



**CONSEJO  
DENTISTAS**  
ORGANIZACIÓN COLEGIAL  
DE DENTISTAS  
DE ESPAÑA

# ESTRATEGIA DE VACUNACIÓN FRENTE A COVID-19 EN ESPAÑA

## DOCUMENTO TÉCNICO INFORMATIVO

COVID-19



Consejo Interterritorial  
SISTEMA NACIONAL DE SALUD

**DICIEMBRE 2020**

**CONSEJO GENERAL DE DENTISTAS**  
[WWW.CONSEJODENTISTAS.ES](http://WWW.CONSEJODENTISTAS.ES)

## ÍNDICE

|                               |    |
|-------------------------------|----|
| Introducción y objetivo       | 3  |
| Epidemiología dela COVID-19   | 4  |
| Desarrollo de las vacunas     | 5  |
| Priorización de la vacunación | 8  |
| Coordinación y Comunicación   | 12 |
| Bibliografía                  | 13 |
| Anexo                         | 14 |



## Introducción

La pandemia de COVID-19 está causando enormes costes humanos y económicos en España y a nivel mundial. Disponer a corto plazo de una o varias vacunas eficaces y seguras, que pueda utilizarse en una estrategia poblacional, es fundamental para reducir el impacto de la pandemia y restablecer el normal funcionamiento de nuestra sociedad. La Comisión Europea está coordinando la gestión para la disponibilidad de vacunas para todos los Estados Miembros de la Unión Europea (UE) mediante el “Plan de vacunación frente a COVID-19”. En este marco, en el que participa España activamente, se están firmando acuerdos adelantados de adquisición (APA, *Advance Procurement Agreements*) de vacunas con varias compañías farmacéuticas. En el momento actual se han firmado seis acuerdos con las compañías AstraZeneca/Oxford, SanofiGSK, Johnson & Johnson/Janssen y Pfizer/BioNTech, CureVac y Moderna/Lonza. Continúa la negociación con la compañía Novavax. La estrategia de vacunación para España tiene como objetivo reducir la morbilidad por COVID19, teniendo en cuenta la limitada disponibilidad inicial de vacunas y la evolución continua del conocimiento sobre aspectos fundamentales de esta enfermedad.

Este documento es el fruto del Grupo de Trabajo Técnico coordinado por el Ministerio de Sanidad y el Consejo Interterritorial de Salud. Se trata de un “documento vivo”, que se irá actualizando a medida que vaya aumentando el conocimiento de las vacunas candidatas y aquellas próximas a su autorización, con los resultados de los ensayos clínicos que se están realizando, las características en cuanto a su logística, almacenamiento y administración, así como detalles sobre la inmunidad generada tras la enfermedad.

Desde el Consejo General de Dentistas de España, en tanto que Consejo Sanitario, y como viene siendo habitual desde el inicio de la pandemia, nos volvemos a poner nuevamente al servicio de las autoridades sanitarias (nacionales y de cada Comunidad Autónoma), para facilitar la difusión de esta estrategia relativa a vacunación COVID-19 y colaborar a la adecuada sensibilización de la población española mediante una información veraz, para de esta forma, conseguir entre todos la tan esperada inmunidad de grupo.

## Objetivo del documento

Proporcionar información actualizada a todos los dentistas, sobre la estrategia de vacunación frente a la COVID-19 en España al objeto de que el colectivo de más de 40.000 profesionales sanitarios participe activamente colaborando en la difusión y sensibilización de la Campaña de vacunación.



## Epidemiología de la COVID-19

### Evolución de los casos notificados y situación actual

En España, hasta el 10 de noviembre 2020, se han notificado un total de 1.398.613 casos confirmados de COVID-19 y 39.756 fallecidos. La epidemia de COVID-19 en España se divide en tres periodos: una primera onda epidémica que alcanzó su pico máximo el 26 de marzo, con 9.413 casos nuevos diagnosticados ese día; un período intermedio, de meseta, con alrededor de 430 casos nuevos diarios; y un tercer periodo desde el 27 de junio en el que comienza un incremento sostenido de casos que forma la segunda onda epidémica en la que nos encontramos en la actualidad. Las dos ondas epidémicas tienen características muy diferenciadas. En esta segunda onda la velocidad del incremento de casos es menor a la vez que la capacidad de detección es mucho mayor, correspondiendo una gran proporción de casos notificados a formas leves y asintomáticas, a diferencia de la primera onda en la que los casos notificados eran en mayor medida casos graves (letalidad del 11,9% y 1,7%, respectivamente, en la primera y segunda onda). Las tasas de hospitalización por COVID también son más bajas en esta segunda onda. También se ha modificado la composición de la epidemia por edad: en la primera onda el 50% de los casos eran mayores de 60 años, y cerca del 25% mayores de 80, mientras que en la segunda onda estas cifras son de 20% y 5%, respectivamente, y la edad media de los casos ha descendido de 60 a 39 años.

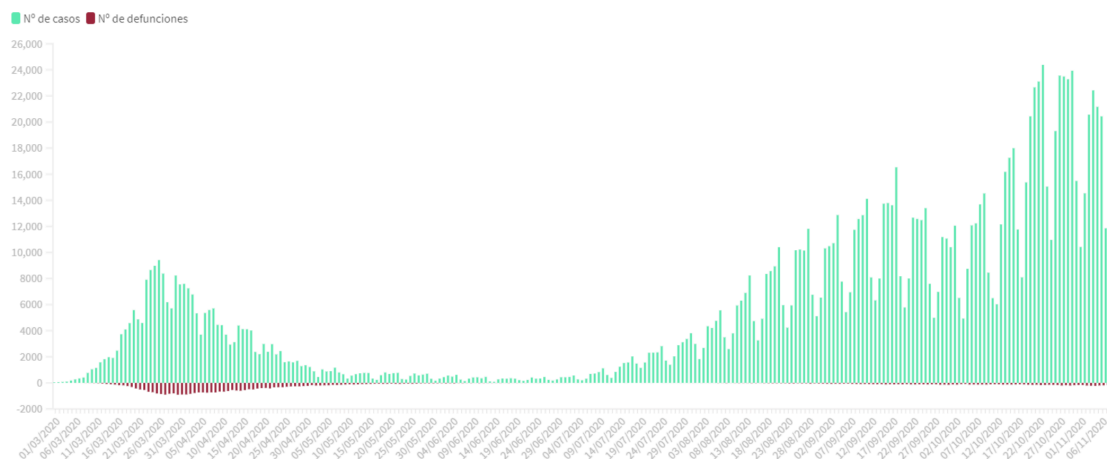


Fig. 1. Casos diarios confirmados y defunciones por COVID-19 en España (a 10 noviembre 2020). Fuente RENAVE.

### Inmunidad de la población frente a COVID-19

En España se ha realizado un estudio de seroprevalencia (ENE-COVID) en tres rondas (27/04–11/05, 18/05–01/06 y 08/06–22/06), incluyendo 68.296 participantes. La prevalencia estimada de anticuerpos IgG frente a SARS-CoV-2 ha sido de un 5,0% (IC95%: 4,7– 5,4) en la primera ronda, de 5,2% (IC95%: 4,9– 5,5) en la segunda y de 5,2% (IC95%: 4,9– 5,5) en la tercera. En todas ellas la prevalencia es similar en hombres y mujeres, y es menor en la población infantil, con moderadas diferencias entre los grupos de más edad, que se reducen en la ronda tres. Se observa una marcada variabilidad geográfica, con una agrupación central de provincias con seroprevalencias iguales o próximas al 10% (Figura 2). También es mayor la seroprevalencia en habitantes de grandes ciudades (>100.000 habitantes), situándose en el 6,8% (IC95%: 6,2– 7,5) en la tercera ronda.

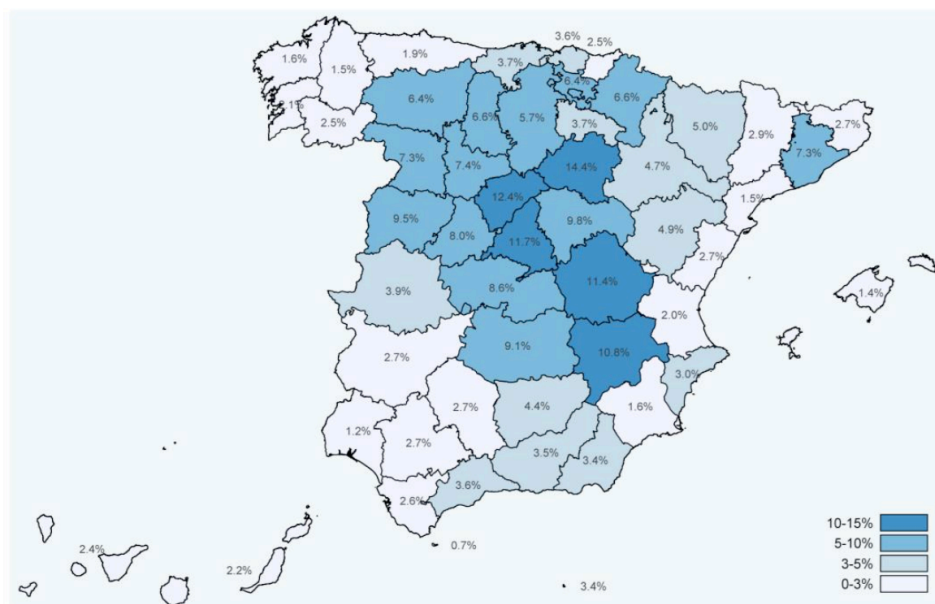


Fig. 2. Mapa provincial de Anticuerpos IgG anti SARS-CoV-2 en la ronda 3 (julio de 2020)

Información complementaria sobre el apartado de Epidemiología (páginas 17–22):

[https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/covid19/docs/COVID-19\\_EstrategiaVacunacion.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/covid19/docs/COVID-19_EstrategiaVacunacion.pdf)

## Desarrollo de las vacunas

### Introducción

Sesenta y seis días después de la secuenciación del genoma del SARS-CoV-2 un humano recibió por vez primera una vacuna candidata frente al virus pandémico. Para el 10 de noviembre de 2020 eran 38, 14 y 11 las vacunas frente al virus que se encontraban en las fases I, II y III de ensayos clínicos, respectivamente. Por otra parte, seis –de la Federación Rusa y de la República Popular de China– no han concluido la fase III, pero se aplican en situaciones restringidas. Las plataformas tecnológicas en marcha son muy variadas y pueden clasificarse en “tradicionales” (inactivadas), recientemente comercializadas (recombinantes y basadas en vectores víricos) y en aquellas que nunca se han utilizado masivamente (ADN y ARN). Las vacunas que están consideradas dentro del acuerdo de compra de la Comisión Europea están todas basadas en el mismo antígeno vírico, la proteína S (spike o espícula) del virus SARS-CoV-2. Esta proteína es la que utiliza el virus para iniciar la infección, ya que se une al receptor celular, la proteína ACE2. Por analogía con otras vacunas ya autorizadas, se pensó que si el sistema inmune generara anticuerpos contra la proteína S que evitaran esta unión proteína S – ACE2 se impediría la unión del virus a la célula y, por tanto, se neutralizaría la infección. Las evidencias que tenemos en este momento indican que este mecanismo se ha demostrado eficaz en varias vacunas en desarrollo en la prevención de la infección en modelos animales, y seguramente también protege a humanos.



Actualmente se han descrito, en notas de prensa, los primeros resultados de las dos vacunas de mRNA de Moderna y de Pfizer/BioNtech en los ensayos clínicos de fase III. En ambos casos los resultados son esperanzadores, pues la eficacia de estas vacunas para prevenir COVID-19 de cualquier gravedad es de un 95%. A falta de conocer los detalles de estos resultados, ambas vacunas parecen reducir los casos de COVID-19 en la población adulta y mayor, además de reducir los casos de enfermedad grave, y con un perfil de seguridad aceptable. En cualquier caso, estas Compañías deben presentar la documentación pertinente a la Agencias reguladoras para que las evalúen y autoricen su utilización, si procede (la de Pfizer/BioNtech será evaluada por la Agencia Europea el 21 de diciembre y se estima que la de Moderna lo sea el próximo 6 de enero 2021).

## Respuesta inmune tras la infección SARS-CoV-2

El análisis de la respuesta tras el padecimiento de COVID-19 tiene mucha importancia a la hora de evaluar las vacunas candidatas. Los anticuerpos que genera una infección son de dos tipos: anticuerpos de unión (binding) y neutralizantes. Respecto a los primeros, una revisión sistemática de 108 estudios ha mostrado que la mayoría de los infectados –hasta un 85%-95%, desarrollan una respuesta específica de anticuerpos durante la fase aguda, detectados por ELISA, siendo los IgM los primeros en aparecer, junto a los IgA, seguidos de los IgG, dirigidos básicamente frente a la proteína S, a las subunidades S1 y S2, a la región de unión al receptor (RBD, receptor binding domain) y a la nucleocápside. Los IgM suelen alcanzar un pico entre las 2 y las 5 semanas tras el comienzo de síntomas, a partir del cual comienzan a decaer entre las 3 y las 5 semanas para ser indetectables hacia las 6 semanas. Los IgA alcanzan el pico entre los días 16 y 22 y los IgG manifiestan la típica curva de ascenso, pico y meseta. El pico se alcanza entre las semanas 3 y 7 y la persistencia es variable y se han descrito niveles detectables hasta 6-8 meses en el 80% de sueros de convalecientes. La mayoría de los infectados, hasta un 95% según algunos estudios, desarrollan títulos de anticuerpos neutralizantes IgG detectables frente a la proteína S, aunque a concentraciones variables, y existe unanimidad en que se correlacionan con la protección clínica al impedir la unión entre la región de unión al receptor y el receptor ACE2 de la superficie celular del huésped. En lo que concierne a la inmunidad celular, una revisión sistemática, que incluyó 61 estudios observacionales, comprobó que las personas con cuadros clínicos graves desarrollaron, en general, respuestas celulares T específicas más robustas, respuesta, presente hasta en el 83% de los convalecientes.

Son posibles las reinfecciones por virus filogenéticamente diferentes, pero altamente improbables, al menos en los tres primeros meses tras el padecimiento de la enfermedad. Algunas series estiman, en países con alta exposición al virus, unas tasas de reinfección de 1-2 por cada 10.000 personas infectadas. A cinco de noviembre se habían descrito en la literatura ocho casos documentados con intervalos de aparición entre la infección y la reinfección.

## Datos disponibles sobre las vacunas en desarrollo

En la tabla 1 se recoge un resumen de algunos datos sobre las diferentes vacunas. Para mayor información consultar el documento original en páginas 26-29 así como la tabla en páginas 32-33.

[https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/covid19/docs/COVID-19\\_EstrategiaVacunacion.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/covid19/docs/COVID-19_EstrategiaVacunacion.pdf)



| Características           | Moderna                                                                                    | Pfizer/<br>BionTech                                                                                                   | AstraZeneca/<br>Oxford                                                    | Janssen/<br>Johnson &<br>Johnson                                          | Novavax                                                           | Curevac AG                                                                                                                                                                       |
|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Fase</b>               | III 30.000 participantes                                                                   | III 44.000 participantes                                                                                              | III 30.000 participantes                                                  | III 60.000 participantes                                                  | III 15.000 participantes                                          | Aun no iniciada fase III (estima 36.500 participantes)                                                                                                                           |
| <b>Plataforma</b>         | ARNm que codifica la proteína S encapsulada en partículas lipídicas                        | ARNm que codifica la proteína S encapsulada en nanopartículas lipídicas                                               | Adenovirus de chimpancé no replicante que vehiculiza la proteína S        | Adenovirus humano 26 no replicante que vehiculiza la proteína S           | Nanopartícula de proteína S con saponina Matrix-M1 como adyuvante | ARNm que codifica la forma estabilizada de proteína S encapsulada en nanopartículas lipídicas                                                                                    |
| <b>Esquema vacunal</b>    | 0 y 29 días                                                                                | 0 y 21 días                                                                                                           | 2 dosis                                                                   | Aún por definir                                                           | 0 y 21 días                                                       | 0 y 29 días                                                                                                                                                                      |
| <b>Conservación</b>       | Almacenamiento: -15 a -25°C durante 9 meses<br>2°C a 8°C: 20 días<br>Tª ambiente: 12 horas | Almacenamiento: -70°C ± 10°C<br>Descongelada sin reconstituir (2-8°C): 5 días<br>Reconstituida a Tª ambiente: 6 horas | Condiciones habituales de conservación 2-8°C                              | Almacenamiento: 2°C-8°C hasta 2 años<br>No precisa reconstitución         | Almacenamiento: 2°C-8°C                                           | Almacenamiento en origen y transporte: -80°C<br>Almacenamiento en país de destino: 5°C<br>Soluta: 5°C con una vida media de seis meses y durante 24 horas a temperatura ambiente |
| <b>Acuerdos compra UE</b> | Acuerdo de compra de 80 millones de dosis con opción de 80 millones más                    | Acuerdo de compra de 300 millones de dosis                                                                            | Acuerdo de compra de 300 millones de dosis con opción de 100 millones más | Acuerdo de compra de 200 millones de dosis con opción de 200 millones más |                                                                   | Conversaciones concluidas para 225 millones de dosis con opción de 180 millones de dosis                                                                                         |

Tabla 1. Algunas características de las principales vacunas COVID-19. (Adaptado de documento original).

En las páginas 34-45 del documento original se detallan las principales publicaciones y resultados de las diferentes vacunas.

## Principales conclusiones sobre vacunas

- Plataformas vacunales diversas y algunas no ensayadas previamente a escala poblacional.
- En modelos animales, todas estas vacunas indujeron anticuerpos frente a la proteína S medidos por ELISA y en ensayos de neutralización. Además, todas han demostrado protección frente a la enfermedad pulmonar en animales previamente vacunados y desafiados con el virus SARS-CoV2. En relación con este punto, no se pueden establecer comparaciones entre vacunas dado que la especie de primate utilizado no ha sido siempre la misma, ni tampoco la cantidad de virus SARS-CoV-2 infectivo, ni la ruta de administración utilizada en el desafío.
- En general, los esquemas de vacunación constan de dos dosis.
- En los ensayos clínicos de fase I y II, las vacunas han mostrado un perfil aceptable de seguridad. La reactogenicidad es menor en los sujetos de más edad.
- Las vacunas inducen respuestas de anticuerpos neutralizantes, incluso en personas mayores, y respuestas celulares de perfil Th1.





- Hasta ahora no se ha observado, ni en modelos animales ni en ninguno de los ensayos clínicos en marcha, la inducción de inmunopatogenicidad (*antibody dependent enhancement*) o de enfermedad respiratoria (*vaccine associated enhanced respiratory disease*) consecuencia de la vacunación.
- No se han publicado datos de inmunogenicidad en inmunodeprimidos, niños y embarazadas, así como tampoco con vacunas de administración concomitante con otras vacunas sistemáticas del adulto (gripe, antineumocócica, herpes zóster y Td). Esta situación es la habitual que ha ocurrido en otras vacunas ya autorizadas pues esta experimentación clínica se empieza a hacer tras resultados positivos de los ensayos clínicos en fase III.
- Los ensayos clínicos de fase III actualmente en curso tienen como objetivo primario evaluar la eficacia en la prevención de la enfermedad de cualquier intensidad clínica y como secundarios, entre otros, su eficacia en la prevención de la enfermedad grave. – Los anticuerpos neutralizantes parecen ser los responsables de la protección. Se desconoce el marcador sérico subrogado de protección clínica.
- No se dispone de resultados de la fase III y la mayoría de las farmacéuticas han reclutado al menos 15.000 voluntarios. Esa fase, a su conclusión, aportará sólidos datos de seguridad a medio-largo plazo, inmunogenicidad y eficacia en la población estudiada.
- Algunas vacunas precisan de muy bajas temperaturas de almacenamiento y conservación.

## Priorización de la vacunación

### Introducción

La finalidad de la vacunación es prevenir que las personas vacunadas contraigan la enfermedad y, en caso de contraerla, disminuir la gravedad y mortalidad de la misma, evitando el riesgo que ello puede conllevar para su vida e integridad (protección directa) y poder llegar a controlar la epidemia mediante el aumento de la población que por medio de la vacunación puede quedar inmunizada frente a la misma (protección indirecta). Si bien una protección indirecta que permita controlar la pandemia mediante la inmunización de una alta proporción de la población será más fácil de alcanzar si la o las vacunas utilizadas tienen efecto sobre la transmisión (capacidad esterilizante del virus a nivel de nasofaringe), los ensayos clínicos en fase III con las vacunas en desarrollo no se han diseñado para medir el impacto en la transmisión y es posible que esta información no esté disponible en el momento de la autorización de las vacunas. Además, otro objetivo de la

vacunación es reducir la presión asistencial y el riesgo de sobresaturación de la demanda y colapso del sistema sanitario, así como permitir la recuperación de la actividad económica en circunstancias lo más próximas posibles a la normalidad, sobre todo, de aquellos sectores y profesiones consideradas esenciales y los que se están viendo más afectados y en los que el acceso a medios digitales para mantener la actividad es más difícil de lograr. Teniendo en cuenta que las vacunas estarán inicialmente disponibles en una cantidad limitada y que irá aumentando de una manera progresiva, es indispensable establecer una priorización de los grupos de población que serán objeto de vacunación en las diferentes etapas o fases. Incluso cuando la disponibilidad sea mayor, la imposibilidad de vacunar a toda la población en un plazo de tiempo reducido obliga a establecer una priorización en la vacunación.

Durante las próximas semanas o meses es esperable la obtención progresiva de mayor información sobre las propiedades y comportamiento de las nuevas vacunas procedente de los ensayos clínicos en fase III. En este documento se plantea una priorización basada en la información disponible hasta este momento y será necesario ir revisándola y actualizándola a medida que se vaya teniendo más información de cada vacuna sobre:

- La **seguridad**, la **eficacia**, la **inmunogenicidad** y, en su caso, los subrogados séricos de protección, en diferentes grupos de edad y en las personas con condiciones de riesgo, además de la **efectividad** (tras el seguimiento y evaluación postcomercialización)
- La **protección frente a la infección y frente a la transmisión** del patógeno
- La **duración de la protección** generada por la vacunación





## Criterios, metodología y análisis

En las páginas 48–70 del documento original se especifican los criterios evaluados para la priorización, así como el análisis detallado de los mismos en cada uno de los grupos de población.

## Priorización

Como se establece en el Documento sobre la Estrategia de vacunación frente a COVID-19 en España, en la primera etapa en la que el número de dosis de vacunas serán limitadas, se ofrecerá la vacunación de manera priorizada a las personas que se incluyen en los siguientes grupos de población:

1. Residentes y personal sanitario y sociosanitario que trabaja en residencias de personas mayores y de atención a grandes dependientes
2. Personal de primera línea en el ámbito sanitario y sociosanitario
3. Otro personal sanitario y sociosanitario
4. Personas consideradas como grandes dependientes (grado III de dependencia) es decir, con necesidad de intensas medidas de apoyo) que no estén actualmente institucionalizadas

Las primeras dosis disponibles se utilizarán para vacunar al grupo 1 y 2 en ese orden y, tras completar estos grupos y en la medida que haya más disponibilidad de dosis, se vacunará a los grupos 3 y 4.

A continuación, se incluye una descripción más detallada de las personas incluidas en cada uno de estos grupos de población.

### **Grupo 1. Residentes y personal sanitario y sociosanitario que trabaja en residencias de personas mayores y de atención a grandes dependientes**

- **Residentes en centros de personas mayores y de atención a grandes dependientes**

En este grupo de residentes en “**residencias o centros de mayores**” se incluyen las personas con gran dependencia que están institucionalizadas. Se incluirá también a las personas vulnerables o con gran Actualización1 – Estrategia de vacunación COVID-19 18 diciembre 2020 Grupo de trabajo técnico de vacunación COVID-19 5 dependencia que acuden a centros de día, siempre que estos centros estén vinculados a residencias de mayores, es decir, con actividades y personal compartidos.

- **Personal sanitario y sociosanitario en centros de mayores y de atención a grandes dependientes**

Todas las personas que trabajan en estos centros, incluidos los que desempeñan otras funciones distintas a la prestación de servicios sanitarios (administrativo, limpieza, cocina, etc.) están contempladas en esta categoría. Además, se incluye también a las personas que trabajan en centros de día vinculados a centros de mayores, es decir, con actividades y personal compartidos. Se recomienda su vacunación en este primer grupo de la primera etapa.



### **Grupo 2. Personal de primera línea en el ámbito sanitario y sociosanitario**

Se diferencia entre personal sanitario y sociosanitario de primera línea (grupo 2) y otro personal sanitario y sociosanitario (grupo 3) en función del riesgo de exposición.

Se considera personal de primera línea el que tiene mayor riesgo de exposición por llevar a cabo actividades la atención directa de pacientes COVID (contacto estrecho y con mayor tiempo de exposición), así como por tener mayor probabilidad de tener contacto con una persona con infección por SARS-CoV2

- **Personal en el ámbito sanitario** que trabaja de cara al paciente, en los siguientes entornos (incluidos los que desempeñan otras funciones distintas a la prestación de servicios sanitarios – administrativo, limpieza, voluntariado, estudiantes, etc.):
  - Unidades, consultas o circuitos COVID.
  - Puertas de entrada de pacientes agudos a los servicios de salud (servicios de admisión, urgencias, emergencias, atención primaria, servicios de prevención de riesgos laborales, instituciones penitenciarias y cualquier especialidad que reciba pacientes agudos). También personal de unidades móviles de atención directa a pacientes COVID-19.
  - Transporte sanitario urgente.
  - Servicios de cuidados intensivos u otras unidades que asuman estas funciones en caso necesario.
  - Cualquier servicio de cuidado no intensivo donde se realicen procedimientos que puedan generar aerosoles.
  - Servicios y unidades con pacientes de alto riesgo (oncología, hematología, etc.).
  - Servicios centrales donde se toman y manipulan muestras que potencialmente pueden contener virus viables.
  - Personal sanitario de salud pública que trabaja en la gestión directa de la pandemia y en función de su riesgo de exposición.
  - Personal de los equipos de vacunación
- **Personal del ámbito sociosanitario.** Incluye el personal que trabaja en otros centros de atención a personas mayores y de riesgo diferentes a los residenciales incluidos en el grupo 1. De manera específica, las personas que realizan un trabajo proporcionando cuidados estrechos a personas de poblaciones de riesgo en sus hogares (mayores, personas dependientes, enfermos, etc.) se vacunarán en el grupo 4 (ver más abajo). En este grupo no se incluyen los cuidadores no profesionales (familiares, convivientes...).

### **Grupo 3. Otro personal sanitario o sociosanitario**

Personas no incluidas en la categoría de primera línea (grupo 2) que trabajan en centros y establecimientos sanitarios y sociosanitarios, **pero en esta primera etapa la vacunación se centrará solamente en el personal que de manera específica realiza actividades que exigen contacto estrecho con personas que puedan estar infectadas por SARS-CoV-2, es decir, en función del riesgo de exposición y transmisión.** Se valorará la vacunación de las personas de este grupo que no se vacunen en la primera etapa en las etapas siguientes, como “personal esencial de primera línea” u “otro personal esencial”.

### **Grupo 4. Personas consideradas como grandes dependientes (grado III)**

En este grupo se incluyen aquellas personas consideradas grandes dependientes (grado III) según la Ley de Dependencia (Ley 39/2006, de 14 de diciembre), aquellas que hayan solicitado el reconocimiento y las que no lo hayan solicitado aún, pero esté médicamente acreditado por tener enfermedades que requieran intensas medidas de apoyo para desarrollar su vida, incluidas aquellas institucionalizadas y no institucionalizadas. Como ya se ha mencionado en el marco



ético, la protección de las personas consideradas grandes dependientes es prioritaria y así lo recoge el marco jurídico, dado que su situación implica la necesidad de ayuda de otras personas para realizar varias actividades básicas de la vida. Las personas con gran dependencia que no están institucionalizadas también están incluidas en esta primera etapa. El momento de vacunación se realizará en cuanto sea posible, teniendo en cuenta las características de conservación y utilización de la vacuna disponible. Las personas que ejercen un trabajo de atención a estas personas con gran dependencia en sus hogares se vacunarán en la misma visita que las personas a las que asisten, si no se han vacunado con anterioridad.



### Voluntariedad de la vacunación

Sin perjuicio del deber de colaboración que recae sobre los individuos, la vacunación frente a COVID-19 será voluntaria, y ello, a salvo de lo previsto en la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas especiales en materia de salud pública.

## Coordinación y Comunicación

### Coordinación

La comunicación y coordinación entre las autoridades y las compañías farmacéuticas es esencial para que el reparto de dosis trascorra de una manera eficaz y ordenada, por lo que se han establecido flujos de comunicación claros y previamente definidos. Las compañías comunicarán a la AEMPS y al Ministerio las dosis disponibles a medida que se autorizan los distintos tipos de vacuna. El Ministerio hará una propuesta de asignación de dosis, que se acordará en el seno del CISNS. Las CC AA se pondrán en contacto con las compañías farmacéuticas para informarles de los distintos puntos de distribución y alimentarán el registro COVID-19 con las dosis en stock y las dosis administradas. Es importante tener en cuenta que se producirán actualizaciones periódicas sobre el suministro de vacunas disponibles y las asignaciones específicas de vacunas a las distintas CC AA siendo necesario un flujo continuo.

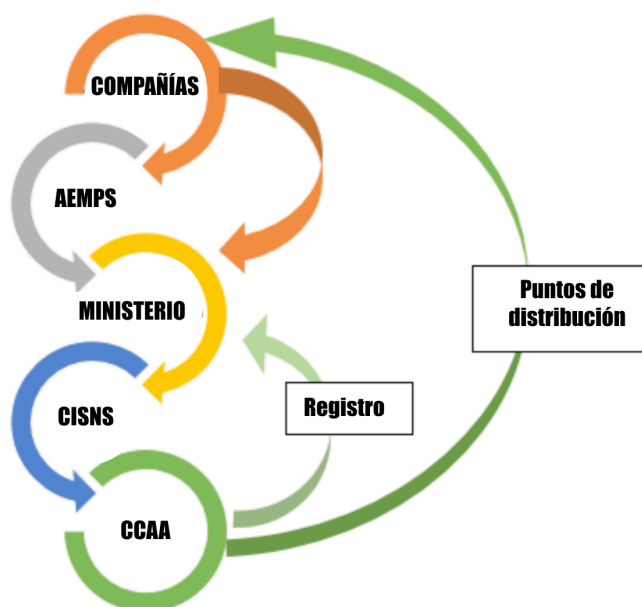


Figura 3. Esquema de coordinación.

### Comunicación

La estrategia de comunicación creará un marco de veracidad y transparencia capaz de dar respuesta a las dudas que puedan surgir en materia de vacunación frente a COVID-19 en los diferentes sectores de la población. Toda ella está centrada en subrayar la importancia de la solidaridad ciudadana en el momento presente, concretada en dos premisas fundamentales.

Primera, que el acceso a la vacuna no solo es un derecho, sino que, para conseguir que resulte con una elevada efectividad, es importante que alcancemos la inmunidad de grupo, y ello exige



una alta tasa de vacunación. Segunda, que la priorización en la distribución de las vacunas es una exigencia ineludible del momento actual de limitada disponibilidad de vacunas. Esta circunstancia tiene evidentemente un carácter temporal, pero, en tanto se dé, resultará imprescindible seguir una estrategia de priorización orientada por el principio de necesidad. Sobre esa base, la estrategia tiene los siguientes objetivos:

1. Informar al personal sanitario sobre el desarrollo, la autorización, los procedimientos de adquisición, la distribución y la utilización de las vacunas COVID-19 en las diferentes etapas de disponibilidad de las mismas, estableciendo sinergias con actores clave en la vacunación y transmisión de información veraz (participación de asociaciones de profesionales)
2. Informar a la población general sobre el desarrollo, la autorización, distribución y utilización de las vacunas frente a COVID-19, contando con la participación de asociaciones poblacionales (asociaciones de pacientes)

## Bibliografía

Estrategia de vacunación frente a COVID19 en España. Grupo de trabajo técnico de vacunación COVID-19. 2 diciembre 2020

[https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/covid19/docs/COVID-19\\_EstrategiaVacunacion.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/covid19/docs/COVID-19_EstrategiaVacunacion.pdf)

Actualización1 – Estrategia de vacunación COVID-19. Grupo de trabajo técnico de vacunación COVID-19. 18 diciembre 2020

[https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/covid19/docs/COVID-19\\_Actualizacion1\\_EstrategiaVacunacion.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/covid19/docs/COVID-19_Actualizacion1_EstrategiaVacunacion.pdf)



## Anexo

En el siguiente anexo (elaboración propia Consejo General de Dentistas de España) se señalan los principales puntos de debate de la Comisión de la FDA (Food and Drugs Administration) estadounidense, para la aprobación de la vacuna de Pfizer/BionTech el pasado 10 de diciembre 2020.

### Resumen de la discusión para aprobación vacuna Pfizer en la FDA\*(10 diciembre 2020)



FDA: Agencia norteamericana del medicamento (Food and Drugs Administration)

# CONSEJO GENERAL DE DENTISTAS

---



Calle Alcalá 79, 2º  
28009 Madrid



914 264 410



info@consejodentistas.es  
www.consejodentistas.es



**CONSEJO  
DENTISTAS**  
ORGANIZACIÓN COLEGIAL  
DE DENTISTAS  
DE ESPAÑA