

**ACTA III REUNIÓN COMISIÓN NACIONAL DE INMUNIZACIONES (CoNaIn)
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 14 de noviembre de 2017**

Miembros del núcleo central de la CoNaIn (por orden alfabético)

- Dr. Pablo Bonvehí (Presidente)
- Dra. Ángela Gentile
- Dra. Silvia González Ayala
- Dr. Eduardo López

Secretaría: Dra. Susana Devoto

Participantes

- Dra. Sandra Belfiore (Representante Región Centro)
- Lic. Marcela González (Representante Región Sur)
- Dra. Adriana Jure (Representante Región Noroeste)
- Lic. Blanca Duarte (Representante Región Noreste)
- Dra. Iris Aguilar (Región Cuyo)
- Dr. Raúl Forlenza (Dirección de Epidemiología)
- Florencia Cahn (Sociedad Argentina de Infectología)
- Dra. Carlota Russ. (Sociedad Argentina de Pediatría)
- Dra. María Marta Contrini. (Sociedad Argentina de Infectología Pediátrica)
- Dra. Nathalia Katz (Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles)
- Dra. Gabriela Elbert (Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles)
- Dr. Cristian Biscayart (Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles)
- Dr. Daniel Stecher (Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles)

El Dr. Pablo Bonvehí abre la sesión indicando que cada integrante debe cumplir la formalidad de completar el formulario de declaración de conflicto de interés y cede la palabra al Dr. Raúl Forlenza quien, en nombre del Dr. San Juan, saluda a los participantes. Luego da unas palabras de bienvenida a la Dra. Susana Devoto y retoma el Dr. Bonvehí para dar continuidad a la agenda de la Comisión.

Vacunación antigripal y contra neumococo. Argentina 2017-2018.

La Dra. Nathalia Katz presenta un resumen de la vacunación antigripal 2017, los lineamientos para 2018 y especificaciones de la vacuna contra neumococo.

Informa que las coberturas de la vacuna contra la influenza a la fecha son 96.3% en personal de salud, 93% para embarazadas y 71.6% para primera dosis en el grupo de niños entre 6 meses a 2 años de edad y 56.7% para la segunda dosis.

Con respecto a las dosis aplicadas (no se calculan coberturas) en personas entre 2 y 64 años con factores de riesgo y mayores de 65 años, fueron menores en comparación con el año 2016 para el primer grupo y similares para el segundo.

Algunas provincias reportaron coberturas mayores al 100%, lo que pone en evidencia que debe ajustarse el denominador, hecho que se repite en los últimos años. Hay 18 jurisdicciones con coberturas mayores al 85%.

Con respecto a las embarazadas, la cobertura del país es del 93% y se pueden observar 19 jurisdicciones con coberturas mayores al 85%. También se observan coberturas mayores a 100%; es probable que esto tenga que ver con que se calcula sobre una cohorte que comprende la mitad de los nacidos vivos y que se continúa con las acciones de vacunación de este colectivo más allá de los 6 meses que comprende habitualmente la acción intensificada de vacunación. Se consensó en el taller PAI del año pasado que se va a ajustar el denominador para el 2018, que pasará a ser el 75% de la cohorte.

Si se tienen en cuenta las coberturas en embarazadas y puérperas tomando como denominador una cohorte entera de nacidos vivos, la cobertura llega a un 58.6%, dato falaz que no revela baja cobertura sino denominador mal estimado.

El punto más débil de la vacunación antigripal es el componente pediátrico. Se logran coberturas del 71.6% para primera dosis y del 56.7% para la segunda. Jujuy logra la meta de manera oportuna y temprana y después tenemos Tierra del Fuego, Chubut y Tucumán con buenas coberturas.

Con respecto a la vacunación oportuna, los avances de metas se cumplieron para el personal de la salud, en tanto se observaron retrasos en los otros grupos a vacunar.

Con relación a la seguridad de la vacuna, la Dra. Katz cita que de casi un total de 5 millones de dosis aplicadas se registraron 63 eventos adversos, correspondiendo a una tasa del 1,27/100.000 dosis aplicadas. Treinta y siete casos fueron relacionados y 4 graves. Estos 4 eventos graves fueron un hombre de 52 años con infección por VIH/sida con tratamiento antirretroviral efectivo que tuvo una púrpura trombocitopénica idiopática; una niña de 12 meses con convulsiones febriles con recuperación completa; una mujer de 39 años con mielitis transversa recuperada con secuela y una mujer de 65 años con una enfermedad desmielizante recuperada sin secuela. Con respecto a los eventos programáticos, se notificaron 8; los eventos coincidentes fueron 13, con una tasa de 0,26%. Tres eventos están en estudio y se registró un evento en una embarazada (tasa de 0,28/100000).

Al clasificarlos según gravedad, el mayor porcentaje corresponde a eventos moderados, le siguen los eventos coincidentes y por último los leves.

La Dra. Katz agrega que con respecto a las recomendaciones 2018 para la composición de la vacuna para el Hemisferio Sur, hay un cambio de 2 cepas. A H1N1 no tiene modificaciones (es la misma del año 2017 -A/Michigan/45/2015 (H1N1) pdm09-like virus-). Cambian la H3N2 (A/Singapore/INFIMH-16-0019/2016 (H3N2)-like virus) y la B (B/Phuket/3073/2013-like virus, linaje Yamagata).

Vacunación antineumocócica

Posteriormente la Dra. Katz informa que las dosis aplicadas de vacuna antineumocócica para personas de 5 a 64 años fueron 143.549 dosis de la vacuna conjugada 13-valente (VCN13) y 47.812 de vacuna polisacárida 23-valente (VPN23). Se puede ver la diferencia de dosis aplicadas respecto al grupo de mayores de 65 años, que fueron 257.211 de dosis de VCN13 y 61.807 de VPN23.

Adquisición de vacunas

Para el 2018, el Ministerio va a adquirir 10.1 millones de vacunas. Esto significa 6.800.000 dosis para adultos, 2.000.000 dosis pediátricas, a ser distribuidas a las 24

jurisdicciones del PAI, organismos nacionales y a la Superintendencia de Servicios de Salud como se venía haciendo los años anteriores. Agrega que por convenio y de manera diferente al total antes citado, se le entregará al PAMI 1.300.000 dosis, lo mismo que el año 2016.

La Dra. Katz le cede la palabra a la Dra. Susana Devoto quien especifica detalles de logística sobre la entrega de las dosis, explicitando que ya se encontraba realizada la orden de previsión con el cronograma que la Dirección considera adecuado, y que es similar al que fue utilizado en 2017, como para entregar las dosis en abril teniendo en cuenta la Campaña de Seguimiento contra Sarampión y Rubéola, a ser efectuada durante septiembre y octubre de 2018. El laboratorio productor notificó que los antígenos para el control de calidad no van a estar disponibles en el país hasta mediados o fines de enero de 2018, con lo cual la primer entrega que propone el laboratorio será en abril 2018, es decir un mes después del cronograma propuesto. La Dra. Devoto agrega que esto es una contrariedad para todo el Cono Sur y que solicitará una reunión por vía teleconferencia con Mercosur y OPS para manifestar la complicación que se generaría.

Retoma la palabra la Dra. Katz citando los logros del año 2017 citando que la distribución de las vacunas fue durante la primera quincena de marzo, logrando distribuir el 90% de las dosis antes del inicio del invierno y en relación con la comunicación, el mensaje claro de la vacunación de grupos de riesgo.

Para finalizar la presentación, la Dra. Katz expone que los desafíos son la vacunación pediátrica y de embarazadas; la vacunación oportuna con altas coberturas antes de inicio del invierno; la vacunación destinada a los grupos de riesgo tanto de la antigripal como de la vacuna antineumocócica; alcanzar la población objetivo en el esquema secuencial y lo que continúa siendo un desafío es la respuesta sólida y uniforme del equipo de salud para sostener las recomendaciones consensuadas a nivel técnico nacional provincial y sociedades científicas.

Luego de una ronda de preguntas, la Dra. Katz expone que este fue el primer año que las dosis aplicadas de vacuna antigripal se notifican por SISA-NOMIVAC, aclarando que es un año de transición respecto a los anteriores y comenta que fue un gran logro que las Obras Sociales notifiquen mediante el sistema considerando que son alrededor de 300 mil las dosis notificadas.

La Dra. Devoto para finalizar añade que este año se logró el recupero del costo de las dosis que se le han entregado a las obras sociales abriéndose una cuenta especial (Fuente 14).

Situación epidemiológica de las infecciones respiratorias agudas

El representante de la Dirección de Epidemiología es presenta el informe acerca de la situación epidemiológica de las infecciones respiratorias agudas. Se trató la situación nacional de los 4 eventos de vigilancia clínica de neumonía, enfermedad tipo influenza (ETI), infección respiratoria aguda grave (IRAG) y bronquiolitis y la caracterización de los virus respiratorios.

Respecto al evento de enfermedad de tipo influenza la curva de casos de ETI para el total país hasta la SE43 transitó entre las zonas de seguridad y alerta alcanzando la zona de brote en las SE23 a SE27 para posteriormente descender hasta la zona de éxito. La curva de casos y las estimaciones muestran un comportamiento estacional habitual. Los casos notificados en las primeras 40 semanas (teniendo en cuenta el retraso en las notificaciones) de 2017 representan una tasa inferior al mismo período de 2016. El grupo más notificado son los menores de 5 años.

Al evaluar los corredores de ETI por región, la región centro es la que más se parece al corredor nacional por la magnitud poblacional observándose en otras regiones que hubo un aumento importante de casos, principalmente en la región de Cuyo que presentó un ascenso marcado, llegando a zona de brote en las SE24 a SE27 con un pico en la SE26. En el resto del año los efectores siguen notificando ETI aunque no haya tanta circulación de influenza A sino de influenza B.

Con respecto al evento neumonía, la curva de casos transitó inicialmente por la zona de éxito y a partir de la SE18 se observó un ascenso marcado con un pico de notificaciones en las SE24 y SE26 y un descenso marcado desde entonces. Según las estimaciones realizadas, los casos estarían entre las zonas de seguridad y éxito.

Los casos y tasas acumuladas son muchos menores a lo notificado en 2016 siendo el grupo de edad más notificado el de menores de 5 años y luego los mayores de 65.

Con respecto al corredor de bronquiolitis que es para menores de 2 años la curva de notificaciones de bronquiolitis transitó entre las zonas de seguridad y éxito durante las primeras 21 SE del año, para luego ubicarse en zona de alerta entre las SE22 a SE27. Agrega que en la actualidad la curva está en la zona de éxito, mostrando para casi todas las semanas un número inferior de casos a la mediana de los últimos 5 años. En el 2017, los casos y las tasas acumuladas hasta la semana 40, son mucho menores que en los últimos 6 años.

Con respecto a la caracterización de los virus respiratorios, hasta la semana 43 la en las muestras positivas el 62,5% correspondió a Virus Sincicial Respiratorio y el 21,2% al grupo de virus Influenza. El 99% de los aislamientos de influenza A fueron caracterizados como H3N2. A partir de la SE15 se observó un aumento marcado y sostenido de los casos positivos, destacándose el aumento proporcional de VSR y virus Influenza A. Posteriormente, luego de la SE26 se produjo un descenso constante de casos hasta la actualidad.

El otro evento clínico que se vigila es la infección respiratoria aguda grave (IRAG). Este evento se incorporó a la vigilancia en el año 2011, por lo que se cree que al ser un evento nuevo los efectores los fueron incorporando y que ha mejorado paulatinamente la notificación de este evento. Si bien la curva se mantuvo en zona de alerta, no fue la magnitud del año pasado. Los casos notificados en las primeras 40 semanas de 2017 presentan una tasa inferior al mismo período de 2016 aunque del 2011 al 2016 haya crecido notablemente.

Para finalizar se analizaron los casos de fallecimiento con diagnóstico de influenza, Este evento se vigila desde el 2016. Ese año hubo 294 casos y en el año 2017 se registraron 103. Respecto a los casos de fallecidos notificados con diagnóstico de influenza según presencia de factores de riesgo y antecedente de vacunación antigripal, de los 103 fallecidos del 2017, se desconoce el antecedente de factores de riesgo en 5 de los notificados. Del resto, 95 presentaron antecedentes de riesgo y 3 no presentaron antecedentes. De los 95 con factores de riesgo, 56 no estaban vacunados, 16 sí y en 23 casos se desconoce el dato. En el año 2016, no se obtuvo el dato de antecedentes de factores de riesgo en 73 de 294 fallecidos. Del resto, 216 presentaron antecedentes de riesgo y 5 no.

Comparando los grupos de edad de los fallecidos, en el 2017 de 103 fallecidos notificados, 73 son mayores de 64 años, seguidos por el grupo de 45 a 64 años con 15 fallecidos. En el año 2016 se notificaron 115 fallecidos en el grupo de 45 a 64 años, seguidos por el grupo de mayores de 64 años con 77 de casos. Se aclara que no hubo embarazadas

entre los fallecidos y que la información de vigilancia proporciona la posibilidad de generar tendencias y sirve para componer hipótesis considerando interesante elaborar un protocolo de investigación. Para el caso de los fallecidos por influenza, se sugiere hacer una investigación de fecha de muerte y fecha de vacunación.

Campaña Nacional de Seguimiento de Vacunación contra Sarampión Rubéola

La Dra. Gabriela Elbert introduce la temática con un resumen de la historia de la eliminación del sarampión en las Américas, siendo los últimos casos endémicos de sarampión en el año 2000, de rubéola en el 2009 y de rubeola congénita también en el 2009 siendo éste el último caso de la región. Desde ese momento, hasta la fecha los casos notificados fueron todos importados. Agrega que es esperable que Argentina tenga importaciones teniendo en cuenta la situación mundial del Sarampión, siendo importante la contención y la respuesta ante ese tipo de casos. Es relevante saber la gran movilización que implica un caso importado, no solo por el reclutamiento local y la vigilancia sino por la investigación del caso.

Para sostener la eliminación, la Dra. Elbert cita que hay tres ítems que se deben cumplir, uno de ellos es tener coberturas de vacunación >95%, homogéneas y sostenidas, con estrategias que aseguren una segunda oportunidad, herramienta de supervisión constante y una estrategia para identificar y priorizar oportunamente las áreas que se deben intervenir a fin de vacunar a la población pendiente. El segundo ítem es un sistema de vigilancia sensible y eficiente que detecte, notifique e investigue en forma rápida y oportuna todo caso de Sarampión y Rubéola y búsquedas activas institucionales periódicas de casos sospechosos. Y el tercer ítem un laboratorio eficiente capacitado para realizar diagnósticos serológicos, detección y aislamiento viral ante la aparición esporádica de casos importados.

Para las coberturas, en los últimos años no se alcanzó el 95% que es donde el país debería estar. La Dra. Elbert agrega que para decir que el sistema de vigilancia es sensible, se deberían notificar 2 casos sospechosos cada 100 mil habitantes y que esa tasa se alcanzó únicamente en el año 2010 en el contexto del campeonato Mundial de Fútbol de Sudáfrica. A nivel local, la mayoría de las provincias tampoco alcanzan la tasa esperada, y en el último año, considerando que 6 de 24 provincias venían alcanzándola, sólo dos

(Tucumán y Río Negro) lograron llegar a la misma. Se resaltó quedos provincias, no han notificado casos.

La Dra. Elbert comenta que respecto a la vigilancia de SRC, a nivel nacional las tasas son mejores, se superó la tasa que es de 1 cada 10 mil nacidos vivos, pero hay ocho provincias del país que no han notificado casos.

A nivel mundial se proyectó un plan estratégico para que todas las regiones establezcan metas para la eliminación de sarampión y rubéola, pero la región que alcanza la meta es la Región de las Américas. La Dra. Elbert expone las diferencias sobre la eliminación del Sarampión en las Américas y como el continente europeo certifica la eliminación por país y no por región. Agrega estadísticas de casos y que en la región europea durante los primeros 5 meses de 2017 se notificaron 50% más casos que en todo el año 2016, con mayor número de fallecidos, situación que la región europea no estaba registrando.

En la Región de las Américas, en la actualidad hay un gran brote en Venezuela, notificándose 570 casos de los cuales 217 fueron confirmados como Sarampión y el 77% son niños menores de 10 años. El linaje del genotipo D8 no tiene relación con el virus del brote que se observó en Brasil.

Para finalizar, la Dra. Elbert comenta que la campaña tiene lugar en el contexto de la eliminación de la circulación de los virus del sarampión y la rubéola en la Región de las Américas, pero con alta circulación viral en otras regiones, un sistema de vigilancia que no alcanza los niveles de notificación sugeridos por la OPS y una cobertura menor al 95%, con acúmulo de susceptibles. Este aspecto es fundamental para la toma de decisión de realizar la campaña, y en la actualidad son aproximadamente 730.335 niños. Agrega que la campaña se realizará entre el 1 de septiembre y el 31 de octubre de 2018 con el propósito de sostener la eliminación del sarampión, la rubéola y SRC y el objetivo de esta es superar el 95% de cobertura con una dosis extra de triple viral en el 100% de las provincias y departamentos en niños de 1-4 años inclusive.

El Dr. Pablo Bonvehí agrega que este último dato es importante en términos de comunicación de la campaña para que quede claro al personal de salud y a los pediatras el concepto de la dosis extra. La Dra. Devoto agrega que la Resolución Ministerial está a la firma del ministro y que los expertos de OPS están capacitando a todo el equipo de la Dirección para una Campaña de alta calidad.

El Dr. Eduardo López, respecto a lo citado por la Dra. Devoto sobre la no exigencia de vacunación con vacuna triple viral por falta de reglamentación a los deportistas que concurrirán al país en el contexto de las olimpiadas juveniles, cita que, los países europeos tienen más brotes de Sarampión que fiebre amarilla (FA) en Argentina y a los argentinos se les exigen la vacunación de FA al llegar a otro país. Considerando que ingresarían 40 mil deportistas y sus equipos lo cual alcanzaría las 120 mil personas, esto representa un número alto de posibilidades de que se introduzca una cepa al país y que circule por Buenos Aires, a lo cual hay que sumarle el acceso complicado a nuestros susceptibles. La CoNaIn debería hacer una recomendación al respecto. El Dr. Biscayart agrega que el Reglamento Internacional no contempla la exigencia de la vacuna triple viral por lo que, aunque pueda considerarse el planteo, no es posible exigir la vacunación por falta de reglamentación internacional al respecto.

Criterios epidemiológicos para evaluar el riesgo poblacional de dengue

La Dra. Teresa Varela de la Dirección de Epidemiología presenta el análisis de los datos que la CoNaIn solicitó en la reunión anterior a fin de definir qué criterios se utilizarán para evaluar el riesgo poblacional de dengue en Argentina con el objetivo de identificar las regiones en las que sería necesario administrar una vacuna contra el dengue.

Con respecto a los datos históricos, muestra que desde la reemergencia del dengue en el año 1998 se registraron brotes todos los años, excepto en el 2001 y 2005, hecho que lo que lo convierten en la principal arbovirosis transmisible en el país. En este período de tiempo se comprobó la circulación de los 4 serotipos causantes de brotes de diferente magnitud, el mayor de ellos se registró en el primer semestre del 2016 con más de 41.000 casos con predominio de circulación del serotipo DEN-1. El serotipo identificado en todos los brotes fue DEN-1 y resultaron afectados al menos 11 departamentos/partidos correspondientes a 5 provincias. La tasa de casos positivos para todas las áreas fue de 7 casos por 100 mil habitantes, siendo los grupos de edad más afectados los de 15 a 24 años (con 10 casos cada 100 mil habitantes) y de 25 a 64 años (con 9 casos cada 100 mil habitantes), aunque con variaciones por provincia.

Al comparar los datos de los últimos cinco años se observa que solo 45 de los departamentos con casos en el 2016 presentaron casos en los 5 años anteriores y de esos, solo 11 tuvieron casos en tres años consecutivos de la serie. El único que presentó casos en todo el período fue el de Orán con una baja muy bajo número de casos.

De los 180 departamentos que registraron casos entre el 2010 al 2017, 112 registraron casos en menores de 14 años. De estos departamentos, 14 presentaron tasas mayores a 5 casos cada 1000 niños menores a 10 años y de 10 a 14 años en el período 2014 a 2017. La provincia de Misiones cuenta con 6 departamentos en esta categoría atribuibles a la epidemia del año 2016. En el período inmediatamente anterior, no se observó este comportamiento.

En lo que se refiere a indicadores de gravedad, el número de defunciones y la letalidad para el año 2016 en los diferentes países de la región es la siguiente: Argentina: 10 defunciones, 0,02 de letalidad por cada 100 enfermos; Brasil: 629, 0,04; Paraná (Brasil) 63, 0,10. El total para la región de la Américas es de 1032 defunciones con 0,04 de letalidad. Con respecto a dengue grave los números son: Argentina 20 (0,05%), Brasil 664 (0,06%), Paraná (Brasil) 912 (1,62%) y total para la región de las Américas 10200 (0,43%).

A continuación, la Dra. Varela detalla los criterios epidemiológicos para evaluar el riesgo poblacional para la emergencia de formas graves de dengue. Los mismos son los siguientes: casos históricos (departamentos con casos en 2016 que presenten casos en al menos uno de los últimos 5 años), circulación de serotipos desde la reemergencia (dos o más serotipos causantes de >10% de los casos cada uno), tasa de incidencia general desde la reemergencia (>1000 casos por 100000 habitantes), tasa de incidencia en población pediátrica (>5 casos por cada 1000 menores de 5 años) y casos de dengue grave o fallecidos desde la reemergencia (registro de casos graves o fallecidos por dengue autóctono). De acuerdo con el número de criterios de cada departamento se muestra que la distribución sería la siguiente: departamentos con 5 criterios: 0, con 4: 5, con 3: 5, con 2: 17, con 1: 40 y sin criterios: 145.

A continuación, la comisión analiza los datos presentados por la Dra. Varela concluyendo que los mismos son acordes a los solicitados en las reuniones previas y útiles para poder definir las regiones con riesgo de dengue. Se recuerda que este indicador es fundamental para poder evaluar la utilidad de la vacuna contra dengue CYD-TDV de acuerdo con los requisitos que definió la ANMAT para la aprobación de la vacuna. Dicho organismo aprobó el uso de la vacuna en las zonas con endemividad para dengue definidas por el Ministerio de Salud. Los integrantes de la CoNaIn efectúan comentarios en referencia a la presentación efectuada por la Dirección de Epidemiología y a los criterios a emplear para definir las áreas donde se podría emplear la vacuna contra el dengue como herramienta para prevenir esta enfermedad. El Dr. Eduardo López hace referencia a la buena tarea

desarrollada por Epidemiología al obtener los datos presentados en esta reunión, también menciona que las áreas con mayores casos en Latinoamérica presentan tasas de 500/100.000. El Dr. Biscayart hace referencia a la posibilidad de que la carga de enfermedad se concentre en algún serotipo en particular, especialmente el DEN-2 cuya infección secundaria puede acarrear mayor riesgo de enfermedad grave y a la menor eficacia demostrada de la vacuna contra este serotipo y al desafío en cuanto a los aspectos programáticos que representa la vacunación contra el dengue. La Dra. Angela Gentile también hace referencia a la mejoría observada en los datos epidemiológicos obtenidos, comenta la necesidad de contar con criterios epidemiológicos que estén disponibles y sean aplicables y menciona las dificultades programáticas que puede representar la vacunación segmentada por departamentos. El Dr. Eduardo López hace referencia a la posibilidad de encontrar alta seropositividad en la población pediátrica afectada. El Dr. Pablo Bonvehí describe los criterios recomendados en México por CONAVA y en Paraguay en un trabajo presentado por el grupo del Dr. Antonio Arbo. La Dra. Angela Gentile menciona la necesidad de definir el número de criterios a emplear y la de contar con un mapa con los departamentos que cumplan 3 o 4 criterios. El Dr. López considera de valor los criterios recomendados en México y Paraguay, recuerda que esta es una vacuna para determinadas áreas o subregiones de provincias de nuestro país y que la utilización de dos o más criterios permitiría seleccionar mejor las áreas a vacunar y dio como ejemplo que la tasa mayor a 1000/100.000 solo se observa en 27 departamentos. El Dr. Bonvehí menciona que, al igual que con otras vacunas incorporadas a nuestro calendario, se debe tener en cuenta siempre el criterio de equidad en lo que la CoNaIn recomiende. El Dr. Forlenza menciona que hasta el presente utilizando solo criterios de caso y no se incorporan criterios vectoriales. Finalmente la CoNaIn recomienda que se defina como área Endémica a aquellos departamentos que reúnan 3 o más criterios para la emergencia de formas graves de dengue.

Se da por concluida la reunión fijándose como fecha para la próxima el día 20 de marzo de 2018

DIRECCIÓN DE
CONTROL DE ENFERMEDADES
INMUNOPREVENIBLES



Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación