mary Munive AngerMuller, vicepresidenta de la República, y ministra de salud, envió oficio MS-DM-1728-2024, donde lo designa, para que presida la sesión; posteriormente, el Dr. Urcuyo realiza la comprobación del quórum, para iniciar con la sesión del día de hoy.

**ARTÍCULO SEGUNDO. Aprobación del orden del día de la sesión ordinaria No. 06-2024.**

El Dr. Urcuyo indica que se envió por correo electrónico la agenda para conocimiento de los señores miembros de la Comisión, para la sesión del día de hoy.

**ACUERDO No. 1.** Se acuerda aprobar el orden del día de la sesión ordinaria número seis del cuatro de abril del dos mil veinticuatro.

**Contenido:**

Artículo Primero. Comprobación del quórum.

Artículo Segundo. Aprobación del orden del día.

Artículo Tercero. Aprobación de las actas de las sesiones de los meses de enero, febrero, y marzo del dos mil veinticuatro. **ACUERDO UNÁNIME Y FIRME.**

**ARTÍCULO TERCERO. Aprobación de las actas de las sesiones de enero, febrero y marzo del año dos mil veinticuatro.**

El Dr. Urcuyo indica que es la aprobación de las actas, dado que la totalidad de los acuerdos fueron unánimes y firmes.

El Dr. Arroba comenta que es básicamente aprobar las cinco sesiones entre ordinarias y extraordinarias de los meses de enero, febrero y marzo del año en curso, debido a que los libros de la Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología (CNVE) son libros digitales, ya no son físicos, y Auditoría abrió el libro el 12 de abril del año pasado, y se tiene que cerrar el 12 de abril de este año. Lo que se requiere hacer por parte de la CNVE es que se aprueben estas cinco actas que están pendientes, y una vez que estén aprobadas proceder con las firmas correspondientes de la Dra. Munive y el Dr. Urcuyo.

Estas actas se deben subir al SAGAI, que es el sistema que tiene el Ministerio de Salud para gestionar las actas de los órganos colegiados, como en este caso corresponde a la CNVE. Posteriormente la Auditoría

## COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

### REPÚBLICA DE COSTA RICA



procede a revisar el libro, para dar apertura al siguiente libro de actas para que la Comisión pueda volver a sesionar.

El Dr. Porras consulta si la reunión del día de hoy es ordinaria; el Dr. Arroba indica que para aprobar actas solo se puede en sesiones ordinarias; por esta razón se tuvo que adelantar la ordinaria que estaba para el 25 de abril que no se hubiera podido realizar, porque no estaría el nuevo libro abierto.

El Dr. Arroba comenta que como hoy se tiene la ordinaria número seis, en la sesión extraordinaria número siete se va a tener que ratificar el acta el día de hoy, porque esta se tiene que aprobar, y para efectos prácticos ya el libro se cierra el día 12 de abril, esto es un tecnicismo que se habló con funcionarios de la Auditoría Interna del Ministerio de Salud quienes indicaron que no había ningún problema con esto.

El Dr. Urcuyo consulta si hay alguna duda al respecto, dado que las actas fueron compartidas por correo electrónico, se necesita la aprobación de estas, en vista de que todos los acuerdos fueron aprobados en firme por los miembros de la Comisión.

El Dr. Castro consulta que cual es el procedimiento legal para aprobar las tres primeras actas en las que no estuvo presente, si tiene que votar o abstenerse; el Dr. Urcuyo indica que se debe abstener de votar.

El Dr. Urcuyo va a ir mencionando las actas de una en una, para que voten los que están a favor o se abstienen por no haber estado presentes.

El Dr. Castro se abstiene por no haber estado presente en la primera sesión extraordinaria del dieciocho de enero del dos mil veinticuatro. Los demás miembros presentes votan a favor del acta número uno.

La Dra. Matus y el Dr. Castro se abstienen de votar el acta de la segunda sesión ordinaria del veinticinco de enero del dos mil veinticuatro. Los demás miembros votan a favor del acta número dos.

La Dra. Matus se abstiene por no estar presente en la tercera sesión ordinaria del veintidós de febrero del dos mil veinticuatro. Los demás miembros votan a favor del acta número tres.

En la cuarta sesión extraordinaria del siete de marzo todos estuvieron presentes y votaron a favor de aprobar el acta número cuatro del dos mil veinticuatro.

En la quinta sesión ordinaria del veintiuno de marzo todos estuvieron presentes y votaron a favor del acta número cinco del dos mil veinticuatro.

# COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

## REPÚBLICA DE COSTA RICA



El Dr. Urcuyo agradece a cada uno el tiempo y si tienen alguna observación o indicación que quieran dar alguno de los miembros de esta comisión

El Dr. Castro quiere mencionar el esfuerzo que hizo Hazel Alvarado y el Dr. Roberto Arroba con la transcripción de estas actas, por trabajar toda la Semana Santa; es importante reconocerles el esfuerzo y el trabajo que hicieron.

El Dr. Urcuyo comenta que muy oportuna y válida la observación, y se une al agradecimiento por haber dedicado esos días a sacar todas estas actas y que estén listas para el día de hoy.

Además, agrega que se estará haciendo la convocatoria para el día 25 de abril, para la sesión extraordinaria número siete.

**ACUERDO No. 2.** Se aprueban las actas de la sesión extraordinaria número uno del catorce de enero del dos mil veinticuatro, sesión ordinaria número dos del veinticinco de enero del dos mil veinticuatro, sesión ordinaria número tres del veintidós de febrero del dos mil veinticuatro, sesión extraordinaria número cuatro del siete de marzo del dos mil veinticuatro, y sesión ordinaria número cinco del veintiuno de marzo del dos mil veinticuatro. **ACUERDO UNÁNIME Y FIRME.**

El Dr. Mario Urcuyo Solórzano, en su calidad de presidente a.i. finaliza la sesión ordinaria número seis del 2024 de la Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología, al ser las ocho horas con cuarenta minutos del jueves cuatro de abril del dos mil veinticuatro; los acuerdos tomados en esta sesión adquieren firmeza mediante votación.

### -----**SESIÓN EXTRAORDINARIA XV-2022**-----

**Acta de la Sesión Extraordinaria XV** celebrada por la Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología, a las siete horas del siete del mes de julio del año dos mil veintidós, vía virtual, con la asistencia de los señores miembros: -----

1. Dr. Rodrigo Marín Rodríguez, Presidente a.i. CNVE. -----
2. Dra. Leandra Abarca Gómez; representante de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, CCSS. -----
3. Dr. Hugo Marín Piva; representante de la Dirección de Farmacoepidemiología, CCSS. -----

COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

REPÚBLICA DE COSTA RICA



4. Dr. Óscar Porras Madrigal; representante de la Asociación Costarricense de Pediatría (ACOPE). ---
5. Dra. Dora Matus Obregón, representante del Hospital Nacional de Niños-----
6. Dr. Juan Villalobos Vindas; representante del Departamento de Infectología de Adultos, Hospital México. -----

**Secretario Técnico CNVE:** -----

Dr. Roberto Arroba Tijerino; Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud. -----

**Ausentes con justificación:** -----

**Invitados:** -----

1. M.Sc. Ronald Chinchilla González, Director a.i., Asuntos Jurídicos, MS. -----
2. Lic. David Valverde Méndez, Jefe de Despacho, MS. -----
3. Dra. María Dolores Pérez Rosales, Representante, OPS. -----
4. Dra. Verónica Cruz Umaña, Asesora de Despacho, MS. -----
5. Licda. Natalia Chaves Céspedes, Asesora de Comunicación, MS. -----
6. Dra. Gabriela Rey, Representante, OPS. -----
7. Dr. Rolando Pajón, Director Médico y Científico Moderna Latinoamérica. -----
8. Lic. Gloriana Sánchez, Gerente Unidad de Vacunas Asofarma. -----
9. Dr. Adrián Vieto, Gerente Estratégico de Acceso Asofarma. -----
10. Dra. Patricia Argueta, Directora Médica Asofarma. -----
11. Sra. Hazel Alvarado Chavarría, secretaria DVS, MS. -----

**LA SESIÓN ES PRESIDIDA POR DR. RODRIGO MARÍN RODRÍGUEZ, PRESIDENTE A.I. DE LA CNVE.** -----

**ARTÍCULO PRIMERO. Comprobación del quórum.** -----

El Dr. Rodrigo Marín, presidente a.i. de la CNVE, realiza la comprobación del quórum, al contar con el quórum correspondiente inicia la sesión. -----

**ARTÍCULO SEGUNDO. Aprobación del orden del día.** -----

El Dr. Roberto Arroba Tijerino, procede a dar lectura al orden del día. -----

COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

REPÚBLICA DE COSTA RICA



**ACUERDO No. 1** Se acuerda aprobar la agenda correspondiente a la sesión extraordinaria XV del siete de julio del año dos mil veintidós, **Contenido:** -----

Artículo Primero. Comprobación del quórum. -----

Artículo Segundo. Aprobación del orden del día de la sesión extraordinaria XV-2022. -----

Artículo Tercero. Aprobación del acta de la sesión ordinaria XIV-2022 -----

Artículo Cuarto. Reunión con Pfizer sobre vacuna pediátrica contra covid-19. -----

Artículo Quinto. Reunión con Moderna. -----

Artículo Sexto. Viruela símica y vacunación. -----

Artículo Séptimo. Correspondencia. -----

Artículo Octavo. Asuntos varios. **ACUERDO UNÁNIME Y FIRME.** -----

**ARTÍCULO TERCERO. Aprobación del acta de la sesión ordinaria XIV-2022.** -----

El Dr. Arroba procede a leer los acuerdos tomados en la sesión extraordinaria XIV-2022 del treinta de junio del dos mil veintidós y se somete a discusión. Se toma el siguiente acuerdo. -----

**ACUERDO No. 2** Se aprueba el acta de la sesión ordinaria XIV-2022 del treinta de junio del año dos mil veintidós. **ACUERDO UNÁNIME Y FIRME.** -----

**ARTÍCULO CUARTO. Reunión con Pfizer sobre vacuna pediátrica contra covid-19.** -----

El Dr. Rodrigo Marín, comenta que el viernes pasado participó en reunión en conjunto con funcionarios de la Comisión Nacional de Emergencia, el Gerente Médico de y el Gerente de Logística de la CCSS, la Directora General de Salud, el Lic. Ronny Muñoz, el Dr. Roberto Arroba, la Dra. Leandra Abarca y los representantes de Pfizer. Informa que Pfizer tiene pendiente un millón doscientos mil dosis de vacunas para entregar en el segundo semestre, según el contrato para este año 2022. Es factible cambiar las dosis de adultos a niños (menores de 6 años). Debemos definir la cantidad y mandarle una nota a la Gerencia Médica de la CCSS, al presidente ejecutivo de la CCSS y al Gerente de Logística, con copia al CNE, cuando tengamos eso se activa el mecanismo para la adquisición de las mismas, muchos países solicitando en este momento la vacuna pediátrica como tenemos un compromiso con ellos anteriormente ya firmado no tenemos que licitar ya nada, ni buscar fondos en otro lugar, tenemos la posibilidad de adquisición en un

## COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

### REPÚBLICA DE COSTA RICA



tiempo más corto. Los papeles se pueden demorar cuatro semanas en la parte regulatoria, porque tienen que traer el dossier y los estudios correspondientes, para poder contar con la autorización de uso de emergencia. En cuánto estén los papeles en el país, el Ministerio de Salud, como ente rector y regulador, puede agilizar el análisis, para que esto pueda fluir lo más rápido posible. El Dr. Porras consulta que si ellos no ofrecieron el inserto o algún documento de la formulación, que Pfizer siempre lo envía, y sea cual sea la formulación no hay ningún problema con la inscripción en el Ministerio de Salud, y lo otro es tener presente que se debe pensar en vacunación completa, si decidimos que sea Pfizer deben de ser 3 dosis y sabiendo que esta vacuna no la vamos a usar en niños de 5 años y más, y por último, si con Pfizer salen todos los documentos bien, ellos sabrían que fecha estaría la vacuna en el aeropuerto de Costa Rica. El Dr. Rodrigo Marín indica que hay un dato que se acaba de aprobar de 4 a 5 años la misma vacuna de 5 a 12 años, y es importante tener esa documentación presente. Lo otra es cuál sería el flujo de entrega solicitado por nosotros como para comenzar. Cuál sería la dosificación para tener una idea de cuántas vacunas se deberían traer. La Dra. Abarca indica que la Dra. Andrea Badilla facilitó un documento en donde dice es la misma estructura con la que se ha trabajado las presentaciones previas es como en una nota al pie de 6 meses a 5 años, que ellos hacen la indicación como lo indicó el Dr. Rodrigo Marín de que a los niños de 4 a 5 años podemos escoger como país si aplicarle las 3 dosis o aplicarle la de dos dosis y aplicarle la de 5 años a 11 meses y 29 días. Ellos dan a entender que es decisión del país y lo ideal es ver como lo están haciendo en otros países. -----

**No hay acuerdo solo es informativo** -----

**ARTÍCULO QUINTO. Reunión con Moderna.** -----

El Dr. Arroba le cede la palabra a la Dra. Patricia Argueta, Directora médica para Centro América y el Caribe, de AsoFarma. La Dra. Argueta procede a presentar a los miembros e indica que el Dr. Rolando Pajón, Director Médico y Científico de Moderna Latinoamérica, que va a presentar la data clínica de la vacuna de moderna. El Dr. Pajón comenta que va dirigido exclusivamente a profesionales de la salud, que no tiene fines comerciales y se basa en la información científica actual e interpretación de la misma. en la parte pediátrica y en la parte de la vacuna mejorada de dossier refuerzos sobre vacunas de mRNA en este último año. La plataforma mRNA mensajero es capaz de producir vacunas que son altamente efectivas,

## COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

### REPÚBLICA DE COSTA RICA



sabemos que son vacunas que generan una alta respuesta inmune. Tanto en respuesta a anticuerpos como en respuesta celular, y en este momento, no solo se comprendió el concepto de la agilidad que nosotros podemos actualizar, una vacuna muy rápidamente en este momento indique que hoy presentan datos que demuestran una realización de ese concepto. En cuanto se hizo disponible el genoma del virus, se identificó el gen que codificaba para la proteína de la espícula de la espiga, ese gen, se modificó la secuencia de manera tal la que generamos una versión optimizada para aumentar sus niveles de presión en nuestras células, se convierte en un molde, para destacar que una vez con esa secuencia del gen que está presentada en un pequeño plásmido, nosotros realizamos un proceso que es completamente in vitro de producción, no hay células, no hay productos derivados de animales en este proceso de producción. Se utiliza el mRNA como molde. Utilizamos nucleótidos, uno de ellos modificado químicamente, que es una característica de nuestra plataforma, de mRNA modificado utilizamos soluciones tampón y enzimas, en este caso, una mRNA polimerasa de nada dependiente que va a reconocer el molde de la secuencia del gen y va a generar copias de mRNA de ese molde. El mRNA entonces lo purificamos y lo encapsulamos una nanopartícula lipídica y esa nanopartícula lipídica y esa con buffers es esencialmente nuestros productos. Nuestra vacuna no contiene adyuvantes en el vial. De lo que inyectamos en una dosis de 100 microgramos de 50 o de 25. Los componentes son cuatro lípidos diferentes, uno es propietario, nuestros los otros 3 son conocidos en la industria en este momento, lípidos (SM-102, colesterol, DSPC, PEG2000-DMG), y un lípido polietilenglicol liquidado, y los otros son excipientes también muy comunes en la industria farmacéutica. La plataforma funciona de las nanopartículas lipídicas que contienen dentro del mRNA. Entran en la célula por varios mecanismos que están bien conocidos, y uno de ellos pinocitosis, otro de fagocitosis una vez dentro se produce un cambio de PH y eso facilita el escape y el mRNA de la endosoma que es parte de una de las vías de internalización de nanopartícula lipídica en ese momento el mRNA, llega al retículo endoplasmático y ahí se dirige la traducción, en este caso del antígeno de la proteína de la espiga. Esta proteína sufre el proceso de maduración y finalmente es presentada en la superficie de las células, transfectadas en forma de un Homo trimmer. El antígeno de la espiga del coronavirus son 3 copias de la misma proteína asociadas en una estructura cuaternaria trimétrica, y este antígeno, el que genera la respuesta

## COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

### REPÚBLICA DE COSTA RICA



inmune. Nuestra vacuna actual en este momento se utiliza como dos dosis, está de hecho autorizado en Estados Unidos y en la mayor parte de los países donde el producto de moderna tiene presencia. Es que de 6 años en adelante se aplica en dosis primaria, en dos dosis cada uno de, 50 microgramos separados 28 días y de 12 años en adelante se administra en dos dosis de 100 microgramos cada uno, separados 28 días como secuencia primaria en individuos inmunocomprometidos, tanto de 6 como de más de 12. Se ha autorizado en muchos países una dosis adicional, tercera o cuarta dependiendo del país, siendo esa tercera dosis idéntica a la dosis primaria, eso es para individuos inmunocomprometidos. También nuestra vacuna se utiliza como dossier de refuerzo en edades de 18 en adelante. En muchos países se está ya en proceso de autorización para la dosis de refuerzos de 12 a 17 esa dosis de refuerzo es de la mitad de la dosis normal. En el caso de más de 12 sería de 50 microgramos más recientemente y ya está autorizado para su uso en estos grupos de edad en Estados Unidos. Nuestra vacuna en edades de 6 meses a 5 años. Nosotros somos la única vacuna en este grupo de edad que viene con solo dos dosis de 25 microgramos cada una, separada 28 días ya se puede asegurar la protección contra la enfermedad provocada por Covid-19 y pensamos que esto es muy importante, la competencia sabemos que tiene 3 dosis, sabemos que requiere un tiempo más largo, para generar protección solo con dos dosis, cada una de 25 microgramos y 1/4 de la dosis de adulto. Se está en la época de Ómicron y en los últimos meses se ha estado presentando y discutiendo datos en dos líneas fundamentales, una nuestra estrategia en la era de Ómicron y la actualización de los datos pediátricos. Estrategia de Ómicron, específicamente refuerzo bivalente de 50 microgramos contiene: 25 microgramos de la secuencia original y 25 microgramos de Ómicron BA1, la vacuna, está aprobada en Estados Unidos y autorizada en muchísimos países, contiene la dosis de refuerzo contiene solamente 50 microgramos, pero todos de la secuencia original. Para comparar y establecer si la vacuna es superior a la del nuevo candidato vacunal que contiene secuencia original y secuencia de Ómicron y si es superior a la que existe actualmente, que contiene solamente secuencia original. Se desarrolló un estudio clínico y se comparó dos grupos diferentes, un grupo donde dimos la dosis de la vacuna actual, como dosis de refuerzo con un grupo que recibió una dosis de refuerzo de nuestro nuevo candidato vacunal 214. La dosis de refuerzo actual en más de 12 años en este estudio clínico. Realmente lo hicimos con adultos, solamente en Estados Unidos de más

## COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

### REPÚBLICA DE COSTA RICA



de 18 estados y desde 50 microgramos todos de la secuencia original, mientras que nuestra bivalente, mejorada y candidato bivalente mejorado tiene 25 microgramos de la secuencia original, pero tiene 25 microgramos de la secuencia de Ómicron actual BA1. Estos individuos ya habían recibido serie primaria de 100 microgramos, dos dosis de 100 microgramos de la secuencia original. Estos individuos ya habían recibido también una dosis de refuerzo de 50 microgramos y el espaciamiento fue el siguiente, después que recibieron las dosis primarias pasaron 8 meses, recibieron una dosis de refuerzo esa primera dosis de refuerzo fue con la vacuna original, 50 microgramos de la del del doce siete tres, y entonces, cuatro meses y medio más tarde, recibieron una segunda dosis de refuerzo. Se a estas alturas es una especie de cuarta dosis que estos pacientes han visto, y en este momento es que un grupo recibió la vacuna original y otro grupo recibió nuestro candidato vacunal dos catorce. Se acordó una prueba de hipótesis preestablecida con este caso, con la FDA, y con la Agencia Regulatoria Europea, siguiendo unas guías publicadas por la FDA del año pasado y así establecer que con una nueva vacuna mejorada tenemos que establecer primero que no es inferior, que no induce una respuesta inmune inferior a la vacuna existente y después de establecido eso que entonces podemos establecer sí es superior o no. Se realizan variables diferentes, una, que la vacuna actual no induce, títulos contra neutralizantes contra Ómicron, que sean inferiores al día 29%, de respuestas no sea inferior, tampoco respecto a la dosis de refuerzo actual, también al día 29 y definimos las cero respuestas de 2 maneras diferentes. Si es una persona sin historia de infección por el virus entonces es la conversión de negativo de no tener actividad neutralizante contra Ómicron, a tener actividad neutralizante y si es una persona que tiene una respuesta inmune contra Ómicron preexistente, entonces, nuestra vacuna debe incrementar cuatro veces los títulos neutralizantes respecto al valor que tenían inicialmente y, por último, al traer una vacuna mejorada tenemos que establecer que contra la cepa original esta vacuna no es inferior a la vacuna existente y el motivo de ese requerimiento es porque nosotros establecimos y de hecho todos los productores de vacunas hasta ahora solamente tienen datos de eficacia contra la cepa original porque fue el momento, la cepa que estaba circulando cuando realizamos los estudios clínicos de fase 3 de eficacia. Al final, después de establecida esta comparación de no inferioridad, entonces pasaríamos a demostrar si este nuevo candidato vacunal es superior o no es o no respecto a la conexión entre el punto de

# COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

## REPÚBLICA DE COSTA RICA



vista demográfico, los dos grupos que estamos comparando el que recibió la dosis de refuerzo tradicional y la dosis de refuerzo del nuestro candidato ha mejorado, pues son muy similares, hay una pequeña diferencia en la parte de cuántos participantes habían estado predispuestos al virus pero esta pequeña diferencia no afecta a la comparación que se está realizando: 1- el punto de vista de seguridad y tolerabilidad, un candidato a vacunar con ambivalente diferente a la que existe, y la respuesta es no. Lo importante es que en todas estas variables del comportamiento es similar, no hay un incremento, dice o un comportamiento diferente, ni el dolor local que nuestra, que es nuestro principal evento adverso o como en todas las vacunas o en la parte sistémica, donde vemos una pequeña incidencia de fiebre, dolor de cabeza, fatiga mialgias, artralgias, temblores. En todos estos parámetros realmente la dosis de refuerzo de la vacuna mejorada no es diferente de lo que se conoce de vacuna. ADN serie primaria en dos refuerzos. 2-Los anticuerpos neutralizantes que el candidato vacunal nuevo comparado con la vacuna existente los títulos neutralizantes son siempre mayores, es importante, son mayores tanto en el grupo de individuos con que no ha estado expuesto con anterioridad al virus, en un mes después de recibir la dosis de refuerzo. -----

Tenemos una escala logarítmica y lo que se representa aquí son los anticuerpos neutralizantes contra Ómicron un mes después de recibir la dosis de refuerzo, los títulos de neutralización han aumentado significativamente en ambos grupos, tanto los que recibieron la vacuna original como los que recibieron la vacuna mejorada, pero la vacuna mejorada muestra títulos superiores, y esto es esto es claro en los individuos que no han estado expuestos al virus en ningún momento y también ocurre en los individuos que han tenido algún tipo de exposición. El sistema inmunológico ya conoce el virus, pero la dosis de refuerzo nueva genera un aumento muy altamente significativo de los títulos neutralizantes contra Ómicron Vega 1. Cuando se realiza la comparación estadística según el criterio de la FDA, efectivamente, los títulos geométricos son estadísticamente superiores a lo que los induce la vacuna actual, esto en un contexto en el cual no existe ninguna diferencia en respuesta y en este momento, podemos declarar que nuestro candidato vacunal induce una respuesta, neutralizante al Ómicron que es superior a la que induce la vacuna actual. Así que los títulos neutralizantes que inducimos o incluso mucho más altos que los que induce la tercera dosis de refuerzo, esto es especialmente importante porque en Estados Unidos hay un gran grupo de

# COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

## REPÚBLICA DE COSTA RICA



individuos que no se ha puesto la dosis de refuerzos, y en otros países hay un gran número de individuos que ya han utilizado otras vacunas y se han puesto dosis de refuerzo de moderna, Específicamente contra Ómicron. Es capaz de generar títulos de neutralización que son muy superiores, incluso a la tercera dosis. Se ha visto datos de del CDC, datos de varios países europeos que han mostrado que se asocia con una alta protección contra la hospitalización, y muerte. Cuando se estuvo previamente expuesto al virus, también se ve un beneficio definido por un aumento significativo de los títulos neutralizantes, contra la cepa BA 4 BA 5, que es la que está bien lentamente, tomando predominancia en nuestros países. A mostrar concentración de anticuerpos el candidato 214 es capaz de generar concentraciones de anticuerpos que son superiores a las que genera la vacuna actual, contra variantes que ya no están circulando, la potencialidad de este candidato de biovalente de generar respuesta, es superior a vacuna existente contra cepas que no están presentes en la vacuna es evidente, por tanto, en este caso estamos viendo contra Gamma contra Delta, contra Beta contra Alpha, contra todos ellos, el candidato 214 genera niveles de anticuerpos más altos que los que genera la vacuna existente, y todo esto al mismo tiempo que logra generar anticuerpos neutralizantes también más altos contra la cepa original, este candidato vacunal es superior a la vacuna existente contra todas las variantes que han circulado, contra las que están circulando ahora, es el mejor candidato, para lograr una dosis de refuerzo al año y no tener que estar en administrando dosis de refuerzo continuamente. Programa Pediátrico, de 12 a 17, ya estamos autorizados para el uso de dos dosis de cien microgramos cada una. Es igual que en adultos en chicos de 6 chicos de 6 a 11 igual dos dosis de 50 microgramos y ya están en uso, no solo en Estados Unidos, sino también en muchos países de América; y dosis de 6 meses a 5 años, donde son solo 25 microgramos, dos dosis solamente dos dosis separadas 28 días. -----

### COMENTARIOS. -----

El Dr. Porras hace las siguientes preguntas: 1. de los efectos adversos graves que se han identificado con el uso de la vacuna de niños de seis meses y más, son semejantes a lo que se ha visto con la vacuna Moderna, en la edad de 6 meses a 5 años de edad la condición febril es un elemento que todos los pediatras observan si es prevenible con antipiréticos en el momento en que no afecte la vacuna o si podría hacer una recomendación, 2. cuál es la dinámica científico, que está detrás de que ustedes vayan de 100 microgramos,

## COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

### REPÚBLICA DE COSTA RICA



50 microgramos, 25 microgramos, teniendo en cuenta que la evidencia que están usando como respuesta es el concepto de puente inmunológico. Estamos vacunando niños en una edad en donde el sistema inmune es mucho menos desarrollado que los de 5 años y más, en algunos aspectos, es mejor una dosis más alto de 25, que sea de 50 microgramos o más alto. Es importante tener el efecto de eficacia alta; en la parte de formulación que es el componente; 3. además del antígeno esta vacuna de pequeños tiene algo diferente con las otras formulaciones que ustedes tienen, 4. Se puede seleccionar con las cepas más agresivas o más resistentes que las actuales, hay alguna evidencia en los estudios que ustedes han hecho. El Dr. Pajón indica que en efectos adversos no se vio nada diferente en los estudios clínicos que se llegaron a realizar, adversos locales como sistémicos y también en la gravedad de este. Es una limitación conocida, campo de la evaluación clínica, no solo de vacunas, sino también de fármacos. Por eso es por lo que tienen establecido en sus sistemas de farmacovigilancia. Que no solo los tiene moderna, sino que también los tienen muchos de los países donde se ha implementado la vacuna. Hay un estudio, donde se notó el incremento del riesgo de miocarditis asociado a la vacunación con Moderna, y ha sido corroborada por estudios en países independientes que por un estudio reciente de la FDA. El riesgo de miocarditis es específico en adultos de 18 a 25 años. Es importante denotar que la asociación con miocarditis específica se relaciona con la inmunización primaria, no con la dosis de refuerzo. En ese análisis se vio que no hay realmente una señal clara de aumento de miocarditis en los en los grandes grupos poblacionales. 2- los eventos febriles, en grupos más pequeños, es un tema de preocupación, cuando se vacuna a niños, es normal. Fiebres y convulsiones que vemos en nuestro estudio clínico realmente se alinea con lo que otras vacunas que existen en el mercado han mostrado y lo que sabemos de la biología y la sintomatología, asociada con fiebres en este grupo. No se maneja el uso de antipiréticos, nosotros en nuestro estudio clínico, específicamente eso, uso de antipiréticos para manejar síntomas post vacunación, alrededor del 30% de los participantes utilizaron antipiréticos, para manejar las fiebres, en nuestros análisis preliminares no hemos visto nada diferencia entre esos, pero les repito que nuestro estudio no estuvo diseñado para evaluar esa pregunta. Esa pregunta la estamos mirando en el punto de vista exploratorio y hasta el momento no hemos visto diferencia entre los que usaron antipiréticos y los que no usaron antipiréticos. El CDC lo que recomienda, es no utilizar

## COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

### REPÚBLICA DE COSTA RICA



antipiréticos antes de la vacunación. Esta es una recomendación genérica, de no utilizarla a proactivamente. El criterio de puente inmunológico es un criterio muy en uso por las agencias regulatorias. Es bien conocido en que sea aprobado de nuevo, no es específico de esta vacuna, se ha establecido en muchas vacunas, no se utiliza solo en las pediátrica, se utiliza también en estudios de fase cuatro, cuando entramos con productos vacunales en poblaciones de que tienen características diferentes, por ejemplo: individuos inmunosuprimidos, individuos que han recibido trasplantes, etnias específicas en la historia de la vacunación. Sabemos que distintas poblaciones en subpoblaciones pueden responder diferentes. Hay vacunas en donde tenemos un correlato de protección y eso ayuda muchísimo por ejemplo en influenza. No hay que establecer el puente inmunológico en cada año porque existe un correlato de protección. Cómo la actividad de inhibición de la de Magnetización, pero en SARS-CoV2, todavía se está trabajando en eso y ya tenemos un correlato contra riesgos, pero todavía no hemos logrado ese correlato de protección y en cuanto tengamos un correlato de protección esa va a ser la mejor vía, para establecer la composición y la efectividad. De la estimación de la efectividad de nuestras vacunas hacia el futuro en este momento, realmente el puente inmunológico es la mejor herramienta que tenemos. La formulación pediátrica actual es exactamente igual, excepto en la concentración. Son productos aprobados en este momento tiene una concentración, y eso es lo que nos permite dar una dosis de 100 microgramos en medio mililitro. o una dosis de 50 microgramos en 250 microlitros, o sea, en 1/4 de mililitros, esa concentración, no nos permite dar una dosis de 25 microgramos. Por qué entonces tenemos que ir a 12 puntos 5 a punto 125 ml., y eso, en mundo real, es a la aplicación de ese volumen. Es difícil, de manera consistente en un programa de vacunación. Entonces se desarrolló una nueva presentación, con es el mismo producto, es la misma nanopartícula, son los mismos excipientes, no hay ningún aditamento adicional, lo que cambia es la concentración del producto activo en este caso del mRDA. En lugar de estar a una concentración de 2 miligramos por mililitro está una concepción de un miligramo por mililitro y esta concentración es la que permite dar la dosis de 50 microgramos de refuerzo en un volumen de punto 5 ml y la dosis pediátrica en un volumen de punto 45. La Dra. Matus indica que es conveniente realizar una herramienta similar a la que formulamos cuando se evaluaron las vacunas en desarrollo contra Covid, en la que se asignó un puntaje, para que nos quede un

## COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

### REPÚBLICA DE COSTA RICA



sustento de la decisión que tomemos con la información que tengamos disponible. El Dr. Hugo Marín indica que es muy importante recibir a los representantes de Pfizer, la próxima semana, y que tengan igualdad de oportunidades para exponer su vacuna en formulación pediátrica para niños menores de 5 años y hacerles también una serie de preguntas, para tener la mayor disponibilidad de insumos para el análisis., También hay un elemento muy importante, que es disponibilidad de un contrato de fondos públicos ya comprometidos con Pfizer y esa parte nos pesa mucho. Adquirir vacunas de otro origen, requeriría una fuerte justificación científico-técnica. El Dr. Hugo Marín, además reitera que le parece necesario tener una visión a futuro, como indicó el Dr. Rodrigo Marín precisamente, para ver la sostenibilidad de la estrategia de vacunación en el tiempo, ya que posiblemente hay que hacer una campaña como la que se hace con influenza. Por este motivo, sería muy interesante empezar a ver qué plataforma sería la escogida para la campaña anual y si todos los años se usará la misma o si, por el contrario, se disponga de evidencia que soporte el uso de plataformas diferentes en el tiempo. Hace unas semanas, se nos informó que Moderna estaría disponible en el Fondo Rotatorio, eso va a ser interesante y hay que tenerlo mapeado, porque sería el mecanismo de adquisición previsto en la ley. El Dr. Villalobos comenta, que todo esto es magnífico, pues es necesario contar con vacunas específicas para las nuevas variantes. Indica que el Dr. Porras ha insistido, que estaba a la vista de meses atrás de que las nuevas vacunas que utilizamos para reforzar las ya existentes en la población tienen que incluir las variantes que están apareciendo necesariamente, y Moderna, parece tener toda la intención de liberar esto pronto y se convertirá en una muy buena alternativa. Sin embargo, más que pensar en comprar vacunas con cobertura para estas nuevas variantes, excepto para los niños que estamos hablando, qué quién va a ser el que nos ofrezca la vacuna de niños pequeños, es como resolver problema de que la población nuestra complete el esquema de vacunación básico de vacunación contra Covid-19, específicamente la población adulta, al millón y medio de personas que no se han querido poner la tercera dosis de la vacuna ya existente. Es necesario tener en consideración que la población le tiene un poco más de confianza a la vacuna de Pfizer. Le preocupa como se pueda tomar a nivel de población cuando se le indique que se van a adquirir nuevas vacunas para adultos, con cobertura para las nuevas variantes, dado que, con la posición actual del Poder Ejecutivo y la disposición de las personas, donde hay grupos que

## COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

REPÚBLICA DE COSTA RICA



se oponen fuerte y ruidosamente a la vacunación, traer nuevas vacunas contra el Covid, no parece ser un escenario favorable. Se debe resolver primero como volver a adquirir confianza en la población, y hacerlo salir de la idea equivocada de que el Covid ya está resuelto, que las vacunas ya no se ocupan, que no son obligatorias, que todo es de maravilla y que ya terminó. El Dr. Arroba indica que es alrededor un millón de dosis, lo que está todavía pendiente de recibir del contrato con Pfizer. La Dra. Abarca indica que en relación con lo que mencionó la Dra. Matus en que se haga un cuadro que respalde de forma objetiva y transparente la valoración de las vacunas en formulación para uso en niños menores de 5 años, para valorar los pros y contras y orientar la toma de decisiones., Uno de esos elementos es en la ponderación, en la tabla que se usó en 2020, se toma en cuenta la oportunidad de la entrega, y es ahí en donde debido al contrato existente el país va a tener mayor oportunidad en fechas de ingreso de vacuna de Pfizer que en Moderna, sin necesidad de que nosotros como comisión hablemos en sí del contrato de Moderna, aunque es uno de los elementos, que todos sabemos, que viene en una columna de la oportunidad de la entrega, al haber el contrato preexistente, de poder modificarlas el millón doscientos mil dosis que quedan pendientes de ingreso de adulto y pasarlos a la formulación de 6 a 4 años, eso va a ser que la vacuna ingrese más rápido que Moderna. Nos va a repercutir o va a tener un impacto positivo sobre la parte del contrato, en el que como comisión no tenemos injerencia, pero de también va a tener un impacto favorable desde el punto de vista de ejecución de la vacunación, el que no se nos vengán vacunas y las podamos utilizar en otra población, pues también es parte del desempeño y de las buenas prácticas que estamos buscando a la hora de ejecutar la vacunación. La tabla ponderada nos va a dar esa transparencia y esa claridad de cada uno de los ítems que se valoró con las de adulto, y ahora con las de niño. La Dra. Pérez indica que, ahora mismo Fondo Rotatorio para niños mayores de 6 años y adultos, se está negociando la disponibilidad de la vacuna de Moderna, con los países que expresaron que querían participar; en el caso de menores de 6 años están ahora mismo en negociación y a la espera de que la OMS den el visto bueno de precalificación. -----

**ACUERDO No. 3** Se acuerda llevar a cabo análisis técnico comparativo de vacunas pediátricas disponibles en este momento (Pfizer y Moderna) para presentar en una próxima sesión de la CNVE con el fin de tomar la decisión al respecto. **ACUERDO UNÁNIME Y FIRME.** -----



**ARTÍCULO SEXTO. Viruela símica y vacunación.** -----

El Dr. Porras comenta que, en relación con la revisión, el acuerdo fue sobre la opción de vacunación. Primero: la fuente documentación en la que revisé de los lugares que ofrecen información basada en evidencia, es un documento, que respalda la opinión que se da en esos sitios para que ustedes la tengan. Segundo: la parte epidemiológica que tiene que tener una justificación en este momento de por qué estamos discutiendo el tema y lo que lo que mejor encontré fue los datos de la OMS, de que van del 13 de mayo al 2 de junio, es decir, están por actualizarse como un mes más. Esos datos lo que tienen es a nivel mundial, 780 casos en 27 países y es muy interesante en la parte epidemiológica, que 3 países son los líderes mundiales de casos, se debe tomar en cuenta que estos datos son pobres en reflejar la epidemiología de los países africanos, que originalmente son los países en los cuales la viruela símica es endémica y refleja más los países en los que la viruela ha emergido como una enfermedad infecciosa nueva. Esos 3 países son el Reino Unido, que es el líder con 207 casos, 27% de los de los casos reportados en este periodo, España con 156 casos, que es el 20%, y Portugal con 138 casos, que es el 18% entonces. Estos 3 países, como ustedes los pueden ver, reúnen más del del 50% de todos los casos que han provocado este nuevo evento que en países fuera de África que es motivo de preocupación actual. En la parte de epidemiológica, también les incluí en el documento el link de la OMS, que tiene bastantes detalles, y si los quieren revisar sobre la parte epidemiológica. Tercero: ¿cuáles son las alternativas que tenemos desde el punto de vista de vacunación?, hay 3 alternativas desde el punto de vista de vacunación, que están muy bien identificadas y muy bien documentadas, en las páginas del CDC del Reino Unido, la del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de España y en la página de la OMS. La primera alternativa es lo que ya sucedió y que no va a suceder más, la vacunación contra viruela, que se aplicó hasta 1980 la que se tiene cicatriz en el brazo, se ha demostrado que tiene protección de un 85% de efectividad, para prevenir la viruela símica. En prevención de viruela símica del 85% con solo el hecho de que la persona haya recibido la vacuna de viruela clásica, que dejó de estar disponible y a partir de ahí se generan dos vacunas: la primera vacuna se origina en el virus Vaccinia es una vacuna con una cepa diferente, eso quiere decir que la cepa original es una cepa que no se está usando, excepto que hallan en algunos lugares de restos guardados que en este momento resulta

## COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

### REPÚBLICA DE COSTA RICA



ser un tanto ilegal. Esta vacuna de nueva generación es basada en una cepa del virus Vaccinia y es la cepa Ankara, se conoce como ACAM2000, un descendiente nuevo de la vacuna original. La otra vacuna es JYNNEOS, está hecha de un virus vivo que no tiene capacidad de replicarse. JYNNEOS es una vacuna que contiene virus vivos que no tienen capacidad replicativa activa en células humanas, esto es un concepto muy importante, de aplicación y de seguridad en ciertos grupos que son inmunodeficientes. ACAM2000 es una cepa viva del virus Vaccinia una cepa Ankara que si tiene capacidad de replicarse. Es decir, si puede producir la lesión que se veía en el brazo y puede pasarse de un ser humano a otro por contacto de esa lesión y por supuesto que va a tener restricciones en personas que no pueden levantar una buena respuesta inmune. La JYNNEOS es una vacuna que se aplica subcutáneas con dos semanas de diferencia, entonces son dos dosis, cuatro semanas de diferencia entre dosis y es subcutáneo. El hecho de que la pongamos subcutánea se origina de que no es una célula, no es un virus replicativo, aunque sea un virus vivo. En el caso de JYNNEOS, la respuesta inmune toma unas dos semanas después de la segunda dosis. En el caso de ACAM2000 unas cuatro semanas para desarrollarse completamente la respuesta. Las dos, tienen licencia por la por la FDA. Ninguna de las dos tienen muchos estudios en humanos, pero por supuesto que ACAM2000, siendo una cepa derivada de Vaccinia, tiene mucha más experiencia derivada de la cepa original y tiene estudios en animales. JYNNEOS tiene estudios soportados por animales y es una vacuna que se deriva de esos estudios. No se deriva en seres humanos. Con esos antecedentes, la vacuna fue aceptada por la EMA y por la FDA. En Europa se llama **imanes** se estudió la eficacia protectora frente a la viruela, a partir de estudios de desafío en animales, además, se observó una eficacia protectora frente a vacuna química del 100% en estudios de desafío en animales incluidos primates. Esta vacuna no está autorizada para su uso en la población infantil embarazada en mujeres lactantes, sin embargo, no se contraindica, y se ha utilizado en los brotes ocurridos en el Reino Unido. En población infantil, el Reino Unido la ha usado a pesar de que no tienen estudios, estudios del CDC y del Reino Unido recomiendan su utilización tras una valoración individualizada de estas personas a nivel clínico. En reacciones adversas, las que ocurren en el sitio de infección en el aumento de volumen, y el enriquecimiento, y en el caso de la vacuna a ACAM2000, se puede ver las reacciones adversas que todos recordamos de la vacuna de viruela,

## COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

### REPÚBLICA DE COSTA RICA



que era dolor que se hinchaba, que se ponía roja, que daba fiebre, que producía un brote que producía una gran adenopatía, y la cicatriz que quedaba en el brazo y en el caso de la vacuna JYNNEOS las personas con alergias severas a componentes de la vacuna como Gentamicina, Ciprofloxacino y proteína de huevo no deben recibirla ACAM2000, no se debe dar bajo las siguientes condiciones, enfermedad cardiaca en personas que están en tratamiento con enfermedades de los ojos con esteroides; antes la gente se pasaba la mano por ahí, después se la pasaba por la cara y ahí iba a dar el virus, enfermedad, desórdenes del sistema inmune como inmunodeficiencia adquirida y congénita, medicamentos inmunosupresores, personas que viven con VH positivo, eczema, dermatitis atópica o personas que están usando métodos de exfoliación o tratando condiciones de piel por el mismo mecanismo en niños menores de 12 meses y embarazo, pues tienen, tienen muchas más contraindicaciones ACAM2000. No hay bastante información muy bien diseñada como tablas, hojas de informativas, sobre todo en la agencia de vacunas del Canadá y en la CDC, que permitan que le podamos llegar con información al público y a los profesionales de salud sobre la vacuna, sobre su uso, sobre los componentes. Las recomendaciones es no tener contacto del todo, se dice que no se le debe dar seguimiento, no requiere profilaxis preexposición. La CCSS debe diseñar una estrategia por grado de riesgo, que es lo que les recomiendo que está en la lista de documentos. El Dr. Rodrigo Marín indica que ya son más de 5000 casos lo que hay a nivel mundial; hay un aumento considerable de los casos con relación al otro informe que tuvo OPS y hay casos en América Latina ya abiertos, hay un caso en Panamá confirmado, hay casos en Colombia, en Perú, en México, en Argentina, entre otros países. En Ecuador se confirmó el primer caso y solo ha fallecido una sola persona y se trataba de un paciente inmunosuprimido. El tema de la incapacidad, las personas deberían tener un aislamiento hasta que todas las lesiones desaparezcan, o si han estado en contacto con alguna persona, puede ser hasta cuatro semanas. Hay un documento muy completo que acaba de mandar la Dra. Pérez del tema de la epidemiología y lo que recomienda la OPS con relación al tema de la vacunación en los países. Las recomendaciones: a) Viaje la OMS no recomienda restricciones de viaje a ningún país en ese momento, b) Tratamiento: los pacientes con viruela símica requieren terapia de apoyo y depende de los síntomas. Recientemente el Tecovirimat, un nuevo antiviral, fue autorizado por las autoridades reguladoras de la Unión Europea: Agencia Europea del

## COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

### REPÚBLICA DE COSTA RICA



Medicamento (EMA), y de los Estados Unidos: Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), para tratar la viruela símica. El uso de Tecovirimat puede considerarse en el marco de protocolos de investigación o de uso compasivo, en particular, para las personas que presentan síntomas graves o que pueden correr el riesgo de obtener malos resultados (como las personas inmunodeprimidas); sin embargo, no está disponible;

c) Vacunación: se está desplegando para las personas que pueden haber estado expuestas, como los miembros del hogar, así como los trabajadores de la salud y el personal de laboratorio adecuado. Algunos países pueden considerar la vacunación posterior a la exposición (dentro de los 4 días posteriores), para los contactos cercanos de mayor riesgo, como los trabajadores de salud o los miembros de familia en el mismo lugar. La OMS no recomienda la vacunación masiva en este momento. El Dr. Porras recomienda que vean el que generó el Reino Unido, tiene muy bien definido los criterios de riesgo y dependiendo del nivel de riesgo, así es la decisión. En ninguna de esas circunstancias, se recomienda, vacunación preventiva general, lo lleva muy orientado al riesgo del contacto, al riesgo del caso, que es probablemente lo que nosotros vayamos a tener. El Dr. Hugo Marín comenta que, todavía es muy temprano para tomar una decisión, es bueno ir analizando el tema, para valorar la vacunación. Sería después de la reunión con los ministros de Salud, en la que se informe si habrá vacunas disponibles y luego definir la recomendación del Dr. Porras, de valorar las personas de más alto riesgo y tener una pequeña cantidad de vacunas, para cubrir eventualmente esa necesidad, como estrategia de contención. Es un tema para tenerlo en discusión y revisarlo en las próximas sesiones, con la nueva evidencia que va apareciendo, y la disponibilidad de vacunas, y adquirir alguna pequeña cantidad. El Dr. Rodrigo Marín indica que, en el tema de la vacunación, el país está preparado, ya está ya publicado el nuevo Lineamiento en la página web del Ministerio de Salud ya está actualizado, tenemos diagnóstico específico tanto en el Hospital Nacional de niños como en Inciensa. El Dr. Villalobos consulta al Dr. Porras que revisó el tema, si esta enfermedad no tiene una tasa de contagiosidad tan alta, digamos en esos casos que se han reportado fuera del continente africano, existe un promedio de casos, resultado del contacto con estas personas que se han diagnosticado con la enfermedad como para tener una idea aproximada, cuanto podría generar un contacto de enfermos, obviamente, eso es una circunstancia que obedece a muchas variables distintas, difíciles de predecir, pero solo para tener una

## COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

### REPÚBLICA DE COSTA RICA



idea. El Dr. Porras indica que los españoles que tienen un resumen bastante completo dicen que es una que es un virus de alta contagiosidad, pero de baja letalidad, es lo que ellos dicen, si las secreciones son muy contagiosas, contacto persona a persona, se transmite al ser humano por contacto estrecho con una persona o animal infectado o con material contaminado por él y tiene una tasa de letalidad que ha sido de alrededor del 3 al 6%. Es más problema de contagiosidad e incapacidad transitoria, que el problema de letalidad. El Dr. Villalobos consulta de cuántos casos podría generar un caso índice, tener una idea de una cantidad aproximada de stock de vacunas, para tener en consideración en algún momento dentro de las decisiones. El Dr. Rodrigo Marín indica, las secreciones son altamente contagiosas, y eso es el R0, ha estado bastante bajo. Hay muchos casos en Europa, Reino Unido, España, Portugal, los que más casos tienen y han empezado a tener casos en otros países. También había una limitación en algunos países de diagnóstico y eso puede en contra, con relación al tema del R0. El Dr. Porras comenta de un escenario del mayor riesgo que está definido como una exposición, categoría un riesgo de exposición categoría 3, es decir, el peor escenario de riesgo dice un contacto directo no protegido, o un contacto en un ambiente de alto riesgo. Esa es, la categoría. La descripción es exposición directa de piel rota o membranas mucosas, a un caso confirmado sintomático de viruela símica. A sus fluidos o potencialmente a material infectado, incluyendo ropa o sangrado, ropa de cama o ropa de uso del paciente sin tener equipo de protección entre el contacto y la persona, o el otro caso es que haya medidas con personas que están trabajando con pacientes, ese es el riesgo más alto, lo que se dice es monitoreo pasivo. El aislamiento 21 días incluida, exclusión del trabajo, no puede trabajar. Evitar contacto con personas, inmunosuprimidas, mujeres embarazadas, niños, sobre todo en edad escolar de 6 años y menos hasta donde sea posible recomendación de profilaxis. Idealmente en los siguientes cuatro días de la exposición hasta un máximo de 14 días, es decir, desde el momento en que se identifica el riesgo mayor tenemos cuatro a 14 días para intervenir con la vacuna. El Dr. Rodrigo Marín indica que, la situación epidemiológica de Costa Rica no amerita en este momento, no hay casos hasta ahora el sistema de salud de Costa Rica. La Dra. Pérez indica que, hay vacunas disponibles como bien ha dicho el Dr. Porras, contra la viruela símica en el mundo; sin embargo, solo hay dos fabricantes, y las que están disponibles en este momento, están en reservas estratégicas de algunos países (tanto en Europa como

# COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

## REPÚBLICA DE COSTA RICA



Norteamérica), y en la reserva física de la OMS, por eso el Fondo Rotatorio en estos momentos se está haciendo una negociación importante con dos fabricantes para tener reservas, para los países de la región porque, es muy difícil que esas reservas estratégicas las liberen los países, se debe esperar que opciones ofrece el Fondo Rotatorio. El viernes 15 hay reunión y el stock indudablemente va a ser pequeño lo que el Fondo Rotatorio va a poder también negociar. Se le va a estar dando acceso a los países, teniendo en consideración el nivel del riesgo, las medidas de control del país, la solidez de los sistemas de salud, y la evidencia epidemiológica. No es una vacuna en que cualquier país puede comprar la cantidad que desee. --

**ACUERDO No. 4** Se acuerda continuar el análisis de la adquisición de vacuna contra viruela símica, de acuerdo con el comportamiento epidemiológico, disponibilidad de vacunas y recomendaciones por organismos de referencia internacional, incluyendo OPS/OMS. **ACUERDO UNÁNIME Y FIRME.** -----

**ARTÍCULO SEXTO. Correspondencia.** -----

**Solicitud de criterio técnico del Sr. Alejandro Salas Vargas.** El Dr. Arroba comenta es una persona que es alérgica a medicamentos y solicita el QR de excepción de vacunación y fue rechazado 2 veces por certificados médicos y manda un correo a Casa Presidencial, y le dice al presidente de la república básicamente, que el voto por él, porque él creía que no le iban a obligar a vacunarse, y entonces, casa presidencial manda esta consulta al despacho de la Ministra luego lo envían al Despacho del Ministerio de Salud, y ellos lo envían a la Dirección General de Salud y por último llega a la CNVE. El Dr. Hugo Marín indica que se había acordado de que la CNVE únicamente iba a valorar los casos clasificados como graves, previa valoración por el Centro Nacional de Farmacovigilancia; los casos leves y moderados serían valorados por el CNFV o bien, por el grupo de médicos del Nivel Central que tienen que valorar estas solicitudes de excepción de vacunación, así como los respectivos certificados médicos emitidos para tal fin. El caso particular ya había sido valorado en dos ocasiones por el Dr. Esteban Solís (del grupo de médicos del Nivel Central), y se había denegado en dos ocasiones dicha solicitud de excepción por no cumplir con lo solicitado por este Ministerio. En vista de que ya le había sido denegada la excepción a la vacunación, la CNVE no tiene competencia para indicar lo contrario. Se recomienda que a la CNVE se envíen únicamente casos graves valorados previamente por el Centro Nacional de Farmacovigilancia como se ha hecho hasta

# COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

REPÚBLICA DE COSTA RICA



el momento. Además, se recomienda que el médico que rechazó el caso en cuestión (el Dr. Esteban Solís), sea quien emita un oficio a la DGS con las causas del porqué se le negó la excepción a la vacunación y de esta manera se responda tanto al Despacho Ministerial como a Casa Presidencial. Están enviando todas estas consultas, que no son de la Comisión de Vacunas. La Dra. Cruz indica que va a comenzar a redireccionar correctamente estos temas. El Dr. Rodrigo Marín indica que el tema se debe de ver con el Dr. Esteban Solís, el Dr. Arroba y la Dra. Cruz, en una respuesta a la Ministra que el señor no cumple con los resultados y se puede hacer igual llevarle a la Ministra la propuesta para que sean las instituciones que decidan quién se debe vacunar y quien no. El médico o una comisión del Ministerio de Salud define quién o quién no, con los papeles que tiene y basado en la ley que creó la Comisión de vacunas. El Dr. Hugo Marín indica que, cada institución debe definir cómo implementa la obligatoriedad y qué documentos acepta para una eventual excepción. La comisión técnica de QR, es básicamente para certificados es para ingreso de lugares y viaje.

**Oficio MS-DRPIS-UNC-1081-05-2022 del Sr. Danny Fernando Calderón Ballesteros**, indica que tuvo una trombocitopenia autoinmune el 24 de octubre del 2021. -----

El Dr. Roberto Arroba somete el acuerdo a votación. Se toma el siguiente acuerdo: -----

**ACUERDO No. 5** Se indica que no tiene que recibir más vacunas contra covid-19; si la persona quiere recibir otra vacuna, después de un consentimiento informado y en conversación con su médico tratante puede ser con Pfizer, pero sería bajo su propio riesgo. **ACUERDO UNÁNIME Y FIRME.** -----

**Solicitud de espacio virtual con equipo médico Pfizer.** Solicitan actualizar información de vacuna contra covid-19 con los señores miembros de la CNVE. -----

El Dr. Roberto Arroba somete el acuerdo a votación. Se toma el siguiente acuerdo: -----

**ACUERDO No. 6** Se acuerda aprobar reunión en relación con vacuna de Pfizer; se les dará 30 minutos, más 10 minutos de discusión. **ACUERDO UNÁNIME Y FIRME.** -----

**ARTÍCULO NOVENO. Asuntos varios. Vacuna contra Influenza Estacional para médicos privados.**

Se comenta que el personal de salud del sector privado para la vacuna contra influenza estacional: se valoraría para la vacunación 2023, hay que ver el tema de factibilidad; si por vacunar a este grupo de

## COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

### REPÚBLICA DE COSTA RICA



funcionarios de salud privados se dejarían de vacunar otros grupos de riesgo, o bien, si es necesario comprar más vacunas (factibilidad económica). -----

**Paho173-vacunas 2023.** El Dr. Arroba comenta que ya la OPS envió para vacunas del próximo año y la fecha límite es 28 de julio, cuáles son las vacunas que el país estaría interesado en comprar luego, en octubre se hace la reconfirmación y ahí se puede incluir más vacunas, si es necesario, primero la disponibilidad si hay por parte de la OPS, para que el país pueda adquirir más vacunas, y luego el tema económico, y ver si la CCSS va a tener el dinero para comprarlas, y cuántas serían. Serían 150000 pensando en el grupo de más o menos 150000, personas que trabajan en el sector privado en la parte de salud. **Actualización contra covid-19.** La Dra. Abarca indica que se estableció una forma complementaria para poder recolectar datos de registros manuales llamados también registros diarios de vacunas, aunque hace semanas se implementó, ha sido muy difícil para los niveles locales realmente recolectar la información, hasta el lunes, para poder reconstruir todo lo de la semana epidemiológicas 4 semanas, en las que no se ha visto de covid-19 por el hackeo a la CCSS, y de influenza 4 días, de esta semana que acaba de pasar. Como podemos ver la semana epidemiológica 25 subió un poquito en relación con las semanas anteriores y lo que más se está aplicando son cuartas dosis, sin embargo, aunque no está aumentando el número de terceras dosis aplicadas, se siguen aplicando alguna cantidad como se observa. Hay unas cuantas primeras y segundas dosis que se aplicaron, aunque en muy poca cantidad. La semana epidemiológica 21 fue donde se bajó el sistema por el hackeo se aplicaron 82000 dosis, semana siguiente se aplicaron 51000 dosis, la que sigue a 48000 dosis por semana, la que sigue, que fue semana 24 y que corto el 20 de junio se aplicaron 45000 dosis y la semana 25 epidemiológica, se aplicaron 52000 dosis que es la que corresponde a la semana que acaba de pasar. Aún no está el un informe correspondiente a esta semana, pero me avisaron que se aplicaron menos de 50000 dosis. Ese es el promedio que se está aplicando de vacuna por semana. Lo que se ha aumentado en segundas dosis y terceras dosis permitió que se llegará a una cobertura de casi a 81, % de segunda dosis y se aumentó un 0.3% de terceras y un 0.6% de cuartas dosis en relación con las coberturas y en niños que más se le da seguimiento para lograr llegar a coberturas superiores a 80, se tenía al 27 de junio el 73. 6% de primeras y 60.4 de segundas y 0.1 de terceras. En relación con los datos de esta otra diapositiva, se dividen en 2 grupos

## COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

### REPÚBLICA DE COSTA RICA



etarios; de 5 a 11 años y de 12 años en adelante, esto según presentación para que sea más fácil para el nivel local recolectar los datos. De esa manera y según los datos disponibles todavía pendientes 138000 niños de 5 a 11 de primeras dosis, ya se han aplicado algunas terceras dosis, niños que se habían aplicado el esquema en el extranjero y que ahora ya les corresponde por fechas ir aplicando terceras dosis, porque hasta este mes de Julio es que ya nosotros empezamos a tener niños de 5 años a 11 años con esquema primario aplicado acá que cumplen 5 meses de haberse aplicado la segunda dosis, está pendiente una gran cantidad de niños 138000 de iniciar esquemas de vacuna contra Covid. Importante volver a mencionar acá que los ATAPS mencionan que a pesar de existir una ley y el convenio con el Ministerio de Educación, al saber el centro educativo que se va a vacunar Covid, más todo lo demás, sarampión, papiloma y etcétera están recibiendo muchas negativas y limitaciones por parte del centro educativo y de los padres de familia, mencionan que notan un poquito más duro el proceso de ingreso al centro educativo y en algunos casos ellos se encuentran lo que hacía mucho no se encontraban, que era, que con el papelito que les avisaban a los padres que iban a vacunar y que enviaran el carnet de vacunas, empezaron a recibir gran cantidad de papelitos, en donde el padre decía que no quería que lo vacunaran en la escuela y que él se encargaba de vacunarlo en el en el EBAIS, afectando no solo la vacunación contra COVID-19 sino también de otras vacunas de escenario escolar. Menciona que se hace el traslado de todos esos casos a las áreas rectoras del Ministerio de Salud según indicación del Ministerio de Salud, sin embargo, la respuesta no es rápida y muchos niños están quedando pendiente de vacunar. Como bien dice el Dr. Rodrigo Marín, porque ahora todo lo que les llegaba digital les llega manual, pero hay que darles seguimiento a esos reportes de rechazo de vacunas, porque si no, nos van a quedar esos chiquitos pendientes de primeras, segundas y terceras dosis según corresponda.

**Influenza.** La Dra. Abarca indica que, los datos son de cuatro días, solamente del 23 al 27 de junio, que fue cuando inició el proceso de vacunación, no lo han transformado en informe. Un 8% de todas las vacunas aplicadas de compradas se aplicaron 118578 dosis en esos cuatro días, ósea del 23 al 27 de junio. El dato de la semana anterior es que estamos en 320000 dosis al domingo, sin embargo, aún está pendiente el Informe correspondiente. Una vez lo tenga se estaría trasladando a los miembros como habitualmente. Va muy similar al año pasado, y al año tras anterior, la distribución de población que está llegando a vacunarse

# COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

REPÚBLICA DE COSTA RICA



se han aplicado 14000 en niños, 57000 en mayores de 58 y de 7 a 57 años, con riesgos 46213, esa es más o menos el avance que se tuvo de influenza en la primera semana, sabiendo que se inició un jueves la vacunación. Hay que estar pendiente del seguimiento de esta vacunación. El Dr. Rodrigo Marín Rodríguez, en su calidad de Presidente a.i. de la Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología, finaliza la sesión extraordinaria XV al ser las once horas y veintiséis minutos de la mañana del siete de julio del año dos mil veintidós. -----

## -----SESIÓN EXTRAORDINARIA XX-2022-----

**Acta de la Sesión Extraordinaria XX** celebrada por la Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología, a las siete horas del quince del mes de septiembre del año dos mil veintidós, vía virtual, con la asistencia de los señores miembros: -----

1. Dr. Rodrigo Marín Rodríguez, Presidente a.i. CNVE. -----
2. Dra. Dora Matus Obregón, Representante del Hospital Nacional de Niños-----
3. Dra. Ana Lorena Madrigal Vargas, Representante de Departamento de Niñez y Adolescencia de la CCSS. -----
4. Dr. Jeffrey Antonio Jacobo Elizondo, Representante de Farmacoterapia de la CCSS. -----
5. Dr. Jorge Damián Chaverri Murillo, Representante de Infectología del Hospital Calderón Guardia.
6. Dr. Óscar Porras Madrigal; representante de la Asociación Costarricense de Pediatría (ACOPE). ---

**Secretaría Técnica a.i. CNVE:** -----

Dra. Ariana Angulo Alvarado, Dirección de Vigilancia de la Salud, MS. -----

**Ausentes con Justificación:** -----

Dra. Joselyn Chacón Madrigal, Ministra, MS y Presidenta CNVE. -----

**Invitados:** -----

12. MSc. Ronny Muñoz Salazar, Director, Asuntos Jurídicos, MS. -----
13. Lic. David Valverde Méndez, Jefe de Despacho, MS. -----
14. Dra. Verónica Cruz Umaña, Asesora de Despacho, MS. -----
15. Dra. Andrea Badilla Jiménez, Dirección de Regulación, MS. -----

COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

REPÚBLICA DE COSTA RICA



- 16. Dr. Jorge Victoria, Representante, OPS. -----
- 17. Licda. Natalia Chaves Céspedes, Jefa de Unidad de Comunicación, MS. -----
- 18. Dra. Leandra Abarca Gómez, DDSS-CCSS. -----
- 19. Dr. Daniel Bustos, Director Médico, Pfizer. -----
- 20. Dra. Gabriela De Carlo, Pfizer. -----
- 21. Dra. Paula Vargas, Pfizer. -----
- 22. Dra. Lenny Figueroa, Pfizer. -----
- 23. Dr. Roberto Dormond, Pfizer. -----
- 24. Dra. Martha Rivera, Pfizer. -----
- 25. Sra. Hazel Alvarado Chavarría, secretaria DVS-MS. -----

**LA SESIÓN ES PRESIDIDA POR EL DR. RODRIGO MARÍN RODRIGUEZ PRESIDENTE A.I. DE LA CNVE.** -----

**ARTÍCULO PRIMERO. Comprobación del quórum.** -----

La **Dra. Ariana Angulo** informa que, la ministra envió oficio **MS-DM-8633-2022**, donde designa al Dr. Rodrigo Marín Rodríguez, para que presida la sesión. El Dr. Marín presidente a.i. de la CNVE, realiza la comprobación del quórum, al contar con el quórum correspondiente inicia la sesión. -----

**ACUERDO No. 1** Se acuerda aprobar el quórum. **ACUERDO UNÁNIME Y FIRME.** -----

**ARTÍCULO SEGUNDO: Aprobación del orden del día.** -----

La **Dra. Angulo**, procede a dar lectura al orden del día de la sesión extraordinaria XX del quince de septiembre del año dos mil veintidós. -----

**ACUERDO No. 2** Se acuerda aprobar el orden del día correspondiente a la sesión extraordinaria XX del quince de septiembre del año dos mil veintidós. **Contenido:** -----

Artículo Primero. Comprobación del quórum. -----

Artículo Segundo. Aprobación del orden del día de la sesión extraordinaria XX-2022. -----

Artículo Tercero. Aprobación del acta de la sesión extraordinaria XVIII del 23 de agosto y acta de la sesión ordinaria XIX del 25 de agosto del año 2022. -----

# COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

## REPÚBLICA DE COSTA RICA



Artículo Cuarto. Estrategia para cumplir obligatoriedad en niños. -----

Artículo Quinto. Reunión con Pfizer, (Presentación de la vacuna Bivalente contra covid-19). -----

Artículo Sexto. Coberturas de vacunación contra influenza estacional. -----

Artículo Séptimo. Coberturas de vacunación contra covid-19. -----

Artículo Octavo. Aprobación del manual de procedimientos para vacunación contra covid-19, versión 20. -

Artículo Noveno. Vacuna contra Viruela Símica-----

Artículo Décimo. Correspondencia. en referencia a oficio enviado, (Dr. Hugo Marín). -----

Artículo Undécimo. **Varios:** a) Aplicación de vacunas con fecha de vencimiento cercana b) Funciones del secretario CNVE. **ACUERDO UNÁNIME Y FIRME.** -----

**COMENTARIOS.** El **Dr. Marín** consulta al Lic. Muñoz que con lo de las funciones del secretario se ha recibido varias consultas y por ese motivo se incluye en agenda, eso está en algún Decreto o algún artículo.

El **Lic. Muñoz** comenta que no está en la Ley 8111 ni en el Reglamento y que conversando hace aproximadamente dos años con el Dr. Arroba, al parecer hay un acuerdo de la Comisión de varios años atrás en donde designan el cargo de secretario técnico de la CNVE, y no recuerdan si le dan funciones, porque yo no estuve en esa sesión, y ponerse a buscar las actas de la década del 2000 es difícil. Lo mejor sería y que quede como acuerdo, establezcan la creación del cargo, y le sugieran a la señora ministra, modificar el Reglamento de la Ley 8111, para ya incorporarlo en la Normativa con las funciones propias de ese puesto.

Se le consulta al Dr. Porras si se acuerda de algo, y el **Dr. Porras** indica que no se acuerda. La **Sra. Alvarado** comenta que fue la Dra. Ávila fue la que lo nombró, y el oficio está el con el recibido de la Contraloría en donde se indica que es el encargado de levantar las actas. El **Lic. Muñoz** comenta que, pudo haber sido en el primer cuatrienio de la Dra. Ávila y no estaba el Dr. Arroba en ese momento era el Dr. Salas, como secretario. La **Sra. Alvarado** comenta que, el año pasado por recomendación de la Auditoría del MS, que dijo que porqué el Dr. Arroba firmaba las actas, y el Dr. Salas recomendó sacar un acuerdo en comisión, para que firmara él también las actas, se les puede mostrar cuando se llegue al punto de agenda.

El **Lic. Muñoz** indica que él no sabía que el Dr. Arroba firmaba las actas y que él no es parte del órgano colegiado. El **Lic. Valverde** comenta que, las actas son con la firma del que preside, y en este caso el

# COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

## REPÚBLICA DE COSTA RICA



secretario de actas así ha venido sucediendo de acuerdo a lo que se ha venido revisando en libros, y es claro y concuerdo con el Lic. Muñoz que, no está en la Ley ni en el Decreto, he visto dos casos este, y otro más en donde existen decretos ejecutivos de creación órganos, comisiones, y comités, entonces a partir de existir el decreto de regulación genérica o básica de este órgano, no existe un Reglamento, para el a, b, c, del funcionamiento, es muy importante tomar una decisión sobre sí se va a incorporar las cuestiones del funcionamiento Comisión, llámese secretario la letra menuda de la operatividad de la Comisión en el Decreto Ejecutivo que existe vía Reforma o mediante un reglamento que se apruebe o se afirme la Reforma del Órgano tal vez por ahí estaría la solución y dejar ya salvado no solo las funciones del secretario, si no los menesteres propios de cómo se nombra. El **Dr. Porras** indica que ese punto se puede ver formalmente en agenda en sesión ordinaria, hay muchos aspectos que decidir. El **Dr. Marín** indica que, puede ser una opción, si no tenemos tiempo en esta sesión se puede ver el ordinaria el 29 de septiembre. El Dr. Arroba está de vacaciones y regresa hasta el 30 de septiembre, y hay varios oficios que contestar con respecto a este tema. A continuación, el oficio 3722 del 28 de septiembre del 2010 firmado por la Dra. Ávila, en donde indica que el Dr. Arroba asume la secretaría técnica de actas de la CNVE. Eso tendríamos que verlo, y las funciones. Concuero con el Dr. Porras que deberíamos de verlo con el Lic. Muñoz, Lic. Valverde, ver si hacemos un lineamiento o algo en donde indique claramente las funciones, para no tener ningún problema con el nombramiento, porque el día de mañana no estamos nosotros y el que venga no sabe nada. El **Dr. Porras** indica que, el secretario ejerce funciones que facilita mucho el trabajo de la CNVE y organización de las actas, y de las convocatorias que son fundamentales. El **Dr. Marín** comenta que, tendríamos que poner todo eso por escrito, para que quede todo en regla.

### **ARTÍCULO TERCERO. Aprobación del acta de la sesión extraordinaria XVIII del 23 de agosto y acta de la sesión ordinaria XIX del 25 de agosto del 2022.** -----

La Dra. Angulo procede a leer los acuerdos tomados en la sesión extraordinaria XVIII del 23 de agosto y XIX de la sesión ordinaria del 25 de agosto del año en curso. -----

## COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

REPÚBLICA DE COSTA RICA



**ACUERDO No. 3** Se acuerda aprobar el acta de la sesión extraordinaria XVIII del 23 de agosto con la modificación del artículo en que menciona correspondencia, léase artículo noveno; y el acta XIX de la sesión ordinaria del 25 de agosto del año en curso. **ACUERDO UNÁNIME Y FIRME.** -----

**ARTÍCULO CUARTO. Estrategia para cumplir obligatoriedad en niños.** -----

En una reunión con PANI, MEP, CCSS se conversó sobre el tema de la obligatoriedad de vacunación en los niños y las bajas coberturas, quedando claro que la obligatoriedad se mantiene en niños y en funcionarios públicos, tal y como lo había acordado la CNVE, y se va a trabajar con base a ver cómo se puede hacer en la parte escolar. Se tiene una cobertura extremadamente baja de vacunas de niños de 5 a 11 años, nos falta más de 500 mil niños por aplicar con tercera dosis. Se pretende hacer campañas de vacunación en los cuales se van a incluir varias personas especialistas que van a hablar de los temas de vacunación. Las campañas son importantes y efectivas, hay correos de varios grupos que favorecen la vacunación de 6 meses a 5 años con los que se pueden comunicar. Hay una campaña de médicos que está haciendo la academia de medicina estructurada para llevar confianza a los padres, y la Asociación Costarricense de Pediatría, para llevar mensajes a través de redes sociales, para ganar la confianza de los niños, y una intervención en el chat de pediatras, que reúne a todos los pediatras, tratando de que los pediatras de diferentes niveles comiencen a ganar confianza en estas tres semanas que quedan, este grupo puede hacer algún tipo de conexión estructurada, desarrollando en las redes sociales, y tratando de ganarse a los padres de nuevo. Puede hacerse un trabajo en conjunto con el MS, coordinado con la Licda. Chaves que es la encargada de Prensa, se está trabajando muy fuerte para la campaña con la OPS y UNICEF, que consta de videos, desplegables. El MS no tiene recursos para esto. A nivel visual se está trabajando en varios detalles, el día de hoy se va a trabajar en coordinación con la Dra. Ramírez, para trabajar a nivel de comunidad. El Ministerio está trabajando fuertemente en el tema. El **Dr. Marín** indica que, con ayuda del Dr. Porras, le puede facilitar el contacto de la Presidenta de ACOPE, para una reunión virtual, para ver cómo se puede hacer, y como médicos llevar evidencia a la gente, para que tengan alternativa científica de lo que nosotros decimos y lo que dice las asociaciones de medicina en este país. No solamente a los pequeños de 6 meses a 5 años si no también incentivar la vacunación en todos los grupos de personas, así como de funcionarios públicos, es buena idea

## COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

### REPÚBLICA DE COSTA RICA



tener esa reunión virtual con las partes de colegio de médicos y las asociaciones, también la Asociación de Infectología, y Asociación de Medicina Interna que han estado muy activos. En el Congreso Nacional de Pediatría se dio la oportunidad de hacerlo y en el Instituto Nacional de Pediatría lo que llamamos una arenga con una señal indicando a todos los pediatras que fueron bastantes que se preocuparan por ganarse a los padres de nuevo, y parece que ha funcionado. Se sugiere 4 puntos de ser posibles: Hay un grupo de epidemiólogos que tienen mucha presencia en medios de comunicación que podrían hacer alguna mención de la vacunación que viene. Se le podría solicitar a la Dra. Arguedas que tiene mucha presencia e importancia en los medios de comunicación. El MS debe de reganar su chat oficial, porque el chat del MS evitar que sea negativo, responder dando información correcta, y finalmente una sugerencia, que sería muy efectiva, el señor Presidente de la República debe formalmente en una de sus conferencias de prensa comunicar a los padres que deben de llevar a sus hijos de 6 meses a 5 años a vacunarse, apenas la vacuna esté disponible. También es importante en este primer grupo hacer una alianza con el MEP, el escenario escolar es otro que se ha perdido y siempre ha sido provechoso para efectos de vacunación. En MEP con alianza se puede ver el tema de la obligatoriedad en los niños. Tenemos varios hospitales privados, donde hay muchas consultas de pediatría, y se plantea si es legalmente factible tener un acercamiento, ya que las vacunas son de la CCSS, realizar algunas campañas o estrategias con personal de la Caja si es posible, y aprovechar esas consultas de esos espacios, para ver si podemos vacunar ahí, ya sea ellos que puedan hacerlo o los compañeros de la Caja. Esto antes no se ha probado y además los hospitales privados están muy receptivos en cuánto a eso. Se podría hacer una alianza con los servicios de salud privados, lo que se está planteando es que la Caja les facilite las vacunas a los pediatras, o tener un puesto de vacunación en el CIMA. Debe hacerse la alianza, la idea no es que el pediatra cobre por aplicar la vacuna. Así como se han hecho vacunatorios en los malls o en estadios de futbol. La alianza que tuvo en Quepos fue el Hospital Max Terán, junto con el MS y el Hospital Metropolitano que es el que está en la marina, y ahí se tuvo un puesto, donde la gente llegaba a vacunarse. Los extranjeros estaban en su momento de pasada, y también los que estaban haciendo uso de los servicios de salud que tenían en la sede de Marina Pez Vela, les funcionó y si ha habido esas estrategias de salud privados. El **Dr. Marín** indica que, se puede valorar dos opciones

# COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

## REPÚBLICA DE COSTA RICA



tenemos un grupo grande, y que son vacunas por vencerse: una es poner la vacunatorios en esos hospitales, ganar un espacio, y la otra es facilitar vacunas en cada hospital unas 100 pueden ser, que no se puedan cobrar; que sea una alianza pública y privada en donde ellos apliquen la vacuna. Se comenta también que se debe tomar en cuenta que muchos de estos servicios de salud no tienen vacunatorios habilitados como tales aprobados por el MS, no cuentan con posibilidad de preservar la cadena de frío. El elegir hospitales grandes asegura que ellos tienen áreas de vacunación por ejemplo el CIMA, tiene un centro de vacunación en donde envían los pediatras a los pacientes los de control de niño sano, Hospital Metropolitano, y el Hospital de la Bíblica también, es cuestión de conversar con el nivel de decisión de esos lugares y fijo cooperan con el Ministerio de Salud. Es un tema en donde todos pueden colaborar, una vacuna que se ponga más es una persona más protegida. El **Lic. Muñoz** indica que, depende de la Caja, de la política interna, y los controles internos que tengan, recuerde que al principio no se podía dejar en manos de nadie las vacunas, y más de una vez hubo robos en algunos Ebais en algunos establecimientos de la Caja, ahora con la existencia actual, ya ese problema no se daría, pero esos son controles, que tiene que establecer la misma Caja. El **Dr. Marín** indica que, le va a plantear a la Dra. Abarca, para aprovechar todos los espacios. -----

**No hubo acuerdo fue solo informativo.** -----

### **ARTÍCULO QUINTO. Reunión con Pfizer, (Presentación de la vacuna Bivalente contra covid-19).**

De acuerdo con la conversación con Pfizer y ante la consulta formal sobre usar las presentaciones y la información dada en la reunión del presente día, no es posible presentar ninguna información al respecto en el acta. Lo anterior por cuanto los representantes de Pfizer argumentan y manifiestan que la información que brindarán está sujeta a confidencialidad. -----

**No hubo acuerdo fue solo informativo.** -----

### **ARTÍCULO SEXTO. Coberturas de vacunación contra influenza estacional.** -----

La Dra. Abarca inicia la presentación. -----

## Vacunación contra la influenza

Semana 36, 2022  
Fecha Corte: 12-09-2022

Programa Ampliado de Inmunizaciones  
Subárea de Vigilancia Epidemiológica  
Área de Salud Colectiva  
Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud  
Caja Costarricense de Seguro Social

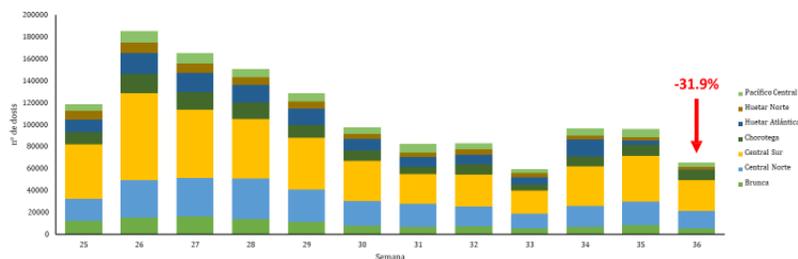
2022

Avalado y revisado por:  
Dra. Xiomara Badilla Vargas  
Jefe SAVE



## Vacunación Influenza Estacional

Distribución del número de dosis de Vacuna Influenza Estacional según semana epidemiológica de aplicación, CCSS, Costa Rica, 2022



Fuente: DDSS-ASC-Subárea de Vigilancia Epidemiológica. Equipos Regionales de Epidemiología PAIS. CCSS. 12 de setiembre del 2022

## Vacunación Influenza Estacional



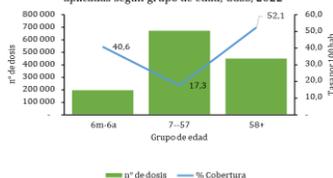
Semana 36 (1,326,432) 88%  
Avance de las dosis planificadas

Costa Rica: Distribución de vacunas contra Influenza aplicadas según grupo de edad, CCSS, 2022

Grupo de edad	n° de dosis	% Cobertura	Segundas dosis	Población
6m-6a	192,865	40.6	-----	475,194
7-57	667,503	17.3	-----	3,848,035
58+	445,125	52.1	-----	853,883
<b>Total</b>	<b>1,305,493</b>	<b>25.2</b>	<b>20,939</b>	<b>5,177,112</b>

77 % de Cobertura: (n° de vacunas aplicadas contra influenza)/población\*100  
\*\* Población Proyecciones Dirección Asistencial, CCSS, 2022  
Fuente de datos vacunas: Equipos Regionales de Epidemiología PAIS 12-09-2022-2022

Costa Rica: Distribución de vacunas contra Influenza aplicadas según grupo de edad, CCSS, 2022



Fuente: DDSS-ASC-Subárea de Vigilancia Epidemiológica. Equipos Regionales de Epidemiología PAIS. CCSS. 12 de setiembre del 2022



# COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

## REPÚBLICA DE COSTA RICA



### Vacunación Influenza Estacional



**Semana 36 (1,326,432) 88%**  
Avance de las dosis planificadas



#### Niños de 6 meses a menos de 7 años

Población: 475,194 personas Meta: 80%

Dosis Aplicadas: 192,865 Cobertura: 40.6% Meta alcanzada: 50.7%



#### Adulto de 58 años y más

Población: 855,363 personas Meta: 80%

Dosis Aplicadas: 445,125 Cobertura: 52.1% Meta alcanzada: 65.2%



#### Personas de 7 a 57 años (Embarazadas, Personas con Enfermedades Crónicas y funcionarios de primera respuesta)

Dosis Aplicadas: 667,503

Fuente: DDSS-ASC-Subárea de Vigilancia Epidemiológica. Equipos Regionales de Epidemiología PAIS. CCSS. 12 de setiembre del 2022

### Comparación 2021- 2022 Vacunación Influenza Estacional



Figura 3: Cobertura de aplicación de vacunas de influenza Estacional de 0.5ml y 0.25ml a la semana 7 de Jornada de influenza 2020.

	Semana 7		Meta establecida en lineamiento
	Dosis aplicadas	Porcentaje	
Niños de 6m a 3 años	158 235	90	80
Niños de 3años a menos de 7años	156002	53	50
Embarazadas	29116	57	80
Adultos de 59 a 64 años	140703	49	50
Adultos Mayores de 65años y mas	324677	71	80
Diabéticos	72265	98	20
Cardiopatías	24500	46	20
Obesos mórbidos	33703	63	20
Enfermos Respiratorios Crónicos	150412	102	20
Trabajadores CCSS	49500	241	85
Otros funcionarios de Salud	23545	NA	--

#### Niños de 6 meses a 6 años (menos de 7años):

**2020:**  
Cobertura: 65,7%

**2021:**  
Cobertura: 66%

**2022:**  
Cobertura: 40,6%



**COMENTARIOS:** Se comenta que, por la experiencia de este año, el año entrante se podría pensar en una estrategia dual, pensando en los niños y adultos. Hacer la estrategia que siempre hacemos de hacer grupos, un número específico de semanas, que se dice cuál semana es, y a partir de hacer esos grupos por semanas, se abre la estrategia a todos los niños que quieran con eso tal vez tengamos más eficiencia en número de aplicación de vacunas. Se comenta que es muy acertado y oportuno, si se visualiza el informe del cierre del 2018, pero no estaba hasta los 6 años, hasta ese momento se vacunaba menores de 5 años y no se permitía ver toda la cohorte en sí. Desde el 2017 hay 6 o 7 semanas que es lo que dura la jornada, y posterior a esas

## COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

### REPÚBLICA DE COSTA RICA



6 o 7 semanas, queda abierta la vacunación, para embarazadas nuevas y niños nuevos de 6 meses que se acerquen a vacunar porque la idea es que, con las poquitas dosis que quedan después de la jornada no perderlas, para que no se vayan a vencer se aplican, pero nunca, hasta este año la cantidad de dosis después de la semana 7 había sido tan alta, entonces el que se ponga la jornada, durante 6 o 7 semanas, como habitualmente se ha hecho, para grupos de riesgo puntuales, y que después se abra como ocurrió acá, es una buena opción, pero no con tanta al finalizar, pero permitiendo que la vacunación sea en un momento oportuno, por el momento lo que queda son como 175 mil dosis en toda la red, y tal vez ya estamos pasando el pico más alto de virus respiratorio, en donde la aplicación de la vacuna, hubiera sido una excelente herramienta dentro de todas las medidas de prevención. La estrategia mixta o dual, sería muy bueno y ayudaría a tener aplicadas las vacunas más rápidamente, aunque no sean de grupos de riesgo al final generando un efecto de inmunidad colectiva de protección. Se aclara que a la información de cantidades colocadas en las vacunas privadas no se tiene acceso. El **Dr. Marín** indica que, pueden buscar el dato, y para la próxima sesión ordinaria poderlo compartir. La **Dra. Madrigal** indica que, la estrategia sería de al principio de la campaña, sea solo población escolar, y que luego se abra a toda la población, da la impresión de que si desde un principio se abriera las coberturas podrían ser mayores, ya que se perderían menos oportunidades de vacunar. La **Dra. Abarca** comenta es como siempre se ha hecho, se proteja, y se les permita el acceso a los grupos de mayor riesgo, que son por los diferentes datos epidemiológicos de hospitalizaciones, complicaciones y muerte por influenza, o por infección respiratoria aguda, grave asociada a influenza los que se verían más beneficiados. Lo que pasa es que siempre después de las 7 semanas, nunca habíamos durado en jornada. El poquito de dosis que quedaban en los diferentes establecimientos de salud, se guardaban para embarazadas de nuevo diagnóstico, o niños que pasaban de 5 a 6 meses de edad, para darles esa opción o cualquier otra persona sin riesgo. La idea es que ustedes puedan analizar en el contexto se mantenga siempre las primeras semanas, para proteger a los grupos más vulnerables de fallecer o hospitalizarse y después de ese momento dual como lo mencionó el Dr. Porras se abra inmediatamente a cualquier otra población, que quiera vacunarse protegerse y utilizar las vacunas en el momento más adecuado. Sabemos que siempre van a hacer muy útiles, pero después de que pase el pico, tal vez el efecto

# COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

## REPÚBLICA DE COSTA RICA



no es para el cual se compraron inicialmente. Estas vacunas no están en riesgo de vencimiento, por lo general vienen con mucho tiempo, las que tenemos ahorita que es un lote muy pequeño vencen en diciembre, y la mayoría son para enero del 2023, sin embargo, lo ideal es aplicarlas en el momento previo del pico más grande de virus respiratorios. Se comenta que la estrategia dual no obedece al concepto de que nosotros no compramos vacunas de influenza, se compra pensando en esos grupos especiales, y si abrimos desde el principio puede ser que no se tenga, para los grupos especiales, y tendríamos que comprar más. -----

No hubo acuerdo fue solo informativo. -----

### ARTÍCULO SÉPTIMO. Coberturas de vacunación contra covid-19. -----

#### Vacunación contra COVID 19

Costa Rica

Avance de la Jornada Vacunación en la Semana 36, 2022  
Fecha Corte: 12-09-2022

Programa Ampliado de Inmunizaciones  
Subárea de Vigilancia Epidemiológica  
Área de Salud Colectiva  
Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud  
Caja Costarricense de Seguro Social  
2022

Analizado y revisado por:  
Dra. Xiomara Basilio Vargas- Jaffe SIVS

#### Distribución del número de dosis de Vacuna COVID 19 según semana epidemiológica, CCSS, Costa Rica, 2020-2022

Fuente: SIVA-EDUS-CCSS. Equipos regionales de Epidemiología PAI (SE 22-36) al 12 setiembre del 2022

#### Vacunación COVID 19

Costa Rica: Distribución de n° dosis aplicadas contra COVID 19 según semana epidemiológica, CCSS, SE-21-36, 2020-2022

Fecha de corte	Semana Epidemiológica	n° Dosis	n° Dosis	n° Dosis	Diferencia de n° dosis de la semana anterior	Diferencia de n° dosis de la semana anterior
06/07/2022	21	1,394	10,968	29,330	16,933	12,400
06/08/2022	22	1,873	14,681	23,106	12,706	15,281
13/08/2022	23	2,964	1,963	16,606	24,447	48,380
20/08/2022	24	2,056	4,007	14,633	16,747	45,540
27/08/2022	25	1,339	4,029	11,614	16,663	12,247
03/09/2022	26	1,488	2,795	11,322	17,206	41,897
10/09/2022	27	1,520	4,052	16,011	14,879	76,048
17/09/2022	28	1,079	1,453	15,381	16,200	16,915
24/09/2022	29	1,278	2,851	16,549	17,006	16,220
01/10/2022	30	1,794	1,797	15,561	16,026	16,419
08/10/2022	31	1,529	1,407	14,878	16,701	14,721
15/10/2022	32	1,474	1,274	14,929	16,088	15,136
22/10/2022	33	1,483	1,493	15,621	17,110	14,897
29/10/2022	34	1,365	1,625	16,226	15,985	16,209
05/11/2022	35	1,867	1,796	17,063	16,771	14,490
12/11/2022	36	1,136	4,185	22,658	18,486	17,111

Fuente: SIVA-EDUS-CCSS. Equipos regionales de Epidemiología PAI (SE 22-36) (12-9-2022) (\*) Población Proyecciones Actuarial CCSS 2022 (\*\*) Total de la Población 1,583,022 personas

#### Vacunación contra COVID 19

n° Total dosis	n° primera dosis	n° segunda dosis	n° tercera dosis	n° cuarta dosis
11,976,209	4,474,145	4,207,352	2,571,686	723,026

Población proyectada: 1,583,022 personas

0 a más de 100 años	5 a 11 años	12 a más de 100 años	5 a más de 100 años
Primera dosis: 86.7%	Primera dosis: 76%	Primera dosis: 95.3%	Primera dosis: 93.2%
Segundas dosis: 81.5%	Segundas dosis: 63.9%	Segundas dosis: 90.6%	Segundas dosis: 87.7%
Terceras dosis: 49.8%	Terceras dosis: 6.4%	Terceras dosis: 59.4%	Terceras dosis: 53.6%
Cuarta dosis: 14.0%	Cuarta dosis: 0%	Cuarta dosis: 16.9%	Cuarta dosis: 15.1%

Fuente: SIVA-EDUS-CCSS. Equipos regionales de Epidemiología PAI (SE 22-36) (12 de setiembre del 2022) (\*) Población Proyecciones Actuarial CCSS 2022 (\*\*) Total de la Población 1,583,022 personas

#### Costa Rica: Distribución de vacunas contra COVID 19 por dosis según lugar de aplicación y Región de Salud, CCSS, 2020-2022

Región	# Primera dosis	# Segunda dosis	# Tercera dosis	# Cuarta dosis	# Vacunas Total	Tasa Primera dosis por 100 hab.	Tasa Segunda dosis por 100 hab.	Tasa Tercera dosis por 100 hab.	Tasa Cuarta dosis por 100 hab.
CENTRAL NORTE	1,186,896	1,126,692	689,269	185,646	3,188,503	87.1	82.7	50.6	13.6
CENTRAL SUR	1,654,469	1,594,802	1,092,965	361,796	4,704,022	86.2	83.0	56.9	18.8
HUETAR NORTE	245,620	213,978	95,059	15,486	570,143	88.0	76.7	34.1	5.4
PACIFICO CENTRAL	257,879	233,509	119,845	27,498	638,731	86.4	78.3	40.1	9.2
HUETAR ATLANTICA	402,584	363,067	193,699	42,735	1,002,085	87.0	78.5	41.9	9.2
BRUNCA	316,557	296,064	167,216	41,023	820,860	85.0	79.5	44.9	11.0
CHORRITEGA	410,140	378,149	213,667	48,852	1,053,804	87.8	81.2	45.8	10.5
<b>Total</b>	<b>4,474,145</b>	<b>4,207,352</b>	<b>2,571,686</b>	<b>723,026</b>	<b>11,976,209</b>	<b>86.7</b>	<b>81.5</b>	<b>49.8</b>	<b>14.0</b>

\*Tasa Vacunación: Tasa de vacunación (x 100) de vacunas aplicadas contra COVID-19. Tasa de Vacunación: (# total de dosis aplicadas/total población)\*100. Fuente de datos vacunas: EDUS-SIVA  
Fuente: SIVA-EDUS-CCSS. Equipos regionales de Epidemiología PAI (SE 22-36) al 05-09-2022 Población: Proyecciones de Población Actuarial 2022.

### Vacunación COVID 19

#### Distribución de vacunas pendientes contra COVID 19 según grupo de edad, CCSS, 2020-2022

Grupo de Edad	n° 1era dosis	n° 2da dosis	n° de 3era dosis	n° 4ta dosis	Tasa 1era dosis*	Tasa 2da dosis*	Tasa 3era dosis*	Tasa 4ta dosis*	Población**	n° pendiente 1era*	n° pendiente 2da**	n° pendiente 3era** (pendiente establecido desde 2da dosis)
5 a 11 años	399,306	335,582	33,390	0	76.0	63.9	6.4	0.0	525,491	126,185	63,724	165,785
12 a más de 100	4,074,839	3,871,770	2,538,296	723,026	95.3	90.6	59.4	16.9	4,274,344	199,505	203,069	1,568,171
<b>Total población vacunable</b>	<b>4,474,145</b>	<b>4,207,352</b>	<b>2,571,686</b>	<b>723,026</b>	<b>93.2</b>	<b>87.7</b>	<b>53.6</b>	<b>15.1</b>	<b>4,799,835</b>	<b>325,690</b>	<b>266,793</b>	<b>1,734,956</b>

\*Tasa Vacunación: Tasa de vacunación (x 100) de vacunas aplicadas contra COVID-19. Población: Proyecciones INEC, Dirección Actuarial, 2021. Fuente: SIVA-EDUS Equipos regionales de Epidemiología PAI (SE 22-36) al 12-9-2022.

### Costa Rica Vacunación contra COVID 19

#### Coberturas (%) de vacunación contra COVID 19 según grupo de edad segregado por Región, 2020-2022

Región	Tasa Vacunación Primeras (5-11)	Tasa Vacunación Segundas (5-11)	Tasa Vacunación Terceras (5-11)	Tasa Vacunación Cuartas (5-11)	Tasa Vacunación Primeras (>12 años)	Tasa Vacunación Segundas (>12 años)	Tasa Vacunación Terceras (>12 años)	Tasa Vacunación Cuartas (>12 años)
Central Norte	76.5	62.9	6.7	0.0	95.2	91.5	59.7	16.3
Central Sur	80.8	71.4	8.6	0.0	93.3	90.7	66.6	22.4
Huetar Norte	65.6	54.1	2.3	0.0	100.2	87.7	42.1	6.9
Pacífico Central	68.2	52.7	3.5	0.0	96.2	88.3	48.4	11.2
Chorotega	75.1	61.8	5.6	0.0	98.2	91.9	55.9	13.0
Huetar Atlántica	73.5	57.6	4.3	0.0	98.2	89.8	51.9	11.6
Brunca	71.6	61.0	4.7	0.0	95.0	89.6	54.7	13.6
<b>Total</b>	<b>76.0</b>	<b>63.8</b>	<b>6.4</b>	<b>0.0</b>	<b>95.3</b>	<b>90.6</b>	<b>59.4</b>	<b>16.9</b>

Fuente: SIVA-EDUS. CCSS. Equipos regionales de Epidemiología PAI (SE 22-36) 12 de setiembre del 2022 (\*) Población Proyecciones Actuarial CCSS 2021 (\*\*) Total de la Población 5,163,021 personas

### Población Pendiente y Generalidades

#### Población pendiente vacunar 1eras dosis:

- 5años a 11 años: 126,185
- 12 y mas años: 199,505

#### Población Pendiente vacunar 2das dosis:

- 5años a 11 años: 63,724
- 12 y más años: 203,069

#### Población Pendiente vacunar 3ras dosis:

- 5años a 11 años: 165,785
- 12 y más años: 1,569,171



#### Generalidades

- **1,271,250** dosis COVID-19 adultos pendientes de ingresar según CNE. (\*Pagina Web CNE)
- **1 642 296** dosis de COVID-19 presentación adultos pendientes de aplicar. (Datos de DRIPSS)
- **246 462** dosis de COVID-19 presentación pediátricas pendientes de aplicar. (Datos DRIPSS)

Fuente: Información disponible según reportes de DRIPSS 12-09-2022  
[\(\\*ADQUISICIÓN DE VACUNAS \(cne.go.cr\)\)](http://cne.go.cr)



**Avance de la Jornada Vacunación en la Semana 21, 2022**  
**Fecha Corte: 30-05-2022**



**Programa Ampliado de Inmunizaciones**  
**Subárea de Vigilancia Epidemiológica**  
 Área de Salud Colectiva  
 Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud  
 Caja Costarricense de Seguro Social  
 2022

### Existencias de Vacunación COVID 19

**Dosis pendientes de registrar como aplicadas Vacuna COVID pediátrica (5 a 11 años) por fecha de vencimiento y número de lote según SIVA**

**Preliminar de dosis pendientes de aplicar/ registrar 246 465 dosis**

- Toma en cuenta dosis perdidas del reportada II trimestre 2022 por la DRS, DRSS-CON-GR-404-2022 y actualización de reporte de dosis aplicadas

**Para las dosis ped. el consumo mínimo semanal debe ser 21 698 dosis**

- A este ritmo de vacunación no existiría riesgo de pérdida de dosis.

La semana del 05 al 11 de setiembre se aplicaron 13 996 dosis

No hay riesgo de vencimiento al 30 de setiembre. Para el 30 de noviembre este riesgo es de 61 612 dosis

Dosis promedio semanal aplicadas desde hackeo 5 423 dosis

Riesgo de vencimiento al 30 de setiembre de 10 450 dosis y 130 196 dosis para el noviembre

Mes de vencimiento	Lote
Setiembre 2022	F18101 F11176
Noviembre 2022	F11124

Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica con datos al 13 setiembre del 2022

### Existencias de Vacunación COVID 19

**Dosis pendientes de registrar como aplicadas Vacuna COVID adulto (12 y más años) por fecha de vencimiento y número de lote según SIVA**

**Preliminar de dosis pendientes de aplicar/ registrar 1 642 296 dosis**

- Toma en cuenta dosis perdidas del reportada II trimestre 2022 por la DRS, DRSS-CON-GR-404-2022 y actualización de reporte de dosis aplicadas

**Para las dosis de adulto el consumo mínimo semanal debe ser 82 115 dosis**

- A este ritmo de vacunación no existiría riesgo de pérdida de dosis.

La semana del 05 al 11 de setiembre se aplicaron 48869 dosis

Riesgo de vencimiento al 30 de noviembre de 193 941 dosis y 470 979 dosis adicionales para enero 2023

Dosis promedio semanal aplicadas desde hackeo 54 488

Riesgo de vencimiento al 30 de noviembre de 132 132 dosis y 420 408 dosis adicionales para enero 2023

Mes de vencimiento	Lote
Octubre 2022	F12344 F10285 F10285 F10285 F10285 F10285
Noviembre 2022	F15587 F10396
Enero 2023	F02423

Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica con datos al 12 setiembre del 2022

# COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

## REPÚBLICA DE COSTA RICA



### Costa Rica Vacunación contra COVID 19

Coberturas (%) de vacunación contra COVID 19 según grupo de edad segregado por Región, 2020-2022

Región	Tasa Vacunación Primeras (5-11)	Tasa Vacunación Segundas (5-11)	Tasa Vacunación Terceras (5-11)	Tasa Vacunación Cuartas (5-11)	Tasa Vacunación Primeras (>12 años)	Tasa Vacunación Segundas (>12 años)	Tasa Vacunación Terceras (>12 años)	Tasa Vacunación Cuartas (>12 años)
Central Norte	76.5	62.9	6.7	0.0	95.2	91.5	59.7	16.3
Central Sur	80.8	71.4	8.6	0.0	93.3	90.7	66.6	22.4
Huetar Norte	65.6	54.1	2.3	0.0	100.2	87.7	42.1	6.9
Pacífico Central	68.2	52.7	3.5	0.0	96.2	88.3	48.4	11.2
Chorotega	75.1	61.8	5.6	0.0	98.2	91.9	55.9	13.0
Huetar Atlántica	73.5	57.6	4.3	0.0	98.2	89.8	51.9	11.6
Brunca	71.6	61.0	4.7	0.0	95.0	89.6	54.7	13.6
<b>Total</b>	<b>76.0</b>	<b>63.8</b>	<b>6.4</b>	<b>0.0</b>	<b>95.3</b>	<b>90.6</b>	<b>59.4</b>	<b>16.9</b>

Fuente: SIVA-EDUS. CCSS. Equipos regionales de Epidemiología PAI (SE 22-36) 12 de setiembre del 2022 (\*) Población Proyecciones Actuarial CCSS 2021 (\*\*) Total de la Población 5,163,021 personas

### Costa Rica Vacunación contra COVID 19

Información del EDUS-SIVA

Dosis acumuladas de Vacuna COVID 19 en de Instituciones de primera respuesta y educación según semana epidemiológica de aplicación, CCSS, Costa Rica, 2020-2022

Funcionarios de Primera Respuesta	Primeras dosis	Segundas dosis	Tercera dosis	Cuartas dosis	Población	Tasa 1era dosis	Tasa 2da dosis	Tasa 3era dosis	Tasa 4ta dosis
CNE	1,184	837	470	16	250	474%	335%	188%	6%
Trabajadores de HLE	3,160	2,800	1,188	6	1,759	180%	159%	68%	0%
Trabajadores de CCSS	61,395	60,880	57,255	2,599	59,800	104%	103%	97%	4%
Bomberos	2,049	1,888	1,583	37	2,800	102%	94%	79%	2%
Trabajadores de Ministerio de Salud	2,578	2,342	2,041	80	2,500	103%	94%	82%	3%
Cuerpos Policiales	26,001	21,964	11,343	65	18,500	141%	119%	61%	0%
Cruz Roja	2,708	2,282	1,040	6	5,788	47%	39%	18%	0%
Trabajador Privado	23,394	19,919	4,879	15	20,991	111%	95%	23%	0%
Funcionario Educación Privada	3,545	2,267	787	3	ND	ND	ND	ND	ND
Funcionario del Ministerio Educación	85,598	82,322	66,653	106	86,000	100%	96%	78%	0%
Funcionario del PANI	696	173	53	-	1,523	46%	11%	3%	0%
Otra condición laboral	5,552	5,199	3,246	10	ND	ND	ND	ND	ND
<b>Total</b>	<b>217,860</b>	<b>202,873</b>	<b>150,538</b>	<b>2,943</b>					



Fuente: SIVA-EDUS. CCSS. 30 de mayo del 2022

### Costa Rica Vacunación contra COVID 19

Información del EDUS-SIVA

Dosis acumuladas de Vacuna COVID 19 en de Instituciones de primera respuesta y educación según semana epidemiológica de aplicación, CCSS, Costa Rica, 2020-2022

Funcionarios de Primera Respuesta	Primeras dosis	Segundas dosis	Tercera dosis	Cuartas dosis	n° 2da dosis pendientes	% 2da dosis pendientes	n° 3era dosis pendientes	% 3era dosis pendientes	n° 4ta dosis pendientes	% 4ta dosis pendientes
CNE	1,184	837	470	16	347	29.3	367	43.8	454	57
Trabajadores de HLE	3,160	2,800	1,188	6	360	11.4	1,612	57.6	1,182	99
Trabajadores de CCSS	61,395	60,880	57,255	2,599	515	0.8	3,625	6.0	54,656	90
Bomberos	2,049	1,888	1,583	37	141	7.0	365	14.2	1,544	98
Trabajadores de Ministerio de Salud	2,578	2,342	2,041	80	234	9.2	301	12.0	1,903	96
Cuerpos Policiales	26,001	21,964	11,343	65	4,037	15.5	10,621	48.4	11,278	99
Cruz Roja	2,708	2,282	1,040	6	426	15.7	1,242	54.4	1,034	99
Trabajador Privado	23,394	19,919	4,879	15	3,475	14.9	15,040	75.5	4,864	100
Funcionario Educación Privada	3,545	2,267	787	3	1,278	36.1	1,480	65.3	784	100
Funcionario del Ministerio Educación	85,598	82,322	66,653	106	3,276	3.8	15,669	19.0	66,547	100
Funcionario del PANI	696	173	53	-	523	75.1	120	69.4	53	100
Otra condición laboral	5,552	5,199	3,246	10	953	6.4	1,953	37.6	3,236	100
<b>Total</b>	<b>217,860</b>	<b>202,873</b>	<b>150,538</b>	<b>2,943</b>	<b>14,987</b>	<b>6.9</b>	<b>62,335</b>	<b>22.8</b>	<b>147,096</b>	<b>5.0%</b>



Fuente: SIVA-EDUS. CCSS. 30 de mayo del 2022

**COMENTARIOS:** Se comenta que si hay alguna visualización en empleados públicos los que están cubiertos por obligatoriedad. Se indica que hay problemas en el sistema de información, y los datos que se están recolectando con el gran esfuerzo y compromiso de los niveles locales, y regionales es el acumulado de lo que se presentó en las diapositivas, no con tanto detalle como si tuviéramos el SIVA con los Qs,

## COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

### REPÚBLICA DE COSTA RICA



porque para el nivel local es muy difícil hacer tanta segregación aparte de que aumenta el riesgo en los datos que ellos nos están enviando. El último dato que por instituciones tenemos es el que teníamos previo al hackeo y por dicha habíamos actualizado el informe al 30 de mayo con el SIVA y estos son los datos que arrojan, que los había pasado ya en el informe del 30 de mayo a la Comisión. Posterior a la reunión que el Dr. Marín tuvo el día de ayer, y que también va de la mano junto con una solicitud que nos había hecho una solicitud a través de Hazel, se agregó la columna de población para saber más o menos, pero siempre al 30 de mayo de las instituciones sabiendo que este dato de población, según los comentarios que nos habían hecho es el dato que el MS nos entregó al inicio del proceso, pero ha variado muchísimo, Por ejemplo CNE ellos tienen 150 trabajadores fijos, dentro del proceso de vacunación incluyeron a los comités municipales de emergencia, no son parte de sus trabajadores, pero se consideran como parte de la CNE, y por eso tienen coberturas tan altas. Con esos datos poblacionales lo que hace el SIVA con estas instituciones, y que tienen una cédula jurídica y la facilitó el MS, jala del SICERE la cédula jurídica, por ejemplo, de la Cruz Roja, y lo clasifica como trabajador Cruz Roja, son los datos que hay en cuánto a trabajadores. Aprovechando la consulta del Dr. Porrás agregando la población que disponemos en este momento que fue la socializada al inicio de la vacunación, y las coberturas en primeras, segundas y terceras dosis, esto obviamente puede tener limitantes, que es el hecho de que la población no sea de esas instituciones y que se estén incluyendo como parte de la institución voluntarios o algunas otras personas, como por ejemplo en la CNE, que ellos tienen a los comités locales y municipales de emergencia. Se comenta que es extraño ver a la Cruz Roja con una cobertura tan baja, en donde los funcionarios les guste vacunarse, y que hay muchos limitantes. Los del PANI ayer en la reunión indicaron que, ellos si tienen a sus 1500 y resto de su personal vacunado, de acuerdo con lo que analizaron a lo interno en su revisión de Recursos Humanos, es un insumo importante. Los jefes de las instituciones pueden revisar a lo interno si esto está así o si se ha mejorado. Se le puede consultar al jefe de la Cruz Roja que nos llama la atención que qué datos tienen ellos personales y si son reales tendríamos que hacer un esfuerzo ahí, por ser gente que está en la primera línea. Se comenta que son cifras que preocupan y entristecen, se agradece el trabajo y el esfuerzo, tienen un aproximado de pérdidas de vacunas, contemplando la baja asistencia que se está dando. Se indica que, no se lleva el dato dentro del

## COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

### REPÚBLICA DE COSTA RICA



sistema de información, la encargada es la Dirección de Red de Servicios de Salud de hacer el cálculo de descarte que están teniendo, cuando hay vacunas con viales multidosis de descarte por vial abierto siempre está presente, estos últimos datos que tenemos de 246465 dosis, el descarte notificado del segundo trimestre no está el de estos últimos meses. En el segundo trimestre estaba en un 16%, y en el primer trimestre andaba por un 1.8% de descarte o sea que en total entre el primero y segundo trimestre la Red ha reportado una 18% en viales pediátricos. Cuando se presente la actualización del manual versión 20, ante tan poco acercamiento en los niños el nivel local no puede rechazar oportunidades. Los elementos administrativos son unos de los determinantes más importantes que hacen que se pierdan oportunidades de vacunación, y sobre el cual tanto la Comisión como los programas a nivel mundial, y a nivel nacional han trabajado, y fomentado, para que no se pierda oportunidad de vacunación, por elementos administrativos cuando sea posible. Hoy en día si usted llega con su niña de 7 años a un Ebais a un vacunatorio ellos la vacunan, aunque no tenga los 9 niños restantes, para poder aplicar el vial, por eso se ve la pérdida de viales. En las áreas de salud a través de las redes de servicio comunica que les quedan dosis de vacuna pediátricas, para niños de 5 a 12 años con el propósito de no perderla, pero si ya se nota, como va afectando la afluencia en la perdida por vial abierto. En el primer trimestre era casi el 2% y ahora en este segundo trimestre notifican alrededor de un 16% de perdida por vial abierto. Se comenta que, hay un riesgo grande de vencimiento de vacunas al 30 de noviembre de 193941 dosis y a enero 470979. Ha sido una política de varios países e incluso Costa Rica se benefició de las donaciones de Estados Unidos, República Dominicana, y España, antes de que se vencieran poder donarlas a alguien, y ver si desde el punto legal se puede hacer. Sería una decisión de Gobierno y de la Comisión, esas cifras de 470979 dosis para enero, esas serían las que se vencerían si se sigue con el poco promedio de 50 mil dosis por semana e incluso si se duplica, serían 235 mil vacunas que se pudiesen perder, para enero 2023. Hay posibilidad de donación en algún momento de poder donarlas antes del vencimiento, esto no significa que se haya trabajado mal anteriormente, es todo lo contrario de hecho Costa Rica recibió donaciones de los Estados Unidos casi un millón al igual que de Moderna, que serían estas las que se podrían vencer. Se comenta que desde PAI -CCSS que es una buena opción para sugerir y debe ser analizada por las instancias que competen. Se debe evitar que se venzan vacunas, es

## COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

### REPÚBLICA DE COSTA RICA



inaceptable en un mundo que necesita las vacunas, un punto que se debe tomar en cuenta es que son vacunas que requieren proceso de traslados, y requieren mantenimiento en cadena de frío muy específicas, y la conclusión a la que llegue después de ver la presentación es que sí las vacunas se están venciendo, porque los costarricenses, para los que las compramos no se las ponen, es un concepto desde el punto de vista de comunicación, explotar un poquito en las próximas semanas de que los costarricenses entiendan, que las vamos a regalar porque ellos no las quieren, y quizás es una forma de que el costarricense entienda un poco más. Cuál ha sido hasta ahora, la gestión de vacunación más exitosa que se ha tenido, los grandes lugares como el INA y los Malls, o la vacunación en Hospitales, cuál ha sido la estrategia que más nos ha servido, para aumentar la cantidad de gente. Ha dependido desde diciembre del 2020 desde el contexto epidemiológico o externo en el que nos encontremos, el momento en que mayor cantidad de vacunas aplicó la institución por semana fue cuando llegó la donación de los Estados Unidos, en donde había mucha vacuna, y mucho deseo de la población, y los equipos vacunadores lograron aplicar toda la donación de las 500 mil dosis o del millón de dosis en 10 días de aplicación continúa.; utilizando extramuros e intramuros, pero ahí si fue necesario, la parte extramuros, para poder tener el éxito que se tuvo, y esto implicó los grandes centros de vacunación, como el INA, centros comerciales, más que la vacunación casa a casa, o más individual, sin embargo el éxito de esa vacunación, o de esas estrategias estaban relacionadas en el momento epidemiológico que vivía el país, que la gente estaba preocupada y quería vacunarse, con la posibilidad de que tenía el país de tenerlos equipos vacunatorios con las alianzas privadas, pero en este momento continúan las mismas estrategias, las alianzas públicas privadas, y el apoyo de instituciones, ahora no es el mismo contexto, para la población porque no es de emergencia, no tienen deseo de vacunarse. La estrategia ya no funciona. No porque la estrategia sea mala, sino porque la población ya no se acerca a vacunar. Se comenta que si habrá algún mecanismo para que los hospitales privados colaboren con la vacunación y ellos poder aplicar las vacunas. Se aclara que, las vacunas donadas del casi millón de Pfizer y las 500 mil dosis de Moderna, llegaron en el momento que el país no tenía gran cantidad de vacunas. Es importante hacer valer los acuerdos de obligatoriedad del sector público, y del sector privado que es la parte laboral y es el mecanismo de los patronos, y con los menores de edad. Algunos colegas del nivel local

## COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

### REPÚBLICA DE COSTA RICA



comentan que tienen algunos listados de las áreas de salud, de si se iban hacer ordenes sanitarias, como se estuvo haciendo cuando hubo un poco de resistencia con la vacuna del VPH. El poder emitir ese ordenamiento para llevar a sus hijos a vacunar. Hay que replantearse muchas cosas en ese sentido para ver cómo solucionarlo. Verlo a lo interno de cada institución. Es importante en el camino de la concientización, para levantar las coberturas enfocarnos solamente en el riesgo del vencimiento, es importante ir señalando el porcentaje de perdidas es preocupante de que se pase a nivel pediátrico de 1.8% a un 16%, es un porcentaje muy significativo y probablemente vaya hacia mayor. Para efectos de educación hacia la población es importante que hablemos tanto de riesgo de vencimiento como de porcentaje de perdidas. En relación con la donación es con el CNE, es una buena opción para valorar por las instancias competentes e inclusive desde marzo del 2022 hay oficios en donde se envía esa recomendación. Si la población no desea aplicárselas es bueno aprovechar en la población que si las vaya a utilizar. Toda vacuna va a salvar una vida independientemente de donde estemos. En relación con los privados eso también es competencia del CNE y Gerencia de Logística. Lo que se hace es almacenar y ejecutar la vacunación, en algún momento a mitad del año pasado cuando fue la donación más grande de vacunas de covid, se había mencionado en alguna de las mesas la posibilidad de que alguien más vacunara y que no fuera solamente la Caja, y lo que se mencionó en su momento es que también era competencia del CNE, y de Gerencia de Logística, porque había que cambiar el fondo de inversión, sobre todo por las responsabilidades del almacenamiento, custodia y aplicación de las mismas tal y como quedó establecido en el plan de inversión de la CNE. Es importante el alcance y las posibilidades. **Cobertura de extranjeros**, se podría aprovechar las vacunas, se indica que sí se están aprovechando en extranjeros, turistas y los migrantes que andan en tránsito por el país. Sin embargo, el dato de actualización de la cobertura por extranjeros está hasta del 30 de mayo por los inconvenientes del hackeo. El nivel local se está poniendo al día con la brecha en estas semanas, que es alrededor de un millón seiscientas entre influenza, covid y el esquema básico en estas semanas que no han tenido sistema. Ya tienen sistema, pero tienen que ir ingresando los datos. En algún momento ya se puede actualizar la diapositiva de extranjeros, trabajadores, y cualquier otro dato específico, pero ahora el nivel local lo que se les está solicitando es las diferentes vacunas por grupos de edad, para llevar un conteo, y que no sea una carga más,

## COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

### REPÚBLICA DE COSTA RICA



de lo que están haciendo manualmente, para consolidar información, para las autoridades. Cuando ya ellos puedan incluir la brecha de registros físicos al SIVA, se podrá actualizar, gracias al acuerdo que se tomó hace unas semanas se siguen vacunando turistas, extranjeros independientemente de su condición migratoria. Cada vez es la pérdida más grande, y es porque cada vez llega una persona aplicarse la vacuna, y los viales son multidosis, y después de seis horas de haber abierto ese vial, y nadie más se acerca hay que descartarlo. Consultan que si las fechas de vencimiento son finales no hay una opción de que sean ampliadas por Pfizer de alguna forma técnica. Se indica que ya son fechas finales de vencimiento, con la actualización de Pfizer, ya tiene la extensión de vía útil. El Lic. Muñoz indica que, en la parte de lo privado él no tiene mayor aporte, eso depende mucho de los controles que quiera poner la Caja, porque el producto está en manos de la Caja en este momento, y para donación en otros países existe una red en la CNE, y hay todo un protocolo, que se sigue porque el producto fue adquirido con el fondo nacional de emergencias, y hay que seguir ese protocolo, para efectos de hacer donación en otros países, no es a cualquier país. Si el país es el interesado en donar a otro país, hay que hacer los contactos con la CNE, para que se aplique el protocolo, ellos tienen un protocolo, es una red interna entre países, supongo que ellos buscaran el país que es el que está requiriendo más el producto y se activan los canales de donación a través de ellos. El **Dr. Marín** comenta que sería bueno definir como CNVE de hacer una nota a la CNE, y a la Gerencia de logística de la Caja que valore la posibilidad de donación a un tercero incluyendo a los hospitales privados sin costo para Costa Rica, porque la gente no puede cobrar aquí en CR una vacuna que ha comprado, para el pueblo y así no perder las vacunas. El **Dr. Chaverri** coincide con la idea de que biológicos si no se van a usar, y se va a vencer lo humanamente lógico es darle acceso a alguien más que no lo pueda usar o abrir un poco más la posibilidad, si es una buena recomendación de la CNVE, aclarando de previo de que la población costarricense se vacune, y una vez que se hayan agotado todas las vías que se piense en eso, pero no agotar la realidad de que si era necesario de que esas dosis se colocaran en población costarricense, que desafortunadamente no se colocó. El **Dr. Marín** indica que, si fuera en esa línea, mantener el discurso, e incluso como decía el Dr. muchas vacunas se van a vencer, también está que el país recibió grandes donaciones de vacunas, eso es importante también decirlo, en un momento en que se utilizaron esas vacunas

## COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

### REPÚBLICA DE COSTA RICA



por la rapidez con la que llegaron, y que en este momento el país le sobran vacunas, primero porque no llegan personas a vacunarse eso es una realidad, y ahí están los datos; segundo porque se recibieron esas donaciones grandes que suplieron en parte esto, y creo que como país se debería hacer algo. Si me gustaría que con la experiencia de la Dra. Abarca desde el punto de vista de aplicación y todo saber si en octubre puede ser una buena fecha, para una logística, y muchas cosas que hay que ver aquí, y ya lo dijo la Dra. Abarca con una cifra si se llegaran aplicar 82 mil vacunas semanales nos sobrarían alrededor de 250 mil vacunas en enero del 2023, y aplicar 82 mil vacunas es mejorar todo lo que hemos hecho, en las últimas 20 semanas que creo que la Dra. Abarca había puesto en la presentación y disminuye la cantidad de personas, disminuye los susceptibles por decirlo de alguna manera. Hay muchas personas con primeras, segundas, terceras y cuartas dosis, disminuye las personas que van a los vacunatorios, se debería de ver en la primera quincena de octubre, es una buena fecha, y de una vez sacar la consulta de parte nuestra, de que se valore la posibilidad de donación para que no se venzan la totalidad de los biológicos. El **Dr. Porras** indica que, hay que ver todas las opciones y la de hospitales privados es posible, que los hospitales entrarían en un convenio con nosotros, no percibo que fuera ilegal, habría que ver eso, y después lo otro que es una buena opción comunicarse con UNICEF, y tratar de ver si tiene identificados lugares y pueblos en los que ellos pueden hacer uso de una vacuna donada. El **Dr. Jacobo** está de acuerdo en que no se deben desperdiciar las vacunas hay que ver el mecanismo, para poder distribuir las como tal. El **Dr. Victoria** indica que, ha estado visitando los centros comerciales fines de semana y después de las 2 de la tarde, ya no hay puesto de vacunación, y es cuando más gente va a los centros comerciales, y no solamente de los grandes centros comerciales como Multiplaza por ejemplo, estoy hablando de Walmart de EPA, por la tarde de los fines de semana tienen muchísima afluencia, si ustedes pueden coordinar con esos lugares, para que permitan poner un puesto de vacunación, y ponen las vacunadoras, y los biológicos, y nosotros podemos apoyar con toda la logística e inclusive alquiler de toldos y el transporte, para poder vacunar los fines de semana, y estoy seguro que eso puede ser muy ventajoso. El **Dr. Marín** indica que se puede hacer una reunión con la Dra. Bejarano, el Dr. Victoria, la Dra. Abarca, para crear una buena estrategia. El Dr. Jacobo consulta si hay alguna estrategia para vacunar a la población venezolana que está atravesando el país del sur al norte, porque

## COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

### REPÚBLICA DE COSTA RICA



es complicado de que vayan a los estadios o a los malls a vacunarse, es una población que está en tránsito. La **Dra. Abarca** comenta que, si efectivamente se está tomando en cuenta, el programa de vacunas en la Caja está compuesto por diferentes instancias no solo en donde está la parte de Regulatoria y Normativa que es en Vigilancia, si no en la Red de Servicios. La Red ha establecido diferentes estrategias, para ir a buscarlos en donde están localizados; sabemos que ellos no van a acercarse a un Mall, ni van a tener acceso para acercarse a los vacunatorios, pero créame desde el punto de vista de la Red de Servicios los equipos vacunadores tienen el conocimiento en donde están localizados, y ellos siempre están siempre tratando de evitar de que no se pierda alguna vacuna. En San Carlos, Central Sur y Central Norte, están haciendo visitas, y campañitas de vacunación diarias como cuando se hizo la misma estrategia de Chepe se baña, ellos van y buscan e inclusive están utilizando la misma forma de validación de identificación de ellos, porque algunos ni siquiera traen el pasaporte porque se los robaron, o lo que sea, entonces ya cuando se inició el proceso de la vacunación en extranjeros migrantes e irregulares se establecieron a nivel de la red diferentes formas de poder registrar a las personas, y así poder incluirlos al SIVA, y tener el dato nosotros del registro aplicado. Ellos están haciendo trabajos puntuales el detalle lo desconozco porque es parte de las acciones de la Red, sin embargo, si puedo decirles con total seguridad que ellos andan localizando por todas partes y poder captar estos conglomerados de poblaciones vulnerables que, ahorita están pasando por el país y que podían verse beneficiados de la protección de la vacuna, y además a nosotros nos beneficia porque estaríamos aplicando una vacuna más. La **Dra. Matus** sugiere plantear una especie de enfoque, para el acuerdo: tomando en cuenta las bajas coberturas que se tienen en este momento, y haciendo un análisis de dicha situación que se decide: 1) explorar la opción de donación, 2) incrementar las estrategias extramuros, y digo incrementar porque sabemos que se viene haciendo pero talvez ampliarlas, y en esa ampliación tomar en cuenta la parte que mencionaban de privados, y de hacer un contacto con el PANI, Cruz Roja, que son los que tienen bajas coberturas, para ir viendo lo que se puede hacer, para enfocarnos en ese sentido, de parte nuestra analizando las bajas coberturas que se toma la decisión número uno de ver esa parte la donación y como número dos incrementar las estrategias extramuros. Se comenta que, si a pesar de todos los esfuerzos la Comisión cree que se deben hacer muchos más esfuerzos desde el punto de vista extramuros o algo así,

# COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

## REPÚBLICA DE COSTA RICA



para apoyo de GM y GL de apoyo con horas extras porque a nosotros nos falta más. Se comenta que todo esfuerzo es válido, se desconoce los elementos administrativos de la Red, se desconoce esa parte de vinculación con la Red, pero para el gerente va a ser de utilidad. Hace falta aplicar vacuna lamentablemente no es por falta de vacunatorios, o vacuna si no de la población es algo que se debe enfatizar en el acuerdo que se va a socializar, porque podría ser un oficio que desmotive a los equipos vacunadores de todo el esfuerzo que se está haciendo hasta ahorita y que han hecho durante todos estos meses. Manteniendo la línea de la reunión de lo que se habló el día de ayer, lo que hace falta es mantener músculo por parte de quien puede hacer valer las diferentes leyes y Decretos que, necesariamente no son los equipos vacunadores de la Caja. El Dr. Marín comenta que aparte de lo que recomendó la Dra. Matus se debe poner el cómo publicar en todos los medios que tengamos nosotros con comunicación, eso también es importante, y que quede claro en donde van a vacunar, implementar las estrategias de comunicación social. La Dra. Angulo somete a votación el acuerdo. -----

**ACUERDO No. 4** Se acuerda consultar a la CNE, Gerencia Médica, y a la Gerencia de Logística de la CCSS, que con base a los datos de próximos vencimientos expuestos en la presentación de coberturas de vacunación contra covid-19, valorar la posibilidad de activar mecanismos de donación a otros países de vacunas contra covid-19. **ACUERDO UNÁNIME Y FIRME.** -----

**ARTÍCULO OCTAVO. Aprobación del manual de procedimientos de vacunación contra covid-19, versión 20.** -----

El Dr. Marín comenta que, como la vacuna ya viene queríamos ver el plan de estrategia, que tienen para vacunar a los niños de 6 meses a 5 años, la Dra. Madrigal comentó que ya ustedes tienen una estrategia para enseñarla a la Red y nosotros queremos verla. La Dra. Abarca comenta que, el día de ayer lo envió a Hazel para socializarlo con los miembros de la Comisión. -----

Se inicia con la presentación: -----



**Manual de Procedimiento Versión 20**

Otras

- Atención de ESAVIS leves, moderados y severos según acuerdo de la CNVE
- Cambios en gramática y ortografía
- Actualización de oficios de referencia
- Actualización de Índice

Manual de Procedimientos para la ejecución de vacunación contra COVID-19 en los establecimientos de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social  
Código CIM 2019-ASC-SAVE: 02772009  
00000000

**Incorporación de vacunación de niños de 6 meses a 4 años**

9.4 Presentación, esquema, preparación e insumos:

- Esquemas vigentes en el país:  
El esquema contra COVID-19 en el país es de:

- Para población de 6 meses a 4 años:

- 3 dosis (0, 3 semanas, 8 semanas)
- Solo se avala el uso de vacuna Pfizer-BioNTech en esta población.

Se incluyo el esquema de esta vacuna para población de 6 meses a 4 años.

- Para población de 5 años a 11 años:
  - 3 dosis (0, 3 semanas, 5 meses)
  - Solo se avala el uso de vacuna Pfizer-BioNTech en esta población.
- Para población de 12 a 17 años:
  - 3 dosis (0, 3 semanas, 4 meses)
  - Solo se avala el uso de vacuna Pfizer-BioNTech en esta población.
- Para población de 18 y más años:
  - 3 dosis (0, 3 semanas, 4 meses) si se utiliza vacuna de Pfizer-BioNTech.
  - 3 dosis (0, 4 semanas, 4 meses) si se utiliza vacuna de Moderna o AstraZeneca.

**Incorporación de vacunación de niños de 6 meses a 4 años**

Vacuna de Pfizer /BioNTech

- **Presentación:**
  - Vial de líquido congelado estéril, de color blanco a blanquecino, envasado en un vial de vidrio transparente.
  - Cada vial contiene una suspensión sin conservantes para inyección intramuscular y requieren dilución con cloruro de sodio al 0,9% estéril inyección, antes de la administración, o bien hay una presentación que **no requiere dilución** con cloruro de sodio al 0,9% estéril inyección, antes de la administración.
  - Presentaciones:
    - Presentación de adultos (Tapón morado): para población de 12 años y más años. Multidosis de 6 dosis.
    - Presentación de adultos (Tapón gris) para población de 12 y más años. Vial ya preparado. Multidosis de 6 dosis.
    - Presentación pediátrica (Tapón anaranjado): para población de 5 años a 11 años. Vial multidosis de 10 dosis.
    - Presentación pediátrica (Tapón vino/marrón): para población de 6 meses a 4 años. Vial multidosis de 10 dosis.

Se incluyo en pág. 17 en la presentación de la vacuna, la que corresponde a población de 6 meses a 4 años.



### Incorporación de vacunación de niños de 6 meses a 4 años

**Estabilidad:**

- o Actualmente esta vacuna es estable por 12 meses desde su fecha de fabricación a ultra-baja temperatura.
- o La vacuna contra COVID-19 de Pfizer-BioNTech de tapón morado, descongelada y sin diluir, puede conservarse en refrigeración entre 2 °C y 8 °C, un máximo de 30 días (1 mes).

o La vacuna contra COVID-19 de Pfizer-BioNTech de tapón gris, anaranjado y vino/marrón, descongelada, puede conservarse en refrigeración entre 2 °C y 8 °C, un máximo de 10 semanas.



Se actualizo en pág. 18 las características de la estabilidad para los viales de vino/marrón.



### Incorporación de vacunación de niños de 6 meses a 4 años

**Preparación:** Aplica para viales de tapón morado, tapón anaranjado, tapón gris y tapón vino/marrón:

- Una vez que el vial esta descongelado se procede retirar del refrigerador habitual de vacunas, de la caja fría, o del termo de vacunas.
- Con movimientos suaves, invierta el frasco 10 veces. **NO AGITE.**

**Dilución:** Aplica para viales de tapón morado, tapón anaranjado o tapón vino/marrón. **NO aplica para viales de tapón gris:**

- Tanto para realizar la preparación de la vacuna presentación adulto (tapón morado) como para la vacuna de presentación pediátrica (tapón anaranjado y tapón vino/marrón), se debe de seguir una estricta adherencia a las técnicas asépticas utilizadas en la institución.
- El diluyente no viene incluido con el vial. Para la dilución del vial se debe de



Se actualizaron los elementos de preparación y dilución, para que incluyeran lo correspondiente a vacuna para población de 6 meses a 4 años



### Incorporación de vacunación de niños de 6 meses a 4 años

**Inspección:** Aplica para viales de tapón morado, tapón anaranjado, tapón vino/marrón y tapón gris:

- Inspeccione y confirme que no haya partículas y que no se observe decoloración. Si el vial fue adecuadamente preparado será una suspensión de color blanquecino sin decoloraciones ni partículas.
- Después de la adecuada preparación se obtendrá:

**Presentación pediátrica para niños de 6 meses a 4 años (tapón vino/marrón)**

- En cada vial de presentación pediátrica (Tapón vino/marrón) permitirá aplicar 10 dosis de 0.2mL cada una. Esas 10 dosis se deben de aplicar en un periodo máximo de 6 horas a partir de preparado el frasco.
- Almacene el vial multidosis adecuadamente preparado en temperaturas de 2°C a 8°C. Dentro del termo de vacunas.



Se actualizaron los elementos posteriores a la inspección en la presentación para niños de 6 meses a 4 años



### Incorporación de vacunación de niños de 6 meses a 4 años

#### Dosis pediátricas para población de 6 meses a 4 años de edad (Tapón vino/marrón):

- Cada dosis es de 0.2mL de vacuna adecuadamente diluida y preparada.
- Vía de Administración Intramuscular (IM)
- En niños de 6 meses a menos de 2 años, se aplica en músculo vasto lateral.
- En niños de 2 años a 4 años, se aplica en músculo deltoides.
- No se reinician esquemas. En caso especiales, debe de contar con análisis y autorización de nivel central de la CCSS, por el equipo de Incidentes vacunales interdisciplinario de oficinas centrales de la CCSS o por la CNVE.
- Si por algún motivo, las personas se captan posterior a la fecha de segunda o tercera dosis establecida en el carné de vacunación del niño, se debe de aprovechar la oportunidad y aplicar la dosis pendiente según disponibilidad de biológico en el establecimiento de salud. En caso de no contar con dosis disponible, se le explicara al padre de familia o encargado y se programa



Se incorporó apartado de ejecución de las dosis pediátricas de 6 meses a 4 años.



### Diferencias entre viales existentes

Estos elementos de diferencias entre la preparación y aplicación de vacuna COVID-19 de Pfizer entre:

- La presentación pediátrica 6m a 4 años (tapón vino/marrón)
- La presentación pediátrica 5 a 11 años (tapón anaranjado) y
- La presentación adulto > 12 años (tapón morado o gris)

**DEBEN** de reforzarse con los equipos vacunadores para disminuir el riesgo de errores programáticos.



- Vacunatorios claramente rotulados donde se aplicara **vacuna pediátrica para niños de 6m a 4 años.**
- **Terminos rotulados** con viales de vacuna pediátrica 6m a 4 años preparada y vacuna pediátrica no preparada.
- **Equipos vacunadores de población de 6m a 4 años diferentes** a los que vacunan población de 5 años a 11 años y mayores de 12 años, según capacidad de las instalada de las unidades.

Disminuir riesgo de Errores programáticos

### Incorporación de vacunación de niños de 6 meses a 4 años



✓ Maroon plastic cap and label with maroon border.

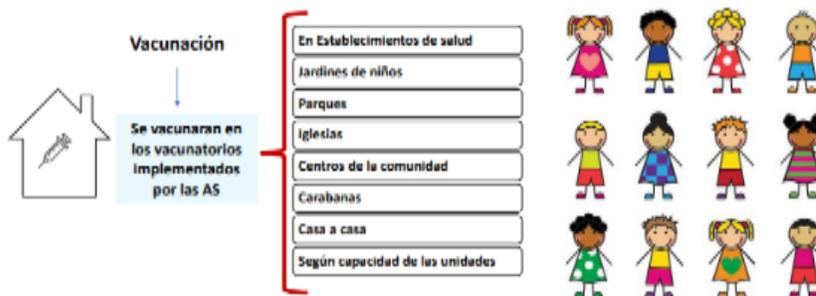


Diferencias importantes en la ejecución entre la vacuna de adultos de tapón morado/gris (12 años y mas) y la vacuna pediátrica para niños de 5años a 11 años y la de 6meses a 4 años

- Color del Tapón del vial
- Cantidad de SF para diluir
- Equilibrio en la presión
- Cantidad de liquido por cada dosis

- La presentación pediátrica ( para niños de 6 meses a 4 años) es de **Tapón Marrón.**
- La presentación pediátrica ( para niños de 5 a 11 años) es de Tapón Anaranjado.
- Eso a la diferencia de la presentación de adultos ( para población de 12 y mas años) la cuál es de Tapón Morado y tapa Gris.
- La dilución de la presentación pediátrica 6m a 4 años (Tapón Marrón) se realiza con 2.2 mL de SF.
- La dilución de la presentación pediátrica (Tapón anaranjado) se realiza con 1.3mL de SF.
- La dilución de la presentación adultos (Tapón Morado) se realiza con 1.8mL de SF.
- La equilibrio de presión se realiza extrayendo 2.2 mL en la **vacuna pediátrica de 6m a 4 años (Tapón Marrón)**
- La equilibrio de presión se realiza extrayendo 1.3mL en la vacuna pediátrica (Tapón anaranjado)
- La equilibrio de presión se realiza extrayendo 1.8mL en la vacuna adulta (Tapón morado)
- La dosis para niños de 6m a 4 años ( tapón marrón) es de 0.2mL.
- La dosis para niños de 5años a 11 años ( tapón anaranjado) es de 0.2mL.
- La dosis para mayores de 12 años ( tapón morado) es de 0.3mL.

**COMO SE ORGANIZA LA VACUNACIÓN DE POBLACIÓN DE 6 MESES A MENOS DE 5 AÑOS**



**Incorporación de vacunación de niños de 6 meses a 4 años**

**Resumen de puntos clave de Estrategia**

- Iniciaría el 3 de Octubre, siempre y cuando este aprobada por LCNC
- Se usaran las actividades intramuros y extramuros según planificación de unidades.
- Uso de plataformas, alianzas y coordinaciones ya esta existentes por cada establecimiento de salud de la DRSS
- Necesidad de **acompañamiento por personal médico o coordinación oportuna e inmediata de ESAVIS en el periodo post vacunación inmediata.**
- No perder oportunidad de vacunación por **falta de niños para vial completo.**
- **Extranjeros:** Seguir esquemas que se hayan iniciado en el extranjero, siempre y cuando haya sido con Pfizer. De lo contrario esperar 4 semanas e iniciar esquema con Pfizer.
- Aprovechar oportunidad de **vacunación concomitante con otras vacunas.**

→ CNVE debe de definir si es necesario o no, o si se avala así?

• Tomar en consideración que es una cohorte de novo ...  
 • Niños que se captan en vacunación ordinaria de otras vacunas podrían recibir de hasta 4 vacunas en un solo día...

**Incorporación de vacunación de niños de 6 meses a 4 años**

- Como ustedes saben solo esta visible 2 entregas ( la del 26/9y la 3/10 por 450mildosis)
- El esquema es de 3 dosis (0,3semanas,8semanas)
- **Perdida de dosis por vial abierto no programable**
- Es necesario que CNVE defina si:
- Se van a guardar 2das dosis o no
- Si se guardan segundas dosis y tenemos mucha afluencia, solo podríamos guardar el 40% de las 2das dosis.
- Si no se guardan segundas dosis,y se va aplicando según demanda,y si no hay entregasl las semanas del 24/10y la semana del 31/10, se pone en riesgo poder completar o iniciar esquemas.
- **Hay 2 propuestas de escenarios para su valoración y decisión:**

**Incorporación de vacunación de niños de 6 meses a 4 años**

**1**

- A libre demanda, ósea no se guardan 2das dosis.
- Bajo es supuesto de 100% de efectividad de aplicación que sabemos que en vacunación con viales multidosis es imposible (ósea sin dosis perdidas por vial abierto)
  - 100% de primeras dosis
  - 37% de segundas dosis Siempre va a depender del comportamiento de la población. Comportamiento de las primeras 3 semanas de aplicación nos va a ayudar a conocer el mismo.
  - Las dosis que estarían pendientes de ingresar serviría para completar 2das dosis y terceras dosis. La oportunidad de completar a tiempo dependerá de las negociaciones de las fechas de ingreso por parte de autoridades y Lab.

**Consideraciones:**

- Dependerá de afluencia de población.
- Va a haber % de pérdida por vial abierto.
- Conforme menos primeras dosis se apliquen, mas porcentaje para segundas dosis hay.

**Incorporación de vacunación de niños de 6 meses a 4 años**

**2**

- Guardando segundas dosis.
- Bajo es supuesto de 100% de efectividad de aplicación que sabemos que en vacunación con viales multidosis es imposible (ósea sin dosis perdidas por vial abierto)
  - 50% de primeras dosis
  - 50% de segundas dosis
  - Siempre va a depender del comportamiento de la población. Comportamiento de las primeras 3 semanas de aplicación nos va a ayudar a conocer el mismo.
  - Las dosis que estarían pendientes de ingresar serviría para iniciar esquemas, aplicar 2das dosis y terceras dosis. La oportunidad de completar a tiempo dependerá de las negociaciones de las fechas de ingreso por parte de autoridades y Lab.

**Consideraciones:**

- Dependerá de afluencia de población.
- Va a haber % de pérdida por vial abierto.
- Conforme menos primeras dosis se apliquen, mas porcentaje para segundas dosis hay.

**Incorporación de vacunación de niños de 6 meses a 4 años**

**En resumen de decisiones a tomar por CNVE**

1. Necesidad de acompañamiento por personal médico o coordinación oportuna e inmediata de ESAVIS en el periodo post vacunación inmediata.
2. No perder oportunidad de vacunación por falta de niños para vial completo.
3. Extranjeros: Seguir esquemas que se hayan iniciado en el extranjero, siempre y cuando haya sido con Pfizer. De lo contrario esperar 4 semanas e iniciar esquema con Pfizer.
4. Aprovechar oportunidad de vacunación concomitante con otras vacunas.
5. Se guardan 2das dosis

SI	NO

**COMENTARIOS:** Sobre el lineamiento LS-SS-013. Lineamientos sobre la vacunación contra el virus SARS-CoV-2 para la prevención de la COVID-19, corresponde a la primera versión antes que se desarrollara el manual de procedimientos para la ejecución contra COVID-19 en los establecimientos de la Caja Costarricense de Seguro Social, dicho lineamiento se hizo para responder a solicitud específica de

# COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

REPÚBLICA DE COSTA RICA



---

---

CGR. El traslape de edades no está en el manual, se va a incluir qué hacer en casos de 4 a 5 años. Lo que se ha visto hasta ahora es finalizar con esquema de 5. Los errores programáticos deben avisar ante cualquier error, los moderados y graves, se coordinarán con Ministerio de Salud. La atención de ESAVIS preocupa, si se abren sitios extramuros deben tener atención médica inmediata visualizando los 20 min posterior a la vacunación. Se comenta que se van a hacer las modificaciones y se verá en la próxima sesión extraordinaria XXI del jueves 22 de septiembre, para el aval respectivo. -----

**ARTÍCULO NOVENO. Vacuna contra viruela símica.** Se indica que se retomará en la próxima sesión extraordinaria XXI del 22 de septiembre. -----

**ARTÍCULO DÉCIMO. Correspondencia.** (En referencia al oficio enviado por el Dr. Hugo Marín Piva). -----

Se indica que se retomará en la próxima reunión ordinaria XXII del 29 de septiembre. -----

**ARTÍCULO UNDÉCIMO. Varios: a) Aplicación de vacunas con fecha de vencimiento cercana:** Se indica que se retomará en la próxima sesión extraordinaria del 22 de septiembre. -----

**b) Funciones del secretario CNVE:** Se indica que se tiene que hacer una sola reunión para ver exclusivamente este tema. -----

El **Dr. Rodrigo Marín Rodríguez**, en su calidad de presidente a.i. de la Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología, finaliza la sesión extraordinaria XX al ser las once horas y cuarenta y tres minutos de la mañana del quince de septiembre del año dos mil veintidós. -----

**ACUERDO No. 3** -----

Se realiza el acto administrativo y legal para avalar las actas respectivas sin que este acto implique una responsabilidad para los miembros que actualmente conforman este órgano colegiado sobre los acuerdos unánimes y firmes tomados en su momento. Por lo anterior, se acuerda ratificar las actas de la sesión extraordinaria XV y extraordinaria XX del año 2022, cuyos acuerdos fueron unánimes y firmes por los miembros que integraban en ese momento la CNVE. **ACUERDO UNÁNIME Y FIRME.** -----

---

---

### SESIÓN ORDINARIA VIII-2023

**Acta de la Sesión Ordinaria VIII** celebrada por la Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología, a las siete horas y treinta dos minutos de la mañana del día jueves treinta del mes de marzo del año dos mil veintitrés, vía virtual, con la asistencia de los señores miembros:

1. Dr. Alexei Carrillo Villegas, Ministro a.i. y Presidente CNVE.
2. Dra. Adriana Torres Moreno, Directora a.i., DVS.
3. Dora Matus Obregón, Representante del Hospital Nacional de Niños
4. Dra. Ana Lorena Madrigal Vargas, Representante de Departamento de Niñez y Adolescencia de la CCSS.
5. Dr. Ricardo Pérez Gómez, Representante de Farmacoterapia de la CCSS.
6. Dr. Óscar Porras Madrigal; representante de la Asociación Costarricense de Pediatría (ACOPE).
7. Dr. Jorge Damián Chaverri Murillo, Representante de Infectología del Hospital Calderón Guardia.

**Secretaria Técnica a.i. CNVE:**

Dra. Ariana Angulo Alvarado, DVS, Ministerio de Salud.

**Invitados:**

1. MSc. Ronny Muñoz Salazar, Director, Asuntos Jurídicos, MS.
2. Lic. David Valverde Méndez, Jefe de Despacho, MS.
3. Dra. Verónica Cruz Asesora de Despacho, MS.
4. Dra. Gemma María Elizondo Herrera, CCSS.
5. Dra. Ana María Jiménez, Representante OPS.
6. Hazel Alvarado Chavarría, Secretaria, UE-CNVE-MS.

**LA SESIÓN ES PRESIDIDA POR EL DR. ALEXEI CARRILLO VILLEGAS, PRESIDENTE CNVE.**

**ARTÍCULO PRIMERO. Comprobación del quórum.**

El **Dr. Alexei Carrillo** realiza la comprobación del quórum, al contar con el quórum correspondiente inicia la sesión.

**ARTÍCULO SEGUNDO. Aprobación del orden del día de la Sesión Extraordinaria VIII-2023.**

El Dr. Alexei Carillo procede a dar lectura al orden del día de la sesión extraordinaria VIII del treinta de marzo del año dos mil veintitrés. Se somete a votación el acuerdo.

**ACUERDO No. 1** Se acuerda aprobar el orden del día de la sesión extraordinaria VIII del treinta de marzo del año dos mil veintitrés, **Contenido:**

Artículo Primero. Comprobación del quórum.

Artículo Segundo. Aprobación del orden del día de la sesión extraordinaria VIII-2023.

Artículo Tercero. Aprobación del acta VI del nueve de marzo y VII del veintitrés de marzo Artículo Cuarto.

Análisis Técnico de la vacuna contra Varicela de la cepa OKA.

Artículo Quinto. Varios. **ACUERDO UNÁNIME Y FIRME.**

**ARTÍCULO TERCERO. Aprobación del acta VI del nueve de marzo y VII del veintitrés de marzo del año dos mil veintitrés.**

La Dra. Angulo procede a leer los acuerdos de la sesión extraordinaria VI del nueve de marzo y VII del veintitrés de marzo del año dos mil veintitrés. El Dr. Porras comenta que la sesión del nueve de marzo fue suficientemente revisada y la sesión del veintitrés de marzo, en realidad no con el mismo tiempo de revisión. Es importante recalcar que es un acta en la que quedó claro que nosotros como miembros de la Comisión no estábamos hablando de obligatoriedad de vacunación de adultos, se habló de los adultos que están incluidos en las actas de las comisiones a los que se les pidió que tuvieran vacunación obligatoria y que nunca en este país ha habido una resolución de la CNVE que hable de vacunación de adultos como grupo de todos los costarricenses y que eso es una cosa que se indujo a error interpretando, y no sé con que objetivo. Debe ser importante que no se mencione solamente las actas de la Comisión donde se habla de cuáles adultos, sino que se especifique claramente. Que esos adultos son los bomberos, los policías, el personal de salud y no todos los costarricenses, para que quede claro para quienes leen el acta de las inexactitudes que se pueden generar a partir de eso. El Dr. Carrillo agradece el comentario, pero indica que se le corrija si el acta es textual, y si es textual debería de estar todo lo que se conversa ese día. Efectivamente lo que se discutió eran los grupos poblacionales a los cuales se les estaba colocando de manera obligatoria

# COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

## REPÚBLICA DE COSTA RICA



la vacuna. El Dr. Porras indica que incluso el Dr. Marín dijo que estábamos hablando del 30% de la población, y no se puede extrapolar a que nosotros quitamos la obligatoriedad de todos los costarricenses, porque eso nunca ha existido. El Dr. Carrillo indica que si hay algún comentario al respecto de las actas. Al no haber más comentarios se somete el acuerdo a votación.

**ACUERDO No. 2** Se acuerda aprobar el acta de la sesión extraordinaria VI del nueve de marzo y VII de la sesión ordinaria del veintitrés del mes de marzo del año dos mil veintitrés, sin modificaciones. **ACUERDO UNÁNIME Y FIRME.**

### **ARTÍCULO CUARTO. Análisis Técnico de la vacuna contra Varicela de la cepa OKA.**

El Dr. Porras menciona que es un encargo que se le hizo en una sesión pasada por acuerdo unánime y firme de revisar la solicitud de la Dra. Leandra Abarca que yo la invité hoy a que estuviera con nosotros, porque ella conoce mucho del asunto, pero se encontraba de vacaciones sobre la escogencia y el tipo de cepa que se debía escoger por parte de los grupos que le corresponde en la CCSS a la hora de solicitar la vacuna de varicela para el próximo año. Esto obedece a ese mandato, la intención no es crear una decisión, es ofrecer una serie de información que es importante para que al final los miembros en pleno de la CNVE tomen una decisión con respecto a la consulta que la Dra. Abarca nos llegó hacer en ese momento. La idea es revisar el asunto de estas cepas de varicela y el impacto que esta decisión tiene.

#### AGENDA:

- IDENTIDAD
- EPIDEMIOLOGIA EN COSTA RICA
- HISTORIA DE LA VACUNACION
- DISPONIBILIDAD DE VACUNAS
- DISPONIBILIDAD DE VACUNAS EN EL FONDO ROTARIO
- CUADRO COMPARATIVO
- ASUNTOS VARIOS

#### VARICELA: IDENTIDAD

- 1875 identificación como enfermedad diferente a viruela
- 1888 relación con el Zóster
- 1954 Alpha herpesvirus como agente etiológico
- 1974 Formulación de una vacuna Japón 1974
- 2007 07Set vacunación en CR
- Humanos como único reservóreo, con diseminación respiratoria (ruta primaria)
- Periodo de Incubación 10-21 días
- 2007 07Set vacunación en CR
- Altamente infeccioso:
  - tasas de ataque secundarias que 61-100%
  - $R_0$  12-18

# COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

## REPÚBLICA DE COSTA RICA



### Vacunas de varicela: cepa OKA a / OKA k / no OKA k

mav/06 k	OKA k	OKA a
Baja efectividad (57%)	Mayor efectividad	
Múltiples contraindicaciones en el inserto	Sin licencias de FDA y/o EMA	Con licencias de FDA y EMA
Por la información en el inserto, evitaba uso en CR	Registros de inmunogenicidad. Pocos estudios de eficacia	Registros de inmunogenicidad, seguridad, eficacia y efectividad acumulados desde 1990
Estudios de baja efectividad en Korea	Resultados no accesibles	Muchos estudios clínicos publicados (125 años) Con eficacia de 90-100%
Se requiere de una mayor rigurosidad para demostrar la no inferioridad en todos los grupos de edad y post-refuerzo. No es suficiente estudios de una dosis para niños	Se origina de una línea celular diferente. No tiene estudios de Sino inferioridad.	Asociación con disminución de Herpes zoster post 2 dosis /infancia

### COSTA RICA

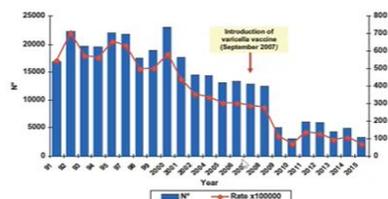


Figure 1. Reported varicella cases and rates (x 100,000 hab), Costa Rica, 1991-2015.

EXPERT REVIEW OF VACCINES, 2016  
<http://dx.doi.org/10.1080/14760584.2017.1347700>

La agenda que se desarrolló: **a)** Identidad de varicela; **b)** Epidemiología en Costa Rica; **c)** Historia de la vacunación; **d)** Disponibilidad de vacunas; **e)** Disponibilidad de vacunas en el Fondo Rotatorio; **f)** Cuadro comparativo que es el punto medular de lo que se está discutiendo; **g)** Asuntos varios, y luego la discusión de la Comisión. Identidad se dio a partir de 1875 y que su relación con Zóster se estableció en 1888, es una problemática que nos acompaña como identidad clínica hace mucho tiempo y que a partir de 1954 se descubrió su agente etiológico y en 1974 se hizo la primera formulación viva atenuada, es una vacuna que se produce a partir de un virus al que se le acostumbró a las facilidades y comodidades del medio de cultivo de laboratorio hasta que ya se perdió su capacidad de producir enfermedad y se convirtió en un virus atenuado. El 07 de septiembre hay fotos históricas de eso, se hizo la vacunación con varicela en Costa Rica en la población infantil. Los humanos son como el único reservorio con diseminación respiratoria. Periodo de inoculación de 10 a 21 días lo cual hace muy difícil de controlar en los brotes y altamente infecciosa con tasas de ataques secundarios de 61 a 100% y una  $R_0$  de 12 a 18, que la convierte en una entidad viral muy fácil de transmitir y producir brotes grandes y sobre todo una entidad viral que a nivel de ciertas unidades sobre todo hospitalarias produce tremendo daño y mortalidad de la población de los niños inmunosupresores severos, el cierre de grandes extensiones de las salas de los hospitales, sobre todo hospitales infantiles y la contaminación en salas de espera. Es importante recalcar que desde hace bastante tiempo hay una directriz y un lineamiento de la CCSS en el cual se incluye esta vacuna como obligación, para todas las personas que usan campos clínicos de cualquier tipo en la institución, y esa obligación indica que si la persona se vacunó de niño se debe poner una dosis más como adulto que, si la persona nunca se vacunó, se debe poner dos dosis como adulto. Que, si la persona padeció la enfermedad, se debe poner solo una dosis más como adulto,

## COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

### REPÚBLICA DE COSTA RICA



entonces se establece como lineamiento que en grupos de adultos está el personal de salud, están los pacientes que vienen a la Caja a cupos clínicos y grupos especiales entre los cuales hay pacientes que tienen enfermedades malignas o pacientes con trasplante de médula ósea. En Costa Rica está bien establecido que la vacunación de adultos de varicela está considerada obligatoria. Originalmente en el 74 se publicó la comunicación de la primera vez que se produjo esta vacuna o que se desarrolló y observen ustedes en esta gráfica de Costa Rica como la introducción de la vacuna en septiembre del 2007, produjo un claro efecto sobre la tasa por 100 mil de los casos de esta vacunación, entonces hay una clara evidencia de que, si usted aplica la vacuna, produce el efecto deseado que es la reducción de casos. Se estuvo usando una vacuna que no era originaria de cepas Oka y esa vacuna tenía baja efectividad, múltiples contraindicaciones en el inserto, lo cual no se evidenció en esa época que el inserto era fundamental porque lo que decía el inserto podía ser usado legalmente. Hay un estudio importante en Corea que detalla esta baja efectividad e incluso en el país que se originó.

Vacunas de varicela: cepa OKA a / OKA k / no OKA k		
mav/06 k	OKA k	OKA a
Baja efectividad (57%)	Mayor efectividad	
Múltiples contraindicaciones en el inserto	Sin licencias de FDA y/o EMA	Con licencias de FDA y EMA
Por la información en el inserto, evitaba uso en CR	Registros de inmunogenicidad Pocos estudios de eficacia	Registros de inmunogenicidad, seguridad, eficacia y efectividad acumulados desde 1990
Estudios de baja efectividad en Korea	Resultados no accesibles	Muchos estudios clínicos publicados (>25 años) Con eficacia de 96-100%
<b>e requiere de una mayor rigurosidad para demostrar la no inferioridad en todos los grupos de edad y post-refuerzo. No es suficiente estudios de una dosis para niños</b>	Se origina de una línea celular diferente. No tiene estudios de S <sub>no</sub> inferioridad.	Asociación con disminución de Herpes zoster post 2 dosis /infancia

Esta vacuna se dejó de lado en Costa Rica por su falta de cumplir los objetivos que se solicitaban para llenar con la vacunación de varicela y se pasó al uso de vacunas de las cepas Oka. Lo que está en negrita es para que vean que no corresponde a la vacuna, por no ser de interés regresar a esa vacuna. Estas vacunas están en el Fondo Rotatorio, Costa Rica puede optar por esas. Cuál ha sido el problema según lo indicado por la Dra. Abarca; al ponerse cepa Oka se debe de incluir cepa Oka americana porque se podría pensar en que se

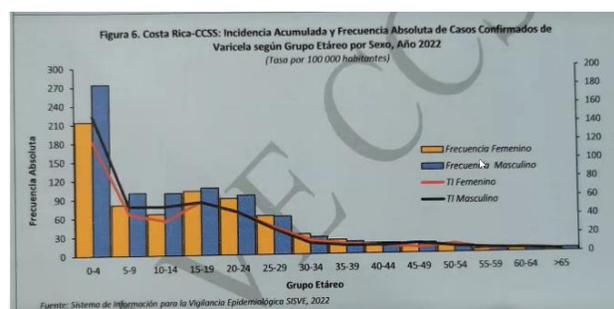
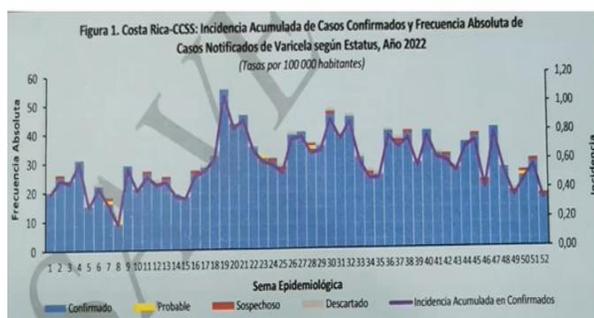
## COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

### REPÚBLICA DE COSTA RICA



está pidiendo una cepa Oka modificada, que tiene condiciones menos favorables para la vacunación. Esta cepa Oka que la manejo como cepa Oka Coreana, tuvo mayor efectividad sin embargo no ha logrado tener licencia de FDA o EMA, o no lo ha intentado, tiene pocos registros de inmunogenicidad, con pocos estudios de eficacia. Se trata de hacer equivalente inmunogenicidad a eficacia, probablemente se dice que hay muchos estudios los cuales no son posibles de acceder, o no están disponibles, no hay recibido de valoración por pares. Se origina de una cepa de una línea celular totalmente diferente de proceso diferente. Se requiere una mayor rigurosidad para demostrar la inferioridad en todos los grupos de edad, post refuerzo no hay suficiente estudio de una dosis para niños. En el caso de la cepa Oka americano que se ha estado utilizando en Costa Rica tiene licencia de FDA y EMA tiene registro de inmunogenicidad, de seguridad, eficacia y efectividad acumulados desde 1990. Muchos estudios clínicos publicados que se pueden leer, estudiar, analizar por más de 25 años y con una eficacia que va del 96 al 100%. Su asociación con disminución de herpes zoster posterior a dosis colocadas en la infancia, está claramente definida y apoyada por estudios clínicos, lo cual es una ventaja. A continuación, las dos que son motivo de discusión: y a lo que se puede acceder que es los insertos que van a acompañar a estas vacunas en el caso de la cepa Oka que es la que se está comentando como coreana, tiene en el inserto indicación para ser usada una sola dosis entre los 12 meses y los 12 años. En el caso de la Oka americana, tiene indicación a partir de los 12 meses y se puede aplicar en mayores de 13 años y adultos, y esta aplicación está fundamentada con estudios clínicos. La Oka coreana tiene estudios de efectos adversos, que en el cuadro se ven identificados con una cruz porque son realmente restringidos, con muy poco número de pacientes. En el caso de la cepa Oka americana tiene estudios de muchos efectos adversos, muchos que son producidos por el montón de años que esta cepa ha sido manejada. En el caso de la Oka coreana casi igual a eficacia como inmunogenicidad, lo cual no es realmente la mejor opción. En el caso de la Oka americana hay registros de inmunogenicidad, seguridad, eficacia y efectividad acumulados desde 1990. La forma en que tenemos el esquema que acompaña la varicela a sarampión, rubéola, paperas, prevenar 13, pentaxim en el periodo de 13 a 15 meses de edad. En el caso de la cepa Oka coreana, no hay datos para el uso concomitante con otras vacunas y esto lo aclaran en el inserto. En el caso de la cepa Oka americana, hay datos para el uso concomitante con las vacunas que

en todos los esquemas usualmente acompañan a varicela en la vacunación infantil. Debe haber estudios que permitan usarla con sarampión, rubéola, paperas, porque de lo contrario se debería hacer dos eventos de vacunación por separado, de haber estudios que permitan usarla con la vacuna Neumococo, con la vacuna de DPaT del refuerzo con la vacuna de polio, que va en la vacuna de pentaxin que nosotros utilizamos. Uso los nombres de las vacunas porque cuando una enfermera le piden que saque estas vacunas de la refrigeradora para aplicarlas, eso es lo que ella lee.



Un boletín epidemiológico de varicela generado para el año 2022, publicado en el 2023 por la CCSS, y llama la atención a dos elementos uno que va de la semana 1 a la 52 del 2022, que habla de frecuencia absoluta y de incidencia, y para recalcar habla de casos confirmados. La barra morada es la de casos reportados y hacemos una línea de tendencia, se puede observar una tendencia plana que es la tendencia que se va a lograr con la acción que en este momento se está tomando que es de aplicar una dosis infantil de la vacuna de varicela. Con esa dosis infantil no vamos a lograr el beneficio de protección para zoster y pasar más allá de este efecto de una incidencia prácticamente constante a través de las semanas. Ese efecto se va a sobrepasar en el momento en que la Comisión lo pueda poner como punto específico y decida que, en Costa Rica, como en los otros países se vacune con dos dosis de varicela y que al vacunar con dos dosis de varicela se obtenga el beneficio de una población que va a controlar esta curva plana, y que va a controlar los brotes de varicela que afectan tanto a los grupos de inmunodeficiencia. Eso no se va a lograr si no se puede tener la opción de una vacuna que permita usarla después de los 12 meses de edad. El siguiente cuadro es muy importante y los de la Caja lo deben tener. No se está teniendo un problema de varicela en adultos mayores de 30 años. El problema de varicela que se está teniendo es en jóvenes adolescentes y de

## COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

### REPÚBLICA DE COSTA RICA



niños. En el grupo de 0 a 4 años, la distribución por grupos etarios que se pueden controlar con una segunda dosis, pero se requiere de una vacuna que permita la segunda dosis. Para permitir que se agreguen en la discusión y llegar a una resolución y poder contestarle a la Dra. Abarca, y al grupo de la Caja. La discusión debe llevar: **a)** Escoger la mejor opción para la población costarricense a vacunar; **b)** Se debe tener la evidencia suficiente de inmunogenicidad, seguridad, eficacia y efectividad; **c)** Debe ser compatible con otras estrategias de vacunación; **d)** Debe considerar la posibilidad de la segunda dosis; **e)** Debe considerar el uso en adultos como estudiantes de medicina, personal sanitario, grupos especiales como TMO (trasplantados). El Dr. Alexei Carrillo agradece la presentación tan enriquecedora y bastante interesante. Se abre el panel de discusión para los demás miembros si alguien tiene algún comentario o alguna observación se deja abierto el espacio.

**COMENTARIOS:** El Dr. Chaverri recalca de no olvidar la necesidad de contar con una vacuna que pueda aplicarse a los adultos, y que idealmente se debe hacerse con el menor esfuerzo, el Dr. Porras lo marcó muy bien, estudiantes de ciencias de la salud, personas que trabajan en atención de pacientes. En el Hospital Calderón Guardia entre el año 2020 y el año 2023 se tuvo que desviar un poquito los esfuerzos de verificar como estaban las coberturas de vacunas. Se han tenido brotes en unidades de quimioterapia, en unidades de pacientes hospitalizados de hematología y realmente si hemos visto como tenemos que pasar a estos pacientes a unidades de terapia neuro intensiva. Justamente porque lo que a como está su sistema inmunológico sus complicaciones casi siempre se pasan de una encefalitis, y si queremos recalcar eso que es muy importante proteger a esa cantidad de personas en las que se invierten millones de colones al año, y justamente es ahí donde viene toda esta estrategia de poder vacunar adultos trabajadores de salud. Si ellos en este momento no se pueden proteger, los demás alrededor están atendiéndolos directamente les pueden proteger y se puede lograr teniendo un biológico que se permita colocar. El Dr. Pérez consulta porque ese tipo de cepa únicamente porque si se está teniendo problemas con el desabastecimiento, que llegó una cepa nueva de Corea que también era Oka y que no estaba reconocida por la FDA, y se tuvo que rechazar, y se está limitando a los oferentes. Por qué solo puede ser aprobada por la FDA. El Dr. Porras les comenta que esas 3 vacunas que se mostraron en los cuadros y que se dejaron de usar por un buen tiempo y que fueron

## COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

### REPÚBLICA DE COSTA RICA



las vacunas de cepa Oka, se sustituyó por la baja capacidad que tenía de ser eficaz en un 57%, y en ese caso se demostró que esa cepa en Costa Rica estaba produciendo una baja, esa cepa ya no la usamos, esa ya sería un retroceso. Ahora la discusión son las otras dos cepas. Hay muchas cepas, de las 3 que se han mencionado es porque son las que ofrece el Fondo Rotatorio, esta cepa no Oka no es una opción para nosotros porque ya se descartó hace algún tiempo. La opción de ahora es usar una cepa Oka el problema de las cepas Oka es que, si existen en el Fondo Rotatorio dos versiones, es decir, nosotros accedemos al Fondo Rotatorio a escoger entre dos vacunas, y de acuerdo con lo que presentó la Dra. Abarca una petición que decía vacuna cepa Oka con la intención de que esa vacuna cepa Oka excluyera la petición, la vacuna no Oka que esa no la queremos. Resulta que cuando aparece la vacuna versión coreana Oka esa vacuna aparentemente, cuando decimos vacuna Oka el Fondo Rotatorio utiliza esa opción, o aclarar que se debe solicitar la vacuna Oka americana, para tener la vacuna que mejores opciones brinda. Las opciones están derivadas de los insertos de las vacunas con los que van a venir, ya se tuvo una experiencia muy trágica de que el inserto que acompañó la vacuna no era Oka, tenía todas las contraindicaciones de las indicaciones que nosotros queríamos usar, entonces era una cuestión de que la gente leía las contraindicaciones que estaban en el inserto y decía que no la aplicaba en esas circunstancias. El inserto recoge una importancia fundamental de una vacuna, y el inserto dice que no se puede utilizar en adultos, y el de la otra vacuna dice que la podemos usar en todos los grupos a partir de los 13 años y adultos. Lo cual abre las posibilidades que se necesitan para los grupos que mencionaba el Dr. Chaverri, y los grupos en que el lineamiento de usuarios de campos clínicos tiene. Las decisiones siempre a escoger son FDA y EMA, siempre en las decisiones de cuales usar en Costa Rica el hecho de que haya sido referenciada, licenciada por FDA es un factor de calidad que indica que ha habido revisión por pares y el otro que por estudios clínicos acumulados de esta vacuna desde 1990 es lo que permiten que ellos puedan concluir en sus insertos. La restricción de los estudios clínicos de esta otra vacuna no les permite trabajar con otros grupos de edad porque no tienen estudios clínicos y esto se debe a que no hay datos de uso concomitante con otras vacunas, lo cual es un problema porque varicela está en el esquema de vacunación con prevenar 13, pentaxin, sarampión, rubeola y paperas y si eso no se puede hacer porque no tiene estudios con concomitantes sería un trastorno en el esquema de vacunación. Entonces

## COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

### REPÚBLICA DE COSTA RICA



hay dos elementos importantes: **a)** Escoger la mejor opción para la población costarricense a vacunar; **b)** Se debe tener la evidencia suficiente de inmunogenicidad, seguridad, eficacia y efectividad; **c)** Debe ser compatible con otras estrategias de vacunación; **d)** Debe considerar la posibilidad de la segunda dosis; **e)** Debe considerar el uso en adultos como estudiantes de medicina, personal sanitario, grupos especiales como TMO (trasplantados). El Dr. Pérez solicita que envíen el acuerdo tanto a la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud como a la Dirección de Farmacoepidemiología, dado que estas dos direcciones siempre están viendo la parte de la vacunación y más en esta, y así tener elementos suficientes en la parte epidemiológica a escoger la cepa americana sobre cualquier otra cepa. La Dra. Madrigal solicita la bibliografía que se utilizó para que sea parte del acuerdo que se va a transmitir a las dos direcciones. El Dr. Porras indica que de esta presentación se debe traducir en un documento para apoyar una vez que se tome la decisión como lo comentó el Dr. Chaverri, que apoye bibliográficamente lo que se ha conversado y la decisión que tome la Comisión, de igual manera no hay problema para compartir con la bibliografía, e incluso con la copia de los insertos que se pueda incluir, para apoyar así la decisión que va a tomar. El Dr. Pérez comenta que cuando se escoge solamente una hay que justificar por el lado de la Ley de Contratación Administrativa, y con lo que ha llegado exponer está muy bien justificado. El Dr. Chaverri indica que, la Comisión tenía que definir si realmente teníamos que tomar una decisión entre las dos cepas, en lo personal ya tengo mi criterio con la información que brindó el Dr. Porras y lo que he estudiado previo, se cuenta con la suficiente información técnica para poder decir que si efectivamente o no tenemos que preferir una sobre la otra o si es indiferente, eso sería lo primero si eventualmente decidimos que es una, lo siguiente es redactar la justificación técnica para poder enviar a las autoridades de la CCSS, para poder ejecutar adecuadamente nuestra instrucción y dos para que esté blindado desde el punto de vista técnico, cuando se tenga que enfrentar a la CGR cuando les hagan las apelaciones específicamente. El Dr. Carrillo indica que con la evidencia presentada por el Dr. Porras se puede tener un panorama para escoger o tomar la decisión al respecto de la vacuna a utilizar, ya todos estamos claros que la americana tiene mayor evidencia y mayores beneficios, para la población versus la coreana. Entonces la decisión sería bien tomando en cuenta los comentarios al respecto de la disponibilidad, sería la línea que se debería empezar a trabajar en este

## COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

### REPÚBLICA DE COSTA RICA



momento. El acuerdo sería que, a partir de este momento, utilizar la cepa americana y basado en los criterios y evidencia que se va a juntar con el mismo acuerdo para que a partir de ese momento la Caja tome las acciones correspondientes para garantizar el abastecimiento, algo más para agregarle en la redacción y aprobarlo sí les parece se sometería a votación. La Dra. Madrigal sugiere tomar las consideraciones y estas decisiones pertinentes para garantizar el abastecimiento de esta, basado en los criterios adjuntos que le va a colocar el Dr. Porras. El Dr. Pérez indica que hablando con la Dra. Gemma Gamboa que le está indicando que la OPS no tiene en este momento la vacuna de varicela, eso significaría que se tendría que analizar muy bien la vacuna que están ofreciendo con esta cepa Oka, y que se podría caer en desabastecimiento. El Dr. Carrillo y el Dr. Porras consultan que, si no tienen ninguna vacuna, o no tienen cepa americana. El Dr. Pérez indica que en este momento no tiene de la cepa americana. Solamente hay una que es la coreana que se tuvo que adjudicar ante esto, porque se podría tener un desabastecimiento. En cualquier momento nos comparten los documentos técnicos para ver la información. El Dr. Porras consulta que si se está hablando de las vacunas para el año 2024 o las que se van a poner este año. El Dr. Pérez indica que la última entrega que tenía la OPS pactada era para este año, que son cuatro periodos, entonces ya están montando la próxima compra. Lo que pasa es que la OPS no tiene más vacunas de esta cepa, y al no tener un oferente esta de cepa OKA coreana, se tendría que tener claro los panoramas, por no quedar desprotegida la población, o hasta que haya un sustento bien grande para esperar esta cepa nuevamente. Una moción de orden para entonces. El Dr. Carrillo somete a considerar una moción de orden. El Lic. Muñoz indica que en aras del tiempo porque les quedan pocos minutos de sesión sería que acuerden dejar eso en pausa mientras el Dr. Pérez tiene la información y continuar con el siguiente punto. El Lic. Valverde indica que otra opción sería que el acuerdo no quede en firme y esperar una respuesta oficial por escrito de la Caja sobre estas manifestaciones que se han hecho y a partir de ese oficio, si existiese de revisar el acuerdo que con eso ustedes darán tiempo y el acuerdo que habría ya tomado no escrito en piedra podría revertirse en el caso de que todo esto que ha indicado el doctor lo respalde la Caja en escrito. El Dr. Carrillo comenta que en ese caso se tendría que volver a tomar otra reunión para tomar otro acuerdo al respecto de la cepa.

## COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

REPÚBLICA DE COSTA RICA



**ACUERDO No. 3** Se acuerda seguir con el tema 4 abierto y continuar con el orden del día, y retomarlo una vez se tenga dato de disponibilidad de vacuna contra varicela cepa OKA americana para el 2024.

**ACUERDO UNÁNIME Y FIRME.**

**ARTÍCULO QUINTO. Varios: 1. Revisión de oficio DPB-OFI-2285-2023; 2. Solicitud de reunión por parte de la Procuraduría General de la República con el Dr. Roberto Arroba Tijerino y abogados de la CNVE;**

**Revisión de oficio DPB-OFI-2285-2023.**

Luego de leído por la Dra. Angulo el oficio, el Lic. Muñoz les recuerda que hay un plazo y que vence el 19 de abril. El Dr. Carrillo comenta que, si de aquí al 19 de abril se tendrá tiempo para poder enviar un informe técnico sobre la obligatoriedad, en la población de 12 a 17 años. El informe técnico sobre la obligatoriedad en adultos o no, eso es un tema que ya se había visto, la copia certificada por supuesto que esa sí nos va a dar tiempo. Les consulto que, si de aquí al 19 es posible tener el punto uno y dos, o si vamos solicitando una prórroga para poderlo enviar en tiempo y forma. El Dr. Porras indica que tiene algunas dudas porque estamos entrando en un campo de discusión de jueces y abogados que en el cual uno tiene menos habilidades o ninguna. Cuál es el Decreto 43971 eso está publicado en la Gaceta de cuando, para poder leer el Decreto, la segunda consulta es en lo entendido los abogados del Estado que siempre han sido un grupo que se ha puesto de frente en relación con esta defensa de los derechos sobre todo de los niños tienen un tiempo perentorio para responder antes de que ya no lo puedan hacer en relación con los cautelares, que es fundamental que ellos se ocupen, se opongan a los cautelares, nosotros deberíamos adaptarnos dentro de nuestras posibilidades a cumplir con los plazos que ellos requieren para poder responder ante los cautelares. No me quedó claro si los abogados del Estado tenían que responder en 3 días o si no perdían la oportunidad. El Lic. Muñoz les recuerda que en la sesión de la semana pasada se tomó el acuerdo en firme, para modificar el Decreto de la obligatoriedad de la vacuna el del 28 de marzo. Incluso ustedes redactaron y entrecomillaron el artículo dos, tal y como ustedes sugerían como grupo técnico especializado en este tema de vacunación que tenía que ir redactado la propuesta al artículo dos, y ese acuerdo se tomó en firme y se le trasladó al señor ministro, y el señor ministro lo trasladó a mi oficina y el mismo viernes en la mañana se trabajó el

## COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

### REPÚBLICA DE COSTA RICA



Decreto. El Decreto haciendo la modificación respectiva y ese Decreto ya fue firmado por el Poder Ejecutivo y ya está publicado en la Gaceta. Este Decreto 43971-S. Los considerandos son muy parecidos a los Decretos que se promulgaron en el año 2021. Las justificaciones son las que aparecen en el acuerdo de hace ocho días. Con respecto a la otra consulta la procuradora apeló la semana pasada, y ahora el Tribunal de Apelaciones y ahora tiene que sustentar su apelación ante el Tribunal de Apelaciones de ahí que su jefe Jorge Oviedo, está pidiendo estos informes técnicos para repartirlo a sus colaboradores procuradores, para que sustenten la apelación. El Dr. Carrillo recalca que en el artículo 2 lo que se modificó fue únicamente el primer párrafo concerniente a la vacunación de niños continúa exactamente igual como estaba en el Decreto anterior. Si lo comparan con el anterior, van a ver que la parte de niños está textual, igual a como estaba en el anterior. El Dr. Porras comenta que, quizás lo que ha producido un poco el enredo es que también han estado solicitando el otro Decreto, para lo cual se solicitó una sesión formal, que eso sería otro Decreto totalmente diferente. El Lic. Muñoz comenta que, si en el informe o el criterio técnico que se envió en febrero al Lic. Oviedo de la Procuraduría iba alguna información de los puntos 1 y 2 que solicita; no le copiaron el informe final y no sé si iba esa información. El Dr. Pérez propone algo más práctico, para aclarar y dar una respuesta en tiempo y forma, invitar a los señores de la Procuraduría antes del 19 de abril y aclarar todo, y dar una respuesta como debe de ser en escrito. El Dr. Porras indica que, lo que sugiere el Dr. Pérez ya funcionó en una sesión pasada. Brindaron información muy valiosa y eso generó el documento que se les envió en base a lo que ellos solicitaron. Muy de acuerdo en generar los documentos que necesiten para que respondan a lo que se ha producido un problema. Otro punto es que no se debe olvidar es hacer un análisis en la Comisión porque un abogado encontró una oportunidad para poner esas medidas de contenciosos administrativos. Después de que hubo tantas decisiones de la sala constitucional diciendo que eso no tenía razón de ser judicializado que fue lo que hizo que esa ventana se abriera, la condición del uso de emergencia que tiene la vacuna o de que se trata esa parte que se abrió la posibilidad de que se diera un contencioso. El contencioso es algo eterno que no se va a resolver rápidamente pero que lo que importa es que los cautelares sean rechazados y que esos cautelares abran la posibilidad de que los niños se sigan vacunando, y que los padres tengan la obligación de hacerlo. El Lic. Muñoz aclara que no quiere entrar en

## COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

### REPÚBLICA DE COSTA RICA



polémica, pero si es importante aclarar al Dr. Porras que tiene la razón cuando menciona que la sala constitucional más o menos unos 500 o 600 recursos de amparo que se recibieron en el 2021 a la fecha cuando se empezó a promulgar los Decretos, todos absolutamente todos sin excepción fueron declarados sin lugar, pero por un tema de constitucionalidad la Sala dice no hay violación a ninguno de los derechos constitucionales de las personas que recurren, sin embargo, el Tribunal Contencioso, ve temas de legalidad, no de constitucionalidad, y ahí es donde encontraron el portillo abierto porque parte de los informes que se enviaron a la Sala, los que envían a la Procuraduría y los que envía la CCSS se basan en criterios técnicos que ha emitido la Dirección de Regulación de Productos de Interés Sanitario (DRPIS), y algunos indican que la vacuna no está registrada y de eso se valen los jueces del Tribunal Contencioso para decir es un riesgo para los menores de edad a que se les aplique una vacuna no registrada. De ahí que era muy importante el criterio que ustedes emitieron en febrero para la Procuraduría, haciendo una diferenciación entre vacuna registrada y vacuna para uso de emergencia, pero igual se está en un país de derecho y los Tribunales en este caso el Contencioso, es el que decide si el acto administrativo es legal o ilegal. En este caso son medidas cautelares. No hay una sentencia de fondo en un proceso judicial. Es una medida cautelar temporal. El Dr. Porras comenta que entendiendo eso, se está en la misma situación cuando pusieron lo del QR, y el asunto desapareció cuando se eliminó la petición del QR, toda la justificación para un Contencioso. Es importante consultarle a Pfizer que, cumpla con los requerimientos en este momento de registro sanitario de la vacuna, eliminaría las razones del contencioso. El Lic. Muñoz indica que totalmente. El Dr. Porras comenta que sí es así esta Comisión debe solicitar a Pfizer que realice los procesos necesarios, para el registro de la vacuna que se está usando, y que tanto ha beneficiado a la población costarricense, porque esa situación está generando un portillo de medidas cautelares que lesionan a la población infantil. El Lic. Muñoz indica que esa fue la recomendación que se le hizo a la ministra de salud el 9 de diciembre, cuando les llegó la primera resolución del Tribunal de Apelaciones. La DRPIS se le ha puesto detrás al laboratorio farmacéutico, para que registraran a la mayor brevedad la vacuna, pero eso fue ya hace poco más de 3 meses, y no se ha registrado la vacuna. El Dr. Carrillo consulta si efectivamente se realizaron las acciones solicitadas. El Lic. Muñoz de parte del Despacho no, porque las recomendaciones fueron que el informe se le trasladara a la

## COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

### REPÚBLICA DE COSTA RICA



Comisión y por lo menos en las sesiones en que he estado ese informe no se ha visto. La Dra. Angulo indica que en una sesión se invitó a Pfizer, y se les hizo la solicitud a ellos y explicaron que se les atrasaban los procesos de entrega. El Dr. Chaverri comenta de la última vez que se habló con ellos, a este momento ya todo ha cambiado, están terminando las entregas del último, o sea ya no se van a atrasar los procesos de entrega, ya no hay excusa, hay que retomarles y pedirles que la registren. El Dr. Carrillo indica que en esta línea de la solicitud de registro y todo este tema, de igual manera tenemos que darle alguna respuesta a la PGR porque mientras hacen estas cosas seguimos con lo que está pasando en este momento. Están solicitando informes, no hay que votar si respondemos o no, simplemente hay que responder. La consulta dará tiempo de acá al 19, para hacer los informes o les pedimos unos días más para hacerlo, o ustedes determinen en cuánto tiempo, para hacer una respuesta en esa línea y también ir trabajando en las demás líneas que se han conversado. El Dr. Porras comenta que si se percibe la condición de urgencia que tiene esta situación de judicialización de la vacunación infantil, y las consecuencias que esto puede tener en relación con otras situaciones que atañen al derecho de los niños de ser respetados y de ser protegidos. Esta situación de urgencia debe inducir en nosotros que, este informe que están ya preelaborados se deben entregar en el plazo que la PGR requiere, y lo otro es que el informe que se presentó se nos envíe a todos los miembros de la Comisión para poder leer, Como Comisión se debe tener una acción con igual urgencia, ya sea citando a la gente de Pfizer, y exigiendo que la vacuna sea registrada ante el Ministerio de Salud, sobre todo porque si no la registra la Caja no va a poder seguir comprando como lo va a hacer en el futuro, y en este punto de que no está registrada ofrece una población un factor de desconfianza que se debe eliminar. Esas tres acciones se deben visualizar con el carácter de urgencia que tiene y en eso hay que trabajar formalmente, me ofrezco en trabajarlas en Semana Santa, para que salga el informe el martes después de Semana Santa. El Dr. Carrillo agradece la disposición y el comentario. La Dra. Madrigal comenta que, en la reunión que está convocando la PGR al Dr. Arroba y el equipo legal, con respecto a los 3 requerimientos que están en el oficio, el último no tiene ninguna complicación de certificar el acuerdo con respecto al informe de adultos, se puede extraer con bastante facilidad de la misma presentación que hizo el Dr. Carrillo la vez pasada con los datos epidemiológicos y quizás algunos pequeños detalles, que

## COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

### REPÚBLICA DE COSTA RICA



colaboren incluso la gente del Despacho del señor ministro que ayudaron en la elaboración de esa presentación. Lo otro y que estoy viendo personalmente es dificultad con el tema de 12 a 17 años, para mí el criterio que se envió a la PGR para menores de 12 años en realidad está muy enfocado en esa población menor de 12 años que los elementos ahí que podrían usarse para mayores de 12 años son muy escasos, la situación en esa población es muy diferente en cuanto a cobertura, las coberturas de vacunación que tiene bueno, desde mi percepción son bien altas, luego la morbilidad es muy baja y la mortalidad es muy baja y además tenemos en este momento los últimos criterios de la Organización Mundial de la Salud, recientemente publicados y más bien le quitan todo el empuje a la vacunación en este rango de edad, sino son usuarios con otros factores de riesgo, entonces personalmente tendría dificultad para montar una justificación de continuar con la obligatoriedad de 12 a 17 años, y dado que es así como lo percibo, preferiría incluso que fuera otra gente que montara esta justificación, disculpen la transparencia. El Dr. Carrillo le indica que transparencia no, nunca se debe disculpar porque es una virtud, más bien muchas gracias. El Dr. Porras comenta 3 puntos muy cortos: **1.** la reunión del 13 no debe de ser de la PGR con el doctor Arroba exclusivamente, yo creo que la reunión del 13 se debe ampliar a una reunión virtual con la Comisión Nacional de Vacunación y los procuradores deben escuchar todas las opiniones; **2.** el informe de la OMS no es un informe para Costa Rica, es un informe para todo el mundo, y cuando la OMS hace sus informes, tiene un marco de referencia que no es el marco de las condiciones específicas de un país; **3.** cuándo se habla de obligatoriedad en la población infantil es incorrecto hablar, de obligatoriedad en la población infantil de ciertas edades y de ciertas no edades, no porque lo que estamos discutiendo sí, los padres tienen la obligación de cumplir con la vacunación de sus hijos, y no de decidir que por sus creencias personales, sus hijos no se van a vacunar. Eso es lo que hablamos de obligatoriedad y cuando hablamos de obligatoriedad en la población pediátrica estamos hablando de los niños que nacen y los niños que se convierten en adultos a los 18 años y que ya no pertenecen a ese grupo. Estamos hablando de cero a 17 años, estamos hablando de pedacitos de grupos de edad, de niños que tengan en unos grupos los papás, la decisión de si sus creencias les permiten vacunarlos y su ejercicio de lo que se llama la libertad les permite vacunarlos o no, estamos hablando de que los decretos internacionales sobre los derechos de los niños dicen que los niños deben ser

## COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

### REPÚBLICA DE COSTA RICA



protegidos por el Estado y que la vacunación es un derecho de la salud de los niños. Entonces yo no la vería una situación de grupitos de edad, se debe ver, como población pediátrica. El Dr. Chaverri comenta que, toda persona menor de edad tiene derecho a tener el biológico que necesita y merece. En algún momento la Comisión tiene que definir si realmente es necesario vacunar a toda la población menor de edad con Covid, porque específicamente esa es la indicación que tendríamos que pasarle a la CCSS. En vista de que en este momento se encuentra el país en un escenario epidemiológico distinto al que había previamente, y cuando sea legalmente seguro porque con estas medidas cautelares va a tener que revisarse al momento. Probablemente esta discusión va a tomar más tiempo y eso no necesariamente exime de contestar a la PGR; pero si una de las condiciones que vamos a tener que seguir porque de la misma manera esto va a ser un patógeno respiratorio con el que se va a lidiar durante muchos años más. Su virulencia ha cambiado y se va a seguir adaptando, por lo tanto, con ello tendrá que definirse si realmente excepcionalmente Covid todavía requiere que sea toda la población en la que se inmunice; o buscar cuáles son los grupos en los que se va a definir, y esos grupos definidos por esta Comisión en los que siempre tenemos que defender la obligatoriedad. El Dr. Carrillo le agradece y concuerda completamente con el comentario, efectivamente se tiene que ir evolucionando al igual que los virus evolucionan y por supuesto los biológicos. La propuesta sería solicitar a la PGR que por favor nos den un tiempo adicional para nosotros poder plantear bien la respuesta adecuada que ellos están solicitando, y no correr porque ustedes saben que a veces cuando corremos se llegan a obviar algunas cosas por ahí, y quizá en ese tiempo intermedio plantear la reunión con ellos para saber específicamente qué es lo que necesitan, y qué es lo que buscan, y a partir de ahí entonces darles la respuesta lo más objetiva posible en los tiempos que nos encontremos, sí les parece a ustedes podemos solicitarlo de esa forma y el Lic. Muñoz y el Lic. Valverde me indican si se puede responder en ese sentido y así no perderíamos tiempo, y más bien estaríamos ganando la posibilidad de que las cosas se hagan de manera correcta. La Dra. Matus indica que la reunión que tenía para el 13 de abril se canceló y si los va a poder acompañar. Desde mi representación que es del Hospital Nacional de Niños, la postura es mantener la obligatoriedad en menores de edad y no por división de grupos. Hay un elemento que debemos tener en cuenta, y es que no solamente se está poniendo en riesgo las coberturas de vacunación de Covid,

es que empezar a mermar la obligatoriedad en Covid en edades pediátricas, eso también lleva implícito que lo que sigue es afectar la obligatoriedad de las otras vacunas y por el marco legal hay obligatoriedad en la vacunación pediátrica. El Dr. Carrillo agradece a la Dra. Matus, y ya escuchando todos los comentarios que se hicieron al respecto, vuelvo a consultarles si solicitamos más espacio con ellos para poder responder adecuadamente, y así ir pensando cómo se va a trabajar. Si les parece tomar el acuerdo para responder a la PGR que ya se conoce la solicitud y que nos conceda 8 días más de tiempo, y si es posible tener una sesión con ellos únicamente para ver ese tema y conocer la respuesta. El Dr. Porras indica que es importante convocar a Pfizer lo antes posible para exigirle que registren la vacuna porque si no la CCSS no la va a poder comprar. La Dra. Cruz comenta que ya se inició el proceso de registro con nosotros tanto de las monovalente como bivalente, conversando con la Dra. Herrera la actualización ya fue evaluada la calidad, se está en proceso de evaluación de seguridad y la eficacia, ya se presentó todo y más bien ya se inició el proceso de evaluación, y lo que queda pendiente solo calidad y eficacia. La monovalente se ve en el marco grande tanto, para menores de edad de 12 años como mayores de 12, y la bivalente se presenta el registro solamente para mayores de 12, entonces estaría incluida la pediátrica ahí.

**Dando seguimiento al Artículo Cuarto:** Al ser las nueve y catorce minutos de la mañana, el Dr. Pérez presenta a la Dra. Gemma María Elizondo Herrera, ella es farmacéutica trabaja en el AMTC y se encarga de toda la parte contractual de todos los medicamentos recursos de revocatoria ante la Contraloría y toda esa situación. Este cuadro que va a presentar la Dra. Elizondo es el historial de adquisiciones que ha tenido la institución de la vacuna de la varicela a lo largo del año 2010 hasta el año 2023. Desde el 2010 se está adquiriendo vacunas de países de origen de la India, Bélgica que fueron en el 2010-2011, y luego viene una seguidilla de esta misma vacuna desde Corea del Sur y a partir del 2011 más o menos de marzo se comienza con la seguidilla hasta el 2018 al parecer de Holanda, pero tampoco cambia la fabricación. Todas se han venido adquiriendo por medio de la Organización Panamericana de la Salud, lo que llama la atención es que siempre ha sido esa cepa. La Dra. Elizondo complementa la información que está exponiendo el Dr. Pérez y de acuerdo con la investigación que se hizo, se está a la espera de ingreso para este primer semestre de laboratorio bioquímica, de acuerdo con la proyección de necesidades una cantidad abastece seis meses.

## COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

### REPÚBLICA DE COSTA RICA



La orden de compra correspondiente a todo el año 2022 está disponible el nivel institucional de este fabricante Sáenz de la República de Corea. En el 2020 si estuvo disponible la de Merck Sharp Dohme Corp, y en los últimos años se ha tenido disponible la de República de Corea. El protocolo interno a razón de que el Dr. Pérez me solicitó colaboración, investigué con los compañeros de Adquisiciones de Bienes y Servicios y aparte de la Ley Nacional de Vacunación, y si hay algún acuerdo de Junta Directiva de que las compras tienen que ser por medio de la OPS, y en esa línea de seguridad a razón del acuerdo que vaya a determinar la Comisión que sea a través de OPS la disponibilidad de esta vacuna de cepa Oka de Merck Sharp Dohme, a fin de protegernos administrativamente en función del procedimiento institucional para compra de vacunas. Entendible que algunos de los procedimientos internos de investigación a la fecha tienen que ver por haber encontrado directamente vacunas fuera de este mecanismo. El Dr. Chaverri contextualizando en el primer cuadro de las entregas si los miembros de la Comisión recuerdan en que año fue que se calificó la solicitud porque antes lo que se pedían eran biológicos no OKA, porque eso hace una gran diferencia y lo otro es que el Fondo Rotatorio cuenta con ambos biológicos al coreano y el americano, no habría ningún problema en solicitarle al FR porque le seguimos comprando a la OPS. Si la Comisión define que se utiliza el americano, no habría ninguna contravención con lo que dice los distintos decretos de que primero se escoge el FR y salvo que haya un criterio técnico de peso, se pase a comprar el otro. Para contextualizar en que año específicamente es que viramos a que fueran de cepa Oka porque lo que ocurra antes que era otro biológico, y lo otro sería confirmar si realmente la OPS está diciendo y está poniendo por escrito que no tiene cepa americana para entregar a nosotros. La pregunta es si es técnicamente posible de acuerdo a la estructura de la compra en la que estamos, y no se si fue que por cuatro años íbamos a comprar una Oka específica, eso puede ser, o Oka censo no estricto cualquiera de las dos, o que en este momento no hay para entregarla Costa Rica de una, sino solo de la otra, esa decisión le ayuda a la conducción en definir la decisión de ahora en adelante en la escogencia de la americana y en forma transitoria, mientras se hacen los ajustes de los contratos que es donde está el meollo de comprender hasta que extensión está el compromiso. El Dr. Carrillo solicita a la Dra. Angulo que por favor nos ayude a encontrar ese acuerdo, para ver este incremento si se tomó la decisión porque sea una o la otra, tenemos que garantizar que las vacunas.

## COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

### REPÚBLICA DE COSTA RICA



Lo que no quiero es que tengamos que perder tiempo esperando una respuesta, para poder inmunizar a las personas, y en qué momento se puede tener la respuesta de la OPS, para ver si vamos a tener o no para Costa Rica, porque habría que ver cuántas dosis se van a solicitar y cuándo sería lo que estaríamos pensando para la población adulta. La Dra. Jiménez indica que, conversando con la señora Rocío Román que es la encargada de compras, si hay o no hay Oka americana en el Fondo Rotatorio para Costa Rica como para ir definiendo sin embargo no ha contestado. Se puede convocar a un colega designado en OPS Washington exclusivo para la región y el gustoso podría participar en alguna reunión de la Comisión a la brevedad que ustedes consideren, para ir avanzando en este tema. El Dr. Carrillo agradece a la Dra. Jiménez e indica que se debe tomar una decisión pronto, porque se necesita empezar la compra, por el motivo de que nos quedamos sin vacuna. El Dr. Chaverri indica que de donde sale que no se puede pedir Oka americana. La Dra. Elizondo indica que en la línea de que, si la CNVE requiere que sea la americana, el acuerdo debe ser específico, al igual en la proforma que se le haga a la OPS; pero si se manda solo el estándar de la ficha técnica, entonces se presentan todas las informaciones de la cepa Oka que ya están precalificadas en OPS, y sobre la línea del menor precio entonces será la proforma que se presente en la Caja, y de acuerdo con lo establecido a nivel de protocolos internos en la Gerencia de Logística para adquisición, esa proforma se toma y analiza que venga con etiquetados en español, y se sabe todo el mecanismo de precalificación que tiene OPS, porque eso también tiene el comité central un acuerdo específico para el respaldo de no pedir todas las certificaciones que se solicitan para el resto de medicamentos que ingresan en la Caja; pero si la proforma viene por ese cambio de la República de Corea entonces si no hay un acuerdo específico, no hay forma de que la Comisión de Compras de exigir que sea cepa americana por procedimiento de Gerencia. El Dr. Pérez indica: **1.** Si se requiere saber si la OPS, el Fondo Rotatorio podría designar algo de lo que tenga o si no tienen o lo que sea que informe a Costa Rica si hay disponibilidad de esta vacuna; **2.** Si necesitamos un acuerdo de la CNVE, sería lo antes posible, para tratar de ver y aquí es donde hablaría con la Dra. Elizondo y Gerencia de Logística y si esta adjudicación que se hizo y se va a hacer de esta coreana y frenar con este acuerdo urgente, y tratar de negociar sabiendo que hay disponibilidad de la vacuna por OPS y retraer esto y comprar la otra. Nosotros podemos por canales externos preguntar a la gente si la Dra. Jiménez

## COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

### REPÚBLICA DE COSTA RICA



nos pudiera ayudar en eso siendo el canal directo le agradecería en el menor tiempo posible y también sacando este acuerdo enriquecido por el Dr. Porras que tiene que ser cepa americana, y ya con eso podemos actuar desde el punto de vista administrativo. Se somete a consideración de los miembros el acuerdo. -----

**ACUERDO No. 4** Se acuerda que al contar con datos técnicos suficientes para decidir el uso de cepa OKA americana para la vacunación en Costa Rica, para ofrecer protección a población pediátrica y grupos de adultos ya seleccionados por esta comisión. Se adjuntará informe técnico para las autoridades, que justifique la escogencia de la vacuna contra la varicela cepa OKA americana. Tomando en consideración el análisis realizado de las opciones de vacuna contra la varicela: **1-)** Se instruye a la C.C.S.S para adquirir la vacuna contra la varicela cepa OKA americana por medio del fondo rotatorio de la OPS, o bien a través de otra instancia para la compra. **2-)** Se solicita a la C.C.S.S según las competencias técnicas, frenar en una forma temporal la licitación reciente de la vacuna varicela cepa OKA coreana, dado que esta comisión acordó, según criterios técnicos científicos la cepa debe ser OKA de origen americano. **3-)** Este acuerdo estará llegando a las instancias de la C.C.S.S correspondientes como elemento técnico y científico para el apoyo jurídico en las próximas adquisiciones de este biológico con esta cepa definida. **4-)** Se solicita a la C.C.S.S continuar con la vacunación con cepa OKA coreana ya adquirida hasta el momento en el grupo de edad de definido (12 meses a 12 años), de acuerdo con las indicaciones del fabricante, en espera de que se hagan efectivas las medidas necesarias para adquisición de la vacuna cepa OKA americana. **ACUERDO UNÁNIME Y FIRME.**

El Dr. Carrillo comenta que es la última vez que nos va a acompañar el Lic. Muñoz en la sesión, porque a partir del viernes se va de vacaciones y luego a la jubilación, y quiere agradecer públicamente y felicitarlo por los 40 años de labor en el Ministerio. Los señores miembros le agradecen por toda la ayuda que les llegó a brindar y le desean muchos éxitos. El Lic. Muñoz indica que si necesitan algo con mucho gusto les puede colaborar. El Dr. Carrillo indica que siempre en momentos científicos se puede tener un participante de la comunidad, y porque no evolucionar esa parte y tener al Lic. Muñoz.

**Dando seguimiento al Artículo Quinto de Varios:**



**2. Solicitud de reunión por parte de la Procuraduría General de la República con el Dr. Roberto Arroba Tijerino y abogados de la CNVE, Subsane del acta XIX-2022.**

El Dr. Carrillo indica que la PGR solicita reunión con el Dr. Arroba y con el abogado de la Comisión, le consulta a la señora Hazel Alvarado si la solicitud es al Ministerio de Salud o a la Comisión. La Sra. Alvarado comenta que es al Dr. Arroba como secretario de la Comisión. El Dr. Carrillo indica que, no solo debería estar el Dr. Arroba, sería bueno que lo acompañe alguien más, de tener espacio en la agenda lo acompañaría también, y el Dr. Marín, sí les parece y si no las observaciones que tengan al respecto. El Dr. Porras comenta que sería mejor que se amplíe con algunos de los miembros que son los representantes de la Comisión. El Dr. Carrillo comenta que no se tomaría un acuerdo, y nada más que están con la anuencia de recibirlos el día 13 y si es posible en la mañana, si todos están de acuerdo se esperaría la respuesta. El Dr. Chaverri comenta que el estará de vacaciones y no puede hacerse presente.

**Subsane del acta XIX-2022.**

La Sra. Alvarado comenta a los señores miembros de la Comisión que, por recomendación de la Auditoría Interna del Ministerio de Salud, se hace necesaria una revisión del acuerdo y proceder a hacer la modificación correspondiente del acta de la sesión ordinaria XIX del veinticinco de agosto del dos mil veintidós en el cual se debe eliminar la palabra “condicionada”. El nombre del Artículo Noveno es Ratificación del acta de la sesión ordinaria XV del siete de julio del año dos mil veintidós. -----

**ACUERDO No. 5** Se acuerda modificar el Acuerdo No. 3 de la sesión ordinaria No. XIX de esta Comisión, celebrada el día veinticinco de agosto del año dos mil veintidós, para que en lo sucesivo se lea así: “aprueba el acta de la sesión ordinaria XV del siete de julio del año dos mil veintidós; los señores miembros nuevos (Dra. Madrigal, Dr. Chaverri y Dr. Jacobo) no estuvieron en esa sesión y no tienen injerencia legal en lo ahí aprobado. **ACUERDO UNÁNIME Y FIRME.**

El Dr. Alexei Carrillo Villegas, en su calidad de Presidente de la Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología, finaliza la sesión extraordinaria VIII al ser las diez horas y veinticinco minutos de la mañana del treinta de marzo del año dos mil veintitres.

---

---

## SESIÓN EXTRAORDINARIA IX-2023

**Acta de la Sesión Extraordinaria IX** celebrada por la Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología, a las once horas y cuarenta y cinco minutos de la mañana del día jueves cuatro del mes de mayo del año dos mil veintitrés, vía virtual, con la asistencia de los señores miembros:

8. Dr. Alexei Carrillo Villegas, Ministro a.i. y Presidente CNVE.
9. Dr. Rodrigo Marín Rodríguez, Director a.i. DVS.
10. Dora Matus Obregón, Representante del Hospital Nacional de Niños.
11. Dra. Ana Lorena Madrigal Vargas, Representante de Departamento de Niñez y Adolescencia de la CCSS.
12. Dr. Ricardo Pérez Gómez, Representante de Farmacoterapia de la CCSS.
13. Dr. Óscar Porras Madrigal; representante de la Asociación Costarricense de Pediatría (ACOPE).
14. Dr. Jorge Damián Chaverri Murillo, Representante de Infectología del Hospital Calderón Guardia.

### **Secretario Técnico CNVE:**

Dr. Roberto Arroba Tijerino, DVS, Ministerio de Salud.

### **Invitados:**

7. MSc. Ronald Chinchilla González, Director a.i., Asuntos Jurídicos, MS.
8. Lic. David Valverde Méndez, Jefe de Despacho, MS.
9. Dra. Verónica Cruz Asesora de Despacho, MS.
10. Dra. Priscilla Herrera García, Directora, DRPIS-MS.
11. Dra. Andrea Badilla Jiménez, DRPIS-MS.
12. Dra. Andrea Morales Fiesler, Jefe, DRPIS-MS.
13. Dr. Esteban Vega de la O, Gerencia de Logística, CCSS.
14. Dra. Daniela Aburto Varela, CCSS.
15. Dra. Ana María Jiménez, Representante OPS.
16. Hazel Alvarado Chavarría, Secretaria, UE-CNVE-MS.



**LA SESIÓN ES PRESIDIDA POR EL DR. ALEXEI CARRILLO VILLEGAS, PRESIDENTE CNVE.**

**ARTÍCULO PRIMERO. Comprobación del quórum.** El Dr. Alexei Carrillo realiza la comprobación del quórum, al contar con el quórum correspondiente inicia la sesión.

**ARTÍCULO SEGUNDO. Aprobación del orden del día de la Sesión Extraordinaria IX-2023.**

El Dr. Roberto Arroba procede a dar lectura al orden del día de la sesión extraordinaria IX del cuatro de marzo del año dos mil veintitrés, e indica que hay un punto que se tiene que hacer, que es la ratificación del acta VIII por el motivo de que en la sesión pasada no se tenía la revisión del cierre del libro de actas No.13 debido que la Auditoría no lo ha entregado. Al mismo tiempo la apertura del libro No.14, si no se hace en esta sesión, quedaría inválida. Es importante ratificar y esto es muy rápido. El Dr. Porrás indica que había un punto más que era la respuesta de las consultas enviadas el día de ayer por el Lic. Arselio Hernández Mussio. La Sra. Alvarado indica que se eliminó por orden del Despacho, por motivo de que va a ser solamente un único punto. El Dr. Arroba indica que esa respuesta va un poco en la línea del uso de la vacuna monovalente y bivalente, sobre todo por el tema de tiempo; la instrucción del señor ministro fue que la reunión debería de finalizar a la una en punto. Se puede programar otra extraordinaria el próximo jueves, para ver ese punto también. El Dr. Porrás comenta que, ese punto para los miembros de la Comisión es muy importante y que sobre el cual tenemos que tomar muchas decisiones, si no se ve el día de hoy se tendrá que ver luego en una extraordinaria. El Dr. Carrillo indica que primero que todo cambiaría el punto 3 a que sea el último punto, porque se tiene que ver como un punto único y esto en respeto también a lo que se acordó, hace ya algunas sesiones de cuando fueran sesiones extraordinarias se viera solamente un único punto por respeto del tiempo de los demás, porque no quiero que se deje de atender pacientes y otros compromisos. Ese punto no lo conocía. Lo ideal sería hacer una sesión extraordinaria adicional para ver este único punto y se puede hacer de manera virtual, si el resto también están de acuerdo. El Dr. Porrás propone que la ratificación de esa acta VIII fue en la que se discutió la vacuna de varicela le hice algunos cambios, pero no la he terminado. Propongo que la ratificación de esa acta no tenga que ser hoy, y que sea, para la sesión siguiente, para ver el único solicitado por el señor ministro. Esa acta requiere que este bien

## COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

### REPÚBLICA DE COSTA RICA



revisada y estudiada para ratificarla, y todos los miembros que estén de acuerdo. Estoy de acuerdo en que hoy nos reunamos con solo lo de la última actualización. El Dr. Arroba indica que pueden asesorar el Lic. Ronald Chinchilla y el Lic, Valverde, que son abogados y conocen mejor el tema. Pero el asunto es que el libro no estaba abierto por parte de auditoría, si hoy tenemos esta sesión y esa acta no se ratifica, los acuerdos que se tomen el día de hoy no pueden quedar en firme hasta que se ratifique la sesión VIII. El Lic. Chinchilla comparte el criterio del Dr. Carrillo en el sentido de que generalmente lo que se estila para las sesiones extraordinarias es el tema que conlleva la convocatoria a la misma y en el otro sentido lo que le estoy entendiendo que, es un requisito para desarrollar esta sesión la aprobación previa del acta anterior. El Dr. Arroba indica que el libro digital no estaba abierto y se realizó la reunión. La recomendación de la Auditoría es que para que la sesión se puede hacer se tiene que ratificar las actas, y si eso no se hace, los acuerdos que se tomen hoy no se podrían ni siquiera comunicar hasta que se ratifiquen las Actas VIII y IX en la próxima sesión. El Lic. Valverde indica que es correcto como lo indica el Dr. Arroba. La convocatoria a esta sesión se hizo de emergencia el día de ayer, dentro del plazo de las 24 horas, e incluso por la cual se puso a las 11:30, dado que la noticia que motiva esta reunión nos llegó entre las 10:30 y 11:00 de la mañana, y para no reñir con el ordenamiento se está respetando las 24 horas primero, lo segundo efectivamente es un tema de análisis donde una propuesta de acuerdo pero si no se ratifica las actas anteriores, lo cual no estaba dentro de la agenda o por lo menos esta acta que se indica efectivamente los acuerdos deberían quedar en firme hasta la próxima sesión, y en la próxima sesión que sería el jueves 11 de mayo, de lo cual ya está es espacio reservado podría procederse a la ratificación de todas las actas, y a la ratificación de los acuerdos. Es una situación que se da al país efectivamente, como lo expone el Dr. Arroba de la no apertura del libro catorce, recuerden que quedamos en una zona ahí de transición entre el cierre de un libro y la apertura del otro. El Dr. Pérez indica que, para ir solucionando que hay actas extraordinarias y hay asuntos extraordinarios que se salen de lo ordinario, y en ese mismo orden de ideas esta es una sesión extraordinaria que se sale de lo común, entonces cuando tengamos otra sesión ordinaria se puede ratificar todo lo pendiente, discrepo totalmente de todos los criterios legales, pero se sale de todo, nosotros si podemos acordar hoy un acuerdo urgente porque se sale de la ordinalidad de las cosas. Esto se tomó con fecha y todo, así como lo decía el

## COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

### REPÚBLICA DE COSTA RICA



Dr. Porras en ese orden que ya nosotros habíamos hecho, y se tiene que seguir haciendo. Esta acta extraordinaria no tiene nada que ver con la ordinalidad de las otras cosas. El Dr. Carrillo comenta que ya se perdieron 10 minutos de sesión. Lo ideal sería colocar como punto único esta parte y podemos dejar inclusive punto 4 la ratificación si fuera el caso, y si no da tiempo por lo menos ver de primero el tema al que vinimos el día de hoy. El Lic. Chinchilla indica que sí se puede.

El Dr. Carrillo somete a votación el acuerdo.

**ACUERDO No. 1** Se acuerda aprobar el orden del día de la sesión extraordinaria IX del cuatro de mayo del año dos mil veintitrés, **Contenido:**

Artículo Primero. Comprobación del quórum.

Artículo Segundo. Aprobación del orden del día de la sesión extraordinaria IX-2023.

Artículo Tercero. Última actualización hecha por el FDA para el uso de la vacuna ancestral y la vacuna bivalente. Artículo Cuarto. Ratificación del acta VIII. **ACUERDO UNÁNIME Y FIRME.**

**ARTÍCULO TERCERO. Última actualización hecha por el FDA para el uso de la vacuna ancestral y la vacuna bivalente.**

El 18 de abril, la FDA hizo una enmienda para la autorización del uso de emergencia de la vacuna bivalente contra Covid-19 de Pfizer-BioNTech, con el fin de simplificar el esquema vacunal para la mayoría de las personas. Esto incluye la autorización de las vacunas bivalentes (cepa original y ómicron BA.4/BA.5) para ser usada para todas las dosis administradas en individuos de 6 meses de edad y mayores, para una dosis adicional, o dosis para ciertas poblaciones. La vacuna monovalente de Pfizer-BioNTech no está autorizada para seguir siendo utilizada en los Estados Unidos. La mayoría de los individuos, dependiendo de su edad, que hayan sido vacunados previamente con la vacuna monovalente contra Covid-19, que no han recibido una dosis de la vacuna bivalente, deben recibir una única dosis de la vacuna bivalente. La mayoría de los individuos que ya recibieron una dosis única de la vacuna bivalente, no son elegibles para otra dosis con la bivalente. Individuos de 65 años y más que recibieron una dosis de la vacuna bivalente, pueden recibir una dosis adicional al menos 4 meses después de haber recibido la dosis bivalente. La mayoría de los individuos con cierto tipo de inmunocompromiso que han recibido una dosis de la vacuna bivalente, pueden recibir

## COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

### REPÚBLICA DE COSTA RICA



una única dosis adicional de la vacuna bivalente, al menos 2 meses después de haber recibido una dosis de la vacuna bivalente; y dosis adicionales, serán administradas en los intervalos, y a discreción de lo que determine el proveedor de salud. Sin embargo, para individuos inmunocomprometidos entre 6m y 4 años de edad, la elegibilidad para dosis adicionales dependerá de las vacunas previamente recibidas por la persona. La mayoría de los individuos que no hayan recibido ninguna vacuna (es decir, no estén vacunados contra Covid-19), pueden recibir una única dosis de la vacuna bivalente, en lugar de recibir múltiples dosis de las vacunas ARNm monovalentes originales. Niños con edades entre los 6m y 4 años que no han recibido nunca la vacuna contra Covid-19, deben recibir una serie de tres dosis de la vacuna bivalente Pfizer-BioNTech. Niños mayores de 5 años deben recibir una única dosis de la vacuna bivalente contra Covid-19 de Pfizer-BioNTech. Niños con edades entre los 6m y 5 años de edad, que han recibido una, dos o tres dosis de la vacuna monovalente contra Covid-19, pueden recibir una vacuna bivalente, pero el número de dosis que reciban dependerá de la vacuna y de su historia vacunal. “En esta etapa de la pandemia, los datos respaldan la simplificación del uso de las vacunas Covid-19 bivalentes de ARNm autorizadas y la agencia cree que este enfoque ayudará a fomentar la vacunación en el futuro”, dijo Peter Marks, M.D., Ph.D., director de la Centro de Evaluación e Investigación de Productos Biológicos de la FDA. “Ahora hay evidencia disponible de que la mayoría de la población de EE. UU. de 5 años de edad en adelante tiene anticuerpos contra el SARS-CoV-2, el virus que causa el Covid-19, ya sea por vacunación o infección que puede servir como base para la protección brindada por las vacunas bivalentes. Covid-19 sigue siendo un riesgo muy real para muchas personas, y alentamos a las personas a considerar mantenerse al día con la vacunación, incluso con una vacuna bivalente Covid-19. Los datos disponibles siguen demostrando que las vacunas previenen los resultados más graves de la Covid-19, que son enfermedad grave, hospitalización y muerte”. Vacuna Pfizer-BioNTech Covid-19, bivalente La seguridad y efectividad de la vacuna bivalente contra el Covid-19 de Pfizer-BioNTech se basa en los análisis previos de la FDA de datos de ensayos clínicos de la vacuna monovalente contra el Covid-19 de Pfizer-BioNTech para uso en personas de 6 meses de edad en adelante, en los análisis de una vacuna bivalente en investigación de Pfizer-BioNTech contra el Covid-19 en personas mayores de 55 años, así como datos de seguridad con Pfizer-BioNTech Covid-19 en individuos

## COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

### REPÚBLICA DE COSTA RICA

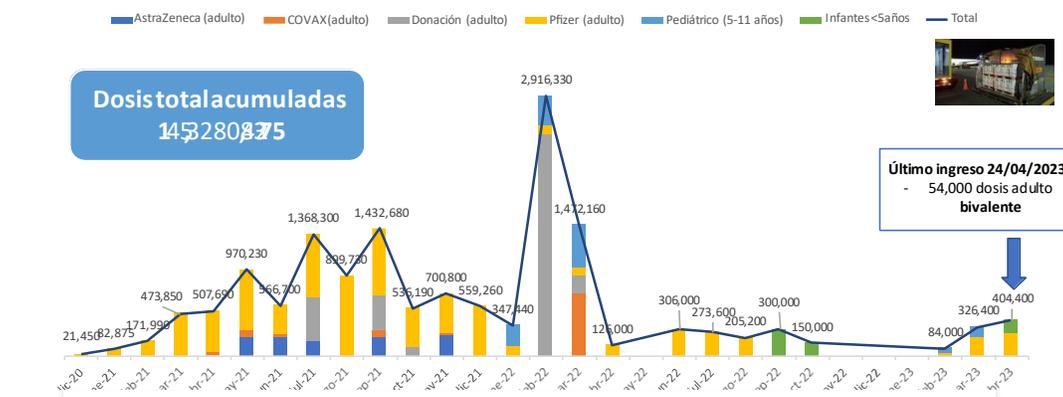


de 6 meses de edad y mayores y datos de respuesta inmune en individuos de 6 meses a 4 años de edad. Además, la efectividad de una dosis única está respaldada por datos observacionales de Inglaterra sobre la eficacia de una dosis de la vacuna monovalente de Pfizer-BioNTech. Entre los individuos de 12 a 17 años de edad que habían recibido solo una dosis de la vacuna Pfizer-BioNTech, aquellos que tenían evidencia de infección previa con variantes alfa, delta u ómicron tenían una mayor protección contra la infección sintomática de ómicron en comparación con aquellos sin evidencia de infección previa. Vacuna Pfizer-BioNTech Covid-19, bivalente. Los datos acumulados con la vacuna bivalente Covid-19 de Pfizer-BioNTech en investigación (original y ómicron BA.1) y con la vacuna monovalente de Covid-19 son relevantes para la vacuna bivalente Pfizer-BioNTech porque estas vacunas son fabricadas usando el mismo proceso. Con las autorizaciones de hoy, se ha actualizado y consolidado la ficha técnica de la vacuna bivalente contra Covid-19 de Pfizer-BioNTech. La vacuna ahora tiene una hoja informativa para proveedores de atención médica y una hoja informativa para receptores y cuidadores, en lugar de diferentes hojas informativas para los distintos grupos de edad autorizados. En junio, la FDA tendrá una reunión para discutir la composición de las cepas de la vacuna contra Covid-19 para el otoño del 2023. Tal como hace la FDA con las vacunas contra influenza estacional, la agencia buscará la opinión del comité sobre qué variantes y linajes del SARS-CoV-2 es más probable que circulen el próximo año. El Dr. Marín indica que, como parte de la reunión le solicitó al Dr. Esteban Vega que presentara un informe con la cantidad de vacunas que hay de monovalentes y bivalentes. El Dr. Vega indica que lo acompañará la Dra. Daniela Aburto para ayudarle a proyectar.



## Ingresos de Vacuna COVID-19

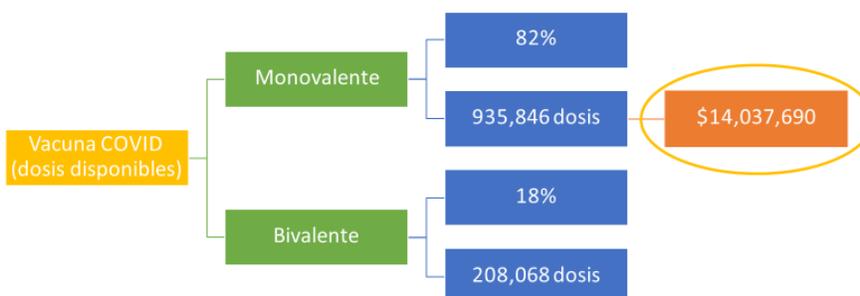
Ingresos de vacuna COVID-19 al 04 de mayo de 2023



## Balance de ingreso de vacunas 2023

Tipo vacuna	Dosis totales 2023	Total dosis recibidas al 24/04/2023	%	Saldo pendiente (dosis)
Adulto bivalente	507,600	507,600	100.0%	0
Pediátrico (5-11 años)	158,400	158,400	100.0%	0
Infantes (6m a 4a)	148,800	148,800	100.0%	0

## Saldo de dosis de vacuna disponible por tipo al 04/05/2023



## COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

REPÚBLICA DE COSTA RICA



La Dra. Aburto comenta que, disponibles lo que sería vacuna monovalente Pfizer adulto en sus dos presentaciones Pfizer la que conocíamos inicialmente como tapa morada, que es la que requiere dilución y tapa gris, que no requiere dilución. Dos fechas de vencimiento, un primer bloque para este mes de mayo, para el último día de mayo, que es la cantidad menor, y el bloque más grande, que es el de julio 2023. En total, tanto sumando lo que tiene la red de servicios de salud como lo que hay administrado en el Almacén Central, hay un total de 797976 dosis de esta vacuna, con la vacuna pediátrica para la población de 5 a 11 años, siempre dentro del bloque monovalente, hay un saldo de 66350 dosis, que tiene una fecha de vencimiento para septiembre de 2023, y en el caso de la vacuna para poblaciones de 6 meses a 4 años hay 71520 dosis disponibles a la fecha con dos fechas de vencimiento, septiembre de 2023 y octubre 2023. En la tabla para que quedara la información lo más completa posible de vacuna bivalente para adulto, que es la última que se ha estado recibiendo en este año, tenemos una fecha de vencimiento de agosto de 2023 y un saldo total de dosis de 208068 dosis. Por tipo de vacuna, en el caso de la monovalente, se tendría que estar del saldo total de dosis disponible en la institución, esa representa el 82% para un total de 935846 dosis. En términos económicos y al precio, de lo que se pagó esta vacuna significaría un total de 14037690 de dólares. En el caso de la vacuna Bivalente, esto representa un 18% del total que tenemos disponible a la fecha para 208068 dosis, aquí sí consideramos, pues en vista de lo que estamos o lo que se está analizando, lo que discuten la Comisión, pues recalca el cuánto es lo que representa. En monto económico, el salto actual de vacuna monovalente para sus diferentes enfoques poblacionales. El Dr. Marín comenta que ya CNE entregó absolutamente todas las dosis, no queda ninguna dosis flotante, lo cual se hace un poco más difícil hacer un

## COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

### REPÚBLICA DE COSTA RICA



cambio de bivalente. Quedan 200000 dosis de bivalente, y hay que buscar también fondos para continuar los esquemas. El Dr. Porras consulta cuánto es en dólares de lo que se tiene en bivalente. El Dr. Vega de la O indica que invitó al gerente médico el Dr. Álvarez para unirse a la reunión a las doce horas y catorce minutos de la tarde. La Dra. Aburto menciona que, con las vacunas bivalentes representaría un total de 3121020 dólares. Se traía incluido, sin embargo, nos enfocamos en lo que estaba en discusión. Como decía el doctor Marín, efectivamente ese es el balance de ingreso de vacunas para 2023, ya la semana pasada terminamos de recibir la última entrega, lo que ahora hay ahora visible y disponible, es lo que hay para movilizar y utilizar. El Dr. Carrillo agradece la presentación e indica que la reunión es basada por la recomendación que hizo el FDA, que es en realidad dejar de aplicar la monovalente y empezar a aplicar la bivalente a la población, como lo llegó a exponer el Dr. Arroba en el entendido de que aún quedan casi millón de dosis de monovalente, y se tendría que ir viendo cómo organizarse para no tener una pérdida de 14 millones de dólares, al igual que preocupa la fecha de vencimiento del primero lote con código 15 que dice que vencen unas en mayo y las otras en julio. De esas 797976 cuántas vencen en mayo. La Dra. Aburto comenta que esa información se actualizó hoy a tempranas horas de la mañana de lo que era saldo de la red, específicamente lo que es la coordinación nacional de servicios farmacéuticos estaba trabajando en el detalle. Solo tenían el bloque completo por código. En el Área de Almacenamiento y Distribución (ALDI), más en central de lo que vende en mayo, es un total de 17550 dosis, sin embargo, es importante señalar que esto es lo que ya va quedando de remanente posterior a lo que se ha ido trasladando a los centros de salud y que ellos puedan tener disponibles ahí para su uso. El Dr. Carrillo indica que, 17 mil más o menos 780 que quedarían con vencimiento en julio. La Dra. Aburto comenta que lo que hay en el ALDI es 17550 y lo que se vence en mayo, y 131160 lo que vencería en julio 2023. El resto es el saldo en red de las 649266, la coordinación que es el ente técnico, que cubre a todos los servicios de farmacia, que estaba trabajando en el detalle, no se tiene un desglose de cuánto en mayo y en julio lo que sí es visible es que la mayor concentración está en julio sin embargo queda el dato pendiente de remitirse. El Dr. Carrillo indica que es un dato muy importante porque hay unas que definitivamente ya se vencen en mayo y esas ya no se pueden aplicar más, y luego julio que son dos meses más adelante, y después ver las que se vencen en septiembre,

## COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

### REPÚBLICA DE COSTA RICA



y otras en octubre, sin contar las bivalentes que ingresaron de último y casi ya se aplicado en su totalidad. La Dra. Matus comenta que, si existe la posibilidad de hacer un intercambio de las que hay de monovalentes por bivalentes, si existe la posibilidad, y lo otro asumiendo que esta situación está en otros países, que es lo que están haciendo. El Dr. Carrillo solicita al Dr. Marín para responderle a la Dra. Matus y al mismo tiempo comentarles que la Dra. Priscilla Herrera que es la Directora de la Dirección de Regulación de Productos de Interés Sanitario, por si tienen alguna duda de cómo va lo del registro de la vacuna, la pueden escuchar. El Dr. Marín menciona que es extremadamente difícil hacer un cambio en este momento por el desabastecimiento que tenía la Caja en vacunas de menores de 5 años y de 5 a 12 años que se tuvieron que adelantar las entregas. Al no tener vacunas por llegar, se hace difícil en este momento, igualmente se va a hacer una nota, para ver la posibilidad. Lo otro y que es importante solicitarle a la doctora Herrera el tema de los registros. El Dr. Porrás indica que va a hacer un planteamiento en el cual trabajó con muy poco tiempo, dado la urgencia del tema. Esta actualización que es un FDA news release. Es el producto del trabajo del Grupo de la FDA del 26 de enero al 18 de abril que se hizo. Eso significa que estas personas han tenido dos meses y medio para hacer un análisis de una situación que compromete una decisión de salud pública, y nosotros no hemos tenido más de 4 horas. Me parece que esto no es una decisión de urgencia que cambia radicalmente, cómo es nuestra actitud y nuestro esquema de vacunación para la población de Costa Rica, y debe requerir el análisis, tranquilo, revisión de documentos y valoración de lo que es mejor para El País, con lo que tengo yo ahora, que hice de forma muy rápida. Determina que una nación muy poderosa como los Estados Unidos puede tirar al basurero, la vacuna monovalente o hacer un negocio de intercambio con Pfizer y no descartar vacuna que ya compró. **1-)** Deben analizar que se está hablando de 14 millones de dólares, y con esto se va a hacer triple. **2-)** Tomar en cuenta que esto, no es una contraindicación de la vacuna monovalente. Esto es una simplificación del proceso. El documento lo que dice es que la FDA quiere simplificar la aplicación de la vacuna para su población, y nosotros no debemos considerar que esto es una situación obligante o vinculante para nosotros. Les hago algunas observaciones: no es un cambio de eliminación, es un cambio de concepto, cambio de la bivalente como booster, a cambio de bivalente como esquema de vacunación y que en junio probablemente va a ser un esquema de vacunación anual. No le están

## COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

### REPÚBLICA DE COSTA RICA



quitando en ninguna forma el valor a la vacuna que es la monovalente, ni el esquema que nosotros tenemos, simplemente están adaptando su situación a los Estados Unidos. El segundo elemento y que se los leo textualmente dice, los datos en esta etapa de la pandemia en los Estados Unidos respaldan la simplificación del uso de las vacunas, bivalentes de ARNm contra el Covid ya autorizadas, es decir, Moderna y Pfizer, y la Agencia cree que este enfoque ayudará a fomentar la vacunación, no es un enfoque de que de validar, o de decir que lo que estábamos haciendo estaba mal hecho o no, simplemente es un enfoque de cambio de estrategia, de cómo se aplica la vacuna, y eso es muy importante porque yo creo que en algunas situaciones está pensando que nosotros tenemos que cambiar urgentemente porque estamos haciendo algo incorrecto y no es así. Además, dice, ahora se dispone de evidencia de que la mayoría de la población de los Estados Unidos de 5 años o mayores tienen anticuerpos contra SARS-CoV-2 en los Estados Unidos. Cuál es la situación de Costa Rica. No se puede decir que tenemos evidencia, sin ni siquiera de percibir cuánto es el estado de presencia de anticuerpos en la población costarricense que es para la cual vamos a tomar la decisión de que la proteja contra SARS-CoV-2. Observen dos cosas no es que Costa Rica no se haya hecho estudios de anticuerpos, les estoy presentando una situación que la FDA tomó, en un país muy poderoso que puede económicamente hacerlo para una población en la que ellos tienen evidencia de la presencia de anticuerpos en la población de 5 años en adelante, que permite que es lo que ellos van a hacer y nosotros no. Nosotros tenemos que perder 14 millones de dólares no tenemos evidencia de cuál es la serología de la población costarricense y vamos a entrar en un esquema de cambio del concepto de vacunación. **3-)** El Covid-19 sigue siendo un riesgo muy real para las personas, y los datos disponibles continúan demostrando que las vacunas previenen las consecuencias más graves que el uso de la vacuna contra el Covid-19, es una medida de salud pública bien documentada, y que está apoyada por este documento. **4-)** La vacuna bivalente, ellos indican tienen los datos suficientes de seguridad y eficacia basados en estudios clínicos, tiene una eficacia de dosis única respaldada, y tiene hojas informativas que permiten reactualizarse y utilizarse. Lo que están haciendo en los Estados Unidos es armonizar y se los leo textualmente: armonizar la composición de las cepas de las vacunas contra el Covid-19 utilizadas en ellos Estados Unidos, es decir si la bivalente tiene la cepa monovalente más dos cepas de las nuevas variantes de ómicron. Ellos están diciendo no

## COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

### REPÚBLICA DE COSTA RICA



hagamos enredo poniendo bivalente con la cepa monovalente y hagamos armonización y en esa armonización es importante saber cuál es el grado de compromiso que ellos establecieron con Pfizer y Moderna para el uso de solo bivalente, porque es una situación específica de ellos. La hoja que ellos ofrecen en Pfizer y Moderna para el uso de solo bivalente porque es una situación específica de ellos sobre la vacuna bivalente que contiene la cepa original monovalente más dos cepas de la nueva ómicron y se adapta un esquema para su situación. Las observaciones que formule son las siguientes: no hay ningún estudio que permita con evidencia suficiente demostrar que tenemos ese grado de protección en la población, se pueden hacer perfectamente. Se está ante un cambio radical en el esquema de vacunación contra el Covid-19 y ese cambio radical no se puede hacer con el estudio de 4 horas de la noche de ayer. Tenemos la responsabilidad de dedicarle el tiempo que se requiera para estudiar la situación, para ver las consecuencias económicas que la situación tiene y para ver si la población de Costa Rica se puede adaptar a este esquema. Lo otro que es analizar la pérdida que se va a tener de la vacuna monovalente y si el esquema que nosotros tenemos que es usar monovalente con booster de bivalente es un esquema que se debe utilizar hasta que se consuma los recursos que se tienen mientras nos da tiempo de ir consiguiendo lo que se necesita porque si se hace así como se está pensando, quitar la monovalente, no hay suficiente bivalente ni siquiera para cubrir los que quieren un refuerzo, y eso nos va a poner en una situación de crítica. La crítica va a decir que la decisión la tomó la Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología y va a producir una pérdida de recursos públicos que se invirtieron. Es muy importante el proceso de inscripción que automática y obligatoriamente, requieren que la doctora Herrera nos diga que la vacuna en este momento está inscrita en el Ministerio de Salud y que cumple con todos los requisitos que se necesita. Lo otro es que ya no hay edades estamos entre 6 meses y los adultos mayores de 85 años que tienen una pequeña variación ahí, y en la situación que se está ahora con los asuntos judiciales se debe de tener un criterio del Departamento de Legal del Ministerio de Salud, de si lo que decidamos va a ofender a alguno de los jueces. Ahora ante una nueva estrategia y esa estrategia tiene que ser presentada la población, de manera que pueda entenderla, y debe ir bien fundamentada en la evidencia que nosotros generemos aquí del estudio. Lo otro es que siempre digo estos son los Estados Unidos, o es todo el mundo haciendo esto, y en ese tiempo que les dije del cual hice

## COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

### REPÚBLICA DE COSTA RICA



investigación, que siempre reviso como referencia personal. Vacunas Canadá no tiene ningún cambio en este momento. Vacunas del Reino Unido no tiene ningún documento. Vacunas de España no tienen ningún cambio en este momento, y probablemente los tenga, pero se están tomando el tiempo de estudiar la situación para adaptarla a sus propias realidades. De igual manera ellos deben de tener muchas dosis de monovalente acumuladas, y probablemente ellos puedan decir se las vamos a donar a alguien, pero nosotros aquí no se las vamos a donar a nadie, probablemente las vamos a considerar como pérdida. Me parece que de una vacuna que tiene un uso y perder 14 millones de dólares no es lo correcto y como último punto, se requiere de una estrategia, no de preguntar por teléfono a Pfizer, si no de citar aquí con nosotros a Pfizer y que explique porque se tomó la decisión en los Estados Unidos, porque ellos tienen que haber estado involucrados en esa decisión, y cuál es la opinión de los técnicos médicos de Pfizer en relación con un país como Costa Rica que tiene vacuna monovalente y que tiene un esquema diferente. Se requiere más lectura, más búsqueda de todos estos documentos que la FDA habla y finalmente decirles que el CDC no ha hecho ningún cambio. El cambio se produce en la página del FDA, pero no en el esquema que el CDC ofrece como informativo. La Dra. Herrera comenta que, con respecto a la consulta que plantearon, efectivamente, ya se presentaron los trámites para el registro sanitario de ambas presentaciones, la monovalente como la bivalente esos actualmente están en el proceso, para hacer registrada. Aún no ha salido la resolución final por el momento, se encuentran con en proceso de prevención. El Dr. Chaverri consulta que en cuestión de plazos cuándo van a estar autorizadas en el país o qué les falta, que en qué etapa del proceso están porque, uno hubiese esperado entonces que Pfizer hace meses hubiese presentado las cosas, pero no sé si fue que Pfizer hace meses no lo hizo, y lo hizo hasta hace dos semanas, o lo hizo hasta hace un mes, entonces como para poder visualizar qué es lo que sigue entonces, en cuánto tiempo podemos esperar que tenga esas autorizaciones. La Dra. Badilla menciona que fue a inicios de este año, se les hizo una agilización respectiva del registro sanitario fueron prevenidas, y ahora Pfizer tiene que solventar, como las observaciones que recibieron y ellos lo pueden hacer antes, conforme tengan la información, pero el plazo máximo está para el 27 de julio, y de ahí nosotros tenemos que revisarlas. La Dra. Herrera indica que para que subsane también, y es importante mencionar que, al momento no se ha recibido ninguna solicitud para valorar el

## COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

### REPÚBLICA DE COSTA RICA



aumento de vida útil, que es también importante considerar desde el punto de vista de expectativa de vencimiento, por lo que les presentó la doctora Aburto. En caso de recibirse ese tipo de información se le estaría comunicando al Director de Vigilancia y el señor Ministro, para que eventualmente se haga del conocimiento, pero de momento no se ha recibido ese tipo de información. El Dr. Marín consulta que según lo que se leyó en el oficio que la vacuna monovalente, si se fuera a desalmacenar en este momento no tenemos cómo desalmacenarla, porque no hay permisos, pero ya están las vacunas adentro. Hay algún inconveniente como para nosotros decir que eso también es importante y poder dejarlo claro hoy. La Dra. Herrera aclara que la autorización de emergencia es lo que permite que se pueda importar la vacuna sin que tenga registro sanitario, porque en general, la figura que existe es el artículo 117, pero para poder aplicar el artículo 117 se requiere que tengan el registro en una autoridad reguladora, o sea tener permiso en algún lado, tal vez no en el país, pero tiene que tener. En este momento lo que le permite la autorización del uso de emergencia es que sin el registro se puede utilizar acá, y por eso se hace la salvedad en el considerando 4 que una vez que obtenga el registro en alguna autoridad reguladora competente debe someter los requisitos, para registrar la vacuna. Posterior a ese plazo, ya no puede utilizarse ese instrumento, para hacer la importación de la vacuna, pero eso no tiene nada que ver con el tema de la fecha de vencimiento de la vacuna o el lineamiento que dicte el órgano competente, sobre el esquema para su aplicación. La Dra. Badilla aclara que, cuando se le dio la autorización del uso de emergencia a Pfizer se hizo el reconocimiento de la autorización del FDA, fue una de las que la aprobó más rápido, y así se hizo. Cuando Pfizer está solicitando el registro formal de la vacuna, ellos están con el expediente y la información que está probada por EMA; y en Ema actualmente mantienen las dos presentaciones de la vacuna tanto la monovalente como la bivalente. En el momento en que salga el registro ellos lo estarán haciendo basado en lo que está autorizado por EMA, y no tanto por lo que está autorizado por la FDA para que lo tengan en consideración por alguna decisión que deseen tomar ustedes. El Dr. Chaverri comenta que sería muy bueno que los demás fármacos y vacunas que manejaran esto, cada vez que hace cambios la FDA, se cambiaría con las políticas de cáncer, la política de inmunoterapia, y justamente es esto que no ocurre con los demás fármacos. Estoy muy de acuerdo con el análisis del Dr. Porras de darnos más tiempo, para tomar la decisión justamente acá.

## COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

### REPÚBLICA DE COSTA RICA



Con el informe que enviaron el primero de mayo de si seguimos con esa cantidad de primera, segunda, y tercera dosis de aquí a que se vengán, que son 16 semanas, y eso no se va a poder cambiar. Lo que se está colocando son cuartas y quintas dosis que al paso que van las 208 mil van para afuera, porque igual, porque no se tiene que correr después de que se dé el proceso de inscripción se le puede decir a la Caja, se va a tomar esta decisión de este esquema ahora si monte un procedimiento compra, o le damos una autorización de emergencia a lo que sea que decidamos, recordando de que si decidimos tener un esquema combinado monovalente y bivalente en la Caja tiene que hacer dos códigos, se va a tener diferente logística y ahí hay personas que son muchísimo más capacitadas, para poder expresar versus lo que vaya sucediendo con las demás agencias, para sustentar un poco más de lo que decía el doctor Porras, dentro de los Estados Unidos todas las agencias del país están dándose tiempo. La FDA no necesariamente es una cuestión que se diga ya dijeron eso y ahora, y hay que irse por ese lado. El Dr. Carrillo indica que al cierre de la reunión les va a explicar el pensamiento que se tuvo para solicitar la reunión del día de hoy. De acuerdo con lo que indicó la FDA que creo que es un nublado y más bien recordar que ya no se tiene el mecanismo de compra por Comisión Nacional de Emergencias, y que la compra ya no va a ser tan expedita. Lo que se debe garantizar es la disponibilidad de vacunas en este caso. Si FDA ya hizo algún tipo de sugerencia en el entendido que efectivamente se desee y otras organizaciones todavía no han hecho ningún cambio, nosotros tenemos que indicarle a la Caja que, sería el que le tocaría comprarla si fuera el caso. En el futuro próximo de que se nos van a vencer algunas vacunas, se va a perder una cantidad considerable de dinero, y ahí con el vencimiento no hay mucho que se pueda hacer, y es por eso por lo que se solicitó la reunión el día de hoy. Lo que se comentó de otras vacunas, ayer salió lo del virus respiratorio sincitial y eso lo solicité que se vea en menos de un mes. El Dr. Pérez indica que está muy de acuerdo con el Dr. Porras y el Dr. Chaverri de que debemos sacar en esta reunión un acuerdo de previsión para la Caja con respecto a este tema. La Caja debe ver este tema a lo interno porque la vacuna contra el Covid-19, ya está en el esquema nacional, y se vaya tomando todo este tipo de previsiones, todas las estimaciones de pacientes y las estimaciones de vacunas, que se tengan hasta el momento para que cuando llegue sea un cambio paulatino, y así para que no queden pacientes sin vacunas. El Dr. Vega menciona que tal vez para el tema de esa ventana de tiempo que se va a tener de

## COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

### REPÚBLICA DE COSTA RICA



aquí a julio más o menos, para cual decisión de apoyar la vacuna y no hay decreto de emergencia y ya se ha dicho el tema CNE, y ante el escenario que eventualmente le corresponde a la Caja. Hay que empezar a tener algunas discusiones más de un ámbito político financiero, de hecho, en Junta Directiva se tocó ese tema, y ustedes saben de qué la Caja está con un presupuesto 2023 en ejecución que se planificó a finales del 2022 y venir en este momento a plantear equis monto de dosis, hoy en medio camino tiene que ser una decisión que se tiene que analizar muy bien, y es una decisión de Junta Directiva. El tema de si se va a apoyar o no así expresamente y transparente, así lo indicaron en la Junta en pleno, ahora eso va a ser una decisión de Junta y los representantes Caja ante la Comisión. Esta Comisión tiene que también previo a la decisión que se vaya a tomar analizarlo integralmente desde el punto de vista de las posibilidades financieras, y eventualmente de fuentes de financiamiento externas. En algún momento a finales de la administración pasado hubo algún acercamiento entre Presidente Ejecutivo y el anterior ministro de salud para poder tocar puertas de cómo se iba a dar sostenibilidad al Plan Nacional de Vacunación que es tema primer nivel de atención y la institución ha venido asumiendo históricamente que es una inversión de millones de dólares, fueron discusiones que estuvieron ahí. En este caso en particular pensando en vacunas del Covid y otras que mencionó el Dr. Carrillo, tenemos esa ventana de tiempo para empezar a sentarnos y ver de qué forma podía hacerse viable. El Dr. Carrillo menciona que efectivamente es lo que se está buscando, siempre se le debe garantizar a las personas la disponibilidad de vacunas, y se tiene que empezar a prever. No se puede decir que en Estados Unidos va a pasar lo mismo que acá, por lo general en algunas cosas si se presenta esa forma, pero también quiero indicar lo que nos mencionó el Dr. Porras que hay muchos datos que probablemente ellos tengan que nosotros no vamos a tener. Hay que tomar el tiempo para analizarlo y también ver la parte de logística que tiene que tomar la Caja al respecto de la decisión correspondiente, y en ese sentido es que se debe avanzar, para ir haciendo el cierre de la reunión con un acuerdo que tengamos que tomar al respecto a la información que tengamos que solicitar a la Caja. El Dr. Marín menciona, que se debería tomar un acuerdo, para que la Caja vaya buscando la posibilidad por el ritmo que se lleva de la vacuna bivalente que va a alcanzar para dos meses, y como indicaba el Dr. Chaverri la mayoría de las personas lo que van a usar es la vacuna bivalente, después cuando ya no se tenga vacunas

## COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

### REPÚBLICA DE COSTA RICA



va a ser un tremendo problema para la parte de salud pública del país no contar con las vacunas. Uno de los acuerdos para que se envíe hoy a la Junta Directiva de la Caja, es informar que quedan 208 mil vacunas bivalentes y se debe ir buscando la posibilidad de comprar más vacunas que casi con total seguridad se va a dejar el esquema en vacunas bivalentes en un futuro. El Dr. Porras menciona que de toda la discusión se deben de rescatar algunas cosas, no es lo mismo hablar de pérdida de 9 millones de dólares en el sentido de que las vacunas están ahí, y la población no se las puso esa es una forma de hablarlo, y eso se tiene que comparar con que se perdieron 9 millones de dólares porque la Comisión se le ocurrió cambiar el esquema. Son dos formas en que la comunidad va a percibir diferente la pérdida. Las vacunas están ahí en una ejecución de responsabilidad de nosotros de que los costarricenses tuvieran la vacuna disponible, y si ellos no se la ponen, la comunidad tiene una responsabilidad en la pérdida. Si ustedes lo plantean como un cambio de esquema, y la comunidad va a decir, es que ustedes no me van a poner la vacuna que yo necesitaba, y eso no es cierto. Hay que explicar bien a la comunidad lo que está pasando y se debe transmitir desde mi punto de vista con una buena presentación acompañada de la presencia del Dr. Carrillo, y él se debe presentar con lo que es real y basado en evidencia. Se debe explicar bien a la comunidad lo que está pasando. Ahora tenemos otra vacuna que es la ARNm, que puede ser una opción, y habría que ver el nivel de competencia cuál es la mejor opción. Lo otro es que ya es el momento de traer a la gente de Pfizer de nuevo a la Comisión, y la gente de Pfizer debe recibir las siguientes consultas, ¿cuál es su opción para las monovalentes que no se van a usar?, ¿cuáles van a ser los trámites de registro?, y nosotros ponerles un plazo; ¿cuál registro van a hacer, y en alguna forma deben entender que nosotros estamos revisando lo que ellos están haciendo porque antes del inicio de la pandemia no se tenían opciones. Luego se requiere realmente un exhaustivo y bien realizado y diseñado un plan de comunicación con la comunidad. Lo otro es que deben revisar bien la ley, lo que se diga acá es vinculante para la Caja y la ley lo dice así, ustedes deciden, ellos compran y ese ha sido un problema. Lo que pasa es que la Caja va a tener que comprar sin tener los recursos para comprar. Se debe de tener cuidado de cómo se va a hacer una declaración de vinculación a la Caja y ese proceso de decir de estar realizando, probablemente va a ser el nuevo esquema, es importante tomar las previsiones. Por último, es el grupo de Israel que siempre ha sido la similitud de

## COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

### REPÚBLICA DE COSTA RICA



Estados Unidos que está procediendo, y los canadienses que tienen esa opción. La decisión de esta Comisión debe ser basada en EMA, y eso hay que discutirlo muy bien con Pfizer, o cuáles van a ser el punto de la agencia de referencia que se va a utilizar para ser extremadamente transparentes en la comunicación con la comunidad. El Dr. Vega indica que se deben de retirar porque estaban con permiso de la Junta, pero ya vinieron a buscarlos. Agregar a modo de sugerencias que es muy importante que llamen a Pfizer para una buena campaña de comunicación, para de aquí a julio tratar de incentivar y motivar lo que hoy se tiene, porque no era simplemente un negocio, ya se vendió y me olvide de lo que haya pasado, si no el tema de como promover de manera conjunta una campaña que incentive al máximo la confianza de la vacuna monovalente, para que cuando se llegue a julio, se indique que se hicieron los esfuerzos de manera intensiva hasta el último punto con la compañía para poder hacer uso de esas vacunas, y ya ellos han manifestado en algunos foros de estar anuentes a hacer campañas masivas para estimular, fomentar y que no digan en ese momento ya la monovalente no existe y que el que la tiene vean a ver cómo le hacen, y ahora se van a centrar en el portafolio de bivalente, y ese no sería el mensaje, y ellos jamás lo van a hacer de esa forma. A modo de sugerencia se debería de coordinar con Roberto Dormond, y todo su equipo para poder accionar un mecanismo intensivo de comunicación. El Dr. Randall y el Dr. Esteban Vega de la O se retiran al ser las doce con cincuenta y tres minutos de la tarde. El Dr. Carrillo indica que, está de acuerdo con lo que han indicado, es importante que si se va a haber algún tipo de indicación a la Caja de que puede que esto venga en algún momento para que la Caja haga sus proyecciones es importante saber cuál va a ser la población a vacunar y en ese sentido considero importante ver también lo que recomienda la FDA para determinar en su momento, si esta va a ser la población destinada que se puede hacer en Costa Rica, porque ellos necesitan hacer una proyección como se hace actualmente con la influenza. El Dr. Pérez indica que es importante hacer una previsión a la Caja de lo que se está analizando y el acuerdo luego enviarlo a la Junta Directiva, para que vayan buscando con sus entes toda esta situación, y lo otro es que no se deje nada en firme excepto si ustedes gustan la invitación a Pfizer, que todos acá tienen claro de que urge. La Dra. Madrigal les recuerda que aproximadamente hace dos meses la Dra. Abarca consultó que, cuál sería la población la cual se le debía colocar la vacuna bivalente, y si estas 200 mil dosis que quedan se van a seguir aplicando así por la

## COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

### REPÚBLICA DE COSTA RICA



libre al que se las quiera poner o van a ser para los mayores de 60 años, pacientes comorbilidades, es una consulta que reiteradas veces la ha llegado hacer. El Dr. Carrillo indica que basándose en lo que mencionó el Dr. Porras se debe de tomar una decisión más adelante con datos, cuándo se podría llegar a hacer, o si vamos a apegarnos a lo que recomendó la FDA en Estados Unidos, el asunto es que esas vacunas están por vencer, no se puede tomar una decisión de cambiar el esquema, porque probablemente ya no se va a poder hacer eso, mientras le enviamos a la Caja la información que se trajo el día de hoy, y de que vayan tomando previsiones. El Dr. Pérez propone una reunión con la Junta Directiva, con algunos representantes de la Comisión, puede ser el Dr. Porras que tiene muy claro el tema y se puede invitar al Dr. Esteban Vega de la O que también es parte, y a Financiero. La Caja en estos momentos no ha recibido del Ministerio o la Comisión que ya no hay emergencia, y que debe seguir comprando todo lo que se autoriza, no recuerdo un acuerdo que haya salido de esta Comisión indicando eso. Es mejor hacer una reunión y que se tomen las decisiones y se compartan con la Comisión. Al no tener esto claro la Junta Directiva no solo quiere involucrar a fondos públicos de ellos sino a otras instituciones para la compra de esto, y esto es una decisión de la Junta que es el máximo órgano que pueda compartir con ustedes y se puedan llegar a algún acuerdo. Hacer una pequeña exposición, así como lo hizo el Dr. Porras con ideas muy claras muy concisas, para luego tomar un acuerdo. El Dr. Carrillo indica que la Comisión nunca ha dicho que la Caja tiene que hacerlo. Si la vacuna está en el esquema básico de vacunas, en este caso se debe garantizar la disponibilidad de las vacunas y correspondería al prestador de servicios garantizarlo de esa forma. Los abogados que me lleguen a corregir lo que dice la ley y no el reglamento. El Dr. Pérez indica que la Caja no puede comprar hasta que no se inscriban las vacunas. La Caja compra vacunas que se incluyen al esquema cuando están inscritas para tener una ficha técnica oficial. La ficha técnica no la puede originar en medicamentos que no están inscritos ni siquiera por emergencia. Esto es un punto que nosotros le respondimos al Ministerio de Salud, a la Junta Directiva del porqué la Dirección de Farmacoterapia no puede generar una ficha técnica e institucional en este momento, es un aspecto que hay que valorar. El Dr. Carrillo ahora viene otra preocupación con lo que acaba de indicar el Dr. Pérez, tenemos registros vencidos, aunque se hayan hecho por emergencia, preocupa lo que se está trayendo aquí y efectivamente, dentro de los acuerdos va a estar

## COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

### REPÚBLICA DE COSTA RICA



que países no han presentado los documentos que se le pidieron desde hace tiempo, sin embargo, se está en un serio problema. El Dr. Marín indica que lo que sí es cierto es que ya la CNE cumplió con todo lo que iba a comprar. Esas son las vacunas que quedan, la que podría comprar las vacunas de aquí en adelante, excepto que el MS que no tiene plata, puede hacer algo, sería la Caja, y por eso no hay ni una sola vacuna más, hay un oficio comunicado de prensa, en donde ellos ya dan por concluido el tema, y que serían las autoridades de salud las que tendrían que asumir la compra de las vacunas. Honestamente prefiero que la semana entrante si lo tienen a bien reunirse con Pfizer y citamos a la Dra. Abarca para ver la proyección de las vacunas bivalentes que son las que preocupan más en este momento y ver todo con Pfizer para ver desde el punto de vista de permisos, si va a seguir para adelante con la vacuna monovalente o se va a concentrar solamente con la vacuna bivalente. El Dr. Carrillo solicita reunión para la próxima semana y la recomendación después de ver los datos suministrados por la Caja, solicitar a Pfizer una reunión y todo no en menos de una semana. Luego en esta Comisión hay representantes del Ministerio de Salud, representantes de la Caja, representantes de sociedad civil, representantes de los niños, hago el comentario porque se está hablando de un tema de salud pública y el Ministerio de Salud es el rector de la salud de este país, y si el Ministerio de Salud indica que hay que hacer algo, hay que hacerlo y si la Caja tiene que hacerlo, lo va a tener que hacer. No se está hablando de plata, o gasto en salud, me refiero a inversión en salud, y voy a hacerlo vehementemente posible siempre cuando se hable de ese tipo de cosas, aquí no se va a interponer nada económico ni nada logístico por encima de la salud pública. La ley dice que es deber del Estado velar por la salud de los costarricenses y recae sobre el Ministerio de Salud hacer la rectoría respectiva, y la Caja se creó como el prestador de servicios públicos por excelencia. En ese sentido si hay que hacer alguna instrucción de parte del Ministerio de Salud para que la Caja los compre, y se tendrá que hacer.

Me disculpo con todos, porque yo les prometí que no quería hacer ese tipo de cosas, de vernos todos los jueves, pero es que las compras en la caja duran mucho tiempo y la verdad es que tenemos que garantizar la disponibilidad de esta y de otras vacunas también y tampoco vamos a quitarle el derecho a tener acceso a otras vacunas, solamente volver una y quiero secundar lo que dijo el doctor Chaverri, yo quiero que

## COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

REPÚBLICA DE COSTA RICA



también en este país apenas tengamos algo nuevo sobre vacunas importante, lo veamos en esta comisión lo antes posible, como algo urgente.

Los señores miembros de la comisión someten el acuerdo a votación.

**ACUERDO No. 2** Se acuerda que haya una reunión extraordinaria el próximo 11 de mayo, que se invite a Pfizer para conocer su opinión en relación con la vacuna monovalente y posible recambio con vacunas bivalentes; además conocer sobre el registro de la vacuna ante la DRPIS. Invitar a la Dra. Leandra Abarca para conocer detalles sobre la población a vacunar con vacuna bivalente. Solicitar a la OPS criterio sobre el uso de la vacuna contra Covid-19 (monovalente y bivalente) en relación con la enmienda hecha por FDA.

**ACUERDO No. 3** Se acuerda hacer revisión sobre la enmienda hecha por FDA, en relación con el uso de la vacuna contra Covid-19, y que se presente en la sesión ordinaria del mes de junio. Presentar datos epidemiológicos de Covid-19 en el país (Dirección de Vigilancia de la Salud); PAI de la CCSS que presente los datos sobre vacunación en el país.

### **ARTÍCULO CUARTO. Ratificación del acta VIII.**

Se indica que queda pendiente para ver en la próxima sesión.

El Dr. Alexei Carrillo Villegas, en su calidad de Presidente de la Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología, finaliza la sesión extraordinaria IX al ser la una y veinticinco minutos de la tarde del cuatro de mayo del año dos mil veintitrés.

### **ACUERDO No. 4**

Se acuerda modificar que las actas VIII y IX del 2023 a fin de que se consigne correctamente en el texto que ambas fueron extraordinarias y no ordinarias. **ACUERDO UNÁNIME Y FIRME.**

### **CONTINUACIÓN DEL ACTA No.7 del 25 de abril del 2024.**

### **ARTÍCULO CUARTO. Estado actual del SINOVAC e interoperabilidad.**

La Dra. Sandra Delgado procede a realizar la presentación en relación con el estado actual del SINOVAC y la interoperabilidad en el tema de vacunas.

Comenta la Dra. Delgado que se referirá a la optimización de la gestión de la inmunización. Hace referencia a los antecedentes del SINOVAC.

Se procede a poner la presentación realizada por la Dra. Delgado en relación con el SINOVAC y los datos generales del sistema.



MINISTERIO DE SALUD

GOBIERNO DE COSTA RICA

# Sistema Nominal de Vacunación (SINOVAC)

## Optimizando la gestión de la inmunización

Dra. Sandra Delgado Jiménez. MD, Msc

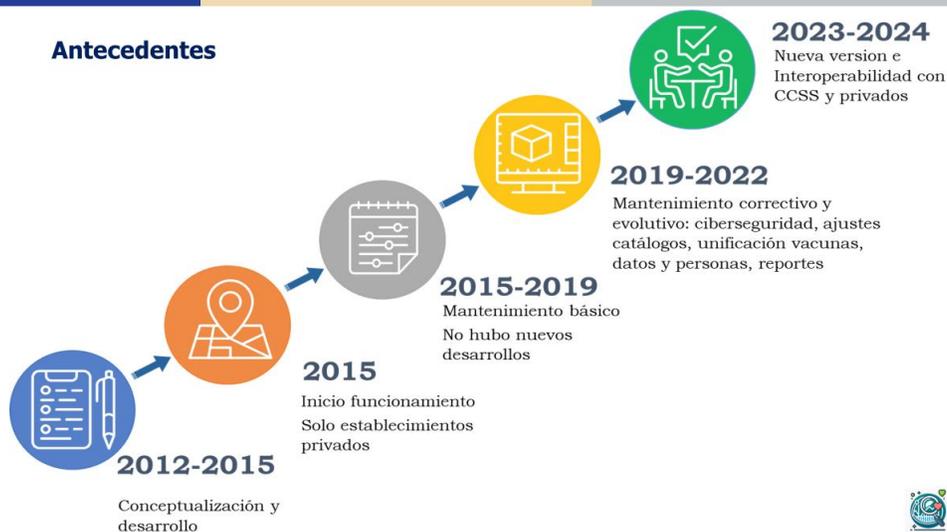
Unidad de Indicadores de Salud

Dirección de Vigilancia de la Salud

25/04/2024



### Antecedentes



¿Qué es el SINOVAC?



MINISTERIO DE SALUD

GOBIERNO DE COSTA RICA

<p>Sistema para recolectar, integrar, analizar oportunamente la información sobre las coberturas de vacunación a nivel nacional a fin de cumplir con las funciones estratégicas de la rectoría de la salud.</p> <p>Tiene como propósito apoyar la meta de alcanzar el 100 % de las coberturas de vacunación</p>	<p>Contiene datos nominales e integrados, confiables y oportunos, de todas las vacunas aplicadas en el país.</p> <p>Servicio web que permite la digitación directa por parte de los servicios de salud públicos y privados que aplican vacunas</p>	<p>Capacidad para la interoperabilidad, (estándar HL7)</p> <p>Constituye un módulo del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud Automatizado (SINAVISA).</p>
---	--	--



SINOVAC



MINISTERIO DE SALUD

GOBIERNO DE COSTA RICA

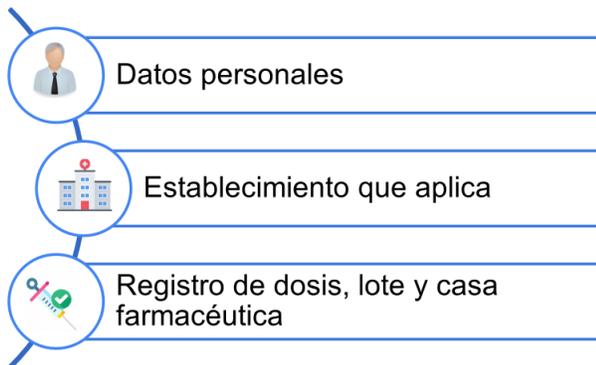


Datos que se integran en el SINOVAC



MINISTERIO DE SALUD

GOBIERNO DE COSTA RICA



Capacidad actual



MINISTERIO DE SALUD

GOBIERNO DE COSTA RICA

- Notificar las dosis aplicadas del esquema básico de vacunación, incluyendo datos personales del paciente, nombre de vacuna, dosis y casa farmacéutica.
- Listado de vacunas por paciente
- Reportes de vacunas según permiso de usuarios
- Reporte materializado para administradores sobre total histórico de datos
- Control de calidad en el registro de vacunas.
- Consulta a bitácoras de auditoría del sistema.
- Servicio web disponible para envío de vacunas



## Capacidad actual



MINISTERIO  
DE SALUD

GOBIERNO  
DE COSTA RICA

- Ciberseguridad
- Administración de usuarios
- Interoperabilidad
- Interfaz del sistema
- Control de calidad
- Reportes



## Nueva versión



MINISTERIO  
DE SALUD

GOBIERNO  
DE COSTA RICA

- Mejoras en base de datos
- Nueva interfaz
- Ajustes de ciberseguridad
- Ajustes de perfiles de usuarios
- Desarrollo de web services
- Modificación para utilizar las guías de interoperabilidad HL7



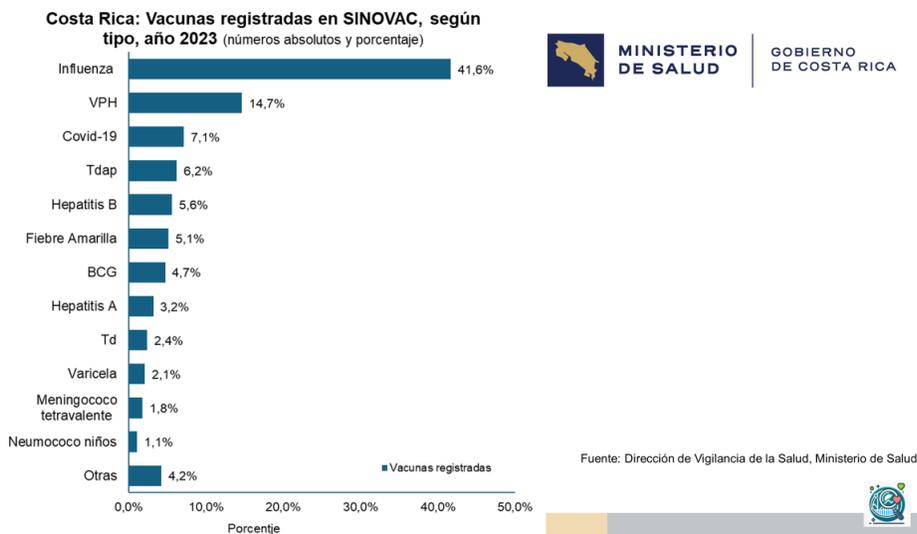
# COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

## REPÚBLICA DE COSTA RICA



The image displays two screenshots of the SINOVAC web application. The top screenshot shows the login page with the title "Sistema Nominal de Vacunación (SINOVAC)" and a login form with fields for "Usuario" and "Contraseña", and an "Ingresar" button. The bottom screenshot shows the main dashboard with a sidebar menu and a central grid of modules: "Registro Diario de Inmunizaciones", "Reportes", "Módulo de Control de Calidad", "Catálogos", "Importación de datos", "Usuarios", and "Bitacora de Cambios". The dashboard header says "Bienvenido(a) al Sistema Nominal de Vacunación (SINOVAC)".





### Usuarios del SINOVAC

1. Establecimientos privados

Persona según establecimiento, requiere verificación de asociación

2. Caja Costarricense del Seguro Social

Perfiles por niveles, nacional, regional y local

3. Ministerio de Salud

Perfiles por niveles, nacional, regional y local

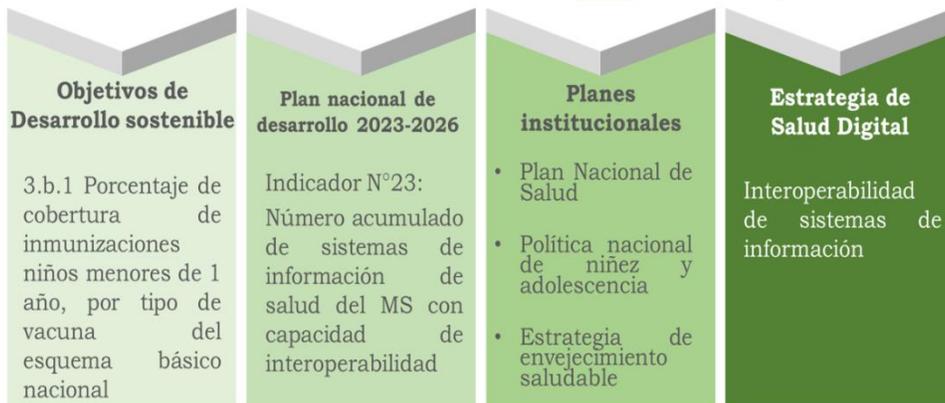


**SINOVAC: relación con objetivos y metas específicos**



MINISTERIO DE SALUD

GOBIERNO DE COSTA RICA



**Disposiciones Contraloría General de la República**



MINISTERIO DE SALUD

GOBIERNO DE COSTA RICA



## Interoperabilidad



MINISTERIO DE SALUD

GOBIERNO DE COSTA RICA

- Equipo interinstitucional CCSS-MS
- Guías estándar HL7
- Interoperabilidad con otros públicos y establecimientos privados

ID	Tarea	Fecha Inicio	Fecha Conclusión	Responsable
4	Realización de ajustes en los sistemas e infraestructura de CCSS y MS, para implementación de interoperabilidad del SINOVAC, de conformidad con las guías de Implementación de HL7 FHIR	30/06/2024	30/08/2024	
4.1	Definición para interoperar SINOVAC			
4.2	Desarrollo por parte de CCSS			
4.3	Desarrollo por parte de MINSA			
4.4	Realizar pruebas conjuntas de acceso y validación de seguridad	04/08/2024	09/08/2024	MINSA - CCSS
4.5	Realizar pruebas conjuntas de mensajes de éxito y error del servidor HL7	11/08/2024	16/08/2024	MINSA - CCSS
4.6	Realizar pruebas de interacción MIRTH - Servidor HL7 MINSA	18/08/2024	29/08/2024	CCSS
4.7	Aprobación y cierre de la etapa	30/08/2024	30/08/2024	MINSA - CCSS
5	Ejecución de pruebas y pase a producción de interoperabilidad de SINOVAC	30/08/2024	30/09/2024	
5.1	Ejecución de pruebas conjuntas			
5.2	Aprobación y definición de elementos para pase a producción			
5.3	Ejecución del pase a producción			
5.4	Seguimiento en producción, con paralelo de procesos analógicos	30/09/2024	30/11/2024	MINSA - CCSS
6	Planificación de la fase 2 de interoperabilidad			
6.1	Sesión de planificación para la implementación de las fichas de investigación de VE01, grupo C, laboratorios, otros datos epidemiológicos fuera de VE01.			

Posteriormente a la presentación realizada, los señores miembros de la CNVE realizan consultas en relación con la información compartida por la Dra. Delgado.

Comenta el Dr. Porras que los requisitos para el uso del SINOVAC son muy complicados para los pediatras; que él ha hecho consultas y le indican eso, que se les piden muchos requisitos para tener un vacunatorio, y también para lo que tiene que ver con el uso del SINOVAC. Indica la Dra. Delgado que el tema de requisitos para vacunatorios no es competencia de la Dirección de Vigilancia de la Salud, que esto más bien es de la Dirección de Servicios de Salud; para que cualquier profesional pueda usar el SINOVAC lo que se necesita

## COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

### REPÚBLICA DE COSTA RICA



es que esté asociado a un establecimiento de salud que tenga el permiso para el vacunatorio, pero quien tiene la obligación para registrarse en el SINOVAC independientemente de si tiene o no vacunatorio, es la persona encargada de la aplicación de las vacunas.

Comenta el Dr. Castro que en el tema del cronograma que fue lo último que se vio, le parece muy importante todo lo que se ha hecho con el SINOVAC y con el SIVEI desde la Dirección de Vigilancia de la Salud en ambas unidades con los encargados respectivos de los temas en cuestión.

Por otra parte, se hace la aclaración que en este momento el Dr. Urcuyo abandona la sesión, que es asumida por la Dra. Marín, directora general de salud a las 10:12 am.

Continúa el Dr. Castro indicando que tiene varios comentarios por realizar en relación con el tema de interoperabilidad y los respectivos sistemas del Ministerio de Salud; además, la oferta hecha por la CCSS para acelerar el proceso respectivo para que la parametrización tanto del SINOVAC como del SIVEI es muy importante para que esto se pueda tener lo más pronto posible.

En relación con los comentarios hechos por el Dr. Porras con los temas de los consultorios, farmacias, etc. es un tema que se debe afinar con la Dirección de Regulación de Productos de Interés Sanitario y con la dirección de Servicios de Salud en relación con los permisos de funcionamiento para tener claro cuáles son los centros privados que son vacunatorios, esto con el fin de poder establecer mecanismos de control para que las vacunas vendidas y aplicadas a nivel privada sean registradas en el SINOVAC y no se pierda esta cantidad tan grande de datos que los vacunatorios privados no están ingresando (registrando) al sistema de información de vacunas del Ministerio de Salud; se quiere hacer de la manera menos traumática posible, pero dado que la gente sigue sin darle importancia a este proceso, se tendrán que tomar medidas más drásticas para que los vacunatorios puedan ingresar las vacunas aplicadas a nivel privado en el SINOVAC; esto, en el caso particular de los pediatras, tal como lo indicó el Dr. Porras, pero esto igualmente aplicaría para los vacunatorios privados en general.

Indica el Dr. Porras que el objetivo fundamental del registro de las vacunas a nivel privado es contar con datos de país (público y privado), para que cuando se comparten los datos de coberturas de vacunación del país a nivel internacional se tengan datos reales y no solo datos de vacunas aplicadas en la CCSS más lo

privado (con un subregistro importante). Por otra parte, refiere que las vacunas no son aplicadas únicamente por pediatras, sino que también otros especialistas como internistas, geriatras entre otros, también aplican vacunas. Es cierto que los pediatras aplican muchas vacunas, pero la mayoría de estas vacunas son aplicadas en la CCSS, y la realidad es que a nivel privado todos vacunan (no solo los pediatras); el objetivo final es vacunas registradas, sin embargo, indica el Dr. Porras que asociar vacunas reportadas con un establecimiento no va a funcionar.

La Dra. Delgado se despide y agradece por el espacio brindado para poder informar y actualizar a los miembros de la CNVE en relación con el tema de interoperabilidad con CCSS y también el tema de la vacunación a nivel privado y que sería importante que la parte privada pueda registrar el 100% de las vacunas que son aplicadas a nivel privado.

**No se toman acuerdos, el tema fue informativo únicamente.**

#### **ARTÍCULO QUINTO. Informe DVS sobre dengue**

La Dra. Adriana Alfaro, de la Dirección de Vigilancia de la Salud procede a realizar la presentación sobre la situación de dengue en el país y en la región.

Comenta la Dra. Alfaro que la OPS a raíz del aumento de la circulación del dengue a nivel global y regional (en América) activó su mecanismo interno de respuesta a emergencias en diciembre del 2023 para apoyar los esfuerzos de los Estados Miembros en la preparación y respuesta.



### **Situación del Dengue en Costa Rica**

Dra. Adriana Alfaro N. MQC  
Epidemióloga responsable Arbovirosis  
Dirección Vigilancia de la Salud



MINISTERIO DE SALUD

GOBIERNO DE COSTA RICA

## Contexto epidemiológico del dengue en las Américas

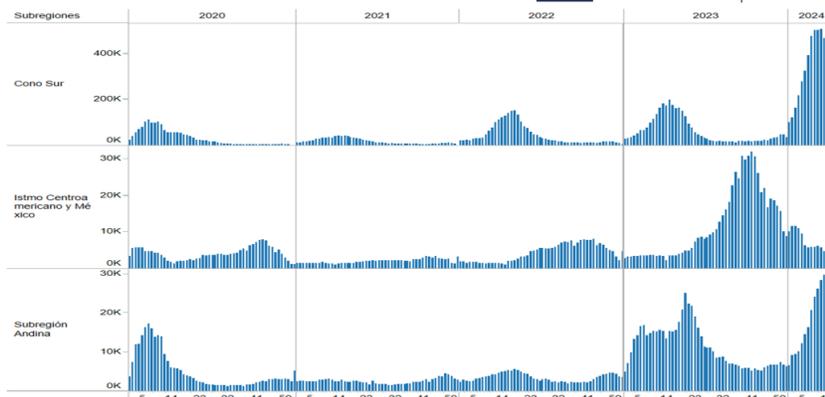
- A raíz del aumento de la circulación del dengue a nivel global y en la Región de las Américas, la OPS activó su mecanismo interno de respuesta a emergencias en diciembre del 2023 para apoyar los esfuerzos de los Estados Miembros en la preparación y respuesta.
- El dengue plantea actualmente un importante desafío para la salud pública global debido al aumento de casos y de la extensión del área endémica que se han registrado en las últimas tres décadas.
- Los datos reportados muestran que el 2023 ha sido el año de mayor número de casos de la historia de nuestra Región.
- Hasta la semana epidemiológica 52 del 2023 se reportaron 4.495.995 casos, de los cuales 7.537 fueron casos graves y 2.289 fallecidos.
- El 2024 ha iniciado con un incremento de casos en los países de América del Sur, que están entrando en su período de más alta transmisión anual

## Casos de dengue subregiones América 2020-2024



MINISTERIO DE SALUD

GOBIERNO DE COSTA RICA



Fuente: Plataforma de Información en Salud de las Américas (PLISA). Datos reportados por los Ministerios e Institutos de Salud de los países y territorios de la Región.

Casos de dengue en las Américas 2023-2024



MINISTERIO DE SALUD

GOBIERNO DE COSTA RICA

Región	2023		2024	
	Dengue grave	Total	Dengue grave	Total
América del Norte	0	156	6	371
Caribe Latino	253	29,214	86	8,051
Caribe No Latino	78	40,877	4	23,105
Cono Sur	1,877	3,282,570	3,001	4,815,805
Istmo Centroamericano y México	2,112	624,516	450	101,858
Subregión Andina	3,631	595,432	1,398	265,323
Las Américas	7,951	4,572,765	4,945	5,214,513



Fuente: Plataforma de Información en Salud de las Américas (PLISA). Datos reportados por los Ministerios e Institutos de Salud de los países y territorios de la Región.

Casos graves de dengue Centroamérica y México 2023-2024



MINISTERIO DE SALUD

GOBIERNO DE COSTA RICA

Región	País	2023	2024
		Dengue grave	Dengue grave
Istmo Centroamericano y México	Belice	3	3
	Costa Rica	1	0
	El Salvador	3	1
	Guatemala	157	19
	Honduras	228	106
	México	1,653	297
	Nicaragua	18	1
	Panamá	49	23
	Total	2,112	450



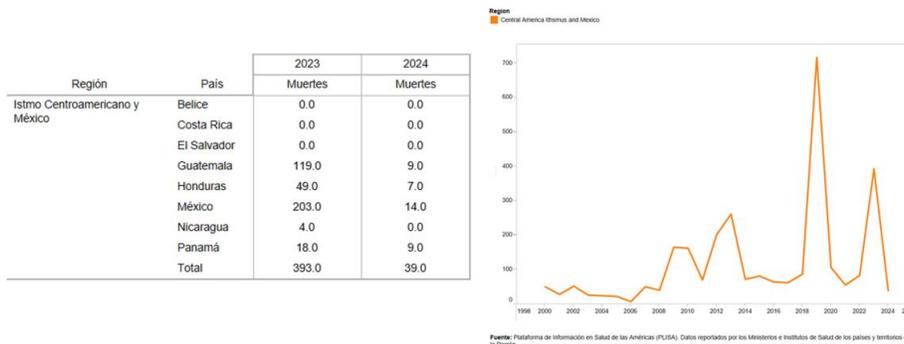
Fuente: Plataforma de Información en Salud de las Américas (PLISA). Datos reportados por los Ministerios e Institutos de Salud de los países y territorios de la Región.



MINISTERIO DE SALUD

GOBIERNO DE COSTA RICA

### Muertes por dengue en Centroamérica y México 2023-2024

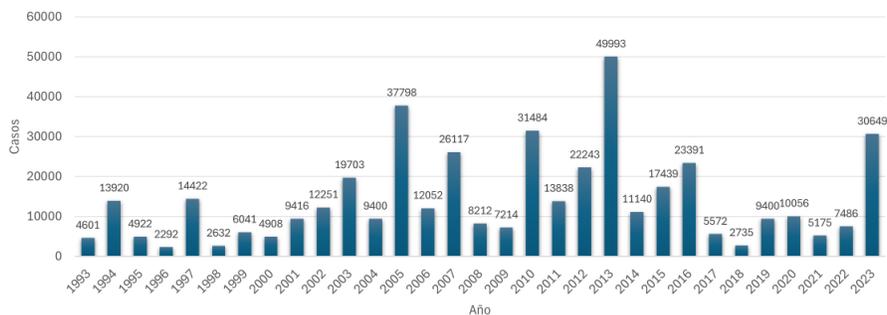


### Histórico casos dengue, Costa Rica 1993-2023



MINISTERIO DE SALUD

GOBIERNO DE COSTA RICA





MINISTERIO DE SALUD

GOBIERNO DE COSTA RICA

### Años con menor y mayor número de casos de dengue en Costa Rica

Año	Casos	Serotipos	Dengue grave	Muertes	Año	Casos	Serotipos	Dengue grave	Muertes
1996	2292	1,3	2	1	2013	49993	1,2,3	220	3
1998	2632	1,3	0	0	2005	37798	1	52	3
2018	2735	1,2	0	0	2010	31484	1,2,3	21	4
1993	4601	1	0	0	2023	30649	1,2,3,4	9	4*
2000	4908	1,3	5	1	2007	26117	1,2	318	7

Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud-Inciensa  
\*En estudio

### Muertes por dengue, Costa Rica 2000-2022



MINISTERIO DE SALUD

GOBIERNO DE COSTA RICA

Año	Muertes
2000	1
2001	1
2002	0
2003	1
2004	0
2005	3
2006	1
2007	7
2008	1
2009	0
2010	4
2011	0
2012	2
2013	3
2014	0
2015	2
2016	0
2017	0
2018	0
2019	2
2020	0
2021	1
2022	0
<b>Total</b>	<b>29</b>

Fuente: INEC

# COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

## REPÚBLICA DE COSTA RICA

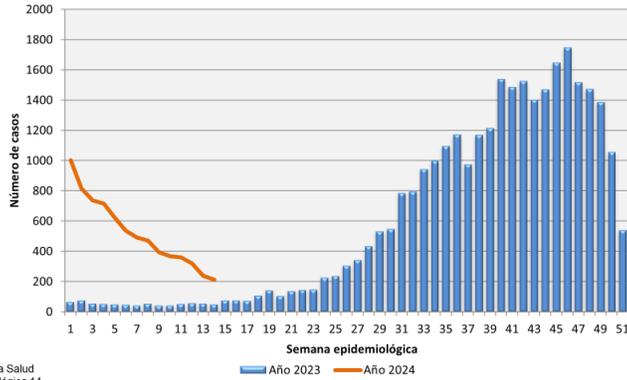


### Casos dengue, Costa Rica 2023-2024



MINISTERIO DE SALUD

GOBIERNO DE COSTA RICA



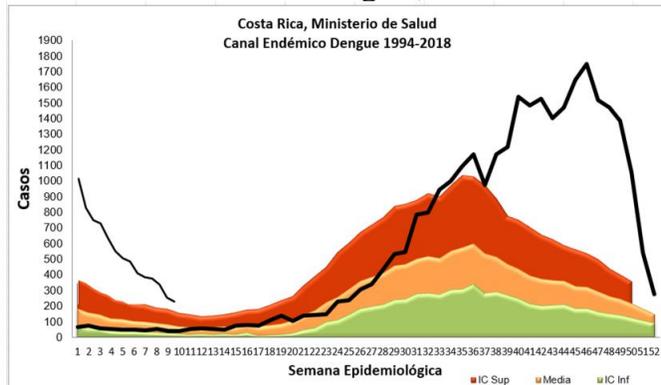
Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud  
Año 2024 a la semana epidemiológica 14

### Canal endémico de Dengue, Costa Rica 2023-2024



MINISTERIO DE SALUD

GOBIERNO DE COSTA RICA



Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud  
Año 2024 a la semana epidemiológica 14

MINISTERIO  
DE SALUDGOBIERNO  
DE COSTA RICA

## Serotipos de dengue identificados 2012-2024

Año	Casos confirmados CNRV-Inciensa				
	Total	DENV-1	DENV-2	DENV-3	DENV-4
2012	301	164	15	122	
2013	603	333	79	191	
2014	192	84	61	47	
2015	167	60	101	6	
2016	369	195	173	1	
2017	107	31	76		
2018	72	19	53		
2019	358	126	232		
2020	508	332	176		
2021	267	228	39		
2022	556	332	218	1	15
2023	2713	631	430	691	961
2024*	376	101	23	149	105

Fuente: CNRV-Inciensa  
\*Año 2024 a la semana epidemiológica 14

Una vez terminada la presentación, los señores miembros de la CNVE realizan consultas; el Dr. Pérez pregunta que, si se tiene el dato cruzado de serotipos con muertes, y la Dra. Alfaro indica que no lo tiene. Menciona la Dra. Alfaro que la vigilancia se realiza con Elisa y con PCR se confirma la circulación y el serotipo. Menciona el Dr. Castro que no en todos los casos se hacen serotipos; lamentablemente no hay serotipos para los fallecidos por dengue.

El Dr. Pérez menciona que la presentación es muy completa y concuerda con lo indicado por el Dr. Castro, sin embargo, recuerda que a los miembros de la CNVE les encomendaron el tema de revisar lo relacionado con la vacuna contra dengue, y que esto debe ser hecho con datos nacionales, no con datos de otros países; básicamente se refiere a los estudios de efectividad y seguridad de la vacuna, que vienen por serotipos y es lo que se debe revisar en el país, con datos del país.

Consulta el Dr. Porras por el tema de casos de dengue grave en Centroamérica, y básicamente sobre la diferencia entre Panamá, Guatemala y Costa Rica en relación con número de casos y muertos por dengue; refiere la Dra. Alfaro que para ella todo tiene que ver con el sistema de salud del país. El Dr. Castro complementa lo indicado por la Dra. Alfaro en relación del porqué en Costa Rica hay menos casos de dengue grave y una menor mortalidad en comparación con Guatemala y con Panamá; refiere que en Costa Rica hay mucha conciencia por parte de los funcionarios sanitarios tanto de la CCSS como del MS para la

---

---

atención temprana de los casos graves y casos mortales y eso se refleja en el número de casos graves y de muertos por dengue en el país. Además, menciona la Dra. Alfaro que hay países que usan la prueba rápida, pero que Inciensa hizo análisis al respecto y lo encontrado es que hacer uso de la prueba rápida no es beneficioso para el tema de la gravedad.

**Se informa por parte de la Dra. Marín que el tema es informativo y que no se toman acuerdos al respecto.**

**ARTÍCULO SEXTO. Propuesta de modificación del reglamento de fiebre amarilla**

En relación con este punto, la Dra. Marín propone que se pase para la próxima sesión de la CNVE, en vista del tema del tiempo y que se cuenta con los compañeros de la CCSS para hacer la presentación del tema de influenza estacional.

**ACUERDO No.5:**

Se acuerda pasar este punto para la sesión ordinaria del mes de mayo. **ACUERDO UNÁNIME Y FIRME.**

**ARTÍCULO SÉPTIMO. Presentación de Influenza Estacional y Borrador de lineamiento.**

El Dr. Elvis Delgado de la CCSS realiza la presentación del lineamiento de vacunación de la jornada de vacunación contra influenza estacional. Menciona el Dr. Delgado que este sería el año 20 desde que se aplican las vacunas contra influenza estacional en el país. En el año 2004 se compraron 60 mil dosis de la vacuna contra influenza estacional, con una inversión de \$90.000.

Posteriormente, procede a realizar la presentación en relación con la vacunación contra influenza estacional para el año 2024.



## Lineamiento de Vacunación Jornada de Influenza Estacional 2024



Subárea de Vigilancia Epidemiológica  
Área de Salud Colectiva  
Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud  
Gerencia Médica



### Agenda



01

Datos Generales



02

Lineamiento de  
vacunación



03

Registro de  
Jornada

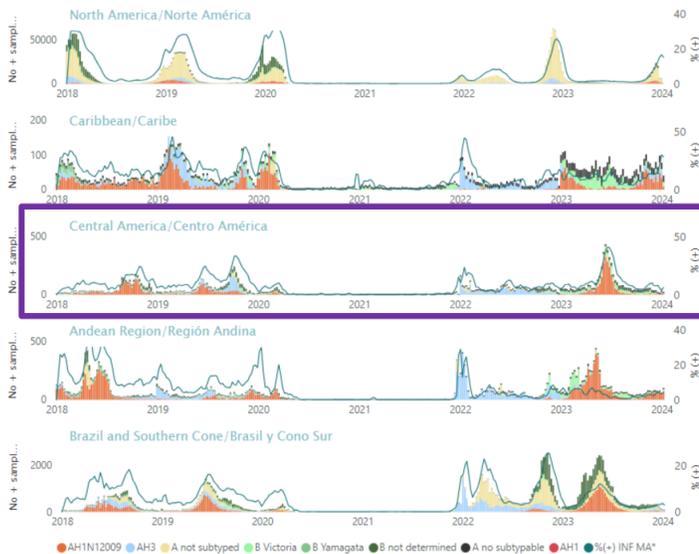


04

Espacio  
Preguntas y  
consultas



CIRCULACIÓN VIRUS INFLUENZA POR SUBREGIÓN, 2016-2023.



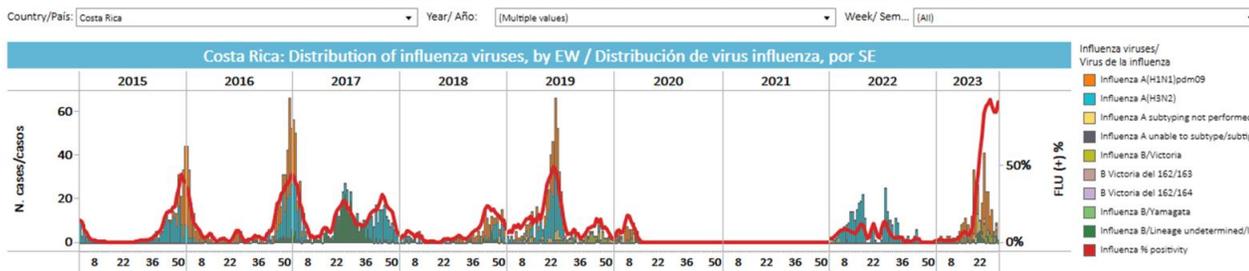
Generalidades

<https://www.paho.org/es/informe-situacion-influenza>



Generalidades

Influenza & ORV Country Cumulative Analysis / Influenza y OVR análisis acumulado por país



[https://ais.paho.org/phil/viz/ed\\_flu.asp](https://ais.paho.org/phil/viz/ed_flu.asp)



## Generalidades



<https://www.paho.org/es/vacuna-contra-influenza>



## Lineamiento

Se socializaría una vez se cuente con el aval de la CNVE

**Fecha inicio: 3 Junio 2024**

### Objetivos

Describir los grupos de riesgo establecidos por la Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología (CNVE).

Describir el procedimiento para ejecutar de manera efectiva la jornada de vacunación contra la Influenza estacional periodo 2024 en los establecimientos de salud de la CCSS.





Responsable de cumplimiento y verificar cumplimiento acorde con competencias

## Lineamiento

### Gerencia Médica

- **Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud**
  - Área de Salud Colectiva
  - Subárea de Vigilancia Epidemiológica
  - Coordinación Nacional de Enfermería
  - Coordinación Nacional de Servicios farmacéuticos
- **Dirección de Red de Servicios de Salud**
  - Dirección Integradas de Servicios de Salud
  - Área de Estadística en Salud

### Gerencia Logística

- DIRECCIÓN DE BIENES Y APROVISIONAMIENTO INSTITUCIONAL
- ALDI
- LNCM

### Gerencia Financiera

### Gerencia General

- Dirección de Bienestar Laboral
- DCO

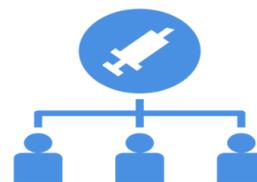
## Ministerio de Salud



### Grupos a vacunar:

1. Niños de 6 meses a menores de 7 años (independientemente del riesgo).
2. Adultos de 58 y más años (independientemente del riesgo).
3. Embarazadas independientemente de la edad gestacional.
4. Población de 7 a 57 años (57 años, 11 meses y 29 días) con presencia de alguna enfermedad crónica (Diabetes, Cardiopatías, Obesidad grado I, II, III o mórbida, Enfermos Respiratorios Crónicos (Asma-EPOC-Bronquitis Crónica o Tuberculosis), Síndrome de Down, u otras como enfermedad renal crónica, Parálisis Cerebral Infantil (PCI), desnutrición severa y moderada, cáncer, e inmunodeficiencias primarias, secundarias o adquiridas y vasculitis.
5. Trabajadores del Sector Salud (CCSS, MS, Cruz Roja, Bomberos, cuerpos policiales), SENASA, Trabajadores del 911, Migración y Extranjería. Como todos los años, tanto los de planilla como los de apoyo a terceros de limpieza, seguridad, u otros que están en constante contacto con los pacientes. En el caso de Cruz Roja y Bomberos incluyen los voluntarios. Los funcionarios del CEN-CINAIS ya que forman parte del Ministerio de Salud y todos los Docentes del MEP.
6. Estudiantes de Ciencias de la Salud y técnicos afines que están realizando campos clínicos dentro de los establecimientos de salud de la CCSS. (deben de cumplir con los requisitos establecidos en el Lineamiento de Vacunación para Estudiantes de Salud avalado).

## Lineamiento



Es importante recordar que otros trabajadores del sector salud u otras instancias, se vacunarán si tienen un riesgo de los establecidos por la CNVE previamente (Diabéticos, cardiopatas, Obesos, Enfermo respiratorio Crónico, etc.)



## Estrategias de vacunación



Sitios Intramuros  
Sitios Extramuros

Alianzas públicas- privadas

Comunicación constante

Microplanificación, supervisión y  
Control

Trabajo en equipo

Aprovechar toda oportunidad y espacio de vacunación; siguiendo las buenas prácticas de vacunación.

## Lineamiento



### Vacuna a utilizar en la Jornada 2024

#### Cuadrivalente del Hemisferio Sur:

- A/Victoria/4897/2022 (H1N1)pdm09;
  - A/Thailand/8/2022 (H3N2); y
  - B/Austria/1359417/2021 (linaje B/Victoria).
  - B/Phuket/3073/2013 (linaje B/Yamagata).
- /candidate-vaccine-viruses



## Lineamiento



## Lineamiento

### Vacuna a utilizar en la Jornada 2024



- Adquirida a través del Fondo Rotatorio de la OPS
- Green Cross
- Vacuna Inactivada
- Aprobada por el Laboratorio de Normas y Control de Calidad de Medicamentos de la Caja Costarricense de Seguro Social
- **Única presentación:** 0.5mL
- Esta presentación se utilizará para toda la población (tanto para niños como adultos)
- **Código almacenable:** 1-10-44-4795
- **Indicación:** Población de 6 meses de edad en adelante



## Lineamiento

### Estabilidad de la vacuna



- Almacenamiento de 2°C a 8°C.
- No usar la vacuna si se ha congelado.
- Debe agitarse con suavidad y mezclarse homogéneamente antes de su uso.
- La vacuna por ser inactivada puede ser aplicada concomitantemente con otras vacunas del esquema oficial de inmunizaciones sin riesgo de interacción, incluyendo vacuna contra COVID-19 , ya sea que se aplique en forma simultánea o en períodos diferentes entre ellas.
- Se les recuerda que, en caso de aplicar más de una vacuna en una misma visita, debe hacerlo utilizando sitios anatómicos diferentes, con jeringas diferentes y registrarlas en SIVA adecuadamente.



## Lineamiento

### Precauciones de Uso



- Si la persona tiene infección aguda grave, esperar a que se recupere y posteriormente aplicarle la vacuna.
- Se debe tener precaución en el uso de la vacuna en niños con enfermedad febril o infección aguda grave. Es mejor esperar a que pase el proceso febril o infeccioso y después citar para vacunar.

### Contraindicaciones



- **Es contraindicación absoluta en aquellas personas con antecedente de reacciones anafilácticas o hipersensibilidad a la proteína de huevo, al pollo, al formaldehído o algún componente de la vacuna.**
- Personas con antecedentes de Síndrome de Guillain Barre en las 6 semanas previas a la vacunación contra Influenza.



## Lineamiento

### Información al paciente



- Todo el personal de salud que participa del proceso debe de brindar información al usuario sobre el tipo de vacuna, los beneficios, efectos secundarios reportados y su manejo u otras consultas según corresponda.
- **Para esto pueden hacer uso de:**  
**Los lineamientos oficiales, de esta presentación, o de cualquier otro material elaborado o existente en la institución.**
- Es importante aclarar a la población y a los trabajadores que:
  - **El uso de antibióticos no contraindica la vacunación**
  - **La lactancia materna no contraindica la vacunación**
  - **La anticoagulación no contraindica la vacunación**



## Lineamiento

### Efectos secundarios

- Son poco frecuentes.
- Se incluyen reacciones locales como: eritema, dolor y tumefacción en el sitio de inoculación luego de 6 días de aplicada y puede tener una duración de 2 a 3 días.

Eventos Adversos	Tipo de reacción	Porcentaje de aparición
Locales	Dolor	46,9%
	Sensibilidad	52,3%
	Enrojecimiento/Eritema	11,3%
	Induración/Hinchazón	4,5%
Sistémicos	Fiebre	0,8%
	Dolor de cabeza	17,6%
	Malestar	10,8%
	Escalofríos	8,8%
	Fatiga	22,9%
	Transpiración	6,3%
	Mialgia	17,5%

- Los ESAVI deben ser registrados o por medio de <http://www.notificacentoamerica.net> en la boleta amarilla y documento de notificación e investigación de ESAVI.
- Todos estos eventos son analizados conjuntamente MS-CCSS, según protocolo establecido.



### Estrategia de vacunación

Aprovechar toda oportunidad de vacunación a los grupos meta



A través de vacunaciones intramuros y extramuros

En el menor tiempo posible:

#### 4 semanas:

- Mayor % de aplicaciones intramuros y extramuros según posibilidad.



#### 2 semanas:

- Visitas de pacientes encamados o vulnerables identificados en cada AS
- Vacunaciones Intramuros y Extramuros.

## Lineamiento

- *Espacios ventilados, amplios y con seguridad.*
- **Educación sobre registro y verificación.**
- *Preparación y aplicación.*
- **Almacenaje de insumos y biológicos.**
- *Espacio para alimentación de funcionarios e higiene.*
- **Espacio para lavado de manos de población.**
- *Rotulación clara.*
- **Buenas prácticas de ejecución de la vacunación (almacenamiento, distribución, aplicación).**
- *Supervisión.*

*Alianzas estratégicas locales, regionales, nacionales (Centros Educativos, Centros Culturales, Estadios, Centros Comerciales, etc.)*



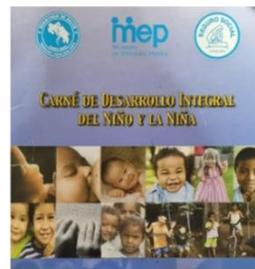
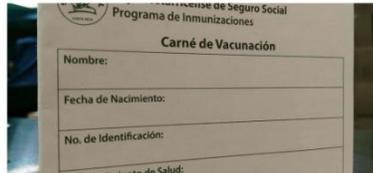
## Registro de dosis de vacunas aplicadas



### Registros físicos

#### Registros en carnet de vacunación:

- Anotar datos completos
- Verificar sello del Centro de Salud.
- Registro de vacunas aplicadas en lapicero.
- Registro de próximas vacunas en lápiz.



### Sistema de Información

#### SIVA/EDUS

- En el SIVA el registro debe ser diario.
- Las **cuentas de usuario MISE**, para acceso a SIVA deben ser gestionadas con el gestor EDUS
- Se activará la jornada de influenza en SIVA, el día del inicio de la misma.

## Lineamiento





## Lineamiento

### Propuesta de Tiempo de la Jornada Influenza 2024

- La Jornada se extenderá por 6 semanas consecutivas. Las primeras 4 semanas se vacunará toda la población meta, posterior a la semana 4 de vacunación, si aún quedan vacunas disponibles en los establecimientos de salud se seguirán aplicando hasta agotar existencias en la población que la solicita.
- En aquellos establecimientos de salud que después de las 6 semanas de jornada, disponen de dosis de influenza se pueden extender a 2 semanas más las estrategias de vacunación de la jornada.
- Se recomienda tener una cantidad reservada para niños de 6 meses y embarazadas de reciente captación durante al menos 4 semanas más una vez finalizada la jornada.



**Avance de la Jornada Vacunación contra  
Influenza Estacional**  
Semana 30, 2023  
Fecha Corte: 31-07-2022



Programa Ampliado de Inmunizaciones  
Subárea de Vigilancia Epidemiológica  
Área de Salud Colectiva  
Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud  
Gerencia Médica  
Caja Costarricense de Seguro Social  
2023

Una vez finalizada la presentación del Dr. Delgado, los señores miembros de la CNVE proceden a realizar consultas.

## COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

### REPÚBLICA DE COSTA RICA



Consulta el Dr. Porras en relación con la inclusión en el grupo de riesgo a vacunar a las personas que se dedican a la recolección de residuos sólidos; indica el Dr. Delgado que estos grupos presentados el día de hoy son los mismos que se incluyeron el año pasado, pero que si la CNVE decide incluir a este grupo dentro de las personas a vacunar, se incluye en el manual sin ningún problema; en esta misma línea el Dr. Delgado refiere que se sabe que las primeras 4 semanas la vacunación es muy buena, pero después, la vacunación cae mucho y se debe buscar personas para aplicar las vacunas, por lo que si este grupo se incluye, es posible que haya una mejor vacunación en las primeras semanas; lo mismo ocurre con los educadores del MEP. Refiere el Dr. Arroba que, para estos grupos nuevos a vacunar, serían tanto para públicos como privados (en relación con el tema de recolectores de residuos sólidos, así como docentes tanto para la parte pública como privada).

Refiere el Dr. Porras lo siguiente: qué conveniencia habría de aumentar el grupo de vacunación de niños de 6 m a menores de 8 años, además, qué conveniencia habría de bajar la edad de vacunación del grupo de adultos de 58 y más a 57 y más años, además de incluir en los grupos de riesgo a vacunar a las personas que se encargan de la recolección de residuos sólidos públicos y privados. Por otra parte, consulta en relación con la experiencia del 2023, qué grupo se podría incluir como un grupo de riesgo adicional a los ya vacunados; y finalmente, qué pasa en relación con las contraindicaciones indicadas en los insertos de la vacuna que se aplicará en el país.

Refiere el Dr. Delgado que en relación con lo consultado por el Dr. Porras que no se tendría ningún inconveniente en aumentar los grupos a vacunar (es decir, niños hasta los 8 años y adultos a partir de los 57 años); el Dr. Pérez indica que, si se hace la aprobación de esta recomendación en relación con la edad, se debe hacer la comunicación a la CCSS si es que esto implicará hacer alguna compra extra de vacunas; el Dr. Delgado indica que el año pasado quedaron pendientes de aplicar 300 mil dosis, por lo que se tuvo que ampliar grupos para poder aplicarlas todas; si estas cohortes nuevas se aprueban, se podría pensar que representaría unas 150 mil personas más, razón por la que si se podría contar con la cantidad de vacunas disponibles para poder vacunar esta población. Menciona el Dr. Porras que normalmente al ampliar los grupos de riesgo por vacunar, se aumentaba el número de vacunas por comprar; esta sería la primera vez

donde se aumentan los grupos de riesgo por vacunar y no se están aumentando las cantidades de vacunas por comprar.

Consulta el Dr. Castro el tema de personas que tuvieron covid-19, y que si esta población se ha incluido dentro de los grupos a vacunar; dice el Dr. Delgado que ese grupo en particular no está incluido, sin embargo, mencionan que si son personas con enfermedad crónica si estarían incluidos dentro de los neumópatas, tal como indicó el Dr. Porras.

Consulta la Dra. Marín en relación con el inicio de la campaña de vacunación; menciona el Dr. Delgado que está previsto para que la campaña inicie el lunes 3 de junio del año en curso.

**ACUERDO No.6:**

1. Se acuerda aprobar el manual de vacunación contra influenza estacional con las modificaciones indicadas para la campaña de vacunación contra influenza a iniciar en junio del 2024.
2. Se acuerda modificar los grupos de riesgo de la siguiente manera:
  - a. Niños de 6 meses a menores de 8 años.
  - b. Adultos de 57 años y más (independientemente del riesgo).
  - c. Niños de 8 años a personas adultas de 56 años con factores de riesgo.
3. Se acuerda incluir en los grupos de riesgo a vacunar a los recolectores de residuos sólidos tanto públicos como privados y personal docente de centros educativos públicos y privados.

Se acuerda informar a la Gerencia Médica y Gerencia de Logística de la CCSS que, en caso de ampliar los grupos de riesgo a vacunar en las edades indicadas previamente, se debe hacer el análisis respectivo con el fin de adquirir las vacunas que se requieren para cubrir los grupos del punto 2. **ACUERDO UNÁNIME Y FIRME.**

**ARTÍCULO OCTAVO. Lectura de correspondencia (oficio libertad científica).**

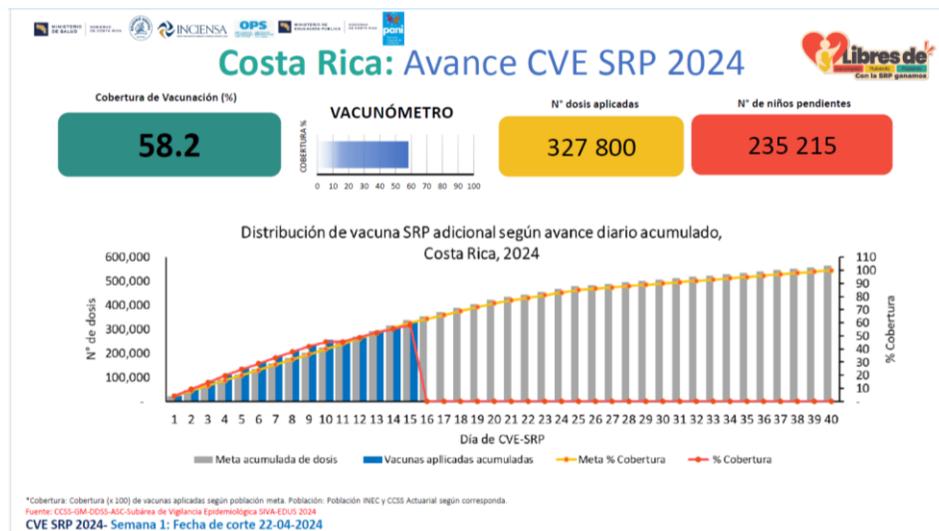
Indica la Dra. Marín que en correspondencia hay un oficio enviado por el grupo libertad científica que envía una serie de consultas a la CNVE; con respecto este oficio, la Dra. Marín propone que se haga una propuesta de respuesta para ser enviada en tiempo y forma según lo normado por la ley a la persona que lo envía.



**ARTÍCULO NOVENO. Varios (campana de SRP, y opinión legal en relación con la vacuna contra covid-19 una vez hecha el registro sanitario).**

Menciona la Dra. Marín que el Dr. Agüero, funcionario del Ministerio de Salud, de la Dirección de Vigilancia de la Salud hará una presentación en relación con la situación de la campana de vacunación contra sarampión que se está llevando a cabo en este momento en el país.

Se anexa la presentación que fue enviada por la Gerencia Médica de la CCSS.



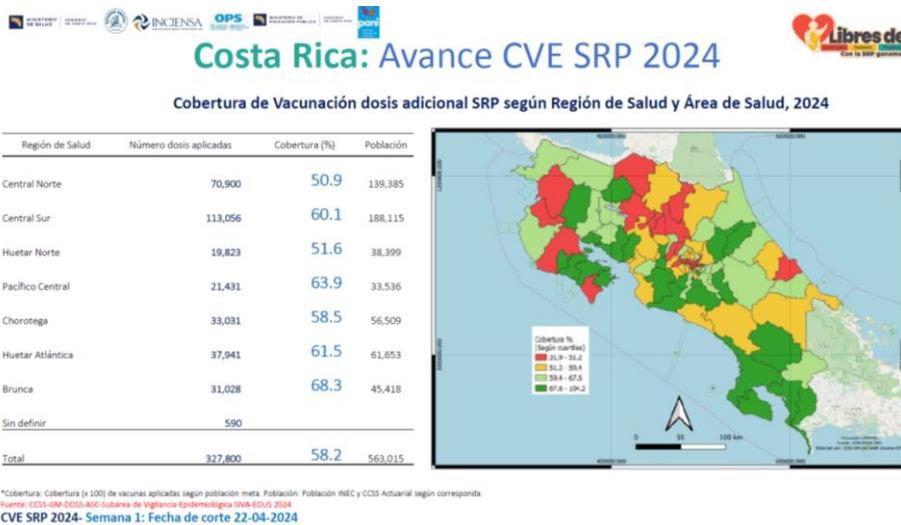
# COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

## REPÚBLICA DE COSTA RICA



# COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

## REPÚBLICA DE COSTA RICA



Una vez finalizada la presentación del Dr. Agüero, el Dr. Castro felicita al grupo técnico por la excelente labor que se está llevando a cabo en este momento con la campaña de vacunación extraordinaria contra sarampión; por otra parte, desea resaltar la conferencia de prensa que se llevó a cabo el lunes 22 de abril donde la ministra de salud y vicepresidenta de la república, la ministra de educación, la presidenta ejecutiva de la CCSS y la presidenta del PANI donde se dio apoyo a la campaña de vacunación; esto es muy importante ya que se aclararon muchos puntos desde el punto de vista técnico y legal en relación con los antivacunas. Comenta el Dr. Arroba que a nivel privado también se han vacunado niños, y que al corte de lo registrado en el SINOVAC son un total de 16 niños. Por otra parte, el Dr. Delgado hace referencia a lo

## COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

REPÚBLICA DE COSTA RICA



obtenido de vacunación por regiones, y preocupa que la Central Norte tenga una cobertura baja, siendo que es una región muy importante en términos de niños por vacunar. Por lo visto hasta la fecha no se va a alcanzar la meta en el plazo propuesto de 8 semanas, razón por la que se va a tener que ampliar la fecha de finalización de la campaña, tal como ya se había previsto anteriormente.

### **ARTÍCULO NOVENO. Asuntos varios.**

El Dr. Porras quiere que la parte jurídica se refiera a la medida cautelar que está condicionada a que la vacuna de Pfizer contra covid-19 estuviera registrada. El Lic. Chinchilla hace referencia e indica que se está haciendo una solicitud al contencioso adjuntando la constancia del registro sanitario de la vacuna con el fin de que se pueda dejar sin efecto la suspensión que se dio mediante la medida cautelar; se esperaría que, con esto, ya la medida cautelar quede sin efecto si el tribunal así lo dispone.

Al ser las 12:31 pm se da por finalizada la sesión extraordinaria 7 del mes de abril del año 2024.

La Dra. Mariela Marín Mena Directora General de Salud en su calidad de presidente a.i. de la Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología, finaliza la sesión extraordinaria número siete al ser las doce con treinta y un minutos del veinticinco de abril del dos mil veinticuatro; los acuerdos tomados en esta sesión adquieren firmeza mediante votación.

4/7/2024

**X** Dra. Mariela Marin Mena"

Dra. Mariela Marín Mena  
Presidenta CNVE

Firmado por: MARIELA MARIN MENA (FIRMA)