

COVID-19

Preguntas frecuentes sobre las vacunas contra la COVID-19

Versión 4, 7 de abril del 2021

Sección 1. Vacunas contra la COVID-19 en uso a escala mundial y otras vacunas experimentales

1. ¿Cuáles son las vacunas contra la COVID-19 que han sido autorizadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y las autoridades regulatorias nacionales?

Al 1 de abril, la OMS había incluido las siguientes vacunas en la lista para uso de emergencia: Pfizer/BioNTech, AstraZeneca/Oxford-SKBio y Serum Institute of India, y Janssen.

Las siguientes vacunas han sido autorizadas por una autoridad regulatoria nacional:¹

- **Moderna/NIAID/Lonza/Catalent/Rovi/Medidata/BIOQUAL:** en uso en Estados Unidos, Canadá, Israel, el Reino Unido y Suiza.
- **AstraZeneca/Oxford:** en uso en Argentina, Brasil, El Salvador, India, México, Marruecos, Pakistán, el Reino Unido y la República Dominicana.
- **BioNTech/Pfizer/Fosun Pharma/Rentschler Biopharma:** en uso en la Comisión Europea, Arabia Saudita, Argentina, Bahrein, Canadá, Estados Unidos, México y el Reino Unido.
- **Janssen Pharmaceutical Companies/Sanofi/Merk:** autorizada para “uso de emergencia” en Estados Unidos.
- **Instituto de Investigaciones Gamaleya:** en uso en Argelia, Argentina, Bolivia, Emiratos Árabes Unidos, Hungría, Palestina, Paraguay, Serbia, Turkmenistán y Venezuela, y “registrada” en Belarús y Rusia.
- **CanSino Biologics/Instituto de Biotecnología de Beijing/Petrovax:** autorizada para “las fuerzas armadas” por la Comisión Militar Central de China.
- **Instituto de Productos Biológicos de Wuhan/Sinopharm:** para “uso de emergencia” en China y los Emiratos Árabes Unidos.
- **Sinovac/Instituto Butantan/Bio Farma:** para “uso de emergencia” en Brasil, China e Indonesia.
- **Instituto de Productos Biológicos de Beijing/Sinofarm:** en uso en China, Bahrein, los Emiratos Árabes Unidos y Pakistán.
- **Bharat Biotech/Consejo de Investigaciones Médicas de la India/Instituto Nacional de Virología/Ocugen/Precisa Medicamentos:** autorizada para “uso de emergencia” en la India.
- **Instituto de Investigación para Problemas de Seguridad Biológica,** República de Kazajstán: en uso sobre la base del “registro temporal” en Kazajstán.

¹ The Milken Institute. [COVID-19 Vaccine Tracker](#) [intranet]. The Milken Institute; 2020.

COVID-19

2. ¿Cuántas vacunas experimentales están en evaluación clínica y preclínica, y cuáles son las principales características de las vacunas en evaluación clínica?

Al 6 de enero del 2021 había 86 vacunas experimentales en evaluación clínica en seres humanos y 18 vacunas experimentales en fase preclínica.²

Cuadro 1. Número de dosis, plan y vía de administración de vacunas experimentales en fase clínica

Número de dosis y esquema	Vacunas experimentales (número y porcentaje)		
1 dosis	11	13%	
Día 0	11		
2 dosis	55	64%	
Día 0 + 14	6		
Día 0 + 21	21		
Día 0+ 28	8		
3 dosis	1	1%	
Día 0 + 28 + 56	1		
Por determinarse o sin datos	19	22%	
Vía de administración			
Oral	2	2%	
Inyectable	71	83%	
SC	Subcutánea	3	3%
ID	Intradérmica	3	3%
IM	Intramuscular	65	76%
IN	Intranasal	7	8%
Por determinarse o sin datos	13	15%	

Fuente: Organización Mundial de la Salud. [Draft Landscape of COVID-19 candidate vaccines](#) [Internet]. OMS; 2021. Consultado el 6 de abril del 2021.

3. ¿Qué tipos de vacunas contra la COVID-19 estaban en desarrollo al 7 de abril?

Se están utilizando diversas tecnologías y plataformas, entre las cuales se encuentran las siguientes:

- Vacunas de ácidos nucleicos (ADN, ARN): vacunas que usan uno o varios genes del coronavirus para provocar una respuesta inmunitaria.
- Vacunas de vectores virales: vacunas que usan un virus (vector replicante o no replicante) para transportar genes del coronavirus a las células y provocar una respuesta inmunitaria.
- Vacunas a base de proteínas: vacunas que usan una proteína del coronavirus o un fragmento de proteína (subunidad de proteína) para provocar una respuesta inmunitaria.
- Vacunas de virus completo: vacunas que usan una versión debilitada (atenuada) o inactivada del coronavirus para provocar una respuesta inmunitaria.

² Véanse datos actualizados en la [página de la OMS sobre la situación de las vacunas experimentales contra la COVID-19](#) [en inglés].

COVID-19

Cuadro 2. Vacunas experimentales en fase clínica y plataformas

Véanse datos actualizados en la página de la OMS sobre [la situación de las vacunas experimentales contra la COVID-19 y el rastreador de vacunas](#) [en inglés]

Plataforma		Vacunas experimentales (número y porcentaje)	
PS	Subunidad de proteína	28	33%
VVnr	Vector viral (no replicante)	12	14%
DNA	ADN	10	12%
IV	Virus inactivado	11	13%
RNA	ARN	12	14%
VVr	Vector viral (replicante)	4	5%
VLP	Partícula similar a un virus	4	5%
VVR + APC	VVr + célula que presenta antígenos	2	2%
LAV	Virus vivo atenuado	2	2%
VVnr + APC	VVnr + célula que presenta antígenos	1	1%
		86	

Fuente: Organización Mundial de la Salud. [Draft Landscape of COVID-19 candidate vaccines](#) [Internet]. OMS; 2021. Consultado el 6 de abril del 2021.

4. ¿Tendrán éxito todas las vacunas experimentales contra la COVID-19?

Solo algunas de las vacunas experimentales tendrán éxito. En un estudio sobre vacunas contra enfermedades infecciosas de los seres humanos se observó que las vacunas experimentales en evaluación preclínica tienen una probabilidad del 7% de entrar al mercado; una vez que se ha iniciado la evaluación clínica, esa cifra aumenta al 17%.

5. ¿Cómo sabremos si las vacunas contra la COVID-19 son seguras?

Las vacunas contra la COVID-19 son productos novedosos que nunca se han usado en seres humanos en gran escala. Por lo tanto, después que se autorice su uso, será necesario darles un seguimiento estrecho a fin de seguir evaluando el perfil de seguridad de cada una. Actualmente, la mayor parte de la información disponible ha sido proporcionada por los fabricantes de las vacunas en los ensayos clínicos. Antes de que una vacuna reciba la aprobación (autorización) para su uso en un país o región, es necesario evaluar con sumo cuidado los expedientes con los datos sobre seguridad que se presentan a las autoridades regulatorias nacionales. En la página web sobre las vacunas precalificadas por la OMS hay un resumen con las características de las vacunas cuyo uso ha sido autorizado por el equipo de precalificación de la OMS. Se está preparando al personal y se le está proporcionando capacitación básica para seguir las directrices mundiales de la OMS, las directrices regionales de la OPS y los protocolos nacionales para la vigilancia de los ESAVI y el fortalecimiento de la capacidad local. En cada país se deben establecer comisiones nacionales para la seguridad de las vacunas que se encarguen de evaluar la causalidad de los ESAVI graves y de clasificarlos de manera adecuada. Estas medidas permitirán detectar todo evento que requiera tomar alguna decisión para adoptar medidas correctivas. El propósito de un sistema regional de vigilancia de los ESAVI es mantener la aceptación y la confianza de la población sobre la base de la evidencia en tiempo real.

COVID-19

6. ¿Cuáles son las vacunas experimentales que se encuentran en la fase 3 y cuáles se encuentran en la fase 4?

Al 1 de abril del 2021 había 49 vacunas experimentales contra la COVID-19 en la fase 2/3 y la fase 3. No hay una correlación directa entre la fase de prueba de una vacuna y su superioridad o éxito futuro. El hecho de que una vacuna llegue a la fase 3 no indica necesariamente que sea mejor que una vacuna que se encuentra en la fase 1 o la fase 2. Al mismo tiempo, es importante considerar que no todos los fabricantes de vacunas cuyos productos se encuentran en estudios clínicos tienen la capacidad necesaria para ampliar su producción y distribución a fin de responder a la demanda mundial. Según la OMS, al 1 de abril había cuatro vacunas en la fase 4. El estudio de fase 4 también se denomina vigilancia posterior a la comercialización y se hace cuando la vacuna ya se comercializa y está disponible para el público general (véanse más detalles en el cuadro 3).

Cuadro 3. Principales características de las vacunas experimentales contra la COVID-19 que se encuentran en la fase 4 (1 de abril del 2021)

Descripción de la plataforma de la vacuna	Tipo de vacuna	Número de dosis	Esquema	Vía de administración	Fabricantes
Virus inactivado	CoronaVac; vacuna contra el SARS-CoV-2 (de virus inactivado)	2	Día 0 + 14	IM	Sinovac Research and Development Co., Ltd
Virus inactivado	Vacuna de virus inactivado contra el SARS-CoV-2 (Vero cell), nombre de la vacuna: BBIBP-CorV	2	Día 0 + 21	IM	Sinopharm + China National Biotec Group Co. + Beijing Institute of Biological Products
Vector viral (no replicante)	ChAdOx1-2 - (AZD1222) (Covishield)	1-2	Día 0 + 28	IM	AstraZeneca + University of Oxford
Vacuna basada en ARN	mRNA-1273	2	Día 0 + 28	IM	Moderna + National Institute of Allergy and Infectious Diseases (NIAID)
Vacuna basada en ARN	BNT162 (3 LNP-mRNAs), también conocida como "Comirnaty"	2	Día 0 + 21	IM	Pfizer/BioNTech + Fosun Pharma

Fuente: [COVID-19 vaccine tracker \(shinyapps.io\)](https://shinyapps.io/covid-19-vaccine-tracker/)

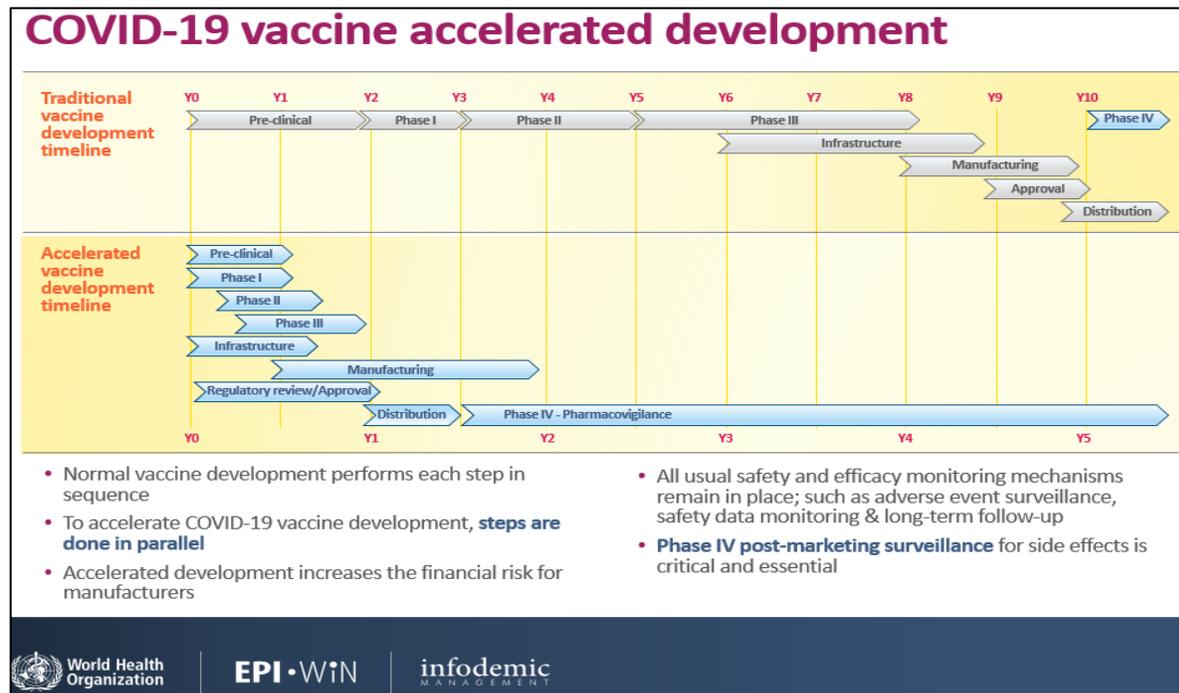
7. ¿Cómo se han logrado desarrollar vacunas contra la COVID-19 con tanta rapidez?

El desarrollo de una vacuna novedosa es un proceso largo y complejo que, en promedio, dura diez años. Sin embargo, las vacunas contra la COVID-19 son la culminación de años de investigación en nuevas tecnologías y se basan en las enseñanzas obtenidas de la labor para desarrollar vacunas contra el SARS y el MERS, así como en el desarrollo de vacunas contra el ébola.

Dada la pandemia actual de COVID-19, hay instituciones, fabricantes comerciales de vacunas e investigadores de todo el mundo que están trabajando a una velocidad y a una escala sin precedentes con el objetivo de contar con vacunas contra la COVID-19 seguras y efectivas en un plazo de 12 a 18 meses, aproximadamente.

COVID-19

Figura 1. Desarrollo acelerado de vacunas contra la COVID-19



Fuente: [WHO: EPI-WIN Update 45 COVID-19 Vaccine Development](#)

8. ¿Dónde se están desarrollando estas vacunas experimentales contra la COVID-19?

La mayoría de las empresas e instituciones que están trabajando en el desarrollo de vacunas contra la COVID-19 se encuentran en países como Estados Unidos de América, el Reino Unido y China. Algunos de los ensayos clínicos de las vacunas se llevarán a cabo en centros clínicos de países de América Latina (Argentina, Brasil, Colombia, Chile, México, Perú y Venezuela).

9. ¿Son nuevas las vacunas que usan el ARNm?

Son nuevas, pero no son algo desconocido. Los investigadores han estado estudiando estas vacunas y trabajando con ellas durante varias décadas. El interés en estas vacunas ha aumentado porque se pueden obtener en un laboratorio usando materiales fáciles de conseguir. De esta forma, el proceso puede estandarizarse y ampliarse, lo cual permite obtener vacunas con mayor rapidez que con métodos tradicionales. Ya se habían estudiado vacunas de ARNm para la gripe, el zika, la rabia y el citomegalovirus.

10. ¿Cuántas dosis de vacuna se necesitarán?

En la mayoría de los ensayos clínicos de vacunas experimentales contra la COVID-19 se están considerando una o dos dosis. En el caso de las vacunas que requieren dos dosis, hay un intervalo de 14, 21 o 28 días entre la primera y la segunda dosis.

11. ¿Cuáles podrían ser las vías de administración de las vacunas contra la COVID-19?

En el caso de las vacunas experimentales contra la COVID-19 en evaluación preclínica y clínica, incluidas las de fase 4, se usan distintas vías de administración. En el perfil del producto elaborado por la OMS, donde se describen las cualidades preferidas y las características mínimas

COVID-19

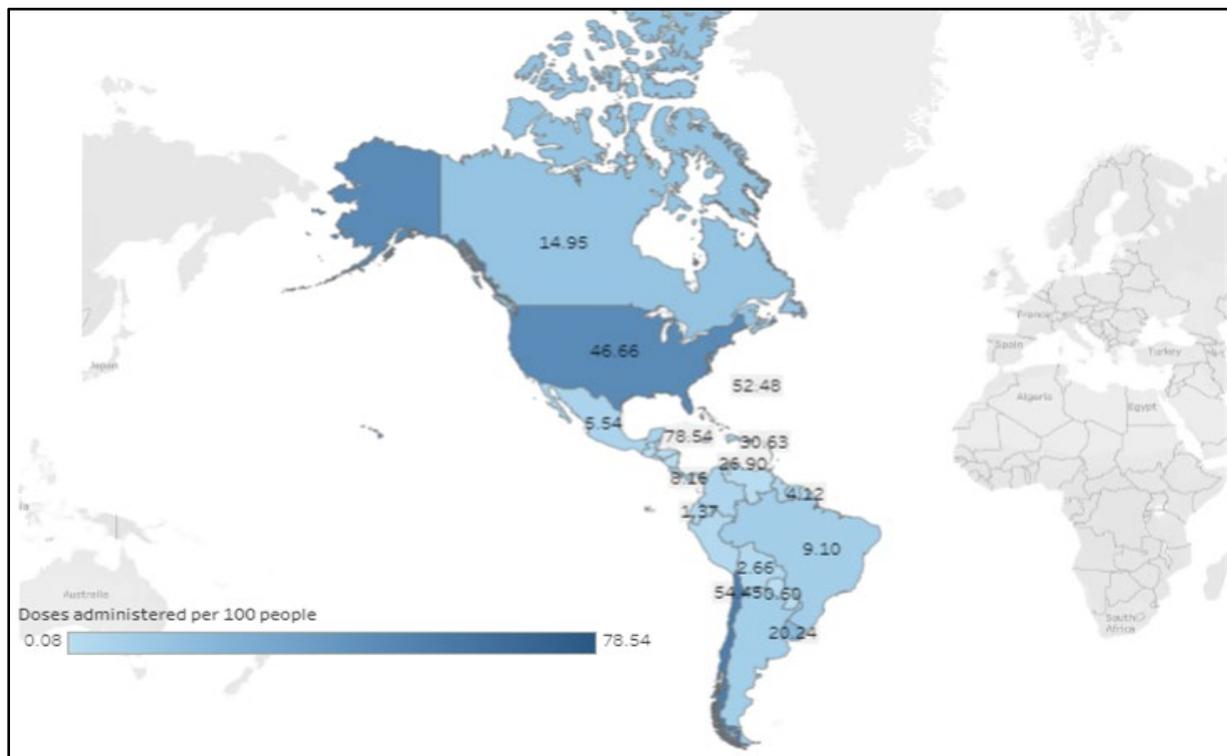
aceptables para las vacunas de uso humano contra la COVID-19, se indica que cualquier vía de administración es aceptable, como la parenteral (específicamente, inyecciones intramusculares o subcutáneas), oral o intranasal.

12. ¿Cuál será la mejor estrategia para la distribución de vacunas?

Los países deben planificar diferentes estrategias de vacunación para llegar a los grupos destinatarios. También será importante que los países evalúen su capacidad de cadena de frío, organicen su inventario de equipos y determinen sus necesidades en materia de capacitación. Se pueden aprovechar las enseñanzas de la administración de la vacuna contra la gripe por H1N1 y la introducción de otras vacunas nuevas.

13. ¿Cuántas dosis de vacunas contra la COVID-19 se habían administrado por país a escala regional al 1 de abril y a escala mundial al 7 de abril?

Figura 2. Cobertura de vacunación contra la COVID-19 en la Región de las Américas

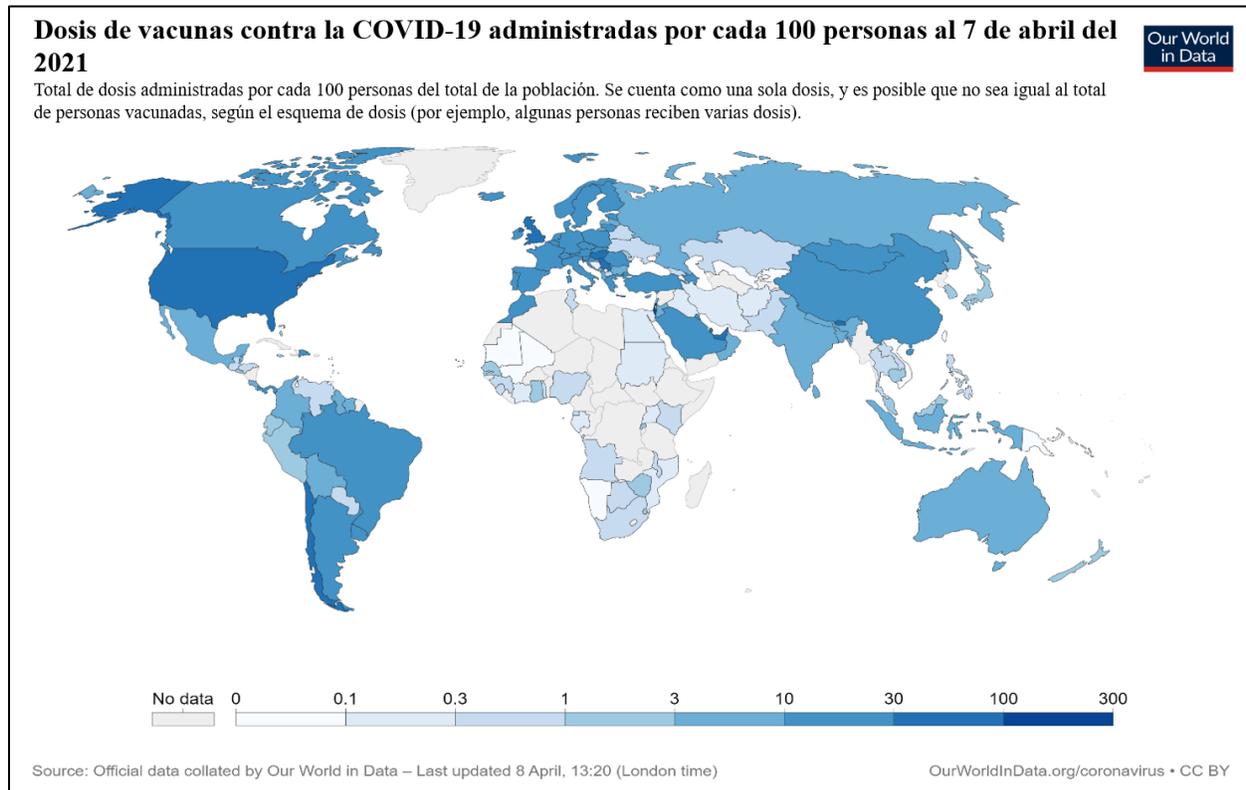


Dosis administradas por cada 100 personas

Fuente: [Dosis de vacunas contra la COVID-19 administradas en las Américas \(paho.org\)](https://paho.org) [en inglés].

COVID-19

Figura 3. Dosis de vacunas contra la COVID-19 administradas por cada 100 personas al 7 de abril del 2021



Fuente: [Coronavirus \(COVID-19\) Vaccinations - Statistics and Research - Our World in Data](#)

Sección 2. Recomendaciones del SAGE y del Grupo Técnico Asesor sobre las vacunas contra la COVID-19

14. ¿Qué recomiendan el Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico en materia de inmunización y el Grupo Técnico Asesor sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación con respecto a los grupos prioritarios que deben recibir primero la vacuna contra la COVID-19?

El Grupo de Expertos de la OMS en Asesoramiento Estratégico en materia de inmunización (conocido como SAGE por su sigla en inglés) ha respaldado el marco de valores, que guía la asignación de vacunas contra la COVID-19 entre los países y el establecimiento de prioridades en los países con respecto a los grupos que deban vacunarse mientras que el suministro sea limitado.

La hoja de ruta para la priorización considera tres situaciones epidemiológicas posibles: transmisión comunitaria, casos esporádicos o conglomerados de casos, y sin casos, pero con riesgo de importación. Se usan distintas hipótesis relativas al suministro de vacunas: disponibilidad muy limitada, limitada y moderada (1-10%, 11-20% y 21-50% de la población, respectivamente). Los grupos destinatarios se determinaron sobre la base de varias combinaciones de estas situaciones posibles, de conformidad con los principios y los objetivos

COVID-19

generales establecidos en el marco de valores. El Grupo Técnico Asesor de la OPS sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación respalda la adopción del marco de valores del SAGE para el establecimiento de prioridades y la asignación de vacunas contra la COVID-19, así como la hoja de ruta para el establecimiento de prioridades en el uso de vacunas contra la COVID-19, y recomienda que se los use para guiar la planificación y las decisiones en los países.

15. ¿Qué recomienda el SAGE con respecto a la intercambiabilidad y la coadministración de las vacunas que ha examinado (Pfizer, Moderna, AstraZeneca y Janssen)?

- **Intercambiabilidad con otras vacunas:** No hay datos sobre la intercambiabilidad de estas vacunas con otras vacunas de ARNm u otras plataformas de vacunas contra la COVID-19. Actualmente se recomienda que ambas dosis sean de la misma vacuna. Si se administran inadvertidamente dosis de vacunas diferentes contra la COVID-19, por el momento no se recomienda aplicar más dosis de ninguna de las dos vacunas. Las recomendaciones podrán actualizarse a medida que se cuente con más información sobre la intercambiabilidad.^{3,4,5,6}
- **Coadministración con otras vacunas:** Hasta que haya datos sobre la administración junto con otras vacunas, debe haber un intervalo mínimo de 14 días entre la administración de estas vacunas y cualquier otra vacuna contra otras enfermedades.^{3,4,5,6}

16. ¿Qué recomienda la OMS con respecto a la vacunación de embarazadas con las vacunas examinadas por el SAGE?

Pfizer³

Las mujeres en edad reproductiva que participaron en el estudio fueron sometidas a una prueba del embarazo antes de cada vacunación. Las que tuvieron resultado positivo fueron excluidas o dejaron de participar en el estudio. Se están recopilando datos sobre los resultados de todos los embarazos notificados que se produjeron antes o después de la vacunación, pero que no se detectaron con las pruebas del embarazo antes de la vacunación. Se notificaron 23 embarazos de este tipo hasta el 14 de noviembre del 2020, la fecha límite para la presentación de datos (12 en el grupo que recibió la vacuna y 11 en el grupo que recibió placebo). No se conocen los resultados del embarazo. No hay suficientes datos sobre la administración de la vacuna BNT162b2 a embarazadas para evaluar los riesgos relacionados con su administración durante el embarazo.

Moderna⁴

Se administró una prueba del embarazo a las mujeres antes de cada vacunación. Las que tuvieron resultado positivo fueron excluidas o dejaron de participar en el estudio. Al 2 de diciembre del 2020 se habían notificado 13 embarazos (6 en el grupo que recibió la vacuna y 7 en el grupo que recibió placebo).

Los resultados del embarazo en el grupo que recibió placebo incluyeron un aborto espontáneo y un aborto electivo. Los otros resultados no se conocen por el momento, y se está dando seguimiento a las embarazadas.

³ [Recomendaciones del SAGE sobre la vacuna de Pfizer](#) [en inglés]

⁴ [Recomendaciones del SAGE sobre la vacuna de Moderna](#) [en inglés].

COVID-19

En un estudio combinado del desarrollo y la toxicidad reproductiva perinatal y posnatal de la vacuna en ratas se llegó a la conclusión de que la vacuna, en una dosis de 100 µg administrada antes del apareamiento y durante el período de gestación, no tenía efectos adversos en la reproducción femenina, el desarrollo del feto y del embrión, y el desarrollo posnatal.

AstraZeneca⁵

Las embarazadas corren un riesgo mayor de presentar cuadros graves de COVID-19 en comparación con las mujeres en edad reproductiva que no están embarazadas. Además, se ha observado un mayor riesgo de parto prematuro vinculado a la COVID-19. No hay suficientes datos sobre la administración de la vacuna AZD1222 a embarazadas para evaluar la eficacia de la vacuna o los riesgos de su administración durante el embarazo. Sin embargo, cabe señalar que la vacuna AZD1222 usa vectores no replicantes.

Prosiguen los estudios sobre el desarrollo y la toxicidad reproductiva en animales. Sobre la base de las conclusiones preliminares, no se prevén perjuicios para el desarrollo del feto. En los próximos meses se harán más estudios en embarazadas, incluido un subestudio del embarazo y un registro de embarazos. Las recomendaciones sobre la vacunación se actualizarán según corresponda a medida que se vayan publicando datos de esos estudios. Entretanto, se debe administrar la vacuna AZD1222 a embarazadas solo si los beneficios de la vacunación superan el posible riesgo, como en el caso de embarazadas que trabajen en el ámbito de la salud y corran un gran riesgo de exposición o de mujeres con comorbilidades que las sitúen en un grupo con un gran riesgo de presentar un cuadro grave de COVID-19. Se debe proporcionar información y, si es posible, asesoramiento sobre la falta de datos relativos a la seguridad y la eficacia de la vacuna en las embarazadas.

La OMS no recomienda realizar pruebas del embarazo antes de la vacunación ni retrasar el embarazo debido a la vacunación.

Janssen⁶

Las embarazadas corren un riesgo mayor de presentar cuadros graves de COVID-19 en comparación con las mujeres en reproductiva que no están embarazadas. Además, se ha observado un mayor riesgo de parto prematuro vinculado a la COVID-19. No hay suficientes datos sobre la administración de la vacuna Ad26.COVS.2 a embarazadas para evaluar los riesgos de su administración durante el embarazo. Sin embargo, cabe señalar que la vacuna Ad26.COVS.2 usa vectores no replicantes. No se observaron problemas de seguridad en más de 1.600 embarazadas que usaron la plataforma de la vacuna Ad26 para otros agentes patógenos, entre ellos el virus del Ébola.

En estudios del desarrollo y de la toxicidad reproductiva no se observaron perjuicios para el desarrollo del feto. En los próximos meses se harán más estudios en embarazadas, incluido un subestudio del embarazo y un registro de embarazos. Las recomendaciones sobre la vacunación se actualizarán según corresponda a medida que se vayan publicando datos de esos estudios. Entretanto, se debe administrar la vacuna Ad26.COVS.2 a embarazadas solo si los beneficios de la vacunación superan el posible riesgo, como en el caso de embarazadas que trabajen en el ámbito de la salud y corran un gran riesgo de exposición o de mujeres con comorbilidades que las sitúen en un grupo con un gran riesgo de presentar un cuadro grave de COVID-19. Se debe

⁵ [Recomendaciones del SAGE sobre la vacuna de AstraZeneca/U. of Oxford](#) [en inglés].

⁶ [Recomendaciones del SAGE sobre la vacuna de Janssen](#) [en inglés].

COVID-19

proporcionar información y, si es posible, asesoramiento sobre la falta de datos relativos a la seguridad y el posible beneficio de la vacuna para las embarazadas.

La OMS no recomienda realizar pruebas del embarazo antes de la vacunación ni retrasar el embarazo debido a la vacunación.

Sección 3. Conceptos relacionados con las vacunas y la vacunación

17. ¿Qué es la inmunidad colectiva?

Cuando la mayor parte de la población es inmune a una enfermedad infecciosa, esto confiere protección indirecta (conocida también como “inmunidad colectiva”, “protección colectiva” o “inmunidad de rebaño”) a las personas que no son inmunes a la enfermedad.

Por ejemplo, si el 80% de una población es inmune a un virus, esto quiere decir que cuatro de cada cinco personas que tengan contacto con alguien que tenga la enfermedad no se enfermarán (y no propagarán la enfermedad). De esta manera, la propagación de enfermedades infecciosas se mantiene bajo control. Según cuán contagiosa sea una infección, por lo general es necesario que entre el 50% y el 90% de la población sea inmune para que haya inmunidad colectiva.

18. ¿Qué se necesitará para lograr la inmunidad colectiva al SARS-CoV-2?

Al igual que con cualquier otra infección, hay dos maneras de lograr la inmunidad colectiva: una gran proporción de la población contrae la infección o recibe una vacuna protectora.

En el caso más desfavorable (por ejemplo, si no mantenemos el distanciamiento físico ni aplicamos otras medidas para frenar la propagación del SARS-CoV-2), el virus podría infectar a muchas personas en cuestión de meses. Esto sobrepasaría la capacidad de nuestros hospitales y se traduciría en altas tasas de mortalidad.

El caso más probable se encuentra en un punto medio, en el cual las tasas de infección suben y bajan a lo largo del tiempo. Podemos adoptar medidas de distanciamiento físico menos estrictas cuando el número de infecciones disminuye y volver a aplicar medidas estrictas cuando el número aumenta de nuevo. Para prevenir grandes brotes será necesario realizar esfuerzos prolongados, incluso después de que se obtenga y se introduzca una vacuna. Incluso entonces, el SARS-CoV-2 podría infectar a los niños antes de que puedan ser vacunados o a los adultos después de que su inmunidad disminuya. Sin embargo, a largo plazo es poco probable que se observe la propagación explosiva que estamos viendo en este momento porque en el futuro gran parte de la población será inmune al virus.⁷

19. ¿Cuánto dura la inmunidad conferida por las vacunas contra la COVID-19?

Debido a que las vacunas contra la COVID-19 se han obtenido en los últimos meses, es demasiado pronto para saber cuánto dura la inmunidad que confieren. Se necesitan más investigaciones para responder a esa pregunta. Sin embargo, los datos son alentadores, ya que sugieren que la mayoría de las personas que se recuperan de la COVID-19 presentan una respuesta inmunitaria que ofrece al menos alguna protección contra una nueva infección, aunque todavía estamos tratando de determinar la intensidad y la duración de esa protección.

⁷ [What is Herd Immunity and How Can We Achieve It With COVID-19? Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health \(jhsph.edu\)](https://www.jhsph.edu/about/news-events/2020/04/20/what-is-herd-immunity-and-how-can-we-achieve-it-with-covid-19/)

COVID-19

20. ¿Me ayudarán otras vacunas a protegerme de la COVID-19?

En la actualidad no hay pruebas científicas de que otras vacunas, aparte de las obtenidas específicamente contra el SARS-CoV-2, confieran protección contra la COVID-19. Sin embargo, los científicos están tratando de determinar si algunas vacunas, como la vacuna contra la tuberculosis con el bacilo de Calmette y Guérin (BCG), son eficaces también contra la COVID-19. La OMS evaluará la evidencia procedente de esos estudios cuando se dé a conocer.

21. ¿Cuál es la diferencia entre la eficacia y la efectividad de una vacuna?

Estos dos términos a menudo se usan de forma indistinta para referirse al desempeño de las vacunas contra la COVID-19 en los ensayos clínicos. Sin embargo, hay una diferencia fundamental: la eficacia se refiere específicamente al desempeño de la vacuna en los ensayos. Este es un desempeño ideal, ya que se da en el entorno de un ensayo que se puede controlar más estrictamente que la vida cotidiana. La efectividad se refiere de una manera más amplia a la medida en que la vacuna cumple los estándares de éxito en el “mundo real”, una vez distribuida para su uso por los consumidores. Esto implica medir el desempeño de una vacuna de una forma más realista, puesto que se tiene en cuenta que, en el mundo real, la vacuna podría ofrecerse en diversos entornos de atención primaria y a una población más amplia, en la que podría haber personas con problemas de salud u otros factores que puedan afectar la protección conferida por la vacuna contra la enfermedad.

Sección 4. Fondo Rotatorio de la OPS y Mecanismo COVAX

22. ¿Cuál será el precio de las vacunas contra la COVID-19?

El Mecanismo COVAX se esforzará por negociar los mejores precios posibles de los fabricantes que sean inferiores o al menos no superiores a los precios acordados por los fabricantes en acuerdos bilaterales. El costo por dosis variará según la vacuna y el fabricante, y el Mecanismo trasladará a los participantes el precio real negociado. Los acuerdos negociados entre el Mecanismo y los fabricantes dictarán el precio final de la vacuna y si la estructura de precios es plana/única o escalonada.⁸

23. ¿Qué es el Fondo Rotatorio de la OPS?

El Fondo Rotatorio de la OPS para el Acceso a las Vacunas es un mecanismo de cooperación técnica que ayuda a los Estados Miembros de la OPS a planificar sus necesidades anuales en materia de vacunas, consolida la demanda prevista de vacunas y aprovecha las economías de escala a fin de lograr precios más bajos e impulsar así la sostenibilidad de los programas nacionales de inmunización. Por más de 40 años, el Fondo Rotatorio ha facilitado el acceso de los países de la Región de las Américas a vacunas de buena calidad que salvan vidas e insumos conexos al precio más asequible posible. Actualmente, 42 países y siete territorios se benefician de los servicios que ofrece el Fondo Rotatorio.

24. ¿Qué es el Acelerador ACT?

El Acelerador del Acceso a las Herramientas contra la COVID-19 (Acelerador ACT) es un mecanismo que reúne a numerosos asociados en una iniciativa mundial para apoyar el acceso equitativo a los cuatro pilares relacionados con la COVID-19: diagnóstico, tratamientos, vacunas y fortalecimiento de los sistemas de salud.

El pilar de vacunas tiene tres componentes: desarrollo y fabricación, coordinado por la Coalición para la Promoción de Innovaciones en pro de la Preparación ante Epidemias (CEPI); política y asignación,

⁸ Extraído de <https://www.gavi.org/vaccineswork/covax-explained>.

COVID-19

coordinado por la OMS, y compra y distribución a escala mundial, coordinado por Gavi con la participación de otros asociados, entre ellos la OMS.⁹

25. ¿Qué es el Mecanismo COVAX?

El Mecanismo de Acceso Mundial a las Vacunas contra la COVID-19 (COVAX) es el pilar de vacunas del Acelerador ACT y el mecanismo de coordinación mundial para proporcionar acceso equitativo, mancomunar el riesgo y ofrecer opciones asequibles a todos los países participantes. El Mecanismo COVAX está dirigido conjuntamente por Gavi (la Alianza para las Vacunas), la Coalición para la Promoción de Innovaciones en pro de la Preparación ante Epidemias (CEPI, por su sigla en inglés) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). Gavi es la administradora del Mecanismo COVAX y, como tal, tiene la responsabilidad de realizar inversiones en una amplia cartera de vacunas experimentales prometedoras y de vacunas incluidas en la lista de uso de emergencia que estén entregándose a países participantes.

26. ¿Qué es el Compromiso Anticipado de Mercado (CAM) del COVAX?

El Mecanismo COVAX abarca dos grupos de países: los países autofinanciados (95) y los países que cumplen los requisitos para recibir apoyo del Compromiso Anticipado de Mercado (CAM) del COVAX (92). Los países de la Región de las Américas que participan en el CAM son Bolivia, Dominica, El Salvador, Granada, Guyana, Haití, Honduras, Nicaragua, San Vicente y las Granadinas y Santa Lucía.

27. ¿Cómo trabaja el Fondo Rotatorio de la OPS con el Mecanismo COVAX?

Desde que se creó y se puso en marcha el Mecanismo COVAX, la OPS ha asumido un papel activo para abogar por las necesidades de sus Estados Miembros, especialmente con respecto a la propuesta de usar los mecanismos existentes de la OPS, entre ellos el Fondo Rotatorio para el Acceso a las Vacunas (el Fondo Rotatorio), como plataforma para asegurar el acceso a las vacunas en la Región. Además, al ser el mecanismo de compras mancomunadas más grande del mundo para países que se autofinancian, el Fondo Rotatorio ha hecho importantes contribuciones a la implementación del Mecanismo COVAX, sobre la base de la experiencia adquirida a lo largo de 40 años de estrecha labor con los programas nacionales de inmunización de la Región de las Américas.

OPS/FPL/IM/COVID-19/21-0023

© Organización Panamericana de la Salud, 2021. Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/).

⁹ Véase más información en <https://www.who.int/initiatives/act-accelerator/about>.

COVID-19

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS
Américas

CONÓCELO. PREPÁRATE. ACTÚA.
www.paho.org/coronavirus