



Unidad móvil de vacunación contra la covid-19 en Huelva el 5 de noviembre de 2021. Shutterstock / agsaz

Qué hemos hecho bien en España para controlar la covid-19 tan rápido

Publicado: 25 noviembre 2021 21:20 CET

Ángela Domínguez García

Catedrática Medicina Preventiva y Salud Pública, Departamento de Medicina, CIBER Epidemiología y Salud Pública, Universitat de Barcelona

Después de que las autoridades chinas compartieran la secuencia genética del SARS-CoV-2 se hicieron grandes esfuerzos para obtener vacunas contra la COVID-19.

Científicos de todo el mundo centraron sus investigaciones en obtener una vacuna eficaz. Los primeros estudios en fase III de vacunas basadas en tecnología de ARN mensajero se iniciaron tan sólo seis meses tras conocer la secuencia genética del virus. Diversos equipos de investigación trabajaban en vacunas basadas en genes, por lo que se pudo desarrollar rápidamente la tecnología de vacunas basadas en ARN mensajero (ARNm) que librarán material genético a las personas vacunadas para producir la proteína inmunizante Spike del SARS-CoV-2. También se avanzó muy rápidamente en el desarrollo de vacunas que se basaban en vectores no replicativos (adenovirus humano o animal crecido en células de mamífero).

Pero la obtención de vacunas eficaces era sólo el primer paso. Había que comercializarlas en cantidad suficiente para iniciar los programas de vacunación y hacer un importante ejercicio de priorización para proteger a los más vulnerables considerando aspectos éticos sobre valores intrínsecos (hospitalizaciones evitadas, muertes evitadas o años de vida perdidos) y valores instrumentales (que el sistema sanitario pudiera seguir prestando servicios y que la sociedad siguiera funcionando).

La OMS propugnó principios como bienestar humano, respeto igualitario, equidad mundial, equidad nacional, reciprocidad y legitimidad. También se propugnó el máximo beneficio en términos de reducción de enfermedad grave y muerte.

Algunos países establecieron que el orden para vacunar diera prioridad a mayores institucionalizados, trabajadores de dichas instituciones y personas de 80 años o más. Otros explicitaron que debía prevenirse la hospitalización y mantener la capacidad del sistema sanitario, priorizando a las personas con riesgo de hospitalización y muerte o con riesgo ocupacional y los trabajadores esenciales.

En España, con valor preferencial decreciente, se consideraron: igualdad en dignidad y derechos, necesidad, equidad, protección de las personas vulnerables con discapacidad, interés superior del menor, beneficio social y reciprocidad.

Once meses después de iniciar la vacunación tenemos completamente vacunada el 89,2 % de la población de 12 años o más y el 100 % de la población de 80 años o más.

A nivel mundial se estima que la población completamente vacunada es el 42 %.

¿Cuáles han sido los principales aciertos durante este recorrido?

La estrategia de vacunación acordada por el grupo promovido por el Ministerio de Sanidad con participación no sólo de técnicos de las comunidades autónomas y del Ministerio, sino de expertos de comités y sociedades científicas, ha sido mucho más exitosa que la de otros países.

La opción de priorizar las personas de edad más avanzada ha sido sin duda un acierto porque se asocia a condiciones que comportan gravedad para COVID-19.

Trabajar en equipos transversales es esencial en emergencias sanitarias y es remarcable la implicación de los profesionales de enfermería, grupo profesional claramente infradotado en nuestro país.

Plantear la vacunación como recomendación y no como obligación ha sido otro acierto. La política de comunicar con transparencia la evolución de coberturas vacunales e incidencia de nuevos casos, hospitalizaciones, ocupación en UCIs y defunciones ha permitido mostrar como, a la vez que aumentaban las coberturas, la magnitud de la enfermedad disminuía, lo cual sin duda es un buen método para convencer a indecisos y anular el argumento de que las vacunas no sirven.

Impulsar la vigilancia genómica, tan importante para identificar y hacer seguimiento de las nuevas variantes e investigar la efectividad de las vacunas frente a ellas, ha sido igualmente necesario y acertado y deberemos tomar nota para el futuro.

¿Y qué errores podemos destacar de este recorrido?

Uno ha sido la rigidez con que se estableció y comunicó el nivel de población que era necesario vacunar para alcanzar inmunidad de grupo.

La inmunidad de grupo es la resistencia a la enfermedad que presentan las personas en una población debido a que una determinada proporción de personas tiene inmunidad por haber sido vacunadas o porque se han infectado. Es un concepto clásico en la epidemiología de las enfermedades inmunoprevenibles que se estima a partir de la facilidad con que el agente infeccioso se transmite en población susceptible y de la efectividad de la vacunación.

Inicialmente se estableció que el nivel requerido de vacunación era del 60-70%. Y eso generó la falsa esperanza de que con dicho nivel tendríamos la pandemia controlada.

La realidad se ha impuesto y en la actualidad, con más del 79,2% de toda la población española completamente vacunada, aún tenemos casos, hospitalizaciones y muertes. ¿Qué ha pasado?

Pues que el virus muta, aparecen nuevas variantes, la capacidad de transmisión de las nuevas variantes es superior a la que se había estimado y la efectividad de las vacunas para prevenir la transmisión del virus es limitada y puede disminuir con el tiempo.

La vacunación contribuye a limitar la circulación del virus, pero el objetivo fundamental de las vacunas era reducir las formas graves que requieren hospitalización, los ingresos en UCI y las defunciones.

Hubiera sido preferible incidir en que los importantes beneficios que aporta la vacunación son mayores cuanto mayor es la población vacunada y que otras medidas de prevención (mascarilla, distancia personal, higiene de manos, ventilación de espacios cerrados) contribuyen a controlar la transmisión y siguen siendo necesarias.

La cuestión de cuanta población debe vacunarse no es tan relevante. Lo importante es que cuanta mayor sea la cobertura de vacunación, mejor.

Ojo con el localismo

Otro importante error es el localismo con que estamos abordando el control de la pandemia. La pandemia de COVID-19 es un problema que afecta a todo el mundo y la vacunación es el principal método para su control, como demuestran la reducción de hospitalizaciones, ingresos en UCI y muertes a medida que aumentan las coberturas. Necesitamos, por tanto, elevadas coberturas de vacunación a nivel global.

La OMS plantea conseguir que el 70% de la población mundial esté completamente vacunada en junio 2022, lo que implica que en países de renta baja y renta media queda mucho por hacer.

Iniciativas como la de COVAX para proporcionar a dichos países dosis de vacunas que permitan alcanzar una cobertura suficiente son muy positivas. Pero es necesaria mayor solidaridad que nos implique a todos si queremos controlar la pandemia y minimizar su impacto.

Ante una pandemia no es suficiente mirar los datos de nuestra comunidad, de nuestro país y de países de nuestro entorno. Hay que mirar cómo evolucionan la cobertura de vacunación y los indicadores epidemiológicos a nivel global y poner los recursos necesarios para que en todos los países se pueda controlar la pandemia.