



SESIÓN EXTRAORDINARIA No. 16-2024

Acta de la Sesión Extraordinaria número dieciséis celebrada por la Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología, a las ocho horas y quince minutos del catorce de noviembre del dos mil veinticuatro, de manera presencial, con la participación de los señores miembros:

1. Dra. Mary Munive Angermüller, Vicepresidenta de la República, Ministra y Presidente CNVE.
2. Dr. Andrés Sandoval Irola, Director DVS-MS
3. Dra. Roselyn Valerín Ramírez, Representante del Departamento de Niñez y Adolescencia de la CCSS
4. Dr. Óscar Porras Madrigal; Representante de la Asociación Costarricense de Pediatría (ACOPE).
5. Dr. Ricardo Pérez Gómez, Representante de Farmacoterapia de la CCSS.
6. Dr. Sergio Miguel Calderón Bejarano, Representante de Infectología del Hospital San Vicente de Paul de Heredia.

Ausentes con Justificación:

1. 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 de Asuntos Jurídicos, MS.
2. Lic. Jonathan Quesada Castillo, Asesor del Despacho, MS.
3. Lic. Marianella Villalobos Cortés, Economista, DSS-MS
4. Lic. Stward Hernández Cruz, Economista, DSS-MS
5. Sra. Hazel Alvarado Chavarría, Secretaria Administrativa, CNVE-UE-DVS, MS.

LA SESIÓN ES PRESIDIDA POR LA DRA. MARY MUNIVE ANGERMÜLLER, VICEPRESIDENTA DE LA REPÚBLICA, MINISTRA DE SALUD, Y PRESIDENTE DE LA CNVE



CAPÍTULO PRIMERO. Comprobación del quórum.

La Dra. Munive comprueba la asistencia de los miembros de la CNVE, estando ausente con justificación para el día de hoy la Dra. Dora Matus, representante de infectología del HNN. Todos los demás miembros están presentes.

CAPÍTULO SEGUNDO. Aprobación del orden del día de la sesión extraordinaria No. 16-2024.

ACUERDO No. 1

Se acuerda aprobar el orden del día de la sesión extraordinaria número dieciséis del catorce de noviembre del dos mil veinticuatro.

Contenido:

Capítulo Primero. Comprobación del quórum.

Capítulo Segundo. Aprobación del orden del día.

Capítulo Tercero. Estrategia de prevención del virus sincicial respiratorio (análisis económico preliminar de costos de atención de niños por VRS vs costo de la vacuna en embarazadas contra VRS).

ACUERDO UNÁNIME Y FIRME.

CAPÍTULO TERCERO. PUNTO ÚNICO: Vacunación contra el virus sincicial respiratorio (análisis económico preliminar de costos de atención de niños por VRS vs costo de la vacuna en embarazadas contra VRS).

Menciona el Dr. Porras que el tema que se debe ver hoy no debería de ser vacunación, sino más bien, estrategia de prevención del virus respiratorio sincicial en población pediátrica, que puede incluir vacunación en embarazadas, más alguna otra medida terapéutica.

Por tal razón, se invita a funcionarios de la Unidad de Epidemiología del Ministerio de Salud para que hagan la presentación que se les solicitó en relación con la parte económica.

Menciona la Dra. Munive que en la sesión pasada se vio el tema de vacunación en embarazadas, además del uso del anticuerpo monoclonal en prematuros (Palivizumab vs Nirsevimab); se solicitó un análisis económico de la vacunación en embarazadas, y posteriormente se verá el tema del análisis entre el uso del Palivizumab vs el Nirsevimab.

A continuación, la Lic. Marianella Villalobos y el Lic. Stward Hernández, economistas de la Unidad de Economía del Ministerio de Salud presentan el análisis de comparabilidad de costos que realizaron en relación con la vacunación en embarazadas para prevención del VRS en recién nacidos.

VACUNA

ESTIMACIÓN DE COMPARABILIDAD DE COSTEO

Análisis de Costeo

Con los datos suministrados por la CNVE, se logró estimar el costo de estancias y en promedio un aproximado del costo de la vacuna.





Tipo Vacuna

- Contra el VRS



VRS





Beneficios

Comparado con los costos de estancia, si la vacuna reduce la necesidad de hospitalización, podría representar un ahorro significativo.

Este análisis muestra que el costo de hospitalización (particularmente en UCI) es alto en comparación con el costo de la vacuna, por lo que podría ser rentable invertir en la vacunación si esto reduce la carga hospitalaria.

UECS

Licda. Mariannela Villalobos C. -MSc. Stward Hernández C.

COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

REPÚBLICA DE COSTA RICA



Adicionalmente, presentan información de datos económicos con base en estimación de costos.

La Licda. Villalobos comenta que es un análisis muy simple, donde se hace una estimación del costeo de la atención de pacientes atendidos en el HNN, versus lo que costaría la aplicación de la vacuna; además, se usa la efectividad de la vacuna para hacer una estimación un poco más precisa con esta información.

Se tienen dos escenarios, con pacientes que están en pediatría general, versus pacientes en UCI pediátricos.

La Dra. Munive indica que se utilizó la base de datos del HNN, que dio el promedio de estancia de niños en dicho hospital; se utilizó la información de los egresos, que es el promedio de la estancia hospitalaria, pero esta información no está segregada por ocupación en salón general o en UCI. Sin embargo, señala la Dra. Munive, que las diferencias de costos entre salón general y UCI del HNN, son mínimas, y la CCSS no hace esa diferenciación; de hecho, la CCSS no costea la diferenciación entre UCI y salón general. Al no contar con estos costos la CCSS, los economistas lo que hicieron fue una equiparación de estos costos, y realmente no existe una gran diferencia (aunque probablemente esto esté sesgado y haya algún error, porque uno esperaría que la atención en la UCI sea mucho más cara que la atención en el salón general).

Costo de la vacuna

Costo de la Vacuna 1	49 USD
Costo de la Vacuna 2	0 Pendiente Niños
Costo de Aplicación	6.53
OPS 4,5%	2.21
10% Flete y Seguro	4.90
Total Costo	62.64 USD
Población estimada de aplicación 1 DOSIS	55,000.00
Total Costo Vacunación embarazadas	3,444,960.44
Peso dentro del costo 1	35.16%
Peso dentro del costo 2	34.61%
Efectividad 77%	383
No Efectividad 23%	115
Total promedio de pacientes	498

Escenarios	Monto	
Costo 1 por paciente = escenario 3	19,674.00	USD
Costo 2 por paciente = escenario 4	19,986.16	USD
Costo no efectividad en escenario 3	2,253,459.73	USD
Costo no efectividad en escenario 4	2,289,214.99	USD
Total costo Vacunación embarazada + no efectividad- escenario 3	5,698,420.17	58.16%
Total costo Vacunación embarazada + no efectividad- escenario 4	5,734,175.43	57.61%
Ahorro escenario 3	4,099,230.81	41.84%
Ahorro escenario 4	4,218,933.23	42.39%

COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

REPÚBLICA DE COSTA RICA



Estimación de costo en atención HNN PROMEDIO POR AÑO

Promedio de Pacientes
Promedio de Estancia Pediatría Medicina General
Promedio Unidad Cuidados Intensivos
Costo Estancia General
Costo Unidad de Cuidados Intensivos
Tipo de cambio de compra BCCR 13/11/2024

Escenario 3 = todos los pacientes están en Estancia Pediatría Medicina General

4,974,855,261

9,797,650

Escenario 4 = todos los pacientes están en Promedio Unidad Cuidados Intensivos

5,053,790,452

9,953,108

El Dr. Porras hace recomendaciones generales en relación con la información presentada; sin embargo la Dra. Munive aclara que no se tiene la información más desagregada, se cuenta con los datos generales que da el HNN, y a partir de esto, es que se hacen los análisis.

Comenta el Dr. Pérez que los datos presentados se deben manejar con cuidado, porque es posible estimar que es más costoso estar en UCI que estar en salón general. Menciona la Dra. Munive que esta información es muy importante para hacer las realimentaciones necesarias con la CCSS para que se tengan bien los temas de datos económicos, dado que parece que no son los datos reales, solo al comparar la atención entre UCI y salón general. Esta evaluación de costos no se tiene y es parte de lo que se debe indicar a la CCSS. Al final, el dato que proporciona la CCSS es el dato oficial, y como tal, se deben utilizar para los análisis respectivos de comparación de costos.

La Licda. Villalobos presenta los datos del costeo de la vacunación en embarazadas y el ahorro proyectado por la prevención de casos graves por VRS. La Dra. Munive señala que es mejor hacer el peor escenario posible para estimar el costeo máximo; menciona que según lo que ha revisado, hay países que hacen estas

COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

REPÚBLICA DE COSTA RICA



estimaciones, pero no necesariamente vacunan al total de embarazadas; además, los datos de natalidad vienen a la baja en el país en los últimos 5 años, por lo que la cantidad de vacunas a adquirir iría en función de los nacimientos (embarazos) registrados en el país, tanto a nivel público como privado.

Con los escenarios estimados, aún en escenarios complicados, el país se estaría ahorrando más de un 40% de lo que actualmente gasta el HNN (CCSS) en atención de estos pacientes.

El Dr. Porras indica que hay un error de concepto, porque no es el niño quien recibe la vacuna, es la madre; y por tal razón, él ha insistido en que no se hable de vacunación contra el VRS, sino más bien, se trata de una estrategia de protección del VRS.

Menciona la Dra. Munive que es importante señalar que el objetivo que se persigue es la protección del recién nacido que recibe anticuerpos a través de la madre para estar protegidos cuando tengan contacto con el VRS y no tener una enfermedad grave y terminen en una UCI (como en el caso de los 498 niños que ha señalado el HNN). Además, recuerda que hay tres estrategias; la primera es vacunación en embarazadas (y al revisar las coberturas de vacunación tanto de influenza como de Tdap, la cobertura está cercana al 90% que está muy bien), además, está el uso de anticuerpo monoclonal en recién nacidos.

El Dr. Pérez señala que hay dos escenarios posibles, en relación con los anticuerpos monoclonales; está el Palivizumab que no es para mujeres embarazadas; este medicamento se aplica en niños que están graves en el HNN; el otro escenario, efectivamente es el de vacunar embarazadas para prevención del VRS en niños recién nacidos, que además, esta vacuna tiene una protección de al menos 6 meses posterior a la vacunación de la madre. Estos dos escenarios se deben apartar en relación con la efectividad de la vacuna.

Comenta el Dr. Pérez que los datos presentados están bien, pero que se deben hacer algunos ajustes de esta información; en vista de esto, el Dr. Pérez propone que desde la Dirección de Farmacoepidemiología se están haciendo los respectivos análisis fármaco-económicos de costeo de medicamentos; por tal razón, solicita que se trabaje en forma conjunta entre el MS y la CCSS, para presentar un estudio fármaco-económico en no más de 22 días; la Dra. Munive dice que este tema se debe priorizar, y si ambos equipos lo logran hacer, sería muy bueno.

COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

REPÚBLICA DE COSTA RICA



Además, la Dra. Munive señala que las otras estrategias a contemplar son la vacunación en adultos mayores contra VRS, y en el caso de niños cuyas madres no recibieron la vacuna en su embarazo, sería aplicar anticuerpos monoclonales para prevención del VRS.

El Dr. Calderón indica que se debe valorar incluir dentro de los grupos a vacunar, adultos mayores por todo el tema de contacto con niños pequeños y de esta manera también se estaría protegiendo de manera indirecta a niños que estarían en contacto con ellos.

ACUERDO No. 2

1- Se acuerda trabajar en tres áreas de estrategia de prevención de infección contra el VRS para el año 2025:

- I. Vacunación en embarazadas.
- II. En el caso de embarazadas que no se vacunen, aplicar un anticuerpo monoclonal a los niños hijos de estas madres al nacer.
- III. Vacunación en adultos mayores.

2- Con relación al acuerdo N°1, se desprenden los siguientes acuerdos:

- I. Con base en la información científica de eficacia y seguridad de la vacuna contra VRS se indica que esta vacuna se incluya en el esquema de vacunación oficial del país, con el fin de que se facilite la adquisición de la vacuna a través del FR de la OPS.
- II. Se solicita que la unidad de economía de la salud del MS, que trabaje en conjunto con la Dirección de Farmacoepidemiología para que en un plazo no mayor a 22 días se disponga de un estudio fármaco económico del anticuerpo monoclonal que va a responder a la necesidad de prevención en niños que nacen de madres no vacunadas.
- III. Se acuerda solicitar a la Gerencia Médica de la CCSS, para que en un plazo de un mes calendario a través de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud se trabaje en la estrategia de vacunación para:
 - i. Vacunación en embarazadas.

COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

REPÚBLICA DE COSTA RICA



- ii. En el caso de embarazadas que no se vacunen, a los niños al nacer se les va a aplicar un anticuerpo monoclonal.
- iii. Vacunación en adultos mayores contra VRS.

Se acuerda solicitar a la Gerencia Médica de la CCSS para que, en el plazo de un mes, se elabore el esquema oficial de vacunación en embarazadas a ser presentado en la sesión de diciembre de la CNVE. **ACUERDO UNÁNIME Y FIRME.**

Señala la Dra. Munive que esto debe ser prioritario para el MS y para el país en relación con la protección y prevención del VRS en esta población menor de edad, lo cual debería tener un impacto en salud pública del país.

La Dra. Mary Munive Angermüller, Vicepresidenta de la República, Ministra y Presidente CNVE, de la Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología, finaliza la sesión extraordinaria número dieciséis del catorce de noviembre al ser las diez horas con cuatro minutos del dos mil veinticuatro.

DRA. MARY MUNIVE ANGERMULLER

VICEPRESIDENTA DE LA REPÚBLICA, MINISTRA Y PRESIDENTE CNVE