

Difteria en España: reflexiones de la Asociación Española de Vacunología

[\[Más información\]](#)

Carta del director- Mayo 2015

La Asociación Española de Vacunología, asociación comprometida con la divulgación de información sobre el valor de la prevención y las vacunas, ha participado intensamente en las actividades de la Semana Europea y Mundial de Vacunación, tal como lo ha hecho en otras ediciones, llegando a 4000 seguidores en la Redes Sociales. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y Unión Europea en su X Semana de Vacunación insisten en las razones por las que toda la población debe vacunarse siguiendo las recomendaciones establecidas en el calendario oficial de vacunación con conceptos básicos como que la vacunación salva vidas; las vacunas son seguras y efectivas; la vacunación es un derecho básico etc. Nos gustaría resaltar la importancia de la vacunación para prevenir ciertas enfermedades infecciosas y para conmemorar los éxitos alcanzados con los programas de vacunación en la promoción de la salud de la población.



Sin embargo, nos encontramos en un difícil momento en el que la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios

(AEMPS), que depende del Ministerio de Sanidad, alerta de problemas con el suministro de la vacuna dTpa, que contienen el antígeno frente a la tos ferina. Estos problemas afectan fundamentalmente a las vacunas pentavalentes y trivalentes dTpa. En España las farmacéuticas Sanofi Pasteur MSD, Glaxosmithkline y Glaxosmithkline Biologicals son las encargadas de su producción. Estas compañías han comunicado que se trata de problemas de suministro, a nivel mundial, por dificultades en la fabricación del componente pertúsico, que no tienen un origen común. La AEMPS ha podido conseguir algunas unidades adicionales a través de autorizaciones de comercialización excepcional o por la vía de medicación extranjera. Y ha emitido las recomendaciones pertinentes para adecuarse a la situación. Como reflexión, de cara a nuestros profesionales y pacientes, es que por un lado nos encontramos ante el debate y la reclamación de más vacunas para más enfermedades y para más pacientes, y de repente nos quedamos cortos en la disponibilidad de suministro para pautas vacunales más adaptadas a los polifacéticos calendarios. Parece necesario construir nuevos ejes para la ejecución de nuevos calendarios vacunales y pautas, con la aparición de nuevas vacunas, abordando la comercialización, la disponibilidad, la apertura a nuevas formas de financiación y sus muy importantes implicaciones en Salud Pública, teniendo en cuenta la rapidez de incorporación de nuevos elementos, como la vacuna contra la meningitis B, la vacuna del herpes zoster para adultos etc. La repercusión sobre las enfermedades, las variaciones en la epidemiología y la equidad en la población son elementos fundamentales a la hora de tomar estas decisiones.

Como noticia y para aquellos que deseen estar al día de novedades, ya se encuentra disponible en la web el anuncio (programa, inscripción...) del próximo Congreso Nacional de la Asociación Española de Vacunología, que con el lema "Vacunas un reto en la Salud Pública" se celebrara en el Palacio de Congresos de Córdoba los días 18, 19 y 20 de noviembre de

2015. ¡Os esperamos!

Un afectuoso y reflexivo saludo,

Dra. María José Álvarez Pasquín (Directora Vacunas.org) y la [Junta Directiva de la Asociación Española de Vacunología](#).

 [Descargar Editorial en formato pdf](#)

Carta del director- Abril 2015

Este mes de abril hemos celebrado la Semana europea de las vacunaciones por décima vez. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y Unión Europea insisten en las razones por las que toda la población debe vacunarse siguiendo las recomendaciones establecidas en el calendario oficial de vacunación: La vacunación salva vidas; Las vacunas son seguras y efectivas; La vacunación es un derecho básico; Los brotes infecciosos suponen una amenaza importante; Las enfermedades se pueden controlar y eliminar y la vacunación, con todo, es una medida coste-efectiva. Nos gustaría resaltar la importancia de la vacunación para prevenir ciertas enfermedades infecciosas y para conmemorar los éxitos alcanzados con los programas de vacunación en la promoción de la salud de la población.

Sin embargo, la OMS alerta con claridad que el sarampión sigue causando fuertes brotes epidémicos en Europa. Sin ir más

lejos, Alemania ha vivido este año el más virulento en décadas: 574 casos y un bebé de 18 meses muerto hace pocas semanas. El Centro Europeo para el Control de Enfermedades (ECDC) considera que esta infección “ha experimentado un resurgimiento drástico” en los últimos cinco años. Los expertos del ECDC cuentan a el diario.es que “estamos comprobando brotes en diferentes países. Entre 2009 y 2014 diversos estados han tenido picos muy fuertes en distintos años”. Picos que “se cuentan por miles de afectados”, añaden. Es decir, la enfermedad sube y baja por zonas pero siempre está al acecho. En España, por ejemplo, tras un brote de casi 2.000 casos en 2011 –que multiplicaba por 6,5 el ejercicio de 2010–, ha ido descendiendo hasta contabilizar 135 casos en 2013 y 147 el año pasado. Tanto el ECDC como la OMS apuntan a un “declive en la confianza pública en las vacunas” y la existencia de “bolsas de población sin inmunizar” como razones para lo que definen como un “problema continuo”. La directora de la OMS en Europa, Zsuzsanna Jakab, juzga como “inaceptable que después de 50 años de esfuerzos para conseguir vacunas seguras y efectivas el sarampión continúe costando vidas y dinero”.

La Asociación Española de Vacunología, asociación comprometida con la divulgación de información sobre el valor de la prevención y las vacunas, ha participado intensamente en las actividades de la Semana, tal como lo ha hecho en otras ediciones, llegando a 4000 seguidores en la Redes Sociales.

[iOs dejamos con el video sobre la vacunación de Ronaldiño!](#)

 [Descargar Editorial en formato pdf](#)

Carta del director- Marzo 2015

Los dirigentes de los sistemas sanitarios se caracterizan en la actualidad por precisar un talento directivo sofisticado para poder adaptarse a la creciente complejidad del sector salud. Se espera de ellos resultados en salud combinados con la eficiencia de las medidas seleccionadas, basados en la medida de lo posible en prácticas de medicina basada en la evidencia.

Nos encontramos ahora con nuevos gobernantes en el Ministerio de Sanidad. Les damos la enhorabuena y ofrecemos nuestra colaboración como asociación científica en la medida en que podamos hacerlo. Venimos de una trayectoria de desencuentros con la Administración por sus políticas poco claras respecto a las vacunas en nuestro país, campo de trabajo de nuestra entidad, pero son aspectos repetidamente abordados en los que ahora no vamos a profundizar más. Por el contrario, en este editorial nos gustaría reflexionar sobre el liderazgo de las autoridades sanitarias que reclamamos como deseado y necesario, tanto para los profesionales como para los ciudadanos. Son cinco las competencias que se aducen como necesarias para los directivos del sector salud: (1) comunicación y habilidades de relación (2) profesionalismo, (3) liderazgo, (4) comprensión profunda del sistema sanitario y (5) conocimientos y habilidades en gestión que reclamamos para nuestros mandatarios.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), como base de ese liderazgo reclamado, insta como objetivo estratégico en su WHO Global Vaccine Action Plan 2011–2020 que todos los países refuercen su capacidad nacional de recomendación sobre vacunas mediante la creación y mejora de Comités técnicos asesores nacionales sobre inmunización independientes, que puedan

emitir recomendaciones para políticas de vacunación basadas en la evidencia.

Semejante a las discrepancias actuales en España respecto a la vacunación contra la varicela, existió un debate semejante en EEUU con la vacuna del sarampión, la necesidad de la segunda dosis y la edad óptima de administración. Los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) y la American Academy of Pediatrics (AAP) divergieron en sus recomendaciones -se repite la historia, el órgano gubernamental y las asociaciones científicas- con la clara y negativa repercusión entre los pediatras, los salubristas, los médicos de familia y el público general. Este debate se inició en 1989 y tras sucesivos intentos de armonización de criterios, no se consiguió la unificación hasta el año 2000.

Para ello, la creación del Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) fue de extrema importancia. El ACIP es un grupo de expertos médicos y de salud pública que desarrollan las recomendaciones sobre como utilizar las vacunas para el control de las enfermedades infecciosas en EEUU, contemplando aspectos tan relevantes como la efectividad y la seguridad de los productos y pautas seleccionadas. Está constituidos por 14 miembros votantes expertos en vacunología, pediatría, medicina interna y de familia, salud pública, virología, medicina preventiva, infecciosas, enfermería y existe un miembro del lado del público general que provee la perspectiva sobre aspectos sociales y comunitarios. Además, existen miembros de las agencias federales y 30 representantes con voz pero sin voto de diferentes organizaciones vinculadas a este campo del conocimiento. Todos participan de forma voluntaria. Un equipo así ha logrado el liderazgo científico y en su comunidad de forma potente de manera que, a pesar de los movimientos críticos con las vacunas importantes en ese país, crisis como la gripe de 2009 se superó de forma muy diferente a la europea , y se han logrado resultados en salud como que en las Américas no se registran casos de sarampión por transmisión

endémica desde 2002.

El reciente estudio publicado en Eurosurveillance sobre la situación de los comités asesores de vacunas en Europa, en el que ha participado nuestro país, pone de manifiesto la variedad de fórmulas que existen en su desarrollo. Pero lo más destacable es, que pese a que en Europa se cumple la recomendación de la OMS de la existencia de un comité asesor de vacunas en casi todos los países, en sus políticas de trabajo sólo 20 de treinta siguen una sistemática de trabajo a la hora de incluir o recomendar nuevas vacunas. Pero únicamente cinco países utilizan herramientas de calidad para evaluar la calidad de estudios individuales como Critical Appraisal Skills Programme (CASP) , Assessing the Methodological Quality of Systematic Reviews (AMSTAR), o Cochrane risk of bias tool , o para medir la fuerza global de la evidencia como Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) methodology (utilizado por la OMS, CDC y ECDC), y sólo once de estos países utilizan de forma opcional las revisiones sistemáticas para apoyar sus recomendaciones. Y además, su decisión no es vinculante para la puesta en marcha de la medida, como ocurre en el Estado español, por circunstancias locales diferentes. La revisión de los Comités Asesores de Vacunas en Europa concluye en las posibles formas de colaboración entre países dadas las diferencias entre recursos económicos, humanos y el consumo de tiempo en unificar el cuerpo de conocimientos con la metodología adecuada, carro al que nos deberíamos apuntar.

En un contexto actual de mundo globalizado, con diferencias de pensamiento, entornos y economía, en una Europa cambiante, donde el número de vacunas disponibles se incrementa día a día, las decisiones sobre las políticas en inmunización deberían ser idealmente estandarizadas , transparentes y basadas en la evidencia y en los recursos y contemplando a la sociedad como actriz en la toma final de decisiones. La Asociación Española de Vacunología en 2011 reflexionaba y

ofrecía su disponibilidad para la creación de un Comité Asesor de Vacunas español, partiendo de la actual Ponencia de Vacunas, puede ser una estrategia idónea de participación de las sociedades científicas interesadas en la vacunación. Un órgano de este tipo podría ser clave para tener un programa de vacunación común que puedan compartir de manera voluntaria todas las CCAA, sin tener que renunciar a sus competencias, y al que se adhieran las sociedades científicas, dada la importancia capital de los profesionales sanitarios en la prescripción, consejo y administración de vacunas.

Historias contadas como las de la ACIP en EEUU y la problemática de la vacuna del sarampión entonces , nuestra situación actual en España, desencuentro de la vacuna de la varicela y otras, una creciente situación crítica respecto a las vacunas tanto en el público general como en los profesionales sanitarios, recalcan la necesidad de un paso hacia adelante en nuevas formas de asesoramiento y toma de decisiones . Si no logramos mantener la confianza y la adherencia de los ciudadanos necesaria para hacer factible el éxito de un programa de inmunización sin motivación política y liderazgo firme y científico, las vacunas habrán perdido definitivamente su inocencia y los verdaderos perdedores habrán sido nuestros niños, nuestros mayores y los más débiles.

Bibliografía

¹ Smith JC, Hinman AR, Pickering LK, History and Evolution of the Advisory Committee on Immunization Practices – United States, 1964–2014 MMWR October 24, 2014 / 63(42);955-958

² Lin L, Savoia E, Agboola F, Viswanath K..What have we learned about communication inequalities during the H1N1 pandemic: a systematic review of the literature. BMC Public Health. 2014 May 21;14:484.

³ Takla A, Wichmann O, Carrillo-Santistevé P, Cotter S, Lévy-Bruhl D, Paradowska-Stankiewicz I, Valentiner-Branth P, D'Ancona F, the VENICE III NITAG Survey Group. Characteristics and practices of National Immunisation Technical Advisory Groups in Europe and potential for collaboration, April 2014. Euro Surveill. 2015;20(9):pii=21049. Available online: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=21049>

⁴ GRADE
<http://www.cdc.gov/vaccines/acip/recs/GRADE/table-refs.html>

⁵ Joint Committee on Vaccination and Immunization. Code of Practice UK 2013
https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/224864/JCVI_Code_of_Practice_revision_2013_-_final.pdf

⁶ Walton LR, Orenstein WA, Pickering LK. [The history of the United States Advisory Committee on Immunization Practices \(ACIP\)](#). Vaccine. 2015 Jan 9;33(3):405-14.

⁷ Hastings SE1, Armitage GD, Mallinson S, Jackson K, Suter E. Exploring the relationship between governance mechanisms in healthcare and health workforce outcomes: a systematic review. BMC Health Serv Res. 2014 Oct 4;14:479. doi: 10.1186/1472-6963-14-479.

 [Descargar Editorial en formato pdf](#)

Carta del director- Enero 2015

Carlos RODRIGO GONZALO DE LIRIA
Servicio de Pediatría. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Universidad Autónoma de Barcelona
e-mail: crodrigo.germanstrias@gencat.cat

 [Descargar documento original](#)

El calendario vacunal es una secuencia temporal de inmunizaciones que se administran de forma generalizada y sistemática en un país o área geográfica determinada^{1,2}. Puesto que la inmensa mayoría de las vacunas se administran en la infancia y la adolescencia, habitualmente se refiere a las vacunaciones que se implementan a esas edades, aunque cada vez más se extiende hasta la edad adulta.

Un calendario vacunal no es un concepto unívoco; ni necesariamente homogéneo. Es una selección lógica, razonada, científica, asequible y, en mayor o menor medida, posibilista y asumible de las enfermedades que deseamos prevenir, la edad a la que consideramos adecuado iniciar y proseguir la inmunización, el intervalo entre dosis, las pautas de administración e, incluso, los preparados farmacéuticos comerciales que consideramos preferible utilizar.

Parece fácil, ¿verdad? Pues no lo es en absoluto. De hecho, la elección de las vacunas y las vacunaciones que van a formar parte de un calendario vacunal es uno de los procesos más complejos con que se encuentran las autoridades sanitarias que tiene la responsabilidad política, social y económica de implantarlo y hacerlo con éxito.

Tan complicado es, y precisa de tantas consideraciones teóricas y prácticas, que ninguna de las Comunidades Autónomas españolas –cada una con las competencias en asuntos de salud pública en su poder- ha coincidido con ninguna otra al establecer su calendario vacunal^{3,4}. Y lo mismo puede decirse de la enorme diversidad de calendarios vacunales que existe entre los países de la Unión Europea. Estos hechos dejan claro que no es sencillo, y que la existencia de divergencias tiene fundadas explicaciones. Y se presta a las presiones, a la demagogia, a las discusiones interesadas, a las opiniones individuales y de grupos o colectivos. Y las hay razonables, y las hay justificadas, y las hay “basadas en la evidencia”, y las hay premonitorias, y las hay... En cualquier caso, hay que reconocer que se puede llegar a resultados similares de éxito con estrategias diferentes y que sólo construyéndolo de forma conjunta entre todas las partes implicadas se podría llegar a alcanzar un calendario vacunal único^{5,6}.

¿Es bueno que haya tal disparidad de calendarios vacunales en un mismo país y en una misma Región (la Europea) de la OMS? No, por supuesto. ¿Es malo? No, tampoco, aunque es verdad que resultaría más cómodo y fácil de entender para todos. Es real como la vida misma. Las vacunas y, en consecuencia, los calendarios vacunales no son ajenos a las circunstancias, características, vicisitudes, debates, defensores acérrimos y detractores contumaces que afectan a tantos y tantos órdenes de nuestras vidas y nuestra sociedad. Es propio de las condiciones y peculiaridades de la sociedad en que vivimos: occidental, sustancialmente egoísta, desarrollada y rica en relación a otras muy numerosas, con un sistema político basado en elecciones democráticas periódicas, esencialmente liberal en lo económico. Con el bienestar como objetivo innegociable. Con políticas sociales variables y variadas. Con ingredientes demagógicos y mediáticos innegables. Con prepotencias y miedos coexistiendo y alternándose. A menudo caprichosa e incongruente, que exige perfección a las actuaciones y

tecnologías sanitarias, sin aceptar fácilmente los riesgos y compromisos colectivos.

Las vacunas, la indiscutible medida más eficaz y eficiente para la supervivencia y la salud de la población mundial después de la potabilización del agua -no por frase manida, no por su apariencia de tópico, deja de ser verdad y es necesario recordarlo porque a menudo parece olvidarse-, son denigradas desde tribunas y escenarios muy diversos, algunos sorprendentes. Hay voces contrarias que proceden de la sanidad; de personas con una imponente capacidad de atracción mediática, aunque nada en realidad haga presumir auténtico conocimiento de la cuestión; de políticos de todo el arco parlamentario, sin que se espere de ellos unos conocimientos mínimos, aún pese a tener alguna titulación sanitaria; de afectados, con independencia de la relación causal o casual de la vacuna en la afectación.

Lo de estos últimos merece un respeto especial y unas consideraciones. Respeto hacia quienes han sufrido un efecto adverso por las vacunas y respeto por quienes han padecido una enfermedad que se hubiese podido evitar con una inmunización que no se hizo. Unos y otros deben recibir una especial atención sociosanitaria y todas las ayudas públicas que requieran^{7,8}. Pero no pueden ser quienes dicten las actuaciones en asuntos de vacunas porque no son ecuanímenes. No pueden serlo; obligatoriamente están sesgados por motivos de su padecimiento, sea haber recibido una o sea no haberla recibido. En este sentido, es muy significativa la situación con respecto a la vacuna de la poliomielitis: simultáneamente se presentan agraviados de hace 50 años que consideran que el retraso en la decisión de vacunar frente a la polio en España es culpable de su enfermedad y graves secuelas y denuncias de damnificados por la vacuna oral de virus atenuados -la vacuna que por su bajo coste y facilidad de administración más ha hecho por la eliminación de la polio del planeta- que sufrieron una enfermedad paralítica ocasionada por el virus

presente en la vacuna.

Todo en esta vida tiene beneficios y riesgos. Lo que ocurre es que en relación a las vacunas, a todas las vacunas actualmente comercializadas, los beneficios esperados superan de forma rotunda y bien contrastada con criterios científicos y datos reales los potenciales riesgos^{9,10}. Que los hay y que no deben omitirse ni negarse. Que merecen una atención muy rigurosa acorde con lo que una sociedad seria, consciente, avanzada, con valores humanos y éticos debe hacer para compensar adecuadamente a los escasísimos –y enfatizo lo de escasísimos- ciudadanos que por motivos idiosincráticos la mayoría de las veces (y, por lo tanto, ni presumibles ni evitables) sufren un mal como consecuencia de proveer de un gran bien a la mayoría¹¹. Es un efecto indeseable que sabemos que sucede en un porcentaje ínfimo de ocasiones, pero que sucede, y que debemos reconocer para no perder la credibilidad.

Es evidente que se necesita un calendario vacunal para que todos los niños de un determinado territorio reciban las vacunaciones que se consideren más oportunas, y que lo hagan a unas edades definidas con el objetivo de optimizar tanto el momento de la aplicación de la inmunización como las coberturas vacunales al facilitar su implementación¹². Pero no es imprescindible que sea idéntica en todos los territorios colindantes. Y aquí está un aspecto importante: ¿qué necesidad hay de que los países limítrofes tengan el mismo calendario o de que las distintas comunidades autónomas de un país dispongan de un calendario vacunal único, sean o no confinantes? Lo que sí es necesario es que haya acuerdo sobre qué vacunas deben formar parte del calendario vacunal para la población de ese territorio, pero desde un punto de vista conceptual, y me atrevería a decir que médico (con lo que este término implica de componentes sanitario, científico, humano y social), no es imprescindible la coincidencia en su totalidad. En realidad, es una decisión de política sanitaria y se debe

establecer bajo esas coordenadas, no las de los dictámenes emocionales, assemblearios o puramente científicos. Éste es un ámbito superior. Sí que ha de hacerse con exigencias de precisión y objetividad propias de la metodología de las ciencias, pero en los terrenos de incertidumbre o de coste de oportunidad hay que aplicar criterios que combinen la salud pública con el bienestar social y la sostenibilidad del sistema sanitario y económico general.

Y aquí aparece un nuevo concepto que considero crucial: el valor –en su acepción filosófica- de las vacunas. La cualidad que poseen algunas realidades consideradas bienes por la cual son estimables; y, como señala la definición del Diccionario de la Real Academia, los valores tienen polaridad en cuanto son positivos o negativos, y jerarquía en cuanto son superiores o inferiores.

Para mí no hay la menor duda de que las vacunas tienen polaridad positiva y jerarquía superior. Y, en tanto a esto, en condiciones estándar (sin una enfermedad o predisposición epidemiológica diferencial) se debería procurar que todos los niños del territorio al que corresponde un calendario vacunal oficial –sea cual fuere su extensión y límites- reciban, o por lo menos se les ofrezca la posibilidad real de recibirlas (recordemos que en España no son obligatorias), todas y exactamente las mismas vacunaciones. Se debe decidir muy bien y con la máxima escrupulosidad médica y de justicia sanitaria y social, qué vacunas han de integrar el calendario vacunal, y garantizarlas a la población bajo financiación pública. El enorme valor de las vacunas se pierde cuando se convierte en algo discriminatorio, comprable con dinero particular. Hay que proteger el valor, altísimo, de las vacunas, por sí mismo y frente a los realmente peligrosos -para la salud de la población- movimientos antivacunas¹³.

Estamos viviendo una situación de alto riesgo que me recuerda aquel refrán que dice “entre todos la mataron y ella sola se

murió”, por cuanto hay demasiados actores –muchos de ellos con auténtica buena voluntad y la mayoría con razones y motivos aceptables pero no con perspectiva comunitaria- que están contribuyendo a la minusvaloración y pérdida de prestigio de las vacunas.

No se deben dar justificaciones insuficientes o incorrectas para explicar la retirada de una vacuna que lleva años utilizándose. No se deben aducir beneficios o riesgos que no están adecuadamente contrastados y verificados. No se debe recomendar que compren una vacuna para su hijo a unos padres que no la van a poder pagar.

Todos los calendarios vacunales, de las 17 Comunidades Autónomas y de las dos Ciudades Autónomas, que conviven en España son excelentes. Ninguna diferencia entre ellos es realmente substancial en nuestro medio y corresponden, exclusivamente, a la libertad de decisión y autonomía en cuestiones de salud pública de que disponen esos territorios. En todos ellos está garantizada la protección adecuada, universal y gratuita frente a la difteria, el tétanos, la tos ferina, las infecciones causadas por *Haemophilus influenzae* tipo b, la hepatitis B, el meningococo C, el sarampión, la rubéola, la parotiditis, la varicela en adolescentes de ambos sexos antes de llegar a la edad adulta y el papilomavirus en las chicas adolescentes. Y se hace con unas pautas de primovacunación y de dosis de refuerzo absolutamente contrastadas y válidas dentro de sus pequeñas diferencias^{3,4}. Además, alguna comunidad o ciudad autónoma incluye otras vacunas que sus comités o consejos asesores han considerado oportunas y que su sistema sanitario local se ha avenido a financiar, priorizando ese gasto sobre otros intereses y necesidades: la hepatitis A en Melilla, Ceuta y Cataluña; la varicela en la infancia en Navarra, el neumococo en Galicia, la tos ferina en embarazadas para proteger a los lactantes menores de 4 meses en Cataluña¹⁴.

No es inequidad que una Comunidad Autónoma, con distintos presupuestos, distintas prioridades políticas en educación, cultura, bienestar social, salud, protección ciudadana, etcétera, tenga algunas vacunas en su calendario que otras no tienen. Son distintas opciones tomadas libre y legítimamente; no tenemos por qué exigir igualitarismo una vez estén aseguradas las condiciones fundamentales y, en el tema que nos ocupa, las vacunas consideradas imprescindibles y pertinentes por la Consejería de Salud o Sanidad. Lo que es inequidad es dejar al albur del dinero, de poder pagar o no, algo tan importante, tan valioso, tan merecedor de nuestra defensa y protección como son las vacunas que ponemos a nuestros niños y adolescentes.

¿Cuál es la situación en los países de nuestro entorno económico y social, además de epidemiológico? Pues no es muy diferente a lo que sucede en España, con las diversidades decididas por sus autoridades sanitarias. Veamos unos cuantos ejemplos paradigmáticos dentro de la Unión Europea (28 países)^{15,16}. Sólo ocho países recomiendan la vacunación frente a la varicela, de los cuales únicamente Austria (que no la financia), Alemania, Chipre, Grecia, Letonia y Luxemburgo vacunan en el segundo año de vida; los otros dos son España e Italia, que la recomiendan y financian exclusivamente en los preadolescentes sin antecedentes de haber pasado la enfermedad ni haber sido vacunados. De rotavirus vacunan siete países y de neumococo¹⁹.

Hay tres países (Dinamarca, Reino Unido y Suecia) que sólo vacunan de hepatitis B a los hijos de madres infectadas por hepatitis B. Sólo cuatro países, incluido España, vacunan de meningococo C durante el primer año de vida; otros nueve vacunan con una única dosis entre los 12 y 15 meses de vida.

Sólo Grecia –país con el calendario vacunal más completo de la UE- vacuna de hepatitis A en el segundo año de vida. Austria, como con otras vacunas, la recomienda pero no la sufraga. Y la

República Checa la administra en la edad adulta (a partir de los 18 años).

Muy sorprendente y curioso es lo que ocurre con la vacunación de la encefalitis transmitida por garrapatas, enfermedad propia de unos pocos países centroeuropeos. Mientras Austria aplica una inmunización sistemática y repetida desde los primeros meses de vida, con dosis de refuerzo cada cinco años hasta la edad de 60 años y cada tres años a partir de entonces, su vecina Alemania ni la contempla, la República Checa la administra en adultos y Finlandia la limita a los habitantes de la isla de Aland mayores de 3 años.

La denostada por grupos españoles antivacunas inmunización frente al papilomavirus es recomendada a las niñas preadolescentes en 20 países de la UE; es decir, es una de las vacunas que suscita más interés y consenso de utilidad.

Todos los países vacunan de forma sistemática frente a tos ferina, tétanos, poliomielitis, *Haemophilus influenzae* tipo b, sarampión, rubéola y parotiditis.

Vacunan de la gripe a todos los niños entre los 2 y 4 años seis países (Finlandia, Malta, Eslovaquia, Eslovenia y Reino Unido; Austria, como en otras ocasiones, recomienda pero no costea la vacuna). Reino Unido es el único que utiliza una vacuna intranasal de virus vivos atenuados.

Estas ostensibles diferencias de calendarios vacunales entre países de la UE, dignos de total consideración en cuanto a su capacidad de tomar las decisiones que consideren más adecuadas en asuntos de salud pública, pone de manifiesto la dificultad de llegar a un acuerdo unánime entre distintos responsables y expertos en prevención de enfermedades infecciosas y autoridades sanitarias de las poblaciones (países, regiones, comunidades) que tiene a su cargo. Con las escasas excepciones de infecciones de ámbito local, el resto de inmunizaciones que he mencionado son potencialmente aplicables a todos los niños

de todos los países¹⁷. Sin lugar a dudas, no son razones de eficacia ni de seguridad lo que lleva a no incorporarlas en los calendarios vacunales¹⁸, sino que los criterios son de política sanitaria, e incluyen también otros conceptos como el coste de oportunidad, y otros valores como la priorización de los gastos en busca de la mejor utilización de los recursos y la mayor equidad en la atención de las necesidades de los ciudadanos.

Quienes consideramos que las vacunas en general, y la práctica totalidad de las comentadas en este artículo, merecen una mayor priorización, tenemos el deber de explicar y justificar muy bien en términos comparativos con otras medidas sanitarias el valor preeminente de las inmunizaciones^{19,20}. Y lo tenemos que hacer convenciendo a todas las partes implicadas en las decisiones de salud de la bondad y los beneficios para la población de disponer de un calendario vacunal lo más amplio posible y, desde luego, gratuito para todos los que lo necesiten⁸. Sólo las vacunas financiadas por los gobiernos –estatales o autonómicos-, o por las entidades sociales que se creen para llegar a donde no lleguen estos, son realmente valiosas y válidas en una sociedad con cultura ética del bienestar.

Mientras tanto, nos hemos de conformar con disponer del calendario vacunal posibilista para cada Comunidad Autónoma –en tanto que responsable legal de la salud pública de sus ciudadanos- que hayamos sido capaces de consensuar en los comités y consejos asesores de vacunaciones. Y deberemos evitar las confrontaciones entre las sociedades científicas y las administraciones, que por muy bienintencionadas que sean no aportan valor real. Los esfuerzos hay que dirigirlos a persuadir de forma convincente y, en última instancia, a demostrar de manera irrefutable que tenemos razón. Es obvio que para conseguir esto las administraciones públicas deben escuchar la opinión y permitir participar en las tomas de

decisiones al colectivo profesional que más ha hecho por el éxito de la vacunación universal en España, los pediatras, auténticos artífices de la gran aceptación de las inmunizaciones infantiles por parte de los padres y, por ende -trabajando junto con los técnicos de los programas de vacunación que hacen que las vacunas estén disponibles y las enfermeras que las aplican- de las excelentes tasas de cobertura vacunal alcanzadas y mantenidas desde hace años en nuestro país²¹. De esta forma sería mucho más fácil alcanzar acuerdos y lograr un compromiso común por el bien de las vacunas, de los niños y, en definitiva, de la sociedad.

Bibliografía

1. Andrew T. Kroger AT, Sumaya CV, Pickering LK, AtkinsonWL. General Recommendations on Immunization: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR 2011; 60(RR02):1-60.
2. Moreno-Pérez D, Álvarez García FJ, Arístegui Fernández J, Cilleruelo Ortega MJ, Corretger Rauet JM, García Sánchez N, et al. Calendario de vacunaciones de la Asociación Española de Pediatría: recomendaciones 2014. An Pediatr (Barc) 2014;80:55.e1-55.e37.
3. Asociación Española de Pediatría. Comité Asesor de Vacunas. Calendarios de vacunación (consultado 29 Ago 2014). Disponible en: <http://vacunasaep.org/profesionales/calendario-vacunas>.
4. Asociación Española de Vacunología. Calendario vacunal: Calendarios vacunales de las Comunidades Autónomas españolas (consultado 29 Ago 2014). Disponible en: <https://www.vacunas.org/es/calendariovacunacion/comunidadesespanolas>.
5. Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría. Acerca del calendario básico de vacunaciones.

Posición de la AEP (6 Marzo 2014) (consultado 22 Ago 2014].
Disponible en:
<http://vacunasaep.org/profesionales/noticias/acerca-del-calendario-basico-de-vacunacionesposicion-aep>.

6. Posicionamiento de las sociedades científicas ante la publicación del calendario único del Ministerio de Sanidad: «No es esto» (15 Marzo 2013). [consultado 27 Ene 2014].
Disponible en:
<http://vacunasaep.org/profesionales/noticias/rechazo-de-las-sscc-al-calendario-deminimos-del-ministerio>

7. Cook KM, Evans G. The National Vaccine Injury Compensation Program. Pediatrics 2011; 127 Suppl 1:S74–7.

8. Looker C, Kelly H. No-fault compensation following adverse events attributed to vaccination: A review of international programmes. Bull World Health Organ. 2011; 89:371–8.

9. Liu L, Johnson HL, Cousens S, Perin J, Scott S, Lawn JE, Rudan I, Campbell H, Cibulskis R, Li M, Mathers C, Black RE; Child Health Epidemiology Reference Group of WHO and UNICEF. Global, regional, and national causes of child mortality: an updated systematic analysis for 2010 with time trends since 2000. Lancet 2012; 379:2151-61.

10. Cynthia G. Whitney CG, Zhou F, Singleton J, Schuchat A- Benefits from Immunization During the Vaccines for Children Program Era – United States, 1994–2013. MMWR 2014;63:252-5.

11. Tuells J. Razones para un programa de compensación de daños por acontecimientos adversos relacionados con vacunas en España. Med Clin (Barc) 2013;140:554-7.

12. Arístegui J, Corretger JM, Hernández-Sampelayo T, Rodrigo C, Ruiz J. Calendario vacunal de la AEP 1999. An Esp Pediatr 1999; 51:120-6.

13. Nyhan B, Reifler J, Richey S, Freed GL. Effective Messages

in Vaccine Promotion: A Randomized Trial. Pediatrics 2014; 133:4 e835-e842.

14. Programa de Vacunacions. Agència de Salut Pública de Catalunya (gener 2014). Vacunació de les dones embarazadse contra la tos ferina a Catalunya. [consultado 27 Ago 2014]. Disponible en: <http://canalsalut.gencat.cat/>

15. European Centre for Disease prevention and Control. Vaccine Schedule (consultado 20 Ago 2014). Disponible en: <http://vaccineschedule.ecdc.europa.eu/Pages/Scheduler.aspx>.

16. Asociación Española de Vacunología. Calendario de vacunación: Europa (consultado 20 Ago 2014). Disponible en: <https://www.vacunas.org/es/calendario-vacunacion/europa>.


17. Committee on Infectious Diseases, American Academy of Pediatrics. Recommended Childhood and Adolescent Immunization Schedule—United States, 2014. Pediatrics 2014; 133:357-63.

18. Plotkin SA, Orenstein W, Offit PA, eds. Vaccines, 6th ed. Filadelfia: Elsevier Saunders 2013.

19. Arístegui Fernández J, Moreno-Pérez D, en representación del Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría. El calendario de vacunación común de mínimos para España: posicionamiento del CAV-AEP. An Pediatr (Barc). 2014;80:1-5.

20. Moraga-Llop FA. Hasta en la vacunación, lamentablemente Spain is different!. Vacunas 2014. <http://dx.doi.org/10.1016/j.vacun.2014.02.001>

21. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, Gobierno de España. Coberturas de vacunación (consultado 23 Ago 2014). Disponible en: <https://msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/>

 [Descargar Editorial en formato pdf](#)