# La AEV plantea mejoras al Plan Estatal de respuesta a futuras amenazas graves para la salud: apoyar el desarrollo de nuevas vacunas, reforzar la Salud Pública y mejorar la coordinación

07/10/2025

- **La Asociación Española de Vacunología ha analizado el borrador del texto propuesto por el Ministerio de Sanidad, que considera un avance necesario para reforzar la capacidad de respuesta del país ante situaciones de emergencia sanitaria**
- **La asociación científica llama a reforzar y mejorar la Salud Pública para que los sistemas sanitarios asistenciales puedan responder de manera adecuada ante futuras amenazas**
- **Asimismo, destaca la importancia de apoyar el desarrollo de vacunas que puedan frenar determinados peligros biológicos y de que el Ministerio de Sanidad asuma el liderazgo en caso de crisis**

***Martes, 7 de octubre de 2025.-*** Apoyar el desarrollo de vacunas que puedan frenar futuras amenazas para la salud, tomar medidas para reforzar la Salud Pública y mejorar la coordinación en caso de crisis sanitarias. Estas son algunas de las sugerencias que la Asociación Española de Vacunología (AEV), ha hecho llegar al Ministerio de Sanidad con respecto

al borrador del proyecto de Real Decreto por el que se aprueba el **Plan Estatal de Preparación y Respuesta frente a amenazas graves para la salud**, que permaneció abierto a consulta pública hasta este lunes.

Esta norma busca dotar a España de un marco normativo sólido y que permita reforzar las capacidades del conjunto del Sistema Nacional de Salud y de las administraciones públicas ante situaciones que puedan comprometer gravemente la salud de la población.

Desde la asociación científica valoran positivamente el borrador del texto al considerarlo un **avance necesario** para reforzar la seguridad sanitaria y la capacidad de respuesta del país ante situaciones de emergencia sanitaria. Y es que, la experiencia reciente de la pandemia por COVID-19 ha puesto de manifiesto la necesidad de contar con **estructuras ágiles, sólidas y coordinadas**, que permitan anticiparse y dar una respuesta rápida.

En este sentido, la AEV hace hincapié en que los sistemas de salud deben **incluir, específicamente, a la Salud Pública**. Y que, ante determinadas situaciones, los sistemas sanitarios asistenciales no podrán ser capaces de responder adecuadamente si no se toman medidas encaminadas a reforzar y mejorar la Salud Pública.

El texto presentado por el Ministerio de Sanidad contempla, entre otras, las **amenazas para la salud de origen biológico**, entre las que se incluyen las enfermedades transmisibles -incluso las de origen zoonótico-, las resistencias antimicrobianas, y las biotoxinas y otros agentes biológicos. En este apartado, la AEV recala la importancia de **apoyar el desarrollo de vacunas** que puedan frenar determinados peligros biológicos como la gripe H5N1.

**Coordinación “total” para afrontar futuras amenazas**

Con respecto a la forma de proceder ante futuras amenazas, el

texto recoge que el Ministerio de Sanidad y las consejerías autonómicas de salud, deben garantizar la coordinación y gestión de las respuestas. Para la AEV, no basta con impulsar la coordinación, sino que esta debería ser “total” para poder afrontar una situación de peligro para la salud, **asumiendo el liderazgo el Ministerio de Sanidad**.

Asimismo, consideran que la composición de la Comisión Estatal de Coordinación recogida en el texto es “excesivamente amplia” y podría ser demasiado ajena a los profesionales que van a estar en la respuesta a las amenazas graves para la salud. “El número excesivo de miembros podría dificultar la operatividad y agilidad en la toma de decisiones”, explican. Por ello, recomiendan revisar su configuración para asegurar su eficacia e incluir en la misma a dos **representantes de Sociedades Científicas** para dar cabida a los profesionales en la misma.

En cuanto a la creación de **una reserva estratégica nacional de medicamentos**, la AEV defiende que aquellos productos farmacéuticos que estén incluidos en dicha reserva deberían considerarse sectores estratégicos, impulsando, en la medida que la legislación lo permita, la producción de estos fármacos o resto de materiales en España para poder garantizar el suministro de forma permanente.

Por último, la AEV muestra su disposición a **colaborar en cualquier cuestión relacionada con el uso de vacunas** en situaciones de amenaza para la salud, ofreciendo su experiencia y conocimiento en los procedimientos de evaluación de riesgos.

---

# El Bloque 2 del programa formativo ‘Inmunización a lo largo de la vida’ vuelve el 12 de noviembre

07/10/2025

El próximo 12 de noviembre retomamos el bloque 2 del programa formativo ‘Inmunización a lo largo de la vida’, de la Asociación Española de Vacunología’. Se trata del último bloque de esta actividad en modalidad online, dirigida por Jaime Pérez Martín, presidente de la AEV y Natividad Tolosa Martínez, vocal de Formación en Vacunología.

A continuación, adelantamos el programa del Bloque 2. Inscríbete gratis aquí.

**DESARROLLO DEL BLOQUE 2.**

Moderación: *Glòria Mirada Masip*. Agencia de Salud Pública de Cataluña.

**1. Vacunación sin barreras = Prevención sin fronteras. Estrategias para la inmunización de personas migrantes.** *Abián Montesdeoca Melián*. Dirección General de Salud Pública de Canarias.

**2. ¿Estamos preparados para la próxima pandemia? Vacunas, ciencia y anticipación**. *Iván Sanz Muñoz*. Responsable Científico y de Vigilancia Virológica del Centro Nacional de Gripe.

**3. Protegiendo a los mayores: la nueva era de la vacunación antineumocócica en adultos**. *Pilar Arrazola Martínez*. Jefa de Servicio de Medicina Preventiva del Hospital 12 de Octubre.

**4. Experiencia argentina en la vacunación maternal frente al**

**VRS**. *Analía Rearte*. Presidenta de la Sociedad Argentina de Vacunología y Epidemiología.

Consulta el programa del bloque 2.

---

# La Comunidad Europea firma un contrato con Hipra para el suministro de 4 millones de dosis de la vacuna adaptada LP.8.1

07/10/2025

La Comisión Europea ha firmado un contrato de adquisición de vacunas frente COVID-19 para asegurar la preparación y protección de sus ciudadanos en la temporada invernal 2025/2026 tras la petición de catorce países participantes. El contrato se lleva a cabo con la compañía farmacéutica española HIPRA y los participantes podrán ordenar hasta cuatro millones de dosis de la vacuna adaptada a la subvariante LP.8.1 y tendrá una duración de dos años. Las vacunas están dispuestas para ser servidas en la actual temporada. La farmacéutica está localizada en España lo que refuerza la autonomía estratégica, reduce la dependencia de terceros países y diversifica el portfolio vacunal europeo al disponer de una vacuna basada en proteínas.

La vacuna ha demostrado protección no solamente frente a LP.8.1 sino que muestra protección cruzada frente a NB.1.8.1 y XFG. Se suministra en viales monodosis y puede almacenarse entre 2º y 8º con una duración de doce meses.

# La sanidad pública como motor de equidad: el papel de la vacunología social en la reducción de desigualdades

07/10/2025

El Grupo de Trabajo de Vacunología Social de la Asociación Española de Vacunología analiza las principales conclusiones de un informe sobre la atención sanitaria emitido por la Dirección General de Salud y Seguridad Alimentaria de la Comisión Europea.

La vacunología social se plantea como una herramienta clave para reducir desigualdades en salud, en línea con el informe de la Comisión Europea sobre el valor redistributivo de la sanidad pública.

Facilitar el acceso a las vacunas mediante puntos móviles de vacunación, diseñar planes adaptados a grupos vulnerables y mapear las coberturas de vacunación para identificar posibles brechas son algunas de las propuestas del grupo de trabajo para avanzar en esta línea.

El pasado 26 de Septiembre, la Dirección General de Salud y Seguridad Alimentaria de la Comisión Europea, publicó el informe El papel de la atención sanitaria en la reducción de las desigualdades y la pobreza en la Unión Europea[1].

En este informe sobre el valor redistributivo de la sanidad

pública, se demuestra que los servicios sanitarios, (considerados como transferencias en especie), reducen la desigualdad y la pobreza en mayor medida que muchas ayudas en efectivo (excluidas las pensiones). Este informe mide el efecto que tendría sumar el valor de la sanidad pública al ingreso de los hogares para evaluar desigualdad y pobreza mediante un método híbrido que combine costes por edad y sexo, con el uso del sistema integrado en EUROMOD[2], simulando qué supondría para las familias si tuvieran que pagar directamente esos servicios de salud en lugar de recibirlos como parte del sistema sanitario público.

Los principales hallazgos de este informe son:

- La desigualdad disminuye entre 1,5-4,5 puntos en el Índice de Gini[3].
- También descendería la pobreza, excepto en Bélgica, Luxemburgo y Eslovaquia. La sanidad ejerce una mayor redistribución que las ayudas en efectivo (al margen de las pensiones).
- Los mayores beneficios se observan en población envejecida, con enfermedad crónica o discapacidad, y en entornos rurales con mayor nivel de dispersión y peor acceso.
- Bajo esta perspectiva, un sistema de copagos reducidos pero diseñados de forma muy precisa, mejoraría la accesibilidad.
- Las necesidades no cubiertas se manifestarían cuando los usuarios dejaran de acudir al sistema sanitario.
- Se propone potenciar más la financiación con impuestos directos y en menor medida a través de cotizaciones.
- Esta propuesta reduce desigualdades y pobreza mientras el envejecimiento exige reformas para un reparto justo entre generaciones (sobrecarga a generaciones futuras).

Esta perspectiva de análisis constituye un marco que resulta de gran utilidad para la Vacunología Social, entendiendo la vacunación como un bien público que protege tanto individual como colectivamente, que además, puede ser analizada bajo la misma lógica redistributiva: cuanto más equitativo sea el acceso a las vacunas, mayor será su contribución a la reducción de desigualdades y a la protección de los grupos más vulnerables.

Esta alineación con el documento de la Comisión Europea representa, no sólo un pensamiento coherente con la Estrategia para la vacunación 2030 de la OMS, sino que podamos disponer de un apoyo institucional europeo para respaldar estrategias que promuevan la equidad ante la Administración pública.

**Reducción de las desigualdades a través de la vacunación**

Adoptar esta visión redistributiva asociada a las coberturas vacunales, nos situaría como país referente en Europa en incluir la perspectiva social en los programas de vacunación. La vacunología social permite resaltar y defender el papel fundamental de la Atención Primaria en la reducción de desigualdades a través de la vacunación, convirtiendo a los Equipos de Atención Primaria en verdaderos agentes de equidad.

Esta perspectiva permite no sólo poner en valor todo lo que ya se hace desde Atención Primaria, sino identificar y potenciar cómo podemos reducir las barreras generadoras de desigualdad desde el contexto comunitario para intentar minimizarlas.

A modo de ejemplos, desde la AEV podemos lanzar algunas ideas o propuestas:

- La vacunación no debe ser un bien al que se renuncie por motivos logísticos. Es necesario flexibilizar los horarios en la medida de lo posible o lanzar puntos móviles de vacunación, evitando que la dispersión geográfica, los turnos laborales o la falta de recursos se conviertan en barreras invisibles.

- La vacunología social debe fomentar planes adaptados a grupos vulnerables. También a hogares monoparentales, cuidadores, desempleados, migrantes y quienes viven en riesgo de exclusión. Los escenarios de vacunación deben salir del centro de salud y llegar a domicilios, residencias, asociaciones vecinales, ONGs y centros comunitarios.
- La puerta de entrada al sistema sanitario sigue siendo la Atención Primaria. Cada contacto asistencial es una oportunidad de ofrecer, completar o de hacer recaptación vacunal. Para pediatras, médicos de familia y enfermeras, esto implica incorporar la vacunación activa en la propia dinámica diaria de la consulta, no como una actividad aislada, sino integrada.
- Comunicar para generar confianza.
- Involucrar a asociaciones de pacientes, colectivos sociales y líderes comunitarios.
- Colaboración intersectorial para conseguir que la vacunación ayude, entre otras medidas, a romper los círculos de la exclusión, los cuales se producen y reproducen socialmente. Son variables de naturaleza social y cultural que operan estructuralmente en los márgenes sociales, en los círculos de la vulnerabilidad, susceptibles de abordar desde diferentes ámbitos (social, empleo, educación, etc..).
- Medir, monitorizar y mapear. Es importante estudiar las diferencias de cobertura tanto a nivel de brechas y de necesidades no cubiertas como su mapeo geográfico. Se evidencia la necesidad de disponer de más información relacionada con variables de tipo social.
- La comunicación y la competencia cultural son dos ámbitos en los que merece la pena fomentar la formación de los equipos de AP.

Estas ideas nos permiten conectar la realidad con la Vacunología Social, visibilizando la equidad a través de la vacunación de los grupos más vulnerables, coincidiendo con lo

que señala la Comisión Europea en su informe, que constituye una base de evidencia para demostrar que la sanidad pública no sólo atiende la salud de las personas, sino que también redistribuye y protege frente a la pobreza.

[1]Directorate-General for Health and Food Safety. (2025). *The role of healthcare in reducing inequalities and poverty in the European Union* [Factsheet]. Unión Europea. https://health.ec.europa.eu/publications/factsheet-role-healthcare-reducing-inequalities-and-povertyeuropean-union_en

[2] EUROMOD es un simulador de impuestos y prestaciones sociales de la UE. Incluye los Bricks como bloques que permiten integrar el valor de la sanidad pública como transferencia en especie. Son muy importantes para poder medir su impacto en desigualdad y pobreza

[3] Índice de desigualdad en la distribución de la renta

---

# Ayúdanos a difundir ‘los otros’ beneficios de las vacunas

07/10/2025

Nos encontramos inmersos en la preparación de la campaña de concienciación ‘**El mejor plan para este invierno. Vacúnate**‘, que por tercer año consecutivo lanzamos desde la Asociación Española de Vacunología. Y este año, queremos que todos los

socios/as de la AEV forméis parte de ella.

Vacunarse es el mejor plan para este invierno, porque las vacunas nos ayudan a prevenir enfermedades, generan inmunidad y contribuyen a una menor saturación del sistema sanitario. Pero eso no es todo. Sabemos que las vacunas frente a la gripe, la covid-19, el VRS y el neumococo tienen 'otros beneficios', como la disminución del riesgo de sufrir ictus o infartos, y queremos darlos a conocer. Y, al mismo tiempo, queremos concienciar de las consecuencias negativas de estas enfermedades, para sensibilizar a la población de la importancia de vacunarse.

Estamos recopilando evidencia científica para construir mensajes potentes y positivos que reflejen lo que se consigue con las vacunas frente a la covid-19, la gripe, el neumococo o el VRS. Y por otro lado, los riesgos que suponen estas enfermedades para la salud. Por ejemplo:

***"La vacuna para la gripe reduce el riesgo de infarto entre un 15 y un 45%"***[1]

***"La vacuna de la gripe reduce un 12% el riesgo de padecer un ictus isquémico"***[2]

***"La infección por Covid-19 aumenta el riesgo cardiovascular hasta tres años después"*** [3]

***"El 56,1% de los menores de 5 años que ingresan en UCI a causa de la gripe no tienen ningún factor de riesgo"*** [4]

Este año, queremos que la campaña 'El mejor plan para este invierno' sea de todos los socios/as de la AEV. Por ello nos gustaría contar contigo: envíanos un mensaje sobre "lo bueno"

de las vacunas frente a la gripe, la covid-19, el VRS y el neumococo y sobre “lo malo” de estas enfermedades, acompañado de su correspondiente bibliografía, y ayúdanos a visibilizar la importancia de la vacunación.

Los mejores mensajes formarán parte de la campaña de concienciación vinculada a ‘El mejor plan para este invierno’ que lanzaremos próximamente en las redes sociales de la Asociación Española de Vacunología. Además, entre todos los participantes **se sorteará un premio de dos noches para dos personas en Paradores**.

Participa enviando un mail a prensa@vacunas.org con el asunto ‘Campaña beneficios vacunas’ hasta el viernes 10 de octubre de 2025.


[1]. *Hevia, A. C., Hernández, F. S., Aldeán, J. Á., Cenoz, M. G., Sanz, I. J., Margüello, E. R., Astiz, M. T. V., & Rojas, A. G. (2021). Influenza and cardiorespiratory events: a clinical-epidemiological review with a multidisciplinary point of view. Revista Española de Quimioterapia, 34(6), 556-568. https://doi.org/10.37201/req/065.2021*

[2]. *Rodríguez-Martín, S., Barreira-Hernández, D., Gil, M., García-Lledó, A., Izquierdo-Esteban, L., & De Abajo, F. (2022). Influenza Vaccination and Risk of Ischemic Stroke. Neurology, 99(19). https://doi.org/10.1212/wnl.-0000000000201123*

[3]. *Hilser, J. R., Spencer, N. J., Afshari, K., Gilliland, F. D., Hu, H., Deb, A., Lusis, A. J., Tang, W. W., Hartiala, J. A., Hazen, S. L., & Allayee, H. (2024). COVID-19 Is a Coronary Artery Disease Risk Equivalent and Exhibits a Genetic Interaction With ABO Blood Type. Arteriosclerosis Thrombosis And Vascular Biology, 44(11), 2321-2333. https://doi.org/10.-1161/atvbaha.124.321001*

[4]. https://www.murciasalud.es/documents/5435832/5474211/-512272-Infografia_gripe_en_castellano.pdf/3506f6b0-d258--b13e-5e17-10dd278f94c2?t=1691399663842#:~:text=68%2C4%-25%20de%20los%20menores%20de%205%20a%C3%B1os,temporadas%-20fallecieron%20una%20media%20de%201%2C5%20menores.

---

# Y tú, ¿dónde estabas hace 25 años?

07/10/2025

Como ya sabéis, en la Asociación Española de Vacunología estamos de celebración. Cumplimos, nada más, y nada menos, que **25 años**. Un cuarto de siglo trabajando por mejorar la salud de las personas y fomentando el uso idóneo de las vacunas para prevenir enfermedades infecciosas.

Hace 25 años, la AEV daba sus primeros pasos, y nos gustaría que fuerais partícipes de esta efeméride. Por eso queremos saber: **¿Qué estabas haciendo tú hace 25 años?** Quizá estabas estudiando, o comenzando tu trayectoria profesional, ¡o a lo mejor eras tan solo un bebé!

**Cuéntanoslo hasta el 7 de octubre -de manera anónima o con nombres y apellidos- escribiendo a prensa@vacunas.org y deja que tu historia forme parte de la nuestra. Las mejores respuestas se darán a conocer próximamente.**

# Pediatras, infectólogos y vacunólogos se unen para reclamar la vacunación antigripal sistemática entre los 6 meses y los 17 años

07/10/2025

- **El CAV-AEP, la SEIP y la AEV presentan un documento de consenso con propuestas avaladas científicamente para reducir la epidemia de gripe que se produce cada temporada invernal**
- **Estudios recientes a nivel internacional muestran un aumento de la mortalidad causada por la gripe en el grupo de 5 a 17 años, así como un incremento de los ingresos en las UCI**
- **La gripe sigue considerándose erróneamente una enfermedad banal y las tasas de vacunación en España no alcanzan el 50 % en la franja de edad que tiene pautada la vacuna intranasal de manera sistemática**
- **Las tres sociedades científicas proponen ocho medidas de alto impacto para lograr mejorar las coberturas vacunales**

La Asociación Española de Pediatría (AEP), a través de su Comité de Asesor de Vacunas e Inmunizaciones (CAV-AEP), la Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP) y la Asociación Española de Vacunología (AEV) han presentado esta mañana, en rueda de prensa, un documento de consenso en el que recomiendan la vacunación sistemática frente a la gripe de todos los niños y adolescentes de entre 6 meses y 17 años.

Actualmente, la vacunación antigripal en el Sistema Sanitario Español, desde hace tres años, está financiada en la infancia, pero solo para aquellos niños entre 6 y 59 meses de edad, y en niños mayores considerados de riesgo. “Se trata de una medida altamente coste-efectiva, que tiene un impacto directo e indirecto en cuanto a disminución de consultas a atención primaria y urgencias, hospitalización de niños, de adolescentes y de adultos no vacunados”, ha explicado el doctor **Francisco Álvarez**, coordinador del CAV-AEP.

Los expertos advierten que no se deben subestimar los efectos de la gripe. Este virus afecta, cada temporada, al 30 % – 40 % de la población infantil, genera a nivel mundial hasta 4 millones de casos graves en menores de 18 años y provoca hasta 35 000 muertes en los menores de 5 años, es decir, más fallecimientos que los que ocasiona la enfermedad meningocócica.

“Sin embargo, las tasas de vacunación de la gripe en el último año son significativamente inferiores a las de otras vacunas como puede ser la antimeningocócica C (48,16 % versus 95,66 %) según el Sistema de Información de Vacunaciones del Ministerio de Sanidad. Esto denota la sensibilización de las madres y los padres hacia la prevención de la meningitis, no tanto así de la gripe en los niños”, apunta la doctora **María Fernández Prada**, secretaria de la AEV. “La percepción social sigue siendo que se trata de una infección leve”, añade.

“Los patógenos pueden encontrar brechas siempre y cuando las coberturas vacunales no estén por encima del 95 %, y en el caso de la gripe se quedan muy lejos”, recuerda el Dr. Álvarez.

La situación se da también en otros países: así, datos recientes de Estados Unidos muestran un aumento de la mortalidad causada por la gripe en el grupo de 5 a 17 años comparado con años anteriores, así como un incremento de los ingresos en las UCI en el grupo de 5 a 9 años en Australia.

Como ha indicado el doctor **Fernando Baquero**, presidente de la SEIP, “tanto la incidencia y la hospitalización, como los ingresos en la UCI, apuntan a la necesidad de reforzar la vacunación en la infancia y la adolescencia”. Además, “debemos tener en cuenta el importante papel como transmisores de la enfermedad que tienen los niños y niñas. Albergan el virus en grandes cantidades y su periodo de transmisión es más largo. Los adultos transmitimos la gripe un día antes y hasta cinco días después de mostrar los síntomas. Los niños lo hacen desde una semana antes y dos o tres semanas después”, puntualiza el experto en infectología. “Por eso, vacunar a la infancia no solo los protege a ellos, sino que actúa como un escudo para toda la comunidad”.

Algunas comunidades autónomas españolas están empezando a poner más énfasis en la vacunación de la gripe y a aumentar las edades diana en la última campaña 2025-2026, como Galicia, que ha ampliado la vacunación hasta los 11 años, con vacuna intranasal y despliegue en colegios (piloto) y centros de salud; y la Región de Murcia, que la ha prolongado hasta los 9 años, según ha anunciado el gobierno regional. También Castilla y León amplía la vacunación a los 8 años.

“De momento son pequeños avances, pero muestran una tendencia que confiamos en que siga también el Ministerio de Sanidad de cara al futuro, aplicando las medidas propuestas en este documento de consenso basado en toda la evidencia científica disponible”, explica el coordinador del CAV-AEP.

El CAV-AEP, la SEIP y la AEV coinciden en que, además de vacunar contra la gripe a todos los niños y adolescentes de entre los 6 meses y los 17 años, convendría reforzar las coberturas en convivientes y cuidadores de pacientes de riesgo y/ o que conviven con menores de 6 meses, embarazadas (tanto para su propia protección como para la de su futuro hijo, en cualquier momento del embarazo) y a todos los profesionales sanitarios.

**Medidas de alto impacto para aumentar coberturas**

Además de la recomendación sistemática de vacunación antigripal infantil y del adolescente, las entidades firmantes destacan que es primordial establecer estrategias de alto impacto que permitan aumentar las coberturas vacunales y proponen las siguientes:

**Formación específica de los profesionales sanitarios:** establecer los canales adecuados para ello, con el fin de mejorar la calidad de la recomendación y la comunicación con las familias.

La recomendación activa por parte del profesional sanitario: es el determinante más importante en la toma de decisión de vacunar a los niños por parte de los progenitores. Se ha comprobado, igualmente, que, a mayor cobertura de vacunación entre los profesionales, mayor es la tasa de recomendación por parte de estos de esta medida preventiva.

**Información a la población:** las campañas tradicionales, como cartelería, no consiguen aumentar las coberturas vacunales. La difusión de la información en redes sociales, plataformas digitales, medios de comunicación y farmacias ayuda a que esta llegue a los padres y madres y alcance a colectivos vulnerables o con barrera idiomática.

**Captación activa:** como ha sucedido en la inmunización frente al Virus Respiratorio Sincitial (VRS), permite conseguir notables incrementos en la cobertura al mismo tiempo que alcanza también a la población vulnerable, como los pacientes de riesgo.

**Mejorar la accesibilidad a la vacunación:** es determinante ya que, al ser una vacunación de campaña estacional, requiere un esfuerzo adicional para que los colectivos accedan a la misma. La vacunación en el ámbito escolar, la vacunación sin cita

previa, y los puntos de vacunación en fin de semana o la apertura de los centros de salud por las tardes, que permiten acceder al punto de vacunación a las familias fuera de su horario laboral, han demostrado incrementar la cobertura vacunal.

**Aumentar la aceptabilidad:** disponer de una vacuna de administración intranasal ha permitido mejorar las coberturas, especialmente en aquellas que realizan vacunación escolar. Existe evidencia de que la vacuna atenuada es ampliamente aceptada tanto por los niños como por progenitores y profesionales sanitarios.

**Alineamiento de Salud Pública y sociedades científico-médicas:** es importante que tanto la ciudadanía como los profesionales perciban que existe convergencia entre las recomendaciones de la autoridad sanitaria y de los profesionales sanitarios, reforzando así la confianza global en la vacunación.

**Información actualizada sobre resultados en salud de la campaña a profesionales y ciudadanía:** afianzando la confianza en la vacunación y permitiendo tomar medidas correctoras, para aumentar la efectividad y la eficiencia del programa.

Accede aquí al documento completo.

---

# El “nuevo” ACIP no recomienda la vacuna tetravírica y se

# plantea la supresión de la dosis neonatal de la vacuna de Hepatitis B

07/10/2025

Tras la finalización de la sesión del nuevo ACIP celebrada entre los días de 18 a 20 de septiembre los aspectos más importantes tratados son: a) suprimir la vacuna tetravírica (sarampión, rubeola, parotiditis y varicela) en los menores de cuatro años para recomendar la administración separada de triple vírica y varicela. Básicamente el motivo, aunque infrecuente, es la posibilidad de sufrir episodios febriles en los menores tras recibir la vacuna tetravírica, y b) recomienda el cribado universal de hepatitis B en todas las embarazadas mientras que sus miembros se encuentran a la espera de votar si se mantiene la dosis neonatal o se pospone al mes de vida en el caso de negatividad de la madre al antígeno de superficie.

---

# Portugal introduce la vacuna antineumocócica de 20 serotipos en lactantes en esquema 2+1 y en esquema mixto con PnPS23 entre los 18

# y 64 años

07/10/2025
Según la autoridad sanitaria portuguesa se ha introducido en el calendario vacunal del país desde el primero de enero de este año la vacuna antineumocócica conjugada de veinte serotipos en esquema 2+1 de manera que las edades de las dosis son 2, 4 y 12 meses. La vacuna sustituye a la de trece serotipos.

Según el calendario de los ECDC para los adultos de riesgo desde los 18 años y hasta los 64 el esquema de vacunación es mixto con PCV20 más la vacuna polisacárida simple de 23 serotipos y a partir de los 65 años la vacuna a administrar es la de 23 serotipos.

---

# El CHMP de la EMA ha recomendado la autorización de comercialización del anticuerpo monoclonal Clesrovimab frente a VRS

07/10/2025
El Committee for Medicinal Products for Human Use de la European Medicines Agency en la reunión celebrada entre el 15 y el 18 de septiembre ha recomendado la autorización de comercialización del anticuerpo monoclonal Clesrovimab (Enflonsia) de la farmacéutica Merck Sharp&Dohme para la prevención de la infección del tracto respiratorio inferior en

neonatos y lactantes causada por el virus respiratorio sincitial que en algunos niños puede dar lugar a hospitalizaciones e incluso a la muerte.