

Artículos Especiales

Calendario vacunal. ¿Dónde estamos?



¹González Hachero J., ²González Soria M.D.
¹Catedrático de Pediatría, ²Centro Salud Amante Laffón. Sevilla.

Recibido: 15-03-2014 Aceptado: 08-04-2014

Vox Paediatrica 2014; XXI(1):60-63

Introducción

Es conocido que sobre todo en los últimos 10 años, han coexistido en España el calendario vacunal propuesto anualmente por el Ministerio de Sanidad a través del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), las variantes que a lo largo de estos años han ido incluyendo distintas Comunidades Autónomas (CCAA) que en mayor o menor medida se han ido apartando del calendario ministerial en contenido y cronología y el calendario también anual propuesto por la Asociación Española de Pediatría (AEP). Esta situación ha generado problemas e incomodidades innecesarias tanto al personal sanitario como a la población general cuando se observaba que Comunidades a veces vecinas actuaban de forma diferente en algo tan básico para la Sanidad de un país como el calendario de vacunaciones sistemáticas de la población infantil.

Es por ello que desde el año 2011⁽¹⁾ las Sociedades Científicas implicadas en el tema como la AEP y la Asociación Española de Vacunología (AEV) exponen en distintas ocasiones al Ministerio de Sanidad la conveniencia de establecer un calendario vacunal único que recogiera lo mejor posible las recomendaciones tanto de las sociedades citadas como las propias de la institución ministerial, que después fuera acatado y puesto en marcha por todos, Ministerio, CCAA y Sociedades Científicas.

Calendario vacunal Español 2014.

¿Y cuál ha sido el resultado de esta petición?

Pues ha sido el calendario publicado en marzo del 2013 por el Ministerio de Sanidad, con la orden de iniciarlo en Enero del 2014 (**fig1**) a nivel nacional y que aparte de al propio Ministerio estimamos que ha satisfecho a pocas personas o instituciones más de las in-

teresadas en el tema. La decepción ha sido muy amplia al no recoger el mismo recomendaciones manifestadas por las Sociedades citadas ni tampoco las consideraciones técnicas y recomendaciones hechas por la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones del propio Ministerio. Esto ha hecho que dicho calendario propuesto como único para toda España en el 2014 se haya calificado en un excelente editorial de Anales de Pediatría⁽¹⁾ como un “**calendario de mínimos**” fruto de una decisión eminentemente economicista, de carácter inadecuado, incompleto, de escasa calidad y con serias dudas de que de verdad se adopte como común en todo el país.

Objeciones al calendario ministerial

Son sobre todo las referentes a la vacunación anti-neumocócica y la anti-rotavirus en cuanto a las vacunas a incluir y a la cronología en la vacunación frente a varicela, hepatitis B, meningitis C, VPH y tos ferina.

La vacuna antineumocócica conjugada está propuesta por la AEP en su calendario desde el año 2003⁽¹⁾ e igualmente fue recomendada como vacunación universal para todos los niños españoles por la propia Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones del Ministerio en el año 2009, pese a lo cual dicha recomendación no se ha llevado a cabo hasta el momento actual. Somos junto con Portugal, los únicos países de Europa Occidental y del Norte que no la tienen incluida en su calendario vacunal a pesar de los logros conseguidos con la misma. Incluso la Comunidad de Madrid que la tenía entre sus vacunaciones sistemáticas, la retiró en el año 2012, el País Vasco no la ha podido incorporar financiada como tenía previsto hacer desde el comienzo del presente año 2014, para adaptarse al calendario común y sólo en Galicia sigue financiada como

Figura 1: CalendarioVacunacion2014

CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD															
CALENDARIO COMÚN DE VACUNACIÓN INFANTIL															
Calendario recomendado para el año 2014															
VACUNAS	EDAD														
	0 meses	2 meses	4 meses	6 meses	12 meses	15 meses	18 meses	3 años	4 años	6 años	10 años	11 años	12 años	13 años	14 años
Poliomielitis		VPI1	VPI2	VPI3			VPI4								
Difteria-Tétanos-Pertussis		DTPa1	DTPa2	DTPa3			DTPa4		dTpa						Td
Haemophilus influenzae b		Hib1	Hib2	Hib3			Hib4								
Sarampión-Rubéola-Parotiditis					TV1			TV2							
Hepatitis B ^(a)	HB1 ^(a)	HB2 ^(a)		HB3 ^(a)											
Meningitis Meningocócica C ^(b)			MenC1 ^(b)		MenC2								MenC3		
Varicela ^(c)													VVZ ^(c)		
Virus del Papiloma Humano ^(d)															VPH ^(d)

^(a) En niños de madres portadoras la pauta es de 0, 1, 6 meses.
^(b) Según la vacuna utilizada puede ser necesaria la primovacunación con una dosis (4 meses) o dos dosis (2 y 4 meses de edad).
^(c) Personas que refieran no haber pasado la enfermedad ni haber sido vacunadas con anterioridad. Pauta con 2 dosis.
^(d) Vacunar solo a las niñas con pauta de 2 ó 3 dosis según la vacuna utilizada.

programa piloto desde el año 2011.

Es evidente que los motivos son estrictamente económicos pues no existe problema alguno respecto a la calidad y seguridad de la vacuna ni que sepamos, razones sanitarias de otro tipo.

La vacunación frente al rotavirus está incluida en el calendario de la AEP desde el año 2008, al considerarse que es una medida de salud recomendable para todos los niños lactantes. Dicha vacunación se ha introducido progresivamente en los programas de vacunación nacional de numerosos países entre ellos Estados Unidos, Australia, Alemania, Reino Unido y otros países europeos y latinoamericanos, en los cuales se ha producido una disminución significativa en el número de hospitalizaciones por gastroenteritis, un descenso en la morbimortalidad por la misma e incluso un fenómeno de “**inmunidad de rebaño**”, todo lo cual conduce a una disminución de los gastos médicos directos e indirectos condicionados por esta infección viral⁽²⁾.

Quizás sean necesarios en nuestro país estudios amplios que evalúen la relación coste/beneficio de esta vacunación, que ayuden a tomar decisiones en pro de la misma por parte de nuestras autoridades sanitarias.

Mención especial estimamos que merece la vacunación anti-varicela en la cual hay notables discrepancias entre la postura oficial del Ministerio de Sanidad y la de la AEP. Entendemos que esta disparidad de criterio no hace más que reconocer lo que ocurre a nivel mundial, donde es conocido que hay dos grandes bloques de países con criterio diferente. Por una parte está el

grupo encabezado por Estados Unidos, Canadá y Australia que preconizan una vacunación universal en la 1^a infancia con el objetivo de eliminar la circulación del virus causal de la enfermedad, similar al objetivo a alcanzar con otras vacunas antivirales y por otra parte el grupo en el que están otros muchos países, entre ellos la mayoría de los países europeos excepto Alemania y algunas regiones de Italia y España, que recomiendan la estrategia anterior para los niños con riesgo de varicela grave y sus contactos próximos sanos y la vacunación universal solo para los preadolescentes o adolescentes susceptibles. El objetivo de esta estrategia sería la disminución de la incidencia de la enfermedad en las edades o situaciones en que las complicaciones son más graves y la mortalidad mayor.

La AEP propone la primera estrategia desde el año 2003 y el Ministerio la 2^a desde el año 2006. La estrategia ministerial fue implantada también desde entonces en los calendarios oficiales de las CCAA excepto en los de la Comunidad de Madrid. Navarra, Ceuta y Melilla, las cuales desde el mismo 2006 la de Madrid y desde los años siguientes las de Navarra, Ceuta y Melilla incluyen la vacunación universal frente a la varicela a partir del primer año y como tal dispensada gratuitamente a esta edad. Con ello desde el año 2006 hasta diciembre de 2013 el desacuerdo respecto a la vacunación anti-varicela no solo ha sido entre el Ministerio y la AEP, sino también entre el Ministerio y las CCAA de Madrid, Navarra, Ceuta y Melilla ¿Se puede pedir más confusión?.

Es indudable que con la vacunación universal en la primera infancia se consigue a corto plazo un gran descenso de la incidencia de la enfermedad y sus consecuencias⁽³⁾⁽⁴⁾ pero se estima que para ello se necesita que la cobertura vacunal sea superior al 90% con el fin de alcanzar una inmunidad de grupo que interrumpa la circulación del virus, cobertura que si la vacunación no está financiada como en las Comunidades citadas es prácticamente imposible alcanzar en nuestro país. Ocurre entonces que con coberturas inferiores, se van produciendo bolsas de individuos que ni se vacunan ni contraen la enfermedad en la infancia, con modificación del patrón epidemiológico de la infección que conlleva el riesgo de desplazamiento de la misma de la infancia a la adolescencia y la edad adulta donde son más frecuentes las formas graves y complicadas de la enfermedad. Es decir la vacunación en estas condiciones ejercería su efecto beneficioso en todo el que la recibe (*protección individual*) pero como medida de Salud Pública tendría la importante limitación citada. A este respecto debe decirse que este hecho no se ha comprobado hasta el momento actual en los países donde la vacunación universal se realiza en la primera infancia, en algunos como EE.UU desde 1995, ni tampoco el aumento de la incidencia del herpes zoster en los adultos que pasaron la varicela durante su infancia⁽⁵⁾ al disminuir el booster exógeno representado por el virus salvaje circulante.

De aquí surge la siguiente pregunta: ¿es este riesgo del aumento de la enfermedad en el adulto y del aumento del herpes zoster la razón por la que el Ministerio de Sanidad ha retirado la venta libre en las farmacias comunitarias de la vacuna frente a la varicela?

Realmente no lo sabemos porque el Ministerio ha tomado dicha medida sin dar ninguna explicación a los profesionales ni a la población general.

Si en verdad esta es la razón, estimamos que si la institución ministerial dentro de su política sanitaria en relación con las vacunaciones estima que como medida de Salud Pública, la vacunación frente a la varicela debe hacerse solo siguiendo las recomendaciones que propone en su calendario de 2014, debe explicarlo claramente, cambiar la legislación sanitaria respecto a la vacuna así como la ficha técnica de la misma y hacer que la norma se cumpla en todo el país y no que se permita que las Comunidades que lo deseen como sigue ocurriendo en Navarra, Ceuta y Melilla (Madrid retiró la vacunación en la primera infancia a finales de 2013) contravengan esta recomendación. Dado que la Sanidad está transferida a las CCAA y legalmente éstas pueden desviarse de la recomendación ministerial habría que solicitar en estos casos sensatez a todos los responsables del problema y no dar esta imagen de disparidad de criterio dentro y fuera de nuestras fronteras. Como contrapartida, el Ministerio tendrá que asumir con esta política de ausencia de vacunación universal en la primera infancia, la posible aparición de más

de 100.000 casos de varicela al año, con las complicaciones, hospitalizaciones e incluso algún exitus que puedan derivarse de la misma⁽¹⁾.

Respecto a la cronología de la vacunación frente a la hepatitis B, el Ministerio propone la unificación para todo el país de la pauta 0-2-6 meses, algo que no satisface a las CCAA que tienen la pauta en los meses 2-4-6. Entendemos que el Ministerio aquí muestra una rigidez innecesaria ya que la coexistencia de ambas pautas en el calendario, no hubiese roto a nuestro juicio la denominación de único y además en el caso de que un niño vacunado en su Comunidad al nacer se trasladase a otra, con pauta 2-4-6 meses, podría incorporarse a esta en cualquier momento sin inconveniente alguno.

En cuanto a la meningitis C, si los conocimientos científicos avalan un cambio a la pauta 1+1+1 no debe haber problema alguno en aceptar la propuesta ministerial, pues el único cambio con respecto al calendario de la AEP, es la cronología y nº de dosis en el primer año según el preparado vacunal utilizado.

Del mismo modo para la vacuna frente al VPH, tendremos que aceptar también la propuesta del Ministerio para no generar más discrepancias, a pesar de que tanto la propia Ponencia de Programa y Registro de Vacunas como la AEP recomendaban promover la vacunación a los 11-12 años en las niñas en lugar de a los 14, con objeto de mejorar las coberturas, facilitar la labor de los sanitarios y disminuir los efectos psicógenos masivos⁽¹⁾.

Finalmente en relación con la tos ferina, es conocido su recrudecimiento en los últimos años, con afectación frecuente y muchas veces grave, sobre todo de los niños de pocos meses no vacunados o incompletamente vacunados. Es por lo que se han puesto en marcha distintas estrategias combinadas (*estrategia del nido, vacunación de la embarazada...*) para protegerlos y una de ellas es precisamente la extensión de la vacunación a los adolescentes con una vacuna acelular de carga antigénica reducida combinada con la vacuna Td (*vacuna Tdpa*)⁽²⁾. Con ello se trata de proteger por una parte a los receptores de la misma y secundariamente conseguir que éstos dejen de ser fuente de contagio de los niños citados. Es lo que se hace actualmente en los países más avanzados europeos y americanos, en España en la Comunidad de Madrid, Ceuta y Melilla y así está recogido también en el calendario de la AEP desde hace varios años.

Estimamos que el calendario único 2014 propuesto por el Ministerio, era una oportunidad excelente para haber sustituido a los 14 años la vacuna Td por la Tdpa que por otra parte no creemos que hubiese supuesto una carga económicamente importante.

De todo lo expuesto podemos decir que el calendario único ministerial 2014, no aporta absolutamente nada nuevo respecto al del año 2013 en cuanto al nú-

mero de vacunas que incluye y es incluso más rígido que éste en relación a la edad de la vacunación frente a la varicela y al VPH.

¿ Y ahora qué?

Pues ahora lo deseable sería que el Ministerio asuma y haga asumir a todos-CCAA, y Sociedades Científicas- el calendario único que propone y que no asistamos de nuevo a la situación de los años anteriores, que el Ministerio proponía un calendario que en teoría debería ser el único para todos y después las CC.AA amparándose en las transferencias de las competencias sanitarias establecían las modificaciones que consideraban oportunas tanto en las vacunas a incluir como en la cronología de su administración.

En Andalucía ya hemos hecho la adaptación propuesta **“calcando”** el calendario ministerial que a decir verdad guarda gran similitud con el calendario andaluz 2012-2013. Pero nos tememos que no todas las CCAA van a actuar de forma similar. Nos preguntamos al igual que hacen Aristegui y Moreno en representación del Comité Asesor de Vacunas de la AEP⁽¹⁾: ¿Galicia suprimirá la vacunación universal financiada frente al neumococo? ¿Navarra, Ceuta y Melilla lo harán con la vacunación universal también financiada frente a la varicela en la primera infancia? ¿Cataluña, País Vasco y otras CCAA retrasarán la vacuna del VPH a los 14 años? ¿Las CCAA que vacunan frente a la hepatitis B a los 2-4-6 meses como Cataluña, Murcia, País Vasco y otras modificarán esta cronología por la de 0-2 y 6 meses? ¿Retirarán Madrid, Ceuta y Melilla la vacuna Tdpa a los 14 años y la sustituirán por la Td? El tiempo lo dirá pero tenemos nuestras dudas. Es que como dije en alguna ocasión ¿será necesario cambiar la Constitución en relación a las transferencias sanitarias en materia de vacunas, para que podamos tener un calendario unificado en España con acuerdo entre el Ministerio de Sanidad, las Consejerías de Sanidad de las CCAA, la AEP y otras Sociedades Científicas implicadas en el tema?

Y las vacunas que por una u otra razón no sean financiadas por el sistema sanitario público ¿qué papel jugarán? Pues estimamos que seguirán donde están y que debe seguir siendo posible su libre prescripción por el médico siempre que su indicación sea correcta, no cambie la legislación sanitaria respecto a ellas, ni sus fichas técnicas, estén disponibles en las farmacias comunitarias y su amplia cobertura no conlleve ningún aspecto negativo para la Salud Pública. Lo que seguirá ocurriendo en esta situación, es que una parte importante de la población infantil continuará sin beneficiarse de las mismas.

Lo cierto es que se ha perdido una buena oportunidad de actualizar nuestro calendario vacunal infantil y acercarlo más al de los países más avanzados en esta materia, sobre todo con la introducción de nuevas vacunas y la modificación de la cronología en su administración de otras. Y es lamentable que en gran medida

sean motivos económicos los responsables, cuando se sabe que las vacunas representan una muy pequeña partida económica en el gasto total del Sistema Nacional de Salud⁽¹⁾ y que la inversión en vacunas constituye una de las mejores inversiones en el desarrollo sanitario de los países. Creemos que si uno de los grandes objetivos de la Pediatría y de la Sanidad de un país es que el niño llegue a la edad adulta sin estar marcado por el sello de una patología que pudo evitarse durante su infancia, un calendario vacunal de aplicación universal que sea **“el mejor de los posibles”** es imprescindible para la consecución de este objetivo.

Bibliografía

- 1.- Aristegui Fernández, J. Moreno-Pérez, D. en representación del CAV de la AEP. El calendario de vacunación común de mínimos para España: posicionamiento del CAV-AEP. *An Pediatr. (Barc)* 2014;80(1):1-5
- 2.- Moreno-Pérez, D. Álvarez García, F.J. Aristegui Fernández, J. y cols. Calendario de vacunaciones de la Asociación Española de Pediatría: recomendaciones 2014. *An Pediatr. (Barc)*. 2014; 80 (1):55.e1-55.e37.
- 3.- Comité Asesor de vacunas de la Comunidad de Madrid. Informe sobre varicela en la Comunidad de Madrid 2010(consultado 30-IX-2010). Disponible en <http://www.madrid.org>.
- 4.- García Cenoz, M. Catalán, J.C. Zamarride, F.I. Berasategui, M.A. Guerra, A.B. Impacto de la vacunación universal frente a la varicela en Navarra, 2006-2010. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2011;34:193-202.
- 5.- Álvarez García, F.J. Desabastecimiento en las farmacias de la vacuna frente a la varicela. Hacia donde se encamina la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). *Pediatría Integral* 2013; XVII (8): 541-544.