



La salud  
es de todos

Minsalud

# **REVISIÓN SISTEMÁTICA RÁPIDA**

## **CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN PARA LA APLICACIÓN DE VACUNAS PARA LA PREVENCIÓN DE LA COVID-19**

**DICIEMBRE 2020**



Instituto de Evaluación  
Tecnológica en Salud®



El Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud – IETS, es una corporación sin ánimo de lucro, de participación mixta y de carácter privado, con patrimonio propio, creado según lo estipulado en la Ley 1438 de 2011. Su misión es contribuir al desarrollo de mejores políticas públicas y prácticas asistenciales en salud, mediante la producción de información basada en evidencia, a través de la evaluación de tecnologías en salud y guías de práctica clínica, con rigor técnico, independencia y participación. Sus miembros son el Ministerio de Salud y Protección Social – MinSalud, el Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación – Colciencias, el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA, el Instituto Nacional de Salud – INS, la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina – ASCOFAME y la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas – ACSC.

### **Autores**

Díaz-Báez David Augusto. Odontólogo, MSc en Epidemiología, Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS.

Estrada Orozco, Kelly Patricia. Médico, MSc en epidemiología clínica, MSc en Neurociencias y biología del comportamiento, Experta en mejoramiento continuo de la Calidad, PhD en Salud Pública (actual), PhD Epidemiología Clínica (actual). Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud – IETS.

Osorio Arango, Luz Karime. Bacterióloga y laboratorista clínico, esp. en epidemiología, MSc en salud pública. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS.

### **Entidad que solicita la evaluación**

Esta revisión sistemática rápida se realiza por solicitud del Ministerio de Salud y Protección Social.

### **Fuentes de financiación**

Este estudio técnico se realiza por solicitud del Fondo de Mitigación de Emergencias - FOME, Contrato No. 9677-MECOV19-1009-2020.

### **Conflictos de interés**

Los autores declaran, bajo la metodología establecida por el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud – IETS, que no existe ningún conflicto de interés invalidante de tipo financiero, intelectual, de pertenencia o familiar que pueda afectar el desarrollo de esta revisión sistemática rápida.



## **Declaración de independencia editorial**

El desarrollo de esta revisión sistemática rápida, así como sus conclusiones, se realizan de manera independiente, transparente e imparcial por parte de los autores.

## **Derechos de autor**

Los derechos de propiedad intelectual del contenido de este documento son de propiedad del Ministerio de Salud y Protección Social. Lo anterior, sin perjuicio de los derechos morales y las citas y referencias bibliográficas enunciadas. En consecuencia, constituirá violación a la normativa aplicable a los derechos de autor, y acarreará las sanciones civiles, comerciales y penales a que haya lugar, su modificación, copia, reproducción, fijación, transmisión, divulgación, publicación o similares, parcial o total, o el uso del contenido de este sin importar su propósito, sin que medie el consentimiento expreso y escrito del Ministerio de Salud y Protección Social.

## **Citación**

Díaz D, Estrada-Orozco K, Osorio-Arango K. Revisión sistemática rápida sobre los criterios de priorización de aplicación de vacunas para COVID-19. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud – IETS y Ministerio de Salud y Protección Social; 2020.

## **Correspondencia**

Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS

Carrera 49 A # 91-91

Bogotá, D.C., Colombia.

[www.iets.org.co](http://www.iets.org.co)

[contacto@iets.org.co](mailto:contacto@iets.org.co)

© Ministerio de Salud y Protección Social, 2020



## Tabla de contenido

Lista de abreviaturas y siglas.....	6
1. Introducción .....	7
2. Alcance y objetivos .....	8
2.1. Objetivo General .....	8
2.2. Objetivos específicos.....	8
3. Pregunta de la revisión .....	8
4. Metodología .....	9
4.1. Criterios de elegibilidad y fuentes de evidencia de la literatura.....	9
Criterios de inclusión .....	9
Criterios de exclusión .....	10
4.2. Estrategia de búsqueda.....	10
4.2.1. Búsqueda en bases de datos indexadas .....	10
4.2.2. Búsqueda en las agencias reguladoras y entidades internacionales.....	11
4.2.3. Métodos de búsqueda complementaria .....	11
4.3. Tamización de referencias y selección de estudios .....	12
4.3.1. Tamizado de documentos.....	12
4.3.2. Selección de documentos.....	12
4.4. Extracción de datos.....	13
4.5. Análisis.....	14
5. Resultados.....	14
5.1. Búsqueda, tamización y selección de resultados.....	14
5.3. Síntesis de la evidencia.....	14
Entidades internacionales .....	71
Entidades nacionales de estados unidos y Canadá .....	80
Entidades europeas.....	89



6. Discusión .....	97
7. Conclusiones .....	98
8. Recomendaciones .....	99
9. Referencias.....	100
9. Anexos.....	105
Anexo 1. Bitácoras de búsqueda.....	105
Anexo 2. Diagrama de flujo de la búsqueda, tamizado y selección de estudios. ....	110
Anexo 3. Listado de documentos excluidos.....	111



### Lista de abreviaturas y siglas

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ARN	Ácido ribonucleico
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
EASA	European Union Aviation Safety Agency
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control
IATA	International Air Transport Association
IETS	Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud
INAHTA	The International Network of Agencies for Health Technology Assessment
INS	Instituto Nacional de Salud
JBÍ	<i>Joanna Briggs Institute</i>
MERS-CoV	Síndrome respiratorio de Oriente Medio
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
OMS	Organización mundial de la salud
OPS	Organización Panamericana de la salud
PCR	Reacción en Cadena de la Polimerasa - <i>Polymerase Chain Reaction</i>
SARS-CoV2	Síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2



## 1. Introducción

Actualmente la infección por coronavirus (COVID-19) se considera una enfermedad pandémica mundial. Debido a su alto potencial de transmisión y rápida expansión generó una máxima alerta sanitaria afectando alrededor de 191 países y causando más de 72 millones de casos en todo el mundo (1). Su aumento continuo refleja la necesidad de controlar la propagación de la enfermedad por lo que se han implementado medidas de distanciamiento social y otras intervenciones no farmacéuticas (como el uso de máscaras) y se han aumentado los esfuerzos para desarrollar vacunas.

Se están llevando a cabo esfuerzos de desarrollo de vacunas a una velocidad sin precedentes. La Organización Mundial de la Salud (OMS) se encuentra trabajando en colaboración con científicos y organizaciones de salud de diferentes partes del mundo con el fin de incentivar el rápido desarrollo y así dar respuesta a la pandemia (2). Actualmente existen más de 100 candidatos de vacuna contra COVID-19 en desarrollo (3), varios de ellos se encuentran en la fase de ensayo clínico en humanos y algunos países ya han iniciado la vacunación a grupos priorizados como Inglaterra y Estados Unidos (4,5).

La eliminación de COVID-19 mediante la vacunación requiere una enorme colaboración nacional e internacional pues es de vital interés para todos los países, ya que permitirá salvar vidas y reducir significativamente las cargas económicas y epidemiológicas. Por lo tanto, es imperativo que los países del mundo planifiquen la estrategia de implementación de la vacunación contra COVID-19 antes de su disponibilidad para determinar los subgrupos de población que tendrán acceso a la vacuna, teniendo en cuenta que inicialmente no habrá suficientes dosis disponibles de inmediato.

Se han reportado tres valores éticos considerados relevantes para la asignación de la vacuna contra COVID-19: beneficiar a las personas y limitar el daño como valor universal, priorizar a las poblaciones desfavorecidas y la igualdad de preocupación. Se sugiere otro valor que es la reciprocidad que en una emergencia de salud pública, se refiere a prevenir daños y priorizar a los grupos desfavorecidos(6).

Por lo anterior, es necesario realizar una revisión sistemática de la literatura que permita conocer la evidencia disponible sobre los criterios de priorización de aplicación de vacunas para COVID-19, los lineamientos generales para establecer una estrategia del programa, así como las recomendaciones específicas para su implementación con el fin de lograr un programa de vacunación equitativo, seguro y un beneficio clínico y socioeconómico sostenido.



## 2. Alcance y objetivos

Este documento presenta una revisión sistemática rápida que buscó identificar y sintetizar la información disponible relacionada con los criterios de priorización para la aplicación de vacunas para prevención de la COVID-19, para lo cual se empleó la metodología del *Grupo Cochrane de Métodos de Revisiones Rápidas*(7).

Para acelerar el desarrollo de la revisión, se emplearon variaciones respecto al método convencional para una revisión sistemática, que son aceptadas como se describe en la publicación de Haby y cols. del 2016, “*Designing a rapid response program to support evidence-informed decision-making in the Americas region: using the best available evidence and case studies*”(8).

No se realizó una limitación de las fuentes de información por diseño o tipo de publicación.

### 2.1. Objetivo General

Describir los criterios de priorización para la aplicación de vacunas para prevención de la COVID-19 que han sido reportados en la literatura

### 2.2. Objetivos específicos

- Resumir a partir de la literatura los criterios para elegir los grupos priorizados en la aplicación de vacunas para COVID-19 en el contexto de la pandemia actual.
- Caracterizar los criterios que han seguido en otros países para la implementación de programas de vacunación contra COVID-19.

## 3. Pregunta de la revisión

¿Cuáles son los criterios utilizados en otros países y reportados en la literatura que han sido utilizados para guiar la priorización en la aplicación de vacunas para prevención de la COVID 19?

Para dar respuesta a esta revisión se elaboró una pregunta en estructura ProPheT (9):

<b>Problema</b>	Asignación de vacunas para prevención de la COVID 19
<b>Fenómeno de interés</b>	Criterios para conseguir la priorización en la asignación
<b>Contexto</b>	Sistema de salud
<b>Periodo</b>	Fase de mitigación de la pandemia





## 4. Metodología

### 4.1. Criterios de elegibilidad y fuentes de evidencia de la literatura

A partir de la pregunta de investigación se definieron los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

#### Criterios de inclusión

##### Problema

Asignación de vacunas para la prevención de la COVID-19

##### Fenómeno de interés

Criterios para conseguir la priorización en la asignación

##### Contexto

Sistema de salud

##### Periodo

Fase de mitigación de la pandemia

Estudios Se incluyeron documentos que cumplieron con todos los criterios de selección descritos a continuación:

1. Documentos:
    - a. oficiales de las principales agencias reguladoras y entidades internacionales
    - o
    - b. que hagan referencia a prácticas de una entidad reguladora o entidad internacional.
  2. Documentos que aborden, de forma parcial o completa, los criterios de priorización de aplicación de vacunas para COVID-19.
  3. Documentos disponibles en cualquier idioma
- Formato de publicación: documentos disponibles como resumen o publicación completa.
  - Idioma de publicación: sin límite
  - Estado de publicación: estudios pre-publicado, publicados, en prensa o literatura gris.
  - Fecha de publicación: Dada la población de interés, la evidencia generada correspondería al año 2020.



- Diseño: de acuerdo con el contexto de la investigación y la probable disponibilidad de una amplia variedad de tipo de evidencia, se incluyeron abiertamente todos los tipos de estudios.

### Criterios de exclusión

Se excluyeron los estudios que no pudieron obtenerse en texto completo.

## 4.2. Estrategia de búsqueda

Se llevó a cabo una búsqueda sistemática rápida de literatura teniendo en cuenta los estándares de calidad internacional utilizados por la Colaboración Cochrane(10). Se identificaron los términos clave en lenguaje natural y lenguaje controlado para la población e intervención de interés. Posteriormente, se diseñó una estrategia de búsqueda genérica compuesta por vocabulario controlado explotado como términos MeSH (*Medical Subject Headings*) y Emtree (*Embase Subject Headings*) y por lenguaje libre, considerando sinónimos, abreviaturas, acrónimos, variaciones ortográficas y plurales. La sintaxis se complementó con expansión de términos controlados, identificadores de campo, truncadores, operadores de proximidad y operadores booleanos, sin límites agregados.

Se elaboraron estrategias de búsqueda individuales para cada fuente de información, y se generaron reportes para garantizar la reproducibilidad y transparencia que incluye el número de resultados encontrados en cada una de las estrategias. Este paso se complementó con una búsqueda de publicaciones adicionales empleando la metodología de bola de nieve.

### 4.2.1. Búsqueda en bases de datos indexadas

Para identificar publicaciones indexadas se consultaron las siguientes fuentes a través de la plataforma OVID, teniendo en cuenta las recomendaciones de la Colaboración Cochrane para elaboración de revisiones rápidas de la literatura(10):

- MEDLINE
- EMBASE

La estrategia de búsqueda se adaptó para las fuentes de información, las cuales se muestran en detalle con del número de resultados encontrados en el Anexo 1.



#### 4.2.2. Búsqueda en las agencias reguladoras y entidades internacionales

Para las agencias reguladoras y entidades internacionales se realizó la búsqueda en Google.com utilizando la búsqueda avanzada, con las estrategias descritas en el Anexo 1. Esto con el fin de conocer si han dado recomendaciones o se han manifestado sobre los criterios de priorización para la vacunación contra COVID-19, cual ha sido su justificación u opinión y basados en que evidencia o aspectos. Adicionalmente se realizaron búsquedas en las siguientes agencias:

- *World Health Organization (WHO)*
- *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)*
- *European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)*
- *Agencia Mexicana de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AMETESA)*
- *Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud de México (CENETEC)*
- *European Network for Health Technology Assessment (EUnetHTA)*
- *Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)*
- *Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria de Argentina (IECS)*
- *International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA)*
- *The National Institute for Health and Care Excellence (NICE)*
- *Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación del Perú (iETS)*
- *Instituto de Salud Global Barcelona (ISGlobal)*
- *Agence France-Presse (AFP Factual)*
- *Red de Evaluación de Tecnología en Salud de las Américas (RedETSA)*
- *Federal Office of Public Health of the Swiss Confederation (OFPH)*
- *European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)*
- *Health Information and Quality Authority (HIQA)*
- *Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH)*
- *Austrian institute for health technology assessment (HTA Austria)*
- *Health Technology Wales (HTW)*
- *L'Instance Nationale de l'Evaluation et de l'Accréditation en Santé (INEAS)*
- *Organización Panamericana de la salud (OPS)*
- *One Health en Enfermedades Infecciosas, Medicina Tropical y del Viajero (IO)*

#### 4.2.3. Métodos de búsqueda complementaria

De manera complementaria se realizaron búsquedas en Google.com, utilizando la estrategia de búsqueda genérica, enfocada en asegurar la identificación de la mayor parte de la información, dado es el motor de búsqueda más utilizado a nivel mundial y una fuente de información nacional e internacional que amplía los resultados a documentos técnicos y literatura gris. Para esta fuente de información se elaboraron 7 sintaxis genéricas independientes descritas en el Anexo 1.



### 4.3. Tamización de referencias y selección de estudios

#### 4.3.1. Tamizado de documentos

El listado con las referencias bibliográficas identificadas en las búsquedas electrónicas fue descargado en una biblioteca del programa Rayyan®, en donde se eliminaron las publicaciones duplicadas y se realizó una tamización inicial teniendo en cuenta el título y el resumen si estaba disponible, aplicando los criterios de inclusión y exclusión para cada resultado evaluado. Las referencias de las bases de datos fueron tamizadas por un revisor (KO) y un segundo revisor (DD) examinó las referencias excluidas por el primero.

En cuanto a los resultados obtenidos por cada una de las estrategias en Google.com se revisaron los 100 primeros evaluando el título de la publicación y resumen si estaba disponible. Además, se llevó a cabo una revisión de los resultados de cada una de las páginas web oficiales de la entidades reguladoras o entidades internacionales consideradas. Fueron revisados todos los documentos que cumplieran con los criterios de evaluación en su título y resumen (si estaba disponible) y fueron tamizados únicamente hasta los primeros 20 documentos en los casos donde los resultados de la búsqueda en el sitio web superaban este umbral. Este fue realizado por un revisor (DD) quien examinó los títulos y resúmenes frente a los criterios de elegibilidad predefinidos tanto de los documentos identificados en Google como en las páginas de las agencias y entidades.

Para todos los casos, cuando existió duda sobre el cumplimiento de los criterios de elegibilidad, se revisó el documento en texto completo para orientar la decisión.

#### 4.3.2. Selección de documentos

A partir de las referencias preseleccionadas por título y resumen, se realizó la selección de documentos mediante la revisión en texto completo. Para ello, un revisor de manera independiente (KO) verificó que se cumplieran los criterios de elegibilidad (de inclusión y de exclusión) y un segundo revisor (DD) examinó las referencias excluidas por texto completo por parte del primer revisor, realizando previamente una prueba piloto.

Para la información de Google, las agencias y entidades se tomó la decisión de realizar la fase de selección y extracción de manera conjunta (DD, KO) debido a la naturaleza de los documentos evaluados, pues en muchos casos se debe explorar a profundidad el documento para definir si queda seleccionado definitivamente.



Los resultados del proceso de tamización de referencias y selección de estudios finales se resumen en el diagrama de flujo *PRISMA* **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.** (**¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**

#### 4.4. Extracción de datos

Las características de la evidencia seleccionada fueron resumidas a partir de lo reportado en las publicaciones originales empleando un formato estandarizado en Excel, el cual fue evaluado mediante una prueba piloto con los 5 primeros documentos y posteriormente ajustado. Dos revisores (KO, DD) realizaron la extracción de la información a partir de los documentos seleccionados. La tabla de resumen de evidencia encontrada en bases de datos incluyó las siguientes características para facilitar la descripción y análisis de los resultados encontrados:

1. País
2. Autor/Título
3. Objetivo
4. Diseño/tipo de documento
5. Población priorizada
6. Criterios usados para priorizar la población
7. Evidencia o juicios que reportan los autores para soportar tal priorización
8. Conclusiones de los documentos
9. Características de la vacunación (Fases, escalonada, todos al tiempo)
10. Exposición al virus
11. Muerte y complicaciones
12. Transmisibilidad y contagio
13. Reducción de incidencia de casos
14. Conclusiones de los autores
15. Riesgo de sesgo/Observaciones metodológicas

La información extraída en las agencias o entidades de salud fue la siguiente:

1. Entidad/Agencia
2. Enlace disponible
3. Fecha
4. Recomendación población priorizada
5. Justificación
6. Población priorizada (Evidencia/consenso/opinión individual)
7. Características de la vacunación (Fases, escalonada, todos al tiempo)
8. Conclusiones



## 9. Observaciones

### 4.5. Análisis

Se realizó un análisis descriptivo mediante una tabla de evidencia en la cual se incluyeron las características de cada uno de los documentos seleccionados. Se elaboró una tabla adicional para la información reportada en agencias sanitarias y entidades de salud. Teniendo en cuenta los tipos de documentos revisados, no se realizó la valoración de la calidad metodológica.

## 5. Resultados

### 5.1. Búsqueda, tamización y selección de resultados

Se identificaron 1.175 referencias a partir de las búsquedas en bases de datos: Embase (n=743) y Medline (n=432). Después de remover duplicados quedaron 841 referencias y se excluyeron 775 tras la revisión por título y resumen al no corresponder con los criterios de inclusión establecidos. De las 65 referencias seleccionadas para análisis por texto completo, se excluyeron 46 documentos ya que no hacían referencia a pruebas diagnósticas para COVID-19 y 4 documentos que también fueron detectados en la búsqueda en Google, quedando 15 para inclusión en esta revisión.

De la búsqueda complementaria en Google.com se obtuvieron 86 elementos (por título y evaluación preliminar del documento) de las cuales 34 fueron elegidas una vez evaluado el texto completo.

Al analizar los documentos provenientes las búsquedas directas en las páginas webs oficiales de las agencias regulatorias o entidades internacionales contempladas se encontraron únicamente 6 documentos de los cuales 3 fueron considerados como duplicados en relación con la búsqueda previa en Google.com

Del total de documentos incluidos derivados de las búsquedas complementarias, en cuanto al tipo de entidad del que proceden los resultados, 10 son de agencias u organizaciones internacionales, 11 de organizaciones nacionales norteamericanas, 6 de organizaciones nacionales europeas, 2 de organizaciones nacionales australianas y 8 de documentos de otro tipo (artículos de opinión).



### 5.3. Síntesis de la evidencia

A continuación, se presentan los resultados los resultados de los documentos para dar respuesta a la pregunta planteada (Tabla 1) y las características de los documentos de las agencias regulatorias (Tabla 2).



**Tabla 1. Características y resultados de estudios**

País	Autor/Título	Objetivo	Diseño	Población priorizada	Características de la vacunación (¿Fases? ; escalonada, todos al tiempo)	Exposición al virus	Muerte y complicaciones	Transmisibilidad y contagio	Reducción de incidencia de casos	Conclusiones de los autores	Observaciones	Riesgo de sesgo/Observaciones metodológicas	Fuente de financiación
Australia	Baid R. Prioritising COVID-19 vaccination: an unprecedented conundrum	Artículo de opinión sobre la priorización de la vacunación contra COVID-19	Carta	1. Profesionales de la salud, con su inmenso riesgo de contraer una infección y transmitirla. 2. Ancianos y grupos de alto riesgo, en particular a los que padecen comorbilidades, considerando su alta mortalidad por la enfermedad. 3. Personas con mayor riesgo de transmitirla para romper la cadena de infección.	La vacuna debe tener dosis mínimas (idealmente dos o menos) y comenzar a actuar dentro de las 2 semanas posteriores a la administración para que sea rápidamente eficaz y para minimizar la necesidad de revacunaciones	Las autoridades y los profesionales de todo el mundo están de acuerdo en que las primeras personas en vacunarse serían los profesionales de la salud, con su inmenso riesgo de contraer una infección y transmitirla, aún no está claro quién debe vacunarse a	Una idea plausible sería vacunar primero a los ancianos y a los grupos de alto riesgo, en particular a los que padecen comorbilidades, considerando su alta mortalidad por la enfermedad. Esto requeriría entonces una definición de qué constituye	. Para que la pandemia se detenga, las personas con mayor riesgo de transmitirla deben estar inmunizadas para romper la cadena de infección. Al mismo tiempo, la vacunación de la población activa podría privar a quienes corren mayor riesgo de morir por la enfermedad de una posible intervención que les salve la vida	No describe	Se necesitaría una formulación de políticas críticas y deliberaciones juiciosas antes de que se lleven a cabo tales intervenciones.	Ninguna	NA	No aplica





País	Autor/Título	Objetivo	Diseño	Población priorizada	Características de la vacunación (¿Fases? ; escalonada, todos al tiempo)	Exposición al virus	Muerte y complicaciones	Transmisibilidad y contagio	Reducción de incidencia de casos	Conclusiones de los autores	Observaciones	Riesgo de sesgo/Observaciones metodológicas	Fuente de financiación
					antes de que se vacunen todos los grupos prioritarios. Dosis más altas de cualquier vacuna también significarían mayores costos y problemas logísticos asociados con el almacenamiento, transporte y adquisición de la cadena de frío, lo que podría	continuación.	a los ancianos y qué comorbilidades se priorizarían. Teniendo en cuenta que cualquier vacuna no tendría suficientes dosis disponibles de inmediato, la disminución de la inmunidad en los ancianos antes de que todos se vacunen se convertiría en una						



País	Autor/Título	Objetivo	Diseño	Población priorizada	Características de la vacunación (¿Fases? ; escalonada, todos al tiempo)	Exposición al virus	Muerte y complicaciones	Transmisibilidad y contagio	Reducción de incidencia de casos	Conclusiones de los autores	Observaciones	Riesgo de sesgo/Observaciones metodológicas	Fuente de financiación
					comprometer cualquier programa de vacunación efectivo.		preocupación						
Australia	Bell B. 2020. Scientific and Ethical Principles Underlying Recommendations From the Advisory Committee on Immunization Practices for COVID-19 Vaccination Implementation	Producir recomendaciones nacionales de vacunas que estén basadas en evidencia y sean implementables	Artículo de opinión	<b>Fase 1a:</b> personal de salud (HCP) definido como todas las personas remuneradas y no remuneradas que prestan servicios en entornos de atención médica y que tienen el potencial de exposición directa o indirecta a pacientes o materiales infecciosos.	Es probable que el número de dosis disponibles inicialmente se limite y aumente con el tiempo, lo que requiere una <i>implementación gradual</i> . <b>*Primera fase:</b> incluye el período	Los profesionales de salud (HCP) incluyen personal de hospital, atención a largo plazo y vida asistida, atención médica domiciliar y personal de instalaciones para pacientes ambulatorios, así como farmacias y	Las personas con una o más afecciones médicas subyacentes que desarrollan COVID-19 tienen un mayor riesgo de hospitalización y muerte. Algunos grupos minoritarios raciales y étnicos tienen una prevalencia	Los trabajadores esenciales (no relacionados con la salud) realizan operaciones vitales para la continuidad de la infraestructura crítica, como la alimentación y la agricultura, el transporte, la educación y la aplicación de la ley. Al hacerlo, los trabajadores esenciales	No describe	El ACIP hará recomendaciones para el uso de vacunas COVID-19 con licencia basadas en principios éticos, evidencia científica y viabilidad logística, utilizando un proceso transparente que antepone	Ninguna	NA	No aplica



País	Autor/Título	Objetivo	Diseño	Población priorizada	Características de la vacunación (¿Fases? ; escalonada, todos al tiempo)	Exposición al virus	Muerte y complicaciones	Transmisibilidad y contagio	Reducción de incidencia de casos	Conclusiones de los autores	Observaciones	Riesgo de sesgo/Observaciones metodológicas	Fuente de financiación
				<b>Fase 1b:</b> incluyen trabajadores esenciales, personas con afecciones médicas subyacentes de alto riesgo y personas de edad avanzada.	de oferta limitada, cuando se necesita a una administración más específica. <b>*Segunda fase:</b> es probable que la oferta aumente para satisfacer la demanda, lo que permitirá una administración más amplia de más vacunas. <b>*Tercera</b>	servicios médicos de emergencia. Los HCP son esenciales para la respuesta COVID-19 en curso y tienen un alto riesgo de exposición al SARS-CoV-2.	a desproporcionada de ciertas afecciones de alto riesgo como la diabetes y la obesidad. Los adultos de 65 años o más, tienen un mayor riesgo de hospitalización asociada a COVID-19 y representan una parte desproporcionada de las muertes.	que deben trabajar cerca de otros como parte de su función laboral tienen un alto riesgo de contraer COVID-19. 6 Los grupos minoritarios raciales y étnicos están desproporcionadamente representados en el trabajo esencial de bajos salarios que incluye granjas, fábricas, tiendas de comestibles y transporte público.		la seguridad.			



País	Autor/Título	Objetivo	Diseño	Población priorizada	Características de la vacunación (¿Fases? ; escalonada, todos al tiempo)	Exposición al virus	Muerte y complicaciones	Transmisibilidad y contagio	Reducción de incidencia de casos	Conclusiones de los autores	Observaciones	Riesgo de sesgo/Observaciones metodológicas	Fuente de financiación
					fase: con un suministro de vacunas adecuado y continuo, se continuarán los esfuerzos para mejorar la cobertura de vacunación.								
Bélgica	Dooling K. The Advisory Committee on Immunization Practices' Interim Recommendation for Allocating Initial	Dar a conocer las recomendaciones del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP), quien asesora a	Informe	El Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP) recomendó, como guía provisional, que tanto 1) el personal de atención médica	Las jurisdicciones podrían considerar ofrecer primero la vacuna al personal de atención médica cuyas	La protección temprana del personal de atención médica es fundamental para preservar la capacidad	Los residentes de LTCF se definen como adultos que residen en instalaciones que brindan una variedad	No describe	No describe	Los principios éticos del ACIP para la asignación de suministros iniciales de la vacuna COVID-19 son	Con respecto a la implementación del programa de vacunación, las vacunas que requieren almacena	NA	No aplica



País	Autor/Título	Objetivo	Diseño	Población priorizada	Características de la vacunación (¿Fases? ; escalonada, todos al tiempo)	Exposición al virus	Muerte y complicaciones	Transmisibilidad y contagio	Reducción de incidencia de casos	Conclusiones de los autores	Observaciones	Riesgo de sesgo/Observaciones metodológicas	Fuente de financiación
	Supplies of COVID-19 Vaccine — United States, 2020	los CDC sobre los grupos de población y las circunstancias para el uso de vacunas de COVID 19		como 2) los residentes de centros de atención a largo plazo reciban la vacuna COVID-19 en la fase inicial del programa de vacunación (Fase 1a).	funciones requieren proximidad (dentro de los 6 pies) a otras personas. Si el suministro de vacunas sigue limitado, se podrían considerar factores adicionales para la subpriorización. Las autoridades de salud pública y los sistemas de atención	de cuidar a los pacientes con COVID-19 u otras enfermedades. El personal de atención médica se define como personas remuneradas y no remuneradas que prestan servicios en entornos de atención médica y que tienen el potencial de exposición directa o	de servicios, incluida la atención médica y personal, a personas que no pueden vivir de forma independiente. Los residentes de LTCF, debido a su edad, las altas tasas de afecciones médicas subyacentes y la situación de vida en grupo, tienen un alto riesgo de infección y			maximizar los beneficios y minimizar los daños, promover la justicia y mitigar las inequidades en la salud. La recomendación provisional podría actualizarse en las próximas semanas en función de datos adicionales de seguridad y eficacia de los ensayos clínicos de fase III y las	miento en frío y ultrafrío, manejo especializado y grandes requisitos de pedido mínimo se mantiene en de manera más factible en clínicas de vacunación centralizadas, como entornos de atención médica aguda, a través de		



País	Autor/Título	Objetivo	Diseño	Población priorizada	Características de la vacunación (¿Fases? ; escalonada, todos al tiempo)	Exposición al virus	Muerte y complicaciones	Transmisibilidad y contagio	Reducción de incidencia de casos	Conclusiones de los autores	Observaciones	Riesgo de sesgo/Observaciones metodológicas	Fuente de financiación
					médica deben trabajar juntos para garantizar el acceso a la vacuna COVID-19 al personal de atención médica que no está afiliado a hospitales .  Los residentes en LTCF incluyen centros de enfermería especializada	indirecta a pacientes o materiales infecciosos .	enfermedad grave por COVID-19.			condiciones de la Autorización de uso de emergencia de la FDA.	la Asociación de farmacias federales para el programa de atención a largo plazo		



País	Autor/Título	Objetivo	Diseño	Población priorizada	Características de la vacunación (¿Fases? ; escalonada, todos al tiempo)	Exposición al virus	Muerte y complicaciones	Transmisibilidad y contagio	Reducción de incidencia de casos	Conclusiones de los autores	Observaciones	Riesgo de sesgo/Observaciones metodológicas	Fuente de financiación
					ada, hogares de ancianos e instalaciones de vida asistida. Dependiendo de la cantidad de dosis iniciales de vacuna disponibles, las jurisdicciones podrían considerar ofrecer primero la vacunación a los residentes y al personal de atención								



País	Autor/Título	Objetivo	Diseño	Población priorizada	Características de la vacunación (¿Fases? ; escalonada, todos al tiempo)	Exposición al virus	Muerte y complicaciones	Transmisibilidad y contagio	Reducción de incidencia de casos	Conclusiones de los autores	Observaciones	Riesgo de sesgo/Observaciones metodológicas	Fuente de financiación
					médica en centros de enfermería especializada debido a la alta agudeza médica y la mortalidad asociada a COVID-19 ( 6 ) entre los residentes en estos entornos.								
Canadá	Chen J. Potential for elimination of SAR-CoV-2 through vaccination	Prioriza la eficacia de las vacunas para COVID - 19 y aclarar la importancia del	Revisión	Teniendo en cuenta la tasa de producción de la vacuna y los factores de riesgo de	La vacuna debe ser segura, eficaz, económica, de rápida	No describe	No describe	No describe	No describe	Deben formularse planes detallados para orientar el proyecto de	Ninguna	NA	No aplica





País	Autor/Título	Objetivo	Diseño	Población priorizada	Características de la vacunación (¿Fases? ; escalonada, todos al tiempo)	Exposición al virus	Muerte y complicaciones	Transmisibilidad y contagio	Reducción de incidencia de casos	Conclusiones de los autores	Observaciones	Riesgo de sesgo/Observaciones metodológicas	Fuente de financiación
	nas inspired by elimination of multiple influenza viruses through natural pandemics or mass vaccination	desarrollo de más vacunas vivas para COVID - 19.		COVID-19, las personas mayores y los trabajadores de la salud deben vacunarse primero	producción, fácil de almacenar y conveniente para la vacunación.					eliminación global. Más de la mitad de las personas en todo el mundo deberían vacunarse en un tiempo relativamente corto para establecer una fuerte inmunidad colectiva.			
China	Danchin M. Preparing the public for COVID-19 vaccines: How can general practitioners build vaccine	Proporcionar un marco para la atención primaria de lo que se necesitará para optimizar la confianza y la aceptación	Artículo de opinión	Basado en las recomendaciones de La OMS y el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP) de los Centros	Se prevé que los médicos generales (GP), las enfermeras de práctica y el personal administrativo	No describe	Los niños no son una prioridad inicial para la vacunación COVID-19 debido a la disminución de la	No describe	No describe	El gobierno también debe garantizar el suministro adecuado y la accesibilidad de las vacunas,	Al igual que en otros países, Australia dará prioridad a los grupos y planificará la implemen	NA	No aplica



País	Autor/Título	Objetivo	Diseño	Población priorizada	Características de la vacunación (¿Fases? ; escalonada, todos al tiempo)	Exposición al virus	Muerte y complicaciones	Transmisibilidad y contagio	Reducción de incidencia de casos	Conclusiones de los autores	Observaciones	Riesgo de sesgo/Observaciones metodológicas	Fuente de financiación
	confidence and optimise uptake for themselves and their patients?	de la vacuna COVID-19 en Australia una vez que se conozcan el calendario de priorización de la vacuna y los grupos objetivo clave.		para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de EE. UU: 1. trabajadores de la salud de alto riesgo 2. Individuos con mayor riesgo médico, como aquellos con comorbilidades médicas crónicas 3. Trabajadores de riesgo crítico en industrias esenciales para el funcionamiento de la sociedad,	estarán a la vanguardia de la entrega de la vacuna COVID-19 en la atención primaria, así como potencialmente uno de los grupos objetivo iniciales para la recepción de la vacuna COVID-19.		gravidad de la enfermedad en comparación con las personas mayores. Sin embargo, los bebés más pequeños y los niños con comorbilidades médicas pueden tener un mayor riesgo. 13 Los adultos más jóvenes, los niños y las mujeres embarazadas no se			especialmente para los grupos en riesgo, y que los médicos de cabecera, Las enfermeras y los trabajadores de salud aborígenes e isleños del Estrecho de Torres, que estarán en la primera línea de la entrega de vacunas, tienen la evidencia y confían en que las vacunas COVID-19	tación y el despliegue en función de las necesidades del país y la disponibilidad de vacunas. Los jurados ciudadanos u otros métodos deliberativos pueden desempeñar un papel importante en informar la priorización de vacunas		



País	Autor/Título	Objetivo	Diseño	Población priorizada	Características de la vacunación (¿Fases? ; escalonada, todos al tiempo)	Exposición al virus	Muerte y complicaciones	Transmisibilidad y contagio	Reducción de incidencia de casos	Conclusiones de los autores	Observaciones	Riesgo de sesgo/Observaciones metodológicas	Fuente de financiación
				como maestros y personal escolar, y personas en riesgo debido a la vulnerabilidad socioeconómica y / o requisitos específicos de comunicación, como personas con discapacidad físicas o mentales, o los que se encuentran en albergues para personas sin hogar, prisiones, cárceles o centros de detención			específica actualmente como objetivos iniciales de vacunación; sin embargo, para cuando las vacunas estén disponibles, estas recomendaciones pueden cambiar.			son seguras y efectivas. Esto será crucial para permitirles aliviar los temores y preocupaciones sobre las vacunas y para apoyar la aceptación de la vacuna para ellos y sus pacientes.	preguntando cuáles creen que deberían ser los grupos prioritarios una ciudadanía informada, como se ha hecho con la vacunación contra la influenza pandémica.		



País	Autor/Título	Objetivo	Diseño	Población priorizada	Características de la vacunación (¿Fases? ; escalonada, todos al tiempo)	Exposición al virus	Muerte y complicaciones	Transmisibilidad y contagio	Reducción de incidencia de casos	Conclusiones de los autores	Observaciones	Riesgo de sesgo/Observaciones metodológicas	Fuente de financiación
				En Australia, otros grupos clave con mayor riesgo ocupacional, médico y / o socioeconómico pueden incluir aborígenes e isleños del Estrecho de Torres y personas de comunidades cultural y lingüísticamente diversas (CALD), refugiados y solicitantes de asilo, así como grupos de trabajadores como mataderos o carniceros									
E.E.U.U.	Eberhardt C. Is there a role for	Resumir las plataformas de vacunas	Artículo de revisión	Los candidatos potenciales	La incidencia y la	La incidencia de la	Los niños son con mayor	El papel de los niños en la transmisión	No describe	La mayoría de los	Ninguna	NA	No aplica



País	Autor/Título	Objetivo	Diseño	Población priorizada	Características de la vacunación (¿Fases? ; escalonada, todos al tiempo)	Exposición al virus	Muerte y complicaciones	Transmisibilidad y contagio	Reducción de incidencia de casos	Conclusiones de los autores	Observaciones	Riesgo de sesgo/Observaciones metodológicas	Fuente de financiación
	childhood vaccination against COVID-19?	probadas actualmente y debatir consideraciones prácticas y éticas para su uso potencial en niños.		se prueban en poblaciones adultas y surgen dudas sobre si la vacuna COVID-19 debe implementarse en niños. En comparación con los adultos, la incidencia y la gravedad de la enfermedad de COVID - 19 son bajas en los niños y, a pesar de su infectividad, su función en la propagación de la enfermedad es limitada.	gravedad de la enfermedad de COVID - 19 son bajas en los niños. Para justificar la vacunación infantil, las vacunas COVID - 19 deberán tener una seguridad y eficacia plenamente demostradas para prevenir no solo las complicaciones sino también	enfermedad COVID-19 es sorprendentemente menor en los niños.	frecuencia paucisintomáticos y una proporción considerable podría incluso estar coinfectada con otros virus respiratorios. En casos raros, una enfermedad post-infecciosa, caracterizada por la inflamación multisistémica, Kawasaki como síntomas, y la insuficiencia	de enfermedades aún es controvertido. Existe evidencia de que los niños pueden tener un papel insignificante en la transmisión de enfermedades, sino que son infectados por adultos o por contactos domésticos.		ensayos de vacunas en la fase II / III se centran en la vacunación de adultos y, hasta ahora, solo se está probando una vacuna en niños. Sin embargo, aún debe definirse el papel de la vacunación infantil en la contención de la pandemia.			



País	Autor/Título	Objetivo	Diseño	Población priorizada	Características de la vacunación (¿Fases? ; escalonada, todos al tiempo)	Exposición al virus	Muerte y complicaciones	Transmisibilidad y contagio	Reducción de incidencia de casos	Conclusiones de los autores	Observaciones	Riesgo de sesgo/Observaciones metodológicas	Fuente de financiación
					la transmisión de enfermedades.		cardíaca aguda, puede producirse, pero en general, los niños tienen un riesgo muy bajo de la muerte						
E.E.U.U. Canadá, Australia, Reino Unido, Argentina, Italia	Hassan-Smith Z. Who should be prioritised for COVID-19 vaccines?	Proponer un esquema preliminar para la priorización de vacunas y medicamentos preventivos basado en un análisis de grupos de riesgo	Correspondencia	<b>Nivel 1:</b> 1. Mayores de 65 años. Mayores de 55 años para grupos étnicos minoritarios 2. Protectores de la población (extremadamente vulnerable clínicamente). 3. Trabajadores	No describe	No describe	No describe	No describe	No describe	Proponen un esquema preliminar para la priorización de vacunas y medicamentos preventivos basado en su análisis de grupos de riesgo. Esto incluye a los grupos	Ninguna	NA	No aplica



País	Autor/Título	Objetivo	Diseño	Población priorizada	Características de la vacunación (¿Fases? ; escalonada, todos al tiempo)	Exposición al virus	Muerte y complicaciones	Transmisibilidad y contagio	Reducción de incidencia de casos	Conclusiones de los autores	Observaciones	Riesgo de sesgo/Observaciones metodológicas	Fuente de financiación
				s de la salud y asistencia social <b>Nivel 2:</b> 1. Residentes de residencias de ancianos 2. Población clínicamente vulnerable (comorbilidades incluyendo diabetes, obesidad, hipertensión, CVD) 3. Ocupaciones con mayor riesgo (seguridad, transporte, otros) <b>Nivel 3:</b> Otros factores para ser considerado						en riesgo de infección grave, incluidos los que padecen enfermedades no transmisibles (por ejemplo, diabetes, hipertensión, obesidad y enfermedades cardiovasculares) que también deben tener prioridad. También deberían incluirse los grupos ocupacionales de			



País	Autor/Título	Objetivo	Diseño	Población priorizada	Características de la vacunación (¿Fases? ; escalonada, todos al tiempo)	Exposición al virus	Muerte y complicaciones	Transmisibilidad y contagio	Reducción de incidencia de casos	Conclusiones de los autores	Observaciones	Riesgo de sesgo/Observaciones metodológicas	Fuente de financiación
				s como parte del perfil de riesgo individual: 1. Etnicidad 2. Hacinamiento 3. Factores de estilo de vida						alto riesgo, incluidos los que trabajan en puestos de cara al público, como los de seguridad y transporte. También se deben considerar se los factores socioeconómicos asociados con resultados adversos en COVID-19, y una estrategia efectiva incluiría la vacunación de quienes			





País	Autor/Título	Objetivo	Diseño	Población priorizada	Características de la vacunación (¿Fases? ; escalonada, todos al tiempo)	Exposición al virus	Muerte y complicaciones	Transmisibilidad y contagio	Reducción de incidencia de casos	Conclusiones de los autores	Observaciones	Riesgo de sesgo/Observaciones metodológicas	Fuente de financiación
										viven en condiciones de hacinamiento o en instituciones como hogares de ancianos.			
Estados Unidos	De Hert M. Prioritizing COVID-19 vaccination for people with severe mental illness	Exponer los motivos para priorizar las personas con enfermedades mentales para la asignación de vacunas contra COVID 19	Perspectiva	Estudios recientes han demostrado que las personas con enfermedades mentales graves tienen un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad por COVID - 19. Por lo tanto, argumentan que también deberían	No describe	No describe	No describe	No describe	No describe	Se sabe que las enfermedades mentales graves se correlacionan positivamente con muchas variables ambientales que son en sí mismas factores de riesgo para la infección por	Ninguna	NA	No aplica



País	Autor/Título	Objetivo	Diseño	Población priorizada	Características de la vacunación (¿Fases? ; escalonada, todos al tiempo)	Exposición al virus	Muerte y complicaciones	Transmisibilidad y contagio	Reducción de incidencia de casos	Conclusiones de los autores	Observaciones	Riesgo de sesgo/Observaciones metodológicas	Fuente de financiación
				tener prioridad en la asignación de vacunas.						COVID-19, como la privación socioeconómica, trabajar en entornos inseguros, vivir en entornos superpoblados o estar sin hogar, institucionalización y confinamiento. Además, la estigmatización, la discriminación, las creencias erróneas y las actitudes negativas asociadas con la enfermedad			



País	Autor/Título	Objetivo	Diseño	Población priorizada	Características de la vacunación (¿Fases? ; escalonada, todos al tiempo)	Exposición al virus	Muerte y complicaciones	Transmisibilidad y contagio	Reducción de incidencia de casos	Conclusiones de los autores	Observaciones	Riesgo de sesgo/Observaciones metodológicas	Fuente de financiación
										d mental grave, así como los factores del sistema, actúan como barreras para el reconocimiento y el tratamiento de las enfermedades físicas en las personas con enfermedad mental grave. Las personas que padecen una enfermedad mental grave tienen más dificultades			



País	Autor/Título	Objetivo	Diseño	Población priorizada	Características de la vacunación (¿Fases? ; escalonada, todos al tiempo)	Exposición al virus	Muerte y complicaciones	Transmisibilidad y contagio	Reducción de incidencia de casos	Conclusiones de los autores	Observaciones	Riesgo de sesgo/Observaciones metodológicas	Fuente de financiación
										s para seguir y aplicar las confusas y cambiantes reglas y obligaciones que se establecen en relación con la lucha contra COVID-19 4, 8 . Por lo tanto, queda claro por qué las enfermedades mentales graves son un factor de riesgo importante para la infección por COVID y los resultados			



País	Autor/Título	Objetivo	Diseño	Población priorizada	Características de la vacunación (¿Fases? ; escalonada, todos al tiempo)	Exposición al virus	Muerte y complicaciones	Transmisibilidad y contagio	Reducción de incidencia de casos	Conclusiones de los autores	Observaciones	Riesgo de sesgo/Observaciones metodológicas	Fuente de financiación
										negativos relacionados con COVID-19.			
Estados Unidos	Jeyanathan M. Immunological considerations for COVID-19 vaccine strategies	Describir los principios inmunológicos rectores para el diseño de estrategias de vacuna COVID-19 y analiza el panorama actual de la vacuna COVID-19 y los desafíos futuros.	Reseña	Cuando el suministro de vacunas es inicialmente limitado, un escenario es la vacunación prioritaria de poblaciones de alto riesgo: trabajadores de la salud, personas mayores, personas con comorbilidades y minorías étnicas, que se han visto afectadas de manera desproporcionada	No describe	No describe	No describe	No describe	No describe	Aparte de estos grupos priorizados, también puede ser necesario considerar que las personas asintomáticas, los pacientes que se han recuperado de COVID-19 pero generaron una inmunidad deficiente o cuya inmunidad disminuyó rápidamente, y las	Ninguna	NA	No aplica



País	Autor/Título	Objetivo	Diseño	Población priorizada	Características de la vacunación (¿Fases? ; escalonada, todos al tiempo)	Exposición al virus	Muerte y complicaciones	Transmisibilidad y contagio	Reducción de incidencia de casos	Conclusiones de los autores	Observaciones	Riesgo de sesgo/Observaciones metodológicas	Fuente de financiación
				nada por COVID-19						personas que recibieron una vacuna 'pandémica' de rápido desarrollo que proporcionó una protección subóptima o las respuestas inmunitarias que disminuyen rápidamente pueden requerir una vacuna de refuerzo para garantizar niveles suficientes de			



País	Autor/Título	Objetivo	Diseño	Población priorizada	Características de la vacunación (¿Fases? ; escalonada, todos al tiempo)	Exposición al virus	Muerte y complicaciones	Transmisibilidad y contagio	Reducción de incidencia de casos	Conclusiones de los autores	Observaciones	Riesgo de sesgo/Observaciones metodológicas	Fuente de financiación
										protección de la población para la inmunidad colectiva			
Estados Unidos	Kao C. The Importance of Advancing SARS-CoV-2 Vaccines in Children	Detallar las consideraciones para los ensayos clínicos de vacunas, barreras potenciales para la implementación de la vacunación generalizada y argumentar por qué los niños serían una población objetivo ideal para la vacunación	Artículo de revisión	Además de los claros beneficios directos para los niños, la vacunación de los niños probablemente brindaría protección a la comunidad. Los niños deben ser incluidos en las primeras etapas de los ensayos clínicos de la vacuna contra el SARS-CoV-2.	No describe	No describe	Los niños son más propensos a ser asintomáticos o tener síntomas más leves y es menos probable que se presenten al cuidado de la salud y se les haga la prueba del SARS-CoV-2. Por lo tanto, las estimaciones	Si bien aún no se ha definido el papel de los niños en la transmisión del síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 (SARS-CoV-2), es probable que los niños desempeñen un papel importante según el conocimiento de otros virus respiratorios	No describe	Dado el beneficio directo potencial de una vacuna contra el SARS-CoV-2 en los niños y el beneficio indirecto sustancial a través de la protección comunitaria, o "inmunidad colectiva", argumentan que la planificación	Ninguna	NA	No aplica



País	Autor/Título	Objetivo	Diseño	Población priorizada	Características de la vacunación (¿Fases? ; escalonada, todos al tiempo)	Exposición al virus	Muerte y complicaciones	Transmisibilidad y contagio	Reducción de incidencia de casos	Conclusiones de los autores	Observaciones	Riesgo de sesgo/Observaciones metodológicas	Fuente de financiación
							actuales probablemente no sean representativas de la verdadera carga de SARS-CoV-2 en los niños.			implementación de las vacunas contra el SARS-CoV-2 deben incluir a los niños. Además, la protección comunitaria se produjo después de la implementación generalizada de vacunas infantiles anteriores contra <i>Streptococcus pneumoniae</i> , rubéola y rotavirus			





País	Autor/Título	Objetivo	Diseño	Población priorizada	Características de la vacunación (¿Fases? ; escalonada, todos al tiempo)	Exposición al virus	Muerte y complicaciones	Transmisibilidad y contagio	Reducción de incidencia de casos	Conclusiones de los autores	Observaciones	Riesgo de sesgo/Observaciones metodológicas	Fuente de financiación
Estados Unidos	Liu Y. Multivalued ethical framework for fair global allocation of a COVID-19 vaccine	Analizar cuatro paradigmas de asignación: capacidad para desarrollar o comprar; reciprocidad ; capacidad para implementar; y justicia distributiva, y sintetiza sus consideraciones éticas para desarrollar un modelo de asignación que se ajuste a la pandemia de COVID-19.	Artículo de revisión	Los defensores de la equidad en salud abogan por la priorización de las comunidades y países pobres debido a su mayor carga de morbilidad, condiciones de vida más densas y falta de acceso a la atención médica. A nivel local, los grupos prioritarios deben incluir pacientes inmunodeprimidos, personas	No describe	No describe	No describe	No describe	No describe	Dado que el objetivo principal de la vacunación es reducir la carga de enfermedades infecciosas y la propagación mediante la inmunidad colectiva, se debe priorizar en la asignación a las personas con mayor riesgo de infección o malos resultados	Ninguna	NA	No aplica



País	Autor/Título	Objetivo	Diseño	Población priorizada	Características de la vacunación (¿Fases? ; escalonada, todos al tiempo)	Exposición al virus	Muerte y complicaciones	Transmisibilidad y contagio	Reducción de incidencia de casos	Conclusiones de los autores	Observaciones	Riesgo de sesgo/Observaciones metodológicas	Fuente de financiación
				con enfermedades comórbidas, ancianos y grupos socioeconómicos más bajos.									
Estados Unidos	Privor-Dumm L. A global agenda for older adult immunization in the COVID-19 era: A roadmap for action	Un grupo de expertos internacionales con diversos antecedentes en las disciplinas de la salud y el envejecimiento se reunió para discutir el caso de evidencia a favor de la inmunización de adultos y las brechas de conocimiento	Informe de la conferencia	Adultos mayores	No describe	No describe	No describe	No describe	No describe	La inmunización de adultos como estrategia tiene el amplio potencial de preservar y mejorar los resultados médicos, sociales y económicos. La vacunación de los adultos mayores	Ninguna	NA	No aplica



País	Autor/Título	Objetivo	Diseño	Población priorizada	Características de la vacunación (¿Fases? ; escalonada, todos al tiempo)	Exposición al virus	Muerte y complicaciones	Transmisibilidad y contagio	Reducción de incidencia de casos	Conclusiones de los autores	Observaciones	Riesgo de sesgo/Observaciones metodológicas	Fuente de financiación
		o cruciales que deben llenarse para implementar políticas y programas efectivos para la inmunización de adultos mayores.								tiene importantes beneficios sociales para las familias, las personas, las comunidades y la sociedad en general, ya que la prevención de las EPV es fundamental para un envejecimiento saludable. Los adultos mayores sanos suelen ser pilares de sus			



País	Autor/Título	Objetivo	Diseño	Población priorizada	Características de la vacunación (¿Fases? ; escalonada, todos al tiempo)	Exposición al virus	Muerte y complicaciones	Transmisibilidad y contagio	Reducción de incidencia de casos	Conclusiones de los autores	Observaciones	Riesgo de sesgo/Observaciones metodológicas	Fuente de financiación
										familias y desempeñan diversas funciones valiosas en una economía informal, incluido el cuidado de los niños y la prestación de apoyo financiero y emocional			
Estados Unidos	Mills MC, The challenges of distributing COVID-19 vaccinations	Opinión sobre: El despliegue por etapas de los grupos prioritarios en muchos países se llevará a cabo por edad, comorbilidad	Opinión /punto de vista / viewpoint	El despliegue por etapas de los grupos prioritarios en muchos países se llevará a cabo por edad, comorbilidad	El gobierno del Reino Unido y otras naciones han propuesto tres opciones: médicos generales y redes	No describe	No describe	No describe	Ahora es la oportunidad de exponer los planes de distribución e implementación de	No describe	Ninguna	NA	No aplica



País	Autor/Título	Objetivo	Diseño	Población priorizada	Características de la vacunación (¿Fases? ; escalonada, todos al tiempo)	Exposición al virus	Muerte y complicaciones	Transmisibilidad y contagio	Reducción de incidencia de casos	Conclusiones de los autores	Observaciones	Riesgo de sesgo/Observaciones metodológicas	Fuente de financiación
		d, trabajadores de la salud y residentes y trabajadores de residencias y prisiones. Pero quedan preguntas fundamentales. ¿Cómo identificaremos los grupos de riesgo? Si aparecen en un centro de masas, ¿cómo sabremos si están en un grupo prioritario? ¿Cómo documentaremos y rastreademos		trabajadores de la salud y residentes y trabajadores de residencias de geriátricos y prisiones.	de atención primaria, clínicas de vacunación masiva y centros de atención médica móviles. No está claro cómo se dividirán los recursos entre los grupos o quiénes acudirán a los médicos de cabecera frente a las clínicas masivas. El				vacunas al escrutinio. No debe estar envuelto en secreto y diseñado por aquellos que nunca lo han hecho antes, ya que depende demasiado de hacerlo bien.				



País	Autor/Título	Objetivo	Diseño	Población priorizada	Características de la vacunación (¿Fases? ; escalonada, todos al tiempo)	Exposición al virus	Muerte y complicaciones	Transmisibilidad y contagio	Reducción de incidencia de casos	Conclusiones de los autores	Observaciones	Riesgo de sesgo/Observaciones metodológicas	Fuente de financiación
		s a las personas, especialmente para una segunda dosis? ¿Cuántas personas pueden vacunar realmente las autoridades locales en residencias de ancianos o trabajadores sanitarios por semana?			Secretario de Salud en el Reino Unido discutió recientemente tener un millón de dosis a la semana, pero eso no irá muy lejos: es solo la misma cantidad que los médicos de cabecera proporcionan cada semana para sus programas de gripe estacional.								



País	Autor/Título	Objetivo	Diseño	Población priorizada	Características de la vacunación (¿Fases? ; escalonada, todos al tiempo)	Exposición al virus	Muerte y complicaciones	Transmisibilidad y contagio	Reducción de incidencia de casos	Conclusiones de los autores	Observaciones	Riesgo de sesgo/Observaciones metodológicas	Fuente de financiación
Estados Unidos	Buckner J / Optimal Dynamic Prioritization of Scarce COVID-19 Vaccines	Evaluamos la asignación óptima de un suministro de vacuna COVID-19 limitado y dinámico en los EE. UU. a través de grupos sociodemográficos diferenciados por edad y condición de trabajador esencial mediante una dinámica de transmisión en un modelo compartimental	Modelo de transmisión compartimental	Se incorporó la estructura demográfica de la población por seguimiento de seis grupos de edad en el conjunto (0-4; 5-19; 20-39; 40-59; 60-74; 75+). Luego se amplió este conjunto para diferenciar trabajadores esenciales dividiendo los dos grupos principales de edad laboral en dos grupos   trabajadores no esenciales	Para cada grupo demográfico se rastrearon 9 estados epidemiológicos: susceptibles (S), protegido por una vacuna (P), vacunado pero desprotegido (F), expuestos (E), presintomáticos (Ipre), sintomáticos (Isym), asintomáticos (Iasym), recuperados	Cuando se consideran las muertes, las vacunas se asignan inicialmente a los trabajadores esenciales mayores de 40 a 59 años. seguido de personas mayores de 60 años o más; cuando se minimizan los años de vida perdidos, se priorizan los grupos de trabajadores	Cuando se minimizan las infecciones, se priorizan los trabajadores esenciales seguidos por los niños en edad escolar.	No describe	En general, encontramos que no es necesario o vacunar a todos los individuos susceptibles de un grupo demográfico, al menos un 60% de la población vacunada sería ideal. Cierta nivel de incertidumbre sobre la vacuna	Los resultados son sólidos en una variedad de posibles escenarios y conjuntos de parámetros. Sin embargo, son sensibles a los cambios en la eficacia y la susceptibilidad de la vacuna entre grupos de edad, lo que indica que estas serán	Ninguna	NA	Programa de becas de investigación para graduados de la National Science Foundation (NSF) con el número de subvención 1650042. Premio Semilla de Emergencia COVID-19 del Programa de Investigación del Cáncer de Seno de California de la Universidad



País	Autor/Título	Objetivo	Diseño	Población priorizada	Características de la vacunación (¿Fases? ; escalonada, todos al tiempo)	Exposición al virus	Muerte y complicaciones	Transmisibilidad y contagio	Reducción de incidencia de casos	Conclusiones de los autores	Observaciones	Riesgo de sesgo/Observaciones metodológicas	Fuente de financiación
				(20-39, 40-59) y trabajadores esenciales (20-39 , 40-59 )   lo que produce cuatro grupos de individuos en edad de trabajar principales y un total de ocho grupos demográficos	os (R) y fallecidos (D).	esenciales de ambas edades, seguidos por las personas mayores de 60 a 74 años			puede no tener un impacto material. Sin embargo , puede desempeñar un papel significativo a largo plazo, especialmente si la inmunidad colectiva resulta difícil de lograr	incertidumbres clave antes de la llegada de las vacunas. Descubrimos que las estrategias óptimas superaron a una estrategia no dirigida (por ejemplo, distribuida proporcionalmente al tamaño de cada grupo) en un 8 a 20%			d de California, Beca No. R00RG24 19. GC cuenta con el apoyo parcial de la subvención NSF No. 2026797, 2034003 y NIH R01 GM 130900
Estados Unidos	Rusell F / Who should be prioritised for COVID-19	Comentario sobre: El desarrollo de las vacunas COVID-19 se está	Opinión / punto de vista / viewpoint	Existe un acuerdo general en que los trabajadores de la salud en todos los	No describe	Si se decide priorizar a las personas a vacunar según el	No describe	No describe	Las decisiones sobre qué población priorizar	No describe	Ninguna	NA	No aplica





País	Autor/Título	Objetivo	Diseño	Población priorizada	Características de la vacunación (¿Fases? ; escalonada, todos al tiempo)	Exposición al virus	Muerte y complicaciones	Transmisibilidad y contagio	Reducción de incidencia de casos	Conclusiones de los autores	Observaciones	Riesgo de sesgo/Observaciones metodológicas	Fuente de financiación
	vaccination?	produciendo a un ritmo rápido, con la posibilidad de que una vacuna esté disponible dentro de los 6 meses. Entonces, ¿a quién se le debe dar prioridad para la vacunación cuando, en primera instancia, no habrá oferta suficiente para satisfacer la demanda?		entornos deben vacunarse primero, no solo para su propio beneficio, sino también para garantizar el funcionamiento eficaz del sistema de salud.		riesgo, entonces la edad es un factor clave ya que, en muchos estudios de estudios de altos ingresos, los ancianos tenían un riesgo mucho mayor de muerte por COVID-19 que los jóvenes, con un aumento dramático y progresivo en riesgo en mayores de 65 años.			dependen de las propiedades de la vacuna en términos de eficacia contra la enfermedad grave y la transmisión, y si el resultado de salud pública deseado es prevenir la enfermedad grave y / o prevenir la				



País	Autor/Título	Objetivo	Diseño	Población priorizada	Características de la vacunación (¿Fases? ; escalonada, todos al tiempo)	Exposición al virus	Muerte y complicaciones	Transmisibilidad y contagio	Reducción de incidencia de casos	Conclusiones de los autores	Observaciones	Riesgo de sesgo/Observaciones metodológicas	Fuente de financiación
									transmisión. Lo más importante es que los gobiernos deben tomar decisiones basadas en su propia epidemiología, prioridades y valores sociales locales. Por lo tanto, existe una necesidad urgente de realizar más				



País	Autor/Título	Objetivo	Diseño	Población priorizada	Características de la vacunación (¿Fases? ; escalonada, todos al tiempo)	Exposición al virus	Muerte y complicaciones	Transmisibilidad y contagio	Reducción de incidencia de casos	Conclusiones de los autores	Observaciones	Riesgo de sesgo/Observaciones metodológicas	Fuente de financiación
									investigaciones sobre la epidemiología de COVID-19 y determinar quiénes son responsables de la transmisión en una variedad de entornos				
Estados Unidos	Bubar K / Model-informed COVID-19 vaccine prioritization strategies by age and serostatus	Comparar cinco estrategias de priorización estratificadas por edad mediante modelos matemáticos.	Modelo matemático	Se examinó el impacto de cinco estrategias de priorización de vacunas para una vacuna hipotética que bloquea la infección y la	vacuna hipotética que bloquea la infección y la transmisión de eficacia variable. El modelo varió el	la mortalidad y los años de vida perdidos se minimizaron en la mayoría de los escenarios cuando la vacuna se	Una vacuna de bloqueo de la transmisión altamente efectiva priorizada para adultos de 20 a 49 años	No describe	La representación simplista del modelo debe aumentarse con una mejor información sobre	Artículo pre-print	Ninguna	NA	Apoyado en parte por el programa de doctorado en Biología Cuantitativa Interdisciplinaria (Biología



País	Autor/Título	Objetivo	Diseño	Población priorizada	Características de la vacunación (¿Fases? ; escalonada, todos al tiempo)	Exposición al virus	Muerte y complicaciones	Transmisibilidad y contagio	Reducción de incidencia de casos	Conclusiones de los autores	Observaciones	Riesgo de sesgo/Observaciones metodológicas	Fuente de financiación
				transmisión de eficacia variable. Las estrategias priorizaron las vacunas para (1) niños y adolescentes, (2) adultos entre 20 y 49 años, (3) adultos de 20 o más años, (4) adultos de 60 años o más, y (5) todas las personas. En todas las estrategias, una vez que la población priorizada estuvo completamente vacunada, las vacunas se asignaron	suministro de vacunas entre el 1% y el 50% de la población total, en tres escenarios. En el escenario 1, las vacunas se administraron al 1% de la población por día hasta que se agotó el suministro, con $R_0 = 1:3$ , lo que representó a la propagación	priorizó para adultos mayores de 60 años	minimizó la incidencia acumulada,		las correlaciones del riesgo de infección y la gravedad. Una priorización justa de la vacuna debe evitar dañar más a las poblaciones desfavorecidas. Se sugiere que, después de la distribución, emparejar las pruebas				IQ) en el Instituto BioFrontiers de la Universidad de Colorado Boulder, a través del Centro de Coordinación MIDAS (MIDASNI 2020-2) por una subvención del Instituto Nacional de Ciencias Médicas Generales (3U24GM 132013-02S2) y en parte por el Fondo Morris-



País	Autor/Título	Objetivo	Diseño	Población priorizada	Características de la vacunación (¿Fases? ; escalonada, todos al tiempo)	Exposición al virus	Muerte y complicaciones	Transmisibilidad y contagio	Reducción de incidencia de casos	Conclusiones de los autores	Observaciones	Riesgo de sesgo/Observaciones metodológicas	Fuente de financiación
				independiente de la edad.	mitigada durante el lanzamiento de la vacuna. En el escenario 2, las vacunas se administraron al 1% de la población por día hasta que se agotó el suministro, pero con $R_0 = 2$ : 6, lo que representa una propagación no mitigada durante el lanzamiento de la				serológicas con la vacunación en las poblaciones más afectadas es una posible forma equitativa de ampliar los beneficios de la vacunación.				Singer para el Centro de Dinámica de Enfermedades Transmisibles de la Escuela de Salud Pública TH Chan de Harvard.



País	Autor/Título	Objetivo	Diseño	Población priorizada	Características de la vacunación (¿Fases? ; escalonada, todos al tiempo)	Exposición al virus	Muerte y complicaciones	Transmisibilidad y contagio	Reducción de incidencia de casos	Conclusiones de los autores	Observaciones	Riesgo de sesgo/Observaciones metodológicas	Fuente de financiación
					vacuna. En el escenario 3, las vacunas se administraron antes de que comenzara la transmisión, lo que se conoce como implementación anticipada, con $R_0 = 2$ : 6.								
Estados Unidos	Govind P / Fairly Prioritizing Groups for Access to COVID-19 Vaccines	Opinión sobre: La Academia Nacional de Medicina de EE. UU. (NAM) ha propuesto un marco	Opinión / punto de vista / viewpoint	En primer lugar, dar prioridad a los trabajadores y al personal de atención médica en persona,	No describe	Dar prioridad a todas las personas mayores de 65 años podría entrar en conflicto	Es menos probable que la priorización de adultos mayores prevenga daños	No describe	Se debe asignar una vacuna COVID-19 para prevenir daños, priorizar	No describe	Ninguna	NA	No aplica



País	Autor/Título	Objetivo	Diseño	Población priorizada	Características de la vacunación (¿Fases? ; escalonada, todos al tiempo)	Exposición al virus	Muerte y complicaciones	Transmisibilidad y contagio	Reducción de incidencia de casos	Conclusiones de los autores	Observaciones	Riesgo de sesgo/Observaciones metodológicas	Fuente de financiación
		para la asignación de la vacuna COVID-19.1 Otros han discutido la distribución vacuna entre países.2 Este punto de vista de línea cómo los valores éticos deben guiar la priorización de una vacuna COVID-19 entre las poblaciones dentro de los Estados Unidos. La discusión también puede ser relevante		previene el daño directo a los trabajadores y el daño indirecto debido a la propagación del SARSCoV-2 en las instalaciones de atención médica. También prioriza indirectamente a los grupos desfavorecidos porque la reducción de la propagación de la enfermedad facilita la provisión de tratamientos como la hemodiálisis		con la prevención de complicaciones a largo plazo y la preservación de la vida futura. La esperanza de vida promedio de un hombre de 80 años en los EE. UU. Es de 8 años, mientras que la de un hombre de 50 años es de 30 años	indirectos, porque la edad avanzada reduce la probabilidad de trabajar en entornos de alta transmisión o de ser un cuidador esencial. Las diferencias en la eficacia de la vacuna también podrían ser relevantes para la prevención de daños: por ejemplo,		a las personas desfavorecidas y lograr un trato igualitario. Este enfoque apoyaría la priorización de los trabajadores de la salud, las personas en ocupaciones y viviendas de alto riesgo y las personas con condiciones de alto riesgo.				



País	Autor/Título	Objetivo	Diseño	Población priorizada	Características de la vacunación (¿Fases? ; escalonada, todos al tiempo)	Exposición al virus	Muerte y complicaciones	Transmisibilidad y contagio	Reducción de incidencia de casos	Conclusiones de los autores	Observaciones	Riesgo de sesgo/Observaciones metodológicas	Fuente de financiación
		para otros países.		y la quimioterapia, que las personas desfavorecidas necesitan con más frecuencia y mayores de 65 años. En segundo lugar, priorizar a las personas involucradas en actividades esenciales de alto riesgo, como la educación, el cuidado de los niños y el trabajo de suministro de alimentos, también evitaría el			si la eficacia de la vacuna disminuye drásticamente entre las personas mayores de 80 años, puede ser preferible "protegerlas" vacunando a sus contactos.		Dado que es probable que estas poblaciones prioritarias excedan las cantidades iniciales de vacuna, será necesario establecer prioridades dentro de estos grupos. Dividir la asignación inicial de vacunas en				





País	Autor/Título	Objetivo	Diseño	Población priorizada	Características de la vacunación (¿Fases? ; escalonada, todos al tiempo)	Exposición al virus	Muerte y complicaciones	Transmisibilidad y contagio	Reducción de incidencia de casos	Conclusiones de los autores	Observaciones	Riesgo de sesgo/Observaciones metodológicas	Fuente de financiación
				daño directo y reduciría la propagación de enfermedades. Además, los trabajadores presenciales tienen más probabilidad de estar en desventaja socioeconómica que aquellos que pueden trabajar a distancia. La priorización entre estos trabajadores debe considerar el beneficio indirecto: si la vacunación de los involucrados					categorías de acceso prioritario y utilizar criterios médicos para priorizar dentro de cada categoría es un enfoque promotor				



País	Autor/Título	Objetivo	Diseño	Población priorizada	Características de la vacunación (¿Fases? ; escalonada, todos al tiempo)	Exposición al virus	Muerte y complicaciones	Transmisibilidad y contagio	Reducción de incidencia de casos	Conclusiones de los autores	Observaciones	Riesgo de sesgo/Observaciones metodológicas	Fuente de financiación
				en la educación puede contribuir a la reapertura de las escuelas, esto debe preceder a la vacunación de los involucrados en la reapertura de otros lugares menos beneficiosos, como bares.									
India	Buckner J / Dynamic Prioritization of COVID-19 Vaccines When Social Distancing is Limited for	Modelar la dinámica de transmisión utilizando un modelo compartimental parametrizado	Modelo de transmisión compartimental	Se incorporó la estructura demográfica de la población por seguimiento de seis grupos de edad en el conjunto (0-4; 5-19; 20-	Para cada grupo demográfico se rastrearon 9 estados epidemiológicos: susceptible (S),	La priorización de vacunas evita 15.000 muertes en el modelo de referencia, con un rango de 7.000 a	Para minimizar las infecciones los trabajadores esenciales más jóvenes tienen la máxima	No describe	Las estrategias óptimas para minimizar las muertes y los años de vida perdidos	La asignación dinámica óptima de la vacuna no cubre el 100% de la población susceptible en ningún	Ninguna	NA	Premio Semilla de Emergencia COVID-19 del Programa de Investigación del Cáncer de Seno de California



País	Autor/Título	Objetivo	Diseño	Población priorizada	Características de la vacunación (¿Fases? ; escalonada, todos al tiempo)	Exposición al virus	Muerte y complicaciones	Transmisibilidad y contagio	Reducción de incidencia de casos	Conclusiones de los autores	Observaciones	Riesgo de sesgo/Observaciones metodológicas	Fuente de financiación
	Essential Workers			39; 40-59; 60-74; 75 +), Luego se amplió este conjunto para diferenciar trabajadores esenciales dividiendo los dos grupos principales de edad laboral en dos grupos   trabajadores no esenciales (20-39, 40-59) ocho grupos demográficos	protegido por una vacuna (P), vacunado pero desprotegido (F), expuestos (E), presintomáticos (Ipre), sintomáticos (Isym), asintomáticos (lasym), recuperados (R) y fallecidos (D).	37.000 en escenarios alternativos	prioridad, seguidos de los trabajadores esenciales mayores y los niños en edad escolar, ya que estos grupos tienen mayores contactos y, por tanto, riesgo de contracción y diseminación		están ampliamente alineados con el objetivo de proteger más vulnerable. Estas soluciones se dirigen a los trabajadores esenciales que son los menos capaces de participar en el distanciamiento y, por lo tanto, tienen mayor	grupo demográfico o antes de cambiar a otro grupo. Además, una asignación puede priorizar inicialmente un grupo, solo vacunar a una fracción de ese grupo y luego priorizar ese grupo nuevamente dos o más períodos de decisión más tarde.			de la Universidad de California, Beca No. R00RG24 19. Apoyo parcial de la subvención NSF No. 2026797, 2034003 y NIH R01 GM 130900.



País	Autor/Título	Objetivo	Diseño	Población priorizada	Características de la vacunación (¿Fases? ; escalonada, todos al tiempo)	Exposición al virus	Muerte y complicaciones	Transmisibilidad y contagio	Reducción de incidencia de casos	Conclusiones de los autores	Observaciones	Riesgo de sesgo/Observaciones metodológicas	Fuente de financiación
									riesgo de infección , y las personas mayores de 60 años que tienen el mayor riesgo de muertes si está infectado por la enfermedad				
Reino Unido	Schmidt H. Is It Lawful and Ethical to Prioritize Racial Minorities for COVID-19 Vaccines?	Considera cómo las asignaciones prioritarias de vacunas COVID-19 podrían implementarse de manera ética y legal.	Punto de vista	La justificación ética para dar prioridad a las minorías raciales económicamente más desfavorecidas se basa en motivos epidemiológicos, económicos	No describe	No describe	No describe	No describe	No describe	Es probable que la Corte Suprema mantenga los criterios de asignación de vacunas racialmente neutrales, que están	Ninguna	NA	No aplica



País	Autor/Título	Objetivo	Diseño	Población priorizada	Características de la vacunación (¿Fases? ; escalonada, todos al tiempo)	Exposición al virus	Muerte y complicaciones	Transmisibilidad y contagio	Reducción de incidencia de casos	Conclusiones de los autores	Observaciones	Riesgo de sesgo/Observaciones metodológicas	Fuente de financiación
				y de justicia social. Económicamente, los grupos más desfavorecidos dependen más de ingresos regulares con poco o ningún ahorro para la jubilación u otros ahorros, y menos capaces de trabajar de forma remota. Epidemiológicamente, los grupos más desfavorecidos tienen más probabilidad de vivir con varias generaciones						diseñados para capturar a las minorías más desfavorecidas pero no explícitamente. Por lo tanto, una fórmula de distribución de vacunas podría priorizar legalmente a las poblaciones en función de factores como la geografía, el estado socioeconómico y la densidad			



País	Autor/Título	Objetivo	Diseño	Población priorizada	Características de la vacunación (¿Fases? ; escalonada, todos al tiempo)	Exposición al virus	Muerte y complicaciones	Transmisibilidad y contagio	Reducción de incidencia de casos	Conclusiones de los autores	Observaciones	Riesgo de sesgo/Observaciones metodológicas	Fuente de financiación
				s muy cerca y, por lo general, tienen menos capacidad de distanciarse físicamente en casa, en el trabajo y mientras se desplazan al trabajo (si están empleados) y, por lo tanto, tienen un mayor riesgo de contraer un contrato. y propagación del SARS-CoV-2						de viviendas que favorecerían de facto a las minorías raciales, pero no incluirían explícitamente la raza.			
Reino Unido	Schmidt H. Vaccine Rationing and the Urgency of Social	Analizar las razones éticas, epidemiológicas y económicas	Ensayo	A través de las directrices nacionales y las perspectivas	No describe	No describe	No describe	No describe	No describe	En la asignación de vacunas inicialmente escasas,	Ninguna	NA	No aplica



País	Autor/Título	Objetivo	Diseño	Población priorizada	Características de la vacunación (¿Fases? ; escalonada, todos al tiempo)	Exposición al virus	Muerte y complicaciones	Transmisibilidad y contagio	Reducción de incidencia de casos	Conclusiones de los autores	Observaciones	Riesgo de sesgo/Observaciones metodológicas	Fuente de financiación
	Justice in the Covid-19 Response	de los enfoques de racionamiento para priorizar los grupos a vacunar		académicas, existe consenso en que los trabajadores de salud de primera línea y aquellos considerados trabajadores esenciales deben recibir prioridad. Por lo tanto, los trabajadores esenciales incluirían de manera centralizada a aquellos sin los cuales las instalaciones de atención médica ya no podrían funcionar como se requiere, y						el grupo de primera prioridad debe ser el personal de atención médica y otros trabajadores esenciales, en particular aquellos que, según los modelos epidemiológicos, tienen más probabilidades de propagar la infección debido a su perfil laboral y de vida. Una triste			



País	Autor/Título	Objetivo	Diseño	Población priorizada	Características de la vacunación (¿Fases? ; escalonada, todos al tiempo)	Exposición al virus	Muerte y complicaciones	Transmisibilidad y contagio	Reducción de incidencia de casos	Conclusiones de los autores	Observaciones	Riesgo de sesgo/Observaciones metodológicas	Fuente de financiación
				también comprenderán a los trabajadores de infraestructura crítica (para transporte, desechos, agua, etc.) y a los trabajadores en la fabricación, los servicios y el comercio minorista principales (como alimentos, productos farmacéuticos y comunicaciones).						ironía es que, en muchos casos, estos grupos a menudo se encuentran en áreas con alta privación, porque, tan importantes como evidentemente se considera actualmente, los servicios de asistentes de hogares de ancianos, recolectores de basura, trabajador			





País	Autor/Título	Objetivo	Diseño	Población priorizada	Características de la vacunación (¿Fases? ; escalonada, todos al tiempo)	Exposición al virus	Muerte y complicaciones	Transmisibilidad y contagio	Reducción de incidencia de casos	Conclusiones de los autores	Observaciones	Riesgo de sesgo/Observaciones metodológicas	Fuente de financiación
										es de cajas de supermercados y otros designados como esenciales, su salario a menudo no refleja esta apreciación, y los beneficios del seguro médico suelen ser irregulares. Cuando se trata de distribuir vacunas entre la población en general, las consideraciones económicas			



País	Autor/Título	Objetivo	Diseño	Población priorizada	Características de la vacunación (¿Fases? ; escalonada, todos al tiempo)	Exposición al virus	Muerte y complicaciones	Transmisibilidad y contagio	Reducción de incidencia de casos	Conclusiones de los autores	Observaciones	Riesgo de sesgo/Observaciones metodológicas	Fuente de financiación
										s, éticas y epidemiológicas nos instan a priorizar a los más desfavorecidos, identificados por medidas como el Índice de Privación del Área.			
Reino Unido	Emanuel E. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19	Describir cómo se pueden asignar los recursos médicos de manera justa durante una pandemia de Covid-19	Artículo	Las intervenciones críticas de Covid-19 (pruebas, PPE, camas de UCI, ventiladores, terapias y vacunas) deben dirigirse primero a los trabajadores de atención médica de	No describe	Las personas que participan en la investigación para demostrar la seguridad y eficacia de las vacunas y la terapéutica deben	No se debe dar prioridad a los pacientes más jóvenes para las vacunas Covid-19, que previenen la enfermedad en lugar de	Invocar el valor instrumental justifica dar prioridad a los pacientes más jóvenes para las vacunas solo si el modelo epidemiológico o muestra que esta sería la mejor manera de reducir la propagación	Para los pacientes con pronósticos similares, la igualdad debe invocarse y ponerse en práctica mediante la	El resultado de estos procedimientos de asignación justa, informados por los valores éticos y recomendaciones aquí delineados, debe ser	Ninguna	NA	No aplica



País	Autor/Título	Objetivo	Diseño	Población priorizada	Características de la vacunación (¿Fases? ; escalonada, todos al tiempo)	Exposición al virus	Muerte y complicaciones	Transmisibilidad y contagio	Reducción de incidencia de casos	Conclusiones de los autores	Observaciones	Riesgo de sesgo/Observaciones metodológicas	Fuente de financiación
				primera línea y a otras personas que atienden a pacientes enfermos y que mantienen en funcionamiento la infraestructura crítica, en particular los trabajadores que enfrentan un alto riesgo de infección y cuya formación dificulta su sustitución. A estos trabajadores se les debe dar prioridad no porque de alguna manera sean más dignos,		recibir alguna prioridad para las intervenciones de Covid-19. Su ascensión de riesgos durante su participación en la investigación ayuda a los futuros pacientes, y deben ser recompensados por esa contribución. Estas recompensas también alentarán a otros pacientes a participar en ensayos	curarla, o para la profilaxis experimental posterior o previa a la exposición. Los resultados de Covid-19 han sido significativamente peores en personas mayores y en personas con enfermedades crónicas. Invocar el valor de maximizar salvar vidas justificar	viral y el riesgo para otros	asignación aleatoria, como una lotería, en lugar de un proceso de asignación por orden de llegada. El orden de llegada se utiliza para recursos como los riñones trasplantables, donde la escasez de larga data y los paciente	el desarrollo de pautas de priorización que aseguren que los médicos individuales no se enfrenten a la terrible tarea de improvisar decisiones sobre a quién tratar o tomar estas decisiones de forma aislada. Poner tales cargas en médicos individuales podría tener un			



País	Autor/Título	Objetivo	Diseño	Población priorizada	Características de la vacunación (¿Fases? ; escalonada, todos al tiempo)	Exposición al virus	Muerte y complicaciones	Transmisibilidad y contagio	Reducción de incidencia de casos	Conclusiones de los autores	Observaciones	Riesgo de sesgo/Observaciones metodológicas	Fuente de financiación
				sino por su valor instrumental: son esenciales para la respuesta a una pandemia.		clínicos. La participación en la investigación, sin embargo, debería servir solo como desempate entre pacientes con pronósticos similares.	prioridad a las personas mayores para las vacunas inmediatamente después de los trabajadores de la salud y los socorristas. Si el suministro de vacunas es insuficiente para los pacientes en las categorías de mayor riesgo, los mayores de 60 años o con enfermedad		s pueden sobrevivir sin el recurso escaso. La distribución de medicamentos o vacunas por orden de llegada fomentaría el hacinamiento e incluso la violencia durante un período en el que el distanciamiento social es primordial	costo emocional agudo y de por vida.			



País	Autor/Título	Objetivo	Diseño	Población priorizada	Características de la vacunación (¿Fases? ; escalonada, todos al tiempo)	Exposición al virus	Muerte y complicaciones	Transmisibilidad y contagio	Reducción de incidencia de casos	Conclusiones de los autores	Observaciones	Riesgo de sesgo/Observaciones metodológicas	Fuente de financiación
							ades existentes , entonces la igualdad apoya el uso de selección aleatoria, como una lotería, para la asignación de vacunas.						
Suiza	Schmidt H / Covid-19: how to prioritize worse-off populations in allocating safe and effective vaccines	Opinión sobre: Los informes SAGE y NASEM marcan un cambio importante y refrescante en la literatura sobre asignación de recursos,	Opinión /punto de vista / viewpoint	Fase 1: trabajadores de la salud de alto riesgo y personal de primera línea; personas de alto riesgo de todas las edades con comorbilidades y condiciones; y adultos	Propone distribuir las vacunas en cuatro fases y una priorización por área geográficas identificadas como vulnerables a	No describe	Una forma igualmente práctica, pero normativamente más adecuada, de construir un punto de referencia externo para la asignación	No describe	No describe	Los estados pueden adoptar un enfoque pragmático , en lugar de perfeccionista, al asignar las vacunas geográficamente de la misma manera.	Ninguna	NA	no aplica



País	Autor/Título	Objetivo	Diseño	Población priorizada	Características de la vacunación (¿Fases? ; escalonada, todos al tiempo)	Exposición al virus	Muerte y complicaciones	Transmisibilidad y contagio	Reducción de incidencia de casos	Conclusiones de los autores	Observaciones	Riesgo de sesgo/Observaciones metodológicas	Fuente de financiación
		que generalmente ha considerado la justicia social de manera periférica en el mejor de los casos, particularmente los resultados en los grupos raciales y de ingresos más desfavorecidos. Si se implementan correctamente, pueden promover de manera más efectiva la justicia social ahora		mayores que viven en congregación o hacinamiento. • Fase 2: trabajadores de infraestructura crítica con alto riesgo de exposición; maestros y personal escolar; personas de riesgo medio de todas las edades con comorbilidades o condiciones subyacentes ; personas en refugios, cárceles o instalaciones similares y su personal;	través del Índice de vulnerabilidad social u otro índice más específico		n sería ajustar las reservas de tal manera que más personas desfavorecidas reciban una mayor proporción de vacunas en proporción a cuánto se reduce la esperanza de vida promedio en su población. unidad geográfica .			Los sistemas de reserva también pueden acomodar algunos de los escenarios más complejos que surgirán, incluida la probable necesidad de establecer prioridades para varias vacunas diferentes y la necesidad de reasignar los excedentes cuando la absorción			



País	Autor/Título	Objetivo	Diseño	Población priorizada	Características de la vacunación (¿Fases? ; escalonada, todos al tiempo)	Exposición al virus	Muerte y complicaciones	Transmisibilidad y contagio	Reducción de incidencia de casos	Conclusiones de los autores	Observaciones	Riesgo de sesgo/Observaciones metodológicas	Fuente de financiación
		y a largo plazo.		y todos los adultos mayores no incluidos en la fase 1.						es menor que la predicha por los modelos.			



**Tabla 2. Tabla de las agencias**

**Entidades internacionales**

Entidad/ Agencia/ Enlace disponible/ Fecha	Recomendación población priorizada	Justificación población priorizada (Evidencia/consenso/Opinión individual)	Características de la vacunación (Fases, escalonada, todos al tiempo)	Conclusiones	Observaciones
<p><b>OMS - Organización Mundial de la Salud</b></p> <p><a href="https://www.who.int/publications/m/item/who-sage-roadmap-for-prioritizing-uses-of-covid-19-vaccines-in-the-context-of-limited-supply">https://www.who.int/publications/m/item/who-sage-roadmap-for-prioritizing-uses-of-covid-19-vaccines-in-the-context-of-limited-supply</a></p> <p><b>Noviembre 2020</b></p>	<p><b>Etapas I:</b></p> <p>Trabajadores de la salud con riesgo alto o muy alto de contraer y transmitir infecciones y adultos mayores definidos por el riesgo basado en la edad específico del país / región; límite de edad específico que se decidirá a nivel de país.</p> <p><b>Etapas II:</b></p> <p>Adultos mayores no cubiertos en la Etapa I; grupos con comorbilidades o estados de salud que se determina que tienen un riesgo significativamente mayor de enfermedad grave o muerte; grupos sociodemográficos con un riesgo significativamente mayor de enfermedad grave o muerte; trabajadores de la salud que participan en la entrega de vacunas; maestros y personal escolar de alta prioridad</p> <p><b>Etapas III:</b></p> <p>Otros trabajadores esenciales fuera de los sectores de salud y educación (ejemplos: policías, servicios municipales, proveedores de cuidado infantil, trabajadores agrícolas y alimentarios, trabajadores del transporte, trabajadores gubernamentales esenciales para el funcionamiento crítico del estado no cubiertos por otras categorías), mujeres embarazadas, trabajadores de la salud con riesgo bajo a moderado de contraer y transmitir la infección, personal necesario para la producción de vacunas y otro personal de laboratorio de alto riesgo, grupos sociales / laborales con alto riesgo de contraer y transmitir la infección porque no pueden distanciarse físicamente de manera efectiva</p>	<p><b>Consenso:</b> El fundamento para la inclusión de cada caso de uso de vacuna priorizada según el subgrupo de población se basa en "Values Framework principles and objectives"</p>	<p><b>Etapas I</b> disponibilidad de vacunas muy limitada, para 1 a 10% de la población.</p> <p><b>Etapas II</b> disponibilidad limitada de vacunas, para 11-20% de la población.</p> <p><b>Etapas III</b> disponibilidad moderada de vacunas, para 21 a 50% de la población</p>	<p>Se prevé que será necesario perfeccionar la Hoja de ruta después de la participación y la retroalimentación de las partes interesadas nacionales y regionales, incluida la posible priorización adicional dentro de los grupos prioritarios.</p>	<p>Para ayudar a desarrollar recomendaciones para el uso de vacunas contra COVID-19, SAGE propone una Hoja de ruta para priorizar los usos de las vacunas COVID-19 que considera las poblaciones prioritarias para la vacunación según el entorno epidemiológico y los escenarios de suministro de vacunas. Esta hoja de ruta se basa en el marco de valores de la OMS SAGE para la asignación y priorización de la vacunación contra COVID-19.</p>
<p><b>Johns hopkins school of public health</b></p> <p><a href="https://www.centerforhealthsecurity.org/our-work/publications/interim-">https://www.centerforhealthsecurity.org/our-work/publications/interim-</a></p>	<p><b>Nivel 1</b></p> <p>Personal esencial para mantener la respuesta COVID-19 en curso (trabajadores de salud de primera línea que brindan atención a pacientes de COVID-19, personal de servicios médicos de emergencia de primera línea, personal de la cadena de suministro y fabricación de vacunas contra la</p>	<p><b>Evidencia y consenso:</b> Es el producto de las deliberaciones de un equipo multidisciplinario de expertos en salud pública de la Universidad Johns Hopkins, incluidos miembros del Centro para la Seguridad de la Salud, el Instituto Berman de Bioética, el Instituto Armstrong para la Seguridad y Calidad del Paciente, el</p>	<p><b>Nivel 1</b> candidatos cuya priorización probablemente evitaría el mayor daño general. Más precisamente, la</p>	<p>La evidencia, o incluso las percepciones, de problemas de seguridad o eficacia pueden afectar la aceptación de la</p>	<p>Entre los principios éticos que se mencionan en este informe se encuentran "legitimidad, confianza y sentido</p>





Entidad/ Agencia/ Enlace disponible/ Fecha	Recomendación población priorizada	Justificación población priorizada (Evidencia/consenso/Opinión individual)	Características de la vacunación (Fases, escalonada, todos al tiempo)	Conclusiones	Observaciones
<a href="#">framework-for-covid-19-vaccine-allocation-and-distribution-in-the-us</a>  <b>Agosto 2020</b>	<p>pandemia, equipos de diagnóstico e inmunización de COVID-19, trabajadores de salud pública que realizan tareas críticas, intervenciones de primera línea en la comunidad), Población con el mayor riesgo de enfermedad grave y muerte, y sus cuidadores (Adultos de 65 años o más y aquellos que viven con ellos o les brindan atención, otras personas y grupos con riesgo elevado de enfermedad grave por COVID-19, incluidas las personas con problemas de salud que los ponen en un riesgo significativamente mayor de enfermedad grave por COVID-19, incluyendo potencialmente a aquellas que están embarazadas (según lo justifique la evidencia) o que son miembros de grupos sociales que experimentan tasas de mortalidad desproporcionadamente altas, proveedores de atención a largo plazo de primera línea, Trabajadores de la salud que brindan atención directa a pacientes con afecciones de alto riesgo, otros grupos aún por identificar que se ha demostrado que tienen un riesgo significativo de enfermedad grave y muerte, personal esencial para mantener las funciones sociales básicas (trabajadores de transporte público de primera línea, trabajadores de suministro de alimentos, maestros y trabajadores escolares)</p> <p><b>Nivel 2</b></p> <p>Personal Esencial para una prestación de salud más amplia (trabajadores de la salud y personal con contacto directo con el paciente (no específico de COVID-19), personal de farmacia; personas con dificultad de acceso a la atención médica (aquellos que viven en lugares remotos con infraestructura deficiente y comunidades rurales aisladas), necesarios para mantener otros servicios esenciales, (trabajadores de primera línea involucrados en el mantenimiento de la operación de electricidad, agua, saneamiento, información, finanzas, infraestructura de combustible (que no pueden trabajar de forma remota), trabajadores de entrega (incluidos los trabajadores postales), militares desplegados (incluida la Guardia Nacional) involucrados en operaciones, personal de policía y bomberos con contacto público frecuente, Administración de Seguridad del Transporte y personal de seguridad fronteriza con contacto público directo; sujetos con riesgo elevado de infección (Aquellos que no pueden mantener una distancia física segura dentro de sus entornos laborales o de vida, s que trabajan en trabajos de alta densidad o de alto contacto donde el distanciamiento puede no ser factible, que</p>	<p>Centro Internacional de Acceso a Vacunas., el Centro de Investigación de Vacunas, en las Escuelas de Salud Pública, Medicina y Enfermería de Johns Hopkins. Las deliberaciones se basaron en una revisión de la literatura disponible y los documentos gubernamentales de código abierto.</p>	<p>inclusión de estos grupos en el Nivel 1 promueve el valor ético de "Promover el bien común" y los objetivos más específicos de prevenir las enfermedades y muertes relacionadas con COVID-19, proteger el sistema de salud y proteger los servicios esenciales.</p> <p><b>Nivel 2</b> Siguiendo la misma lógica que el Nivel 1, el Nivel 2 amplía las categorías del Nivel 1 para abordar a aquellos que están obligados a mantener el sistema de salud más allá de la atención COVID-19 más directa y aquellos que brindan el siguiente nivel de servicios esenciales para una sociedad en funcionamiento. El nivel 2 también incluye a aquellos que tienen un mayor riesgo de tener malos resultados porque enfrentan barreras para acceder a la atención.</p>	<p>vacuna. Si hay una vacilación generalizada, la adopción de la vacuna en algunos de los grupos prioritarios puede ser lenta. Los estados tendrán que estar preparados para determinar cuándo pasar a niveles inferiores a pesar de la infrapenetración sustancial de los niveles superiores. Lo que se haga al principio de una campaña de vacunación tendrá implicaciones para todos los aspectos de nuestra vida personal y pública</p>	<p>de pertenencia en una sociedad pluralista"; promulgar este principio requiere facilitar la opinión del público y las partes interesadas y desarrollar estrategias de asignación y distribución de vacunas que aborden sus culturas y preocupaciones.</p>



Entidad/ Agencia/ Enlace disponible/ Fecha	Recomendación población priorizada	Justificación población priorizada (Evidencia/consenso/Opinión individual)	Características de la vacunación (Fases, escalonada, todos al tiempo)	Conclusiones	Observaciones
	viven en refugios, personas encarceladas y trabajadores penitenciarios, otros grupos aún por identificar que se muestran en niveles elevados				
Centros para el Control y Prevención de Enfermedades  <a href="https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/pdfs/mm6949e1-H.pdf">https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/pdfs/mm6949e1-H.pdf</a>  diciembre 2020	El ACIP recomendó que, cuando la FDA autorice una vacuna COVID-19 tanto el personal de atención médica como los residentes de centros de atención a largo plazo (LTCF) se les ofrezca la vacunación en la fase inicial del COVID-19. programa de vacunación (Fase 1a). El personal sanitario definidos como personas remuneradas y no remuneradas que prestan servicios en entornos de atención médica tienen el potencial de exposición directa o indirecta a pacientes o materiales infecciosos; así como adultos que residen en instalaciones que brindan una variedad de servicios, incluida la atención médica y personal a personas que no pueden vivir de forma independiente.	Evidencia y consenso: El Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP) asesoró a CDC sobre los grupos de población y las circunstancias para el uso de vacunas. El ACIP se reunió el 1 de diciembre de 2020, antes de la finalización de la revisión de la FDA de la solicitud de autorización de uso de emergencia, para proporcionar una guía provisional a las jurisdicciones federales, estatales y locales sobre la asignación de dosis iniciales de la vacuna COVID-19. En sus deliberaciones, el ACIP consideró la evidencia científica de la epidemiología del SARS-CoV-2, la implementación del programa de vacunación y los principios éticos.	No descrita	Se requiere monitorear la seguridad de la vacuna en todas las poblaciones que reciben la vacuna COVID-19 bajo una Autorización de Uso de Emergencia. Se están estudiando vacunas en adultos mayores con problemas de salud subyacentes. Los miembros del ACIP pidieron un monitoreo activo adicional de la seguridad en los LTCF para garantizar la notificación y evaluación oportuna de los eventos adversos después de la vacunación.	La recomendación provisional podría actualizarse en las próximas semanas en función de datos adicionales de seguridad y eficacia de los ensayos clínicos de fase III y las condiciones de la Autorización de uso de emergencia de la FDA.
OMS - Organización Mundial de la Salud  <a href="https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334299/WHO-2019-nCoV-SAGE-Framework-Allocation-and-prioritization-2020.1-eng.pdf">https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334299/WHO-2019-nCoV-SAGE-Framework-Allocation-and-prioritization-2020.1-eng.pdf</a>  Septiembre 2020	Poblaciones con riesgo significativamente elevado de enfermedad grave o muerte ( Adultos mayores definidos por el riesgo basado en la edad: pueden variar según el país / región, los expertos nacionales en salud / NITAG decidirán el límite específico a nivel de país en función de la mortalidad diferencial por edad, adultos mayores en situaciones de vida de alto riesgo (ejemplos: centro de atención a largo plazo, personas que no pueden distanciarse físicamente), grupos con comorbilidades o estados de salud (por ejemplo, embarazo / lactancia) que se determina que tienen un riesgo significativamente mayor de enfermedad grave o muerte (la lista se desarrollará más adelante), grupos sociodemográficos con un riesgo desproporcionadamente mayor de enfermedad grave o muerte, poblaciones con riesgo significativamente	Consenso: The Framework de la OMS articula el objetivo general del despliegue de la vacuna COVID-19, proporcionando seis principios básicos (Bienestar humano, Igualdad de respeto, Equidad global, Equidad nacional, Reciprocidad, Legitimidad) que deben guiar la distribución y doce objetivos que especifican más los seis principios ( Tabla 1). Proporcionar recomendaciones para la asignación de vacunas entre países y priorizar varios grupos.	No descrita	El documento conecta explícitamente a los grupos prioritarios con principios y objetivos de valores específicos. Dados los matices específicos de cada país en epidemiología, demografía y sistemas de administración de	Los países deben garantizar que el acceso a las vacunas sea equitativo en función del género, la raza, el estado socioeconómico, la capacidad de pago, la ubicación y otros factores que a menudo contribuyen a las desigualdades dentro de la población.



Entidad/ Agencia/ Enlace disponible/ Fecha	Recomendación población priorizada	Justificación población priorizada (Evidencia/consenso/Opinión individual)	Características de la vacunación (Fases, escalonada, todos al tiempo)	Conclusiones	Observaciones
	elevado de infección (trabajadores de la salud con riesgo alto o muy alto, según se define en las orientaciones provisionales de la OMS y la OIT, categorías de empleo que no pueden distanciarse físicamente, grupos sociales que no pueden distanciarse físicamente (ejemplos: poblaciones agrupadas geográficamente remotas, centros de detención, dormitorios, personal militar que vive en espacios reducidos, campos de refugiados, grupos que viven en barrios urbanos densos, grupos que viven en hogares multigeneracionales, grupos de edad con alto riesgo de transmisión del SARS-CoV-2, grupos de población no basados en la edad con riesgo significativamente elevado de infección y transmisión, niños en edad escolar para minimizar la interrupción de la educación y el desarrollo socioemocional, grupos seleccionados como parte de una respuesta a un brote de emergencia utilizando reservas de vacunas de emergencia, trabajadores en sectores no esenciales pero económicamente críticos, particularmente en ocupaciones que no permiten el trabajo a distancia o el distanciamiento físico durante el trabajo, trabajadores de la salud, trabajadores esenciales fuera del sector de la salud (ejemplos: agentes de policía y personal de emergencia de primera línea, servicios municipales, maestros, proveedores de cuidado infantil, trabajadores agrícolas y alimentarios, trabajadores del transporte), líderes gubernamentales y personal administrativo y técnico que se necesitan críticamente para las funciones indispensables del estado (este grupo debe interpretarse de manera restringida para incluir un número muy pequeño de personas), personal necesario para vacunas, terapias, producción de diagnósticos, personas que viven en la pobreza, especialmente en la pobreza extrema, personas sin hogar y quienes viven en asentamientos informales o barrios marginales urbanos, grupos étnicos, raciales, de género y religiosos desfavorecidos o perseguidos, y minorías sexuales y personas que viven con discapacidades, trabajadores migrantes de bajos ingresos, refugiados, desplazados internos, solicitantes de asilo, poblaciones en situaciones de conflicto o afectadas por emergencias humanitarias, migrantes vulnerables en situaciones irregulares, poblaciones nómadas, grupos de población de difícil acceso			vacunas, estos grupos prioritarios deberán interpretarse mejor a nivel nacional. Este proceso debe ser dirigido por expertos nacionales en salud / Grupos Asesores Técnicos Nacionales de Inmunización (NITAG) en amplia consulta con las partes interesadas. La toma de decisiones a nivel de país requerirá datos recopilados, o al menos cotejados, a nivel de país.	
<b>Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades (CDC)</b> <a href="https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Key-aspects-">https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Key-aspects-</a>	Los empleados de servicios esenciales (por ejemplo, trabajadores de la salud, socorristas, trabajadores de atención social) suelen ser uno de los primeros grupos destinatarios considerados para la vacunación y a aquellos que son médica y socialmente vulnerables en las diferentes fases de la	Evidencia: Este documento proporciona una descripción general de los aspectos clave relacionados con las fases iniciales posteriores a la introducción de una o más vacunas COVID-19 en la Unión Europea y el	Planificar una estrategia de vacunación universal para las fases posteriores a la	Las limitaciones de suministro, al menos en las etapas iniciales de implementación,	Dependiendo de las características de la vacuna y de los objetivos de la estrategia de



Entidad/ Agencia/ Enlace disponible/ Fecha	Recomendación población priorizada	Justificación población priorizada (Evidencia/consenso/Opinión individual)	Características de la vacunación (Fases, escalonada, todos al tiempo)	Conclusiones	Observaciones
<a href="#">regarding-introduction-and-prioritisation-of-COVID-19-vaccination.pdf</a>  <b>Octubre 2020</b>	<p>pandemia y, en particular, cuando la atención médica está bajo presión.</p> <p>Además, los grupos de la población que tienen más probabilidades de estar infectados con el SARS-CoV-2 y los grupos que tienen más probabilidades de sufrir el COVID-19 grave (por ejemplo, adultos mayores, especialmente aquellos que viven en entornos hacinados, e individuos de cualquier edad). con comorbilidades).</p>	<p>Espacio Económico Europeo (UE / EEE) y el Reino Unido (Reino Unido). El objetivo es apoyar, pero no definir, la política de la UE sobre vacunación contra COVID-19.</p>	<p>introducción de las vacunas COVID-19 dependerá de la disponibilidad de dosis suficientes de vacunas y de si las vacunas se pueden administrar de manera segura a todos (individuos seronegativos y seropositivos). La vacunación universal se puede lograr mediante un enfoque gradual siguiendo pasos secuenciales de priorización</p>	<p>serán un factor clave que afectará la toma de decisiones con respecto a la priorización. Si bien se justifica y alienta un enfoque político común y concertado de la UE en el establecimiento de estrategias de vacunación para garantizar que ninguna región o nación se quede atrás, se necesitará adaptabilidad. Los países deben implementar vacunas contra COVID-19 con un enfoque iterativo basado en el suministro de vacunas, tendencias de transmisión, epidemiología observada de COVID-19, prevalencia de los grupos objetivo-seleccionados en la población y principios de equidad, entre otros. La flexibilidad para adaptar las estrategias será esencial, en particular porque se generan nuevas pruebas de manera constante y deben utilizarse para</p>	<p>vacunación, deben identificarse y decidirse los posibles grupos destinatarios. Estos grupos destinatarios pueden caracterizarse por grupos de edad, afecciones médicas subyacentes, lugar de residencia o actividad diurna, u ocupación y lugar de trabajo, también es necesario tener en cuenta la capacidad de las personas de los grupos destinatarios seleccionados para generar una respuesta inmunitaria protectora después de la vacunación, y la ausencia de cualquier problema de seguridad o contraindicación importante. Es probable que los ensayos de vacunas no puedan evaluar algunos segmentos de la población y posibles grupos destinatarios. Por lo tanto, es posible que las decisiones sobre la inclusión de algunos grupos destinatarios deban tomarse antes que otros, a medida que</p>



Entidad/ Agencia/ Enlace disponible/ Fecha	Recomendación población priorizada	Justificación población priorizada (Evidencia/consenso/Opinión individual)	Características de la vacunación (Fases, escalonada, todos al tiempo)	Conclusiones	Observaciones
				informar los enfoques.	haya pruebas disponibles.
<p>The national academies of sciences, engineering and medicine</p> <p><a href="http://nap.edu/25917">http://nap.edu/25917</a></p> <p>Noviembre 2020</p>	<p><b>Fase 1:</b> "fase de arranque": trabajadores sanitarios de alto riesgo, primeros encuestados. Fase 1b: personas de todas las edades con afecciones comórbidas y subyacentes que las ponen en un riesgo significativamente mayor y adultos mayores que viven en entornos agrandados o superpoblados.</p> <p><b>Fase 2:</b> Maestros y personal escolar y trabajadores de cuidado infantil, trabajadores críticos en entornos de alto riesgo, trabajadores que se encuentran en industrias esenciales para el funcionamiento de la sociedad y tienen un riesgo de exposición sustancialmente más alto, personas de todas las edades con condiciones comórbidas y subyacentes que las ponen con un riesgo moderadamente más alto, personas en refugios para personas sin hogar o hogares grupales para personas con discapacidades, incluidas enfermedades mentales graves, discapacidades intelectuales y del desarrollo o en recuperación y el personal que trabaja en dichos entornos, personas en prisiones, cárceles, centros de detención e instalaciones similares, y personal que trabaja en tales entornos. Todos los adultos mayores no incluidos en la fase 1</p> <p><b>Fase 3:</b> Adultos jóvenes, niños, trabajadores de industrias y ocupaciones importantes para el funcionamiento de la sociedad y con mayor riesgo de esposas no incluidos en la fase 1 o 2</p> <p><b>Fase 4:</b> Todas las personas que residen en Estados Unidos y que no tuvieron acceso a la vacuna en fases anteriores.</p>	<p>Consenso y evidencia: El comité basó sus propuestas específicas en estimaciones generales del número de personas cubiertas en cada fase del marco de asignación, una práctica también utilizada por la OMS. .</p>	<p>El comité recomienda un enfoque de cuatro fases para la asignación equitativa de la vacuna COVID-19. El comité utiliza el término "fases", lo que sugiere implementaciones exitosas, en lugar del término jerárquico "niveles". Dentro de cada fase, todos los grupos tienen la misma prioridad. Este enfoque aplica la mejor evidencia actual disponible para implementar los principios fundamentales del marco.</p>	<p>El Departamento de Salud y Servicios Humanos y las autoridades estatales, tribales, locales y territoriales deben adoptar el marco de asignación establecida del comité sobre el desarrollo de pautas nacionales y locales para la asignación de la vacuna COVID-19. Las pautas deben adherirse a los principios fundamentales, los criterios de asignación y las fases de asignación descritas en el informe del comité y buscar maximizar el beneficio, mitigar las inequidades en la salud, manifestar el mismo respeto por todos, ser justos y transparentes y basarse en la mejor evidencia actual.</p>	<p>Es importante destacar que el comité reconoce que los grupos de población incluidos en cada fase de asignación se superponen hasta cierto punto, y seguramente hay individuos que encajan en múltiples categorizaciones</p>
<p>Comisión Europea</p> <p><a href="https://ec.europa.eu/commission/press-corner/detail/en/ip_20_1903">https://ec.europa.eu/commission/press-corner/detail/en/ip_20_1903</a></p> <p>Octubre 2020</p>	<p>La Comunicación proporciona ejemplos de grupos prioritarios no clasificados que los países deben considerar una vez que las vacunas COVID-19 estén disponibles, que incluyen: trabajadores de instalaciones sanitarias y de cuidados a largo plazo; personas mayores de 60 años; personas cuyo estado de salud las pone particularmente en riesgo; trabajadores esenciales; personas que no pueden distanciarse socialmente; grupos socioeconómicos más desfavorecidos.</p>	<p>Opinión / comunicación</p>	<p>No descrito</p>	<p>No descrita</p>	<p>Ninguna</p>



Entidad/ Agencia/ Enlace disponible/ Fecha	Recomendación población priorizada	Justificación población priorizada (Evidencia/consenso/Opinión individual)	Características de la vacunación (Fases, escalonada, todos al tiempo)	Conclusiones	Observaciones
<p><b>Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades</b></p> <p><a href="https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Overview-of-EU-EEA-UK-vaccination-deployment-plans.pdf">https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Overview-of-EU-EEA-UK-vaccination-deployment-plans.pdf</a></p> <p><b>Diciembre 2020</b></p>	<p>Se consideraron las prioridades para vacunación de 27 Estados miembros de la UE (Austria, Bélgica, Bulgaria, Chequia, Croacia, Dinamarca, Estonia, Finlandia, Francia, Alemania, Grecia, Hungría, Italia, Irlanda, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Países Bajos, Polonia, Portugal, Rumania, Eslovaquia, Eslovenia, España, Suecia).</p> <p>La información preliminar identifica que los grupos de mayor edad, los trabajadores de la salud y las personas con enfermedades subyacentes son los grupos objetivo más comunes que los países consideran como grupos prioritarios para la vacunación. Entre los adultos mayores, los países proporcionaron diferentes rangos de edad para la prioridad de la vacuna. Los trabajadores de la salud y los residentes en centros de atención a largo plazo (LTCF) a menudo se enumeraron como uno de los primeros grupos en recibir prioridad para la vacunación. Al 30 de noviembre, Austria, Francia y España habían priorizado aún más los grupos objetivo dentro de los grupos prioritarios para recibir las primeras dosis de las vacunas una vez que estén disponibles.</p>	<p>Evidencia: La encuesta del ECDC recopiló información sobre la evidencia que se considerará o se ha considerado hasta la fecha con el fin de priorizar los diferentes grupos destinatarios de la vacunación, como el papel del modelado de impacto de las diferentes estrategias de vacunación, la vigilancia epidemiológica mejorada o la seguridad y eficacia de las vacunas notificadas por edad y grupo de población de los ensayos de fase 3. Las principales consideraciones que los países mencionaron que debían tenerse en cuenta incluían datos de vigilancia epidemiológica, análisis de datos específicos del país (por ejemplo, sobre hospitalización y mortalidad) e información de la literatura en grupos con mayor riesgo de enfermedad grave y muerte debido a la enfermedad COVID-19 y sus complicaciones.</p>	<p>No descrito</p>	<p>Once países respondieron que utilizaron o utilizarán modelos matemáticos como herramienta para la priorización de los grupos destinatarios, pero no se proporcionó una descripción más detallada del escenario. Algunos países respondieron que considerarían las directrices del ECDC, la OMS y los CDC de EE. UU. Diez países mencionaron consideraciones éticas que incluyeron la participación de expertos en ética, comités de ética y el uso de marcos éticos. Muchos países destacaron que la información sobre los productos de vacunas específicos de los estudios de fase 3 se tomará en consideración una vez que esté disponible (lo que puede afectar el ejercicio de modelado final).</p>	<p>Ninguna</p>
<p><b>Directores médicos de las Naciones Unidas (UNMD)</b></p>	<p>La UNMD está de acuerdo en que el enfoque inicial de cualquier campaña de vacunación para el personal de las Naciones Unidas debe estar en línea con el enfoque actual de</p>	<p>Consenso: Derivado de la recomendación OMS</p>	<p>No descrito</p>	<p>Para utilizar los recursos limitados de la ONU de</p>	<p>Ninguna</p>



Entidad/ Agencia/ Enlace disponible/ Fecha	Recomendación población priorizada	Justificación población priorizada (Evidencia/consenso/Opinión individual)	Características de la vacunación (Fases, escalonada, todos al tiempo)	Conclusiones	Observaciones
<a href="https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/coronavirus_unmdstatementcovidvacine.pdf">https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/coronavirus_unmdstatementcovidvacine.pdf</a>  <b>Noviembre 2020</b>	<p>la mayoría de los países (y el marco de asignación de COVAX de la OMS) y debe cubrir principalmente a las personas que pertenecen a grupos definidos de mayor riesgo. Se puede considerar un acceso más amplio para personas sanas en grupos de menor riesgo una vez que la vacuna esté más disponible y se hayan cubierto los grupos de mayor riesgo. Dichos grupos están en orden de prioridad creciente:</p> <p>Trabajadores de la salud de las Naciones Unidas y personal de servicios médicos de emergencia; Personal de la ONU con una de varias afecciones médicas crónicas que aumentan su riesgo de enfermedad grave, personal de la ONU embarazada (siempre que la vacuna sea segura y efectiva para este grupo), personal de misión crítica (según lo determinen las organizaciones de acuerdo con sus planes de continuidad comercial), y adultos sanos</p>			<p>manera eficiente (es decir, en particular, en las ubicaciones de la Sede de la ONU y / u otras ubicaciones donde las autoridades de salud locales brindan acceso a las vacunas), la UNMD recomienda que el personal haga un uso máximo del sistema de atención de la salud local para obtener acceso a la vacuna pandémica. Esto es particularmente relevante durante las primeras etapas de la campaña de vacunación cuando los suministros serán limitados. Las existencias de vacunas de las Naciones Unidas deben estar destinadas principalmente al personal en ubicaciones de campo en áreas con transmisión comunitaria, donde los servicios de salud locales no son óptimos y la disponibilidad de vacunas es limitada o nula.</p>	
<b>Organización Panamericana de la Salud (OPS)</b>	Como referencia se incluyen las estimaciones de población para grupos de riesgo de la OMS (personal de salud [3%],	Consenso y evidencia: Las recomendaciones de los diferentes grupos técnicos para definir	No descrito	El país tomara la decisión de	Ninguna



Entidad/ Agencia/ Enlace disponible/ Fecha	Recomendación población priorizada	Justificación población priorizada (Evidencia/consenso/Opinión individual)	Características de la vacunación (Fases, escalonada, todos al tiempo)	Conclusiones	Observaciones
<a href="https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52533/OPSFPLIMCOVID-19200014_spa.pdf?sequence=1&amp;isAllo wed=y">https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52533/OPSFPLIMCOVID-19200014_spa.pdf?sequence=1&amp;isAllo wed=y</a>  julio 2020	adultos mayores y personas con enfermedades crónicas [20%]. Los países cuentan con varias fuentes de información que pueden ser utilizadas para el cálculo de estas poblaciones de riesgo; por ejemplo: censos nacionales, planes nacionales para la vacunación de influenza estacional que incluyen diferentes grupos de riesgo, nóminas del personal de salud del sector público y privado, encuestas de prevalencia de enfermedades crónicas.	la población objetivo a vacunar se basarán en la evidencia disponible, los cuales tendrán en cuenta las características de las vacunas (seguridad, inmunogenicidad, eficacia y duración de la protección), los grupos de mayor riesgo (adultos mayores y personas con enfermedades crónicas), otras enfermedades y el embarazo. Asimismo, las recomendaciones sobre el número de dosis necesarias, la administración con otras vacunas y, los eventos que deben vigilarse en relación con la seguridad de las vacunas dependerán de la evidencia disponible y se actualizarán permanentemente.		introducción de esta nueva vacuna teniendo en cuenta criterios técnicos, programáticos, sociales y económicos. Para aspectos técnicos, los países se apoyarán en las recomendaciones de los grupos asesores tanto a nivel global y regional como nacional. Los principales grupos asesores en inmunización son los siguientes: Mundial: Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico (SAGE) sobre Inmunización, Mundial: Comité Consultivo Mundial sobre la Seguridad de la Vacunación (GACVS), Regional: Grupo Técnico Asesor (GTA) sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación, Nacional: Grupo Técnico Asesor Nacional sobre Inmunización (NITAG) y los comités de ética.	





## Entidades nacionales de estados unidos y Canadá

Entidad/ Agencia/ Enlace disponible/ Fecha	Recomendación población priorizada	Justificación población priorizada (Evidencia/consenso/Opinión individual)	Características de la vacunación (Fases, escalonada, todos al tiempo)	Conclusiones	Observaciones
<p>Departamento de salud de Minnesota</p> <p><a href="https://www.health.state.mn.us/diseases/coronavirus/vaccine/phase1aguide.pdf">https://www.health.state.mn.us/diseases/coronavirus/vaccine/phase1aguide.pdf</a></p> <p>Agosto 2020</p>	<p>Población de personal de salud y residentes de centros de atención a largo plazo dentro de cada región y población residente en sectores censales vulnerables identificados por el Índice de Vulnerabilidad Social (SVI); SVI identifica comunidades en riesgo que están asociadas con una mayor incidencia de casos de COVID-19 y una mayor letalidad.</p> <p><b>Fase 1a - Primera prioridad:</b></p> <p>Todo el personal que trabaja en unidades dedicadas COVID-19, UCI, departamentos de emergencia, clínicas designadas de atención urgente COVID-19. (Incluye, pero no se limita a: enfermeras y asistentes de enfermería, médicos, proveedores de práctica avanzada, terapeutas respiratorios, personal de laboratorio / tecnología y personal de mantenimiento / servicios ambientales), centros de enfermería especializada y hogares geriátricos, personal de servicios médicos de emergencia: personas que brindan atención directa al paciente como parte del sistema. Esto incluye: pilotos de ambulancia aérea, conductores de ambulancia terrestre, médicos, asistentes médicos, enfermeras y el personal certificado: paramédicos, técnicos médicos de emergencia avanzados, técnicos médicos de emergencia y personal de respuesta médica de emergencia, vacunadores comunitarios.</p> <p><b>Fase 1a - segunda prioridad</b></p> <p>Todo el personal que brinda servicios directos al paciente o que maneja materiales infecciosos y no está incluido en el grupo de primera prioridad, personas de instalaciones de vida asistida / viviendas con servicios con un proveedor de atención domiciliaria, todo el personal que brinda servicios directos al paciente o que maneja materiales infecciosos y no está incluido en el grupo de primera prioridad, todo el personal que brinda servicios directos al paciente o manipula materiales infecciosos.</p> <p><b>Fase 2a - tercera prioridad</b></p> <p>Todo personal de salud no incluidos en los grupos de primera y segunda prioridad que no pueden trabajar a distancia. Esto incluye, pero no se limita a personal que trabaja en hospitales, entornos ambulatorios y ambulatorios, entornos de salud en el hogar, refugios de emergencia, consultorios dentales, farmacias, clínicas de salud</p>	<p>Consenso: Se basa en principios clave y consideraciones éticas delineadas por ACIP y adaptadas para Minnesota</p>	<p>Fase 1a - Primera prioridad; Fase 1a - segunda prioridad, Fase 1a - Tercera prioridad</p>	<p>Está bien establecido que ciertos grupos se ven afectados de manera desproporcionada por COVID-19 y corren un mayor riesgo<sup>14</sup>. Las personas incluidas en la Fase 1a podrían recibir más prioridades en función de su mayor riesgo para la salud. Además de las consideraciones descritas en la matriz de prioridades, es posible que los vacunadores necesiten establecer prioridades dentro de estos grupos.</p>	<p>Ninguna</p>



Entidad/ Agencia/ Enlace disponible/ Fecha	Recomendación población priorizada	Justificación población priorizada (Evidencia/consenso/Opinión individual)	Características de la vacunación (Fases, escalonada, todos al tiempo)	Conclusiones	Observaciones
	pública, entornos de salud mental / conductual, entornos correccionales y hogares grupales.				
<p>Kaiser Family Foundation</p> <p><a href="https://www.kff.org/coronavirus-covid-19/issue-brief/estimates-of-the-initial-priority-population-for-covid-19-vaccination-by-state/">https://www.kff.org/coronavirus-covid-19/issue-brief/estimates-of-the-initial-priority-population-for-covid-19-vaccination-by-state/</a></p> <p>Diciembre 2020</p>	Trabajadores que brindan atención clínica directa, como médicos, enfermeras y asistentes; trabajadores que brindan apoyo directo a los pacientes, como el personal ambiental y de alimentos; y supervisores y gerentes de primera línea de estas ocupaciones	Opinión	No descrita	Si bien algunos estados pueden tener un suministro adecuado para vacunar a su población prioritaria, otros pueden quedarse cortos y pueden necesitar decidir quién va primero entre las personas de este grupo inicial. Además, a medida que los estados asignan las vacunas a nivel local, la capacidad de los condados, los municipios y los sistemas de atención médica para vacunar a los trabajadores de la salud y a los residentes de atención a largo plazo podría variar, según el suministro de vacunas y la demografía de sus comunidades. En los casos en que el suministro sea insuficiente para vacunar completamente a la población prioritaria inicial, Se podrían considerar factores adicionales para la subpriorización del personal de salud. De manera similar, ACIP señala que las jurisdicciones podrían considerar primero ofrecer vacunas a los residentes y al personal de atención médica en centros de enfermería especializada debido al riesgo de mortalidad relacionada con COVID-19 entre los residentes en esos entornos	Ninguna
<p>Departamento de salud de Virginia</p> <p><a href="https://www.vdh.virginia.gov/content/uploads/sites/6/2020/12/Revised-Vaccine-">https://www.vdh.virginia.gov/content/uploads/sites/6/2020/12/Revised-Vaccine-</a></p>	Trabajadores de la salud y residentes de cuidados a largo plazo; trabajadores esenciales y adultos de alto riesgo	La priorización se desarrolló teniendo en cuenta varios supuestos de planificación: La cantidad de vacuna que se recibe y las pautas de priorización de vacunas	Fase 1a: trabajadores de la salud y residentes de cuidados a largo plazo; Fase 1b - Trabajadores esenciales, Fase 1c: adultos de alto riesgo	No descrita	Ninguna



Entidad/ Agencia/ Enlace disponible/ Fecha	Recomendación población priorizada	Justificación población priorizada (Evidencia/consenso/Opinión individual)	Características de la vacunación (Fases, escalonada, todos al tiempo)	Conclusiones	Observaciones
<a href="#">Allocation-Prioritization-12.4.2020.pdf</a>  Diciembre 2020		basados en las recomendaciones del ACIP publicadas recientemente.			
<b>Departamento de salud pública de Massachusetts.</b>  <a href="https://www.mass.gov/doc/massachusetts-interim-draft-plan/download">https://www.mass.gov/doc/massachusetts-interim-draft-plan/download</a>  octubre 2020	<p><b>Fase 1:</b> (diciembre de 2020 - febrero de 2021): las vacunas aprobadas comienzan a ir a 5 grupos prioritarios (enumerados en orden de prioridad): Trabajadores de la salud clínicos y no clínicos que brindan atención directa y frente a COVID; Centros de atención a largo plazo, hogares de reposo e instalaciones de vida asistida; Servicios de policía, bomberos y médicos de emergencia; Entornos de atención colectiva (incluidos correccionales y refugios), Trabajadores de la salud a domicilio, trabajadores de la salud que brindan atención no relacionada con COVID</p> <p><b>Fase 2</b> (febrero - marzo de 2021; enumerados en orden de prioridad): Individuos con más de 2 condiciones comórbidas (alto riesgo de complicaciones de COVID-19), Trabajadores de educación temprana, K-12, tránsito, abarrotes, servicios públicos, alimentos y agricultura, saneamiento, obras y salud pública, Adultos &gt; 65 años, Individuos con una condición comórbida.</p> <p><b>Fase 3</b> (a partir de abril de 2021): se espera que la vacuna esté disponible para el público en general.</p>	<p>Consenso: Massachusetts ha considerado los aportes del Grupo Asesor de Vacunas MA COVID-19 e incorporó recomendaciones del Comité Asesor Federal sobre Prácticas de Inmunización (ACIP) y las Academias Nacionales de Ciencias, Ingeniería y Medicina (NASEM) para guiar la priorización en nuestro estado.</p> <p>Massachusetts coloca la equidad como un principio central de sus recomendaciones, yendo más allá de las recomendaciones nacionales al priorizar a todos los trabajadores de la salud que enfrentan COVID, no solo a los proveedores de atención médica, sino también a los trabajadores de instalaciones y servicios de alimentos para la salud.</p>	La priorización de vacunas ocurrirá en 3 fases	No descrita	Ninguna
<b>Gobierno de Canadá</b>  <a href="https://www.canada.ca/en/public-health/services/immunization/national-advisory-committee-on-immunization-naci/guidance-key-populations-early-covid-19-immunization.html">https://www.canada.ca/en/public-health/services/immunization/national-advisory-committee-on-immunization-naci/guidance-key-populations-early-covid-19-immunization.html</a>	Aquellos con alto riesgo de enfermedad grave y muerte por COVID-19 (Edad avanzada y Otras condiciones de alto riesgo), Aquellos con mayor probabilidad de transmitir COVID-19 a aquellos con alto riesgo de enfermedad grave y muerte por COVID-19 y trabajadores esenciales para mantener la respuesta COVID-19 (Trabajadores de la salud, trabajadores de cuidado personal y cuidadores que brindan atención en instalaciones de atención a largo plazo u otras instalaciones de atención colectiva para personas mayores, otros trabajadores más esenciales en el manejo de la respuesta COVID-19 o en la atención de primera línea para los pacientes COVID-19, contactos domésticos de personas con alto riesgo de enfermedad grave y muerte por COVID-19), Los que contribuyen al mantenimiento de otros servicios	Evidencia y consenso: Dado que se espera que la llegada del suministro de la vacuna se escalone durante varios meses, la declaración NACI recomienda que las poblaciones clave en las que la vacuna se considere segura y eficaz según la evidencia clínica disponible en el momento de la disponibilidad de la vacuna deben tener prioridad para la inmunización	<p>La secuenciación de poblaciones clave y la subpriorización dentro de las poblaciones clave se basará en:</p> <p>Un análisis de riesgo-beneficio basado en la población que toma en consideración el riesgo de exposición, el riesgo de transmisión a otros, el riesgo de enfermedad</p>	Debido a los desafíos anticipados con el suministro suficiente para satisfacer la demanda de vacunas inicialmente, se recomienda que las poblaciones clave en las que la vacuna se considere segura y efectiva según la evidencia disponible en el momento de la disponibilidad de la vacuna deben tener prioridad para la inmunización COVID-19. Estos grupos no	Las recomendaciones específicas para las vacunas COVID-19 en poblaciones clave dependerán de factores aún desconocidos como el suministro y las características (p. Ej., Seguridad, inmunogenicidad, eficacia y efectividad para prevenir enfermedades graves e



Entidad/ Agencia/ Enlace disponible/ Fecha	Recomendación población priorizada	Justificación población priorizada (Evidencia/consenso/Opinión individual)	Características de la vacunación (Fases, escalonada, todos al tiempo)	Conclusiones	Observaciones
<b>Noviembre 2020</b>	esenciales para el funcionamiento de la sociedad (A ser definido, priorizado e informado por discusiones federales / provinciales / territoriales), Aquellos cuyas condiciones de vida o de trabajo los ponen en alto riesgo de infección y donde la infección podría tener consecuencias desproporcionadas, incluidas las comunidades indígenas.	COVID-19. Estos grupos no son mutuamente excluyentes y pueden superponerse. No se puede determinar un enfoque secuencial hasta que se conozcan las características de la vacuna, los resultados de los ensayos clínicos y el número de dosis disponibles	grave y muerte, y la seguridad y eficacia de la (s) vacuna (s) en poblaciones clave. Suministro de vacunas (número de tipos de vacunas disponibles, número y horario de las dosis disponibles, número de dosis necesarias). Condiciones epidémicas de COVID-19 cuando las vacunas estén disponibles	son mutuamente excluyentes y pueden superponerse. No se puede determinar un enfoque secuencial hasta que se conozcan las características de la vacuna, los resultados de los ensayos clínicos y el número de dosis disponibles. Las poblaciones clave pueden cambiar a medida que evoluciona la base de pruebas para COVID-19 y las características de la vacuna, así como la información sobre el suministro de vacunas.	interrumpir la transmisión en diferentes poblaciones) de la (s) vacuna (s) COVID-19 disponible para los canadienses, la evolución de la evidencia sobre COVID-19, así como el contexto epidemiológico en el momento en que las vacunas COVID-19 estén disponibles.
<b>Departamento de salud de Arizona</b>  <a href="https://azdhs.gov/documents/preparedness/epidemiology-disease-control/infectious-disease-epidemiology/novel-coronavirus/draft-covid19-vaccine-plan.pdf">https://azdhs.gov/documents/preparedness/epidemiology-disease-control/infectious-disease-epidemiology/novel-coronavirus/draft-covid19-vaccine-plan.pdf</a>  <b>octubre 2020</b>	Fase 1a: Profesionales de la salud y ocupaciones técnicas, ocupaciones de apoyo a la atención médica, ocupaciones de ayudas para el cuidado personal y de salud en el hogar, farmacéuticos y técnicos de farmacia, respuesta médica de emergencia, ocupaciones de apoyo para la atención médica, enfermeras escolares (enfermeras, auxiliares de enfermería y auxiliares de oficina de salud)  Fase 1b: Otros trabajadores esenciales: ocupaciones de servicios de protección, trabajadores de la industria alimentaria minorista, maestros y personal escolar, proveedores de cuidado infantil; Personas con mayor riesgo de enfermedad grave COVID-19: residentes de centros de atención a largo plazo (hogares geriátricos, vida asistida), personas con afecciones médicas subyacentes (obesidad, EPOC, enfermedad cardíaca, diabetes, enfermedad renal crónica), personas de 65 años de edad y más.  Fase 2: Personas con mayor riesgo de contraer o transmitir la enfermedad: Personas de grupos minoritarios raciales y étnicos, personas que se encuentran en instalaciones correccionales / encarceladas, personas sin hogar / que viven en refugios, personas que asisten a colegios / universidades, Personas que viven en entornos congregados no institucionales (Ej. Militares); Personas con acceso limitado a servicios de vacunación de rutina: personas que viven en comunidades rurales, personas con discapacidades, personas con seguro insuficiente o sin seguro, personas que no hablan inglés	Consenso: Las decisiones de asignación de vacunas se tomarán de acuerdo con la epidemiología pandémica, la guía federal, las recomendaciones de VAPAC, la disponibilidad de la vacuna, el personal de infraestructura crítica, las personas con mayor riesgo de complicaciones y necesidades locales. Los CDC han declarado que brindarán orientación y recomendaciones para las poblaciones prioritarias, pero la decisión sobre cuándo y cómo expandir los grupos prioritarios es una decisión estatal y local.	Fase 1: Dosis potencialmente limitadas disponibles  Fase 2: Gran cantidad de dosis disponibles, suministro probable para satisfacer la demanda  Fase 3: Probable oferta suficiente, disminución de la demanda.	No descrita	Ninguna
<b>Departamento de salud pública de Illinois</b>	Fase 1a: Personal sanitario y Residentes de centros de atención a largo plazo. Fase 1b: Trabajadores esenciales de primera línea y en espera de más orientación en espera de las recomendaciones del	Evidencia y consenso: La información contenida en este documento se basa en una	Fase 1: Suministro limitado / escaso de dosis de vacuna COVID-19	No descrita	Ninguna



Entidad/ Agencia/ Enlace disponible/ Fecha	Recomendación población priorizada	Justificación población priorizada (Evidencia/consenso/Opinión individual)	Características de la vacunación (Fases, escalonada, todos al tiempo)	Conclusiones	Observaciones
<a href="https://www.dph.illinois.gov/covid19/vaccination-plan">https://www.dph.illinois.gov/covid19/vaccination-plan</a>  <b>Diciembre 2020</b>	<p>ACIP. Fase 1c: Adultos con afecciones médicas de alto riesgo y mayores de 65 años y en espera de más orientación en espera de las recomendaciones del ACIP.</p> <p>Fase 2: Trabajadores en industrias y ocupaciones importantes para el funcionamiento de la sociedad, personas con comorbilidades moderadas y en espera de más orientación en espera de las recomendaciones del ACIP.</p> <p>Fase 3: Inmunización de niños (si una vacuna pediátrica está aprobada / disponible), adultos jóvenes (18-30) y en espera de más orientación en espera de las recomendaciones del ACIP</p>	<p>guía limitada y preliminar del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) y el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP), en cada fase, una vez que se han alcanzado satisfactoriamente los grupos prioritarios, la planificación de la administración de la vacuna puede centrarse en llegar a la siguiente población de interés y / o la población en general, donde el objetivo general es lograr la inmunidad colectiva.</p>	<p>disponibles. Centrar los esfuerzos iniciales en llegar a poblaciones críticas. Asegurar que las ubicaciones de vacunación seleccionadas puedan llegar a las poblaciones, gestionar los requisitos de la cadena de frío y cumplir con los requisitos de notificación para el suministro y la recepción de vacunas. Las estrategias de administración de vacunas en la fase 1 se dividen en tres subfases.</p> <p>Fase 2: mayor número de dosis de vacuna disponibles. Centrarse en garantizar el acceso a la vacuna para los miembros de las poblaciones críticas de la Fase 1 que aún no han sido vacunadas, ampliar los esfuerzos para llegar a las poblaciones críticas de la Fase 2. Los posibles grupos podrían incluir.</p> <p>Fase 3: suministro de vacunas aún más disponible.</p> <p>Fase 4: Se dispone de un suministro suficiente de dosis de vacuna para toda la población (excedente de dosis). Los posibles grupos podrían incluir; Todos los grupos están incluidos en esta fase. El enfoque en</p>		



Entidad/ Agencia/ Enlace disponible/ Fecha	Recomendación población priorizada	Justificación población priorizada (Evidencia/consenso/Opinión individual)	Características de la vacunación (Fases, escalonada, todos al tiempo)	Conclusiones	Observaciones
			esta fase es asegurar que todos los que califiquen y necesiten o quieran una vacuna COVID-19 reciban la vacuna solicitada sin costo alguno.		
<p><b>Departamento de salud pública de Louisiana</b></p> <p><a href="https://ldh.la.gov/assets/oph/Center-PHCH/Center-PH/immunizations/Louisiana COVID-19 Vaccination Playbook V1 10 16 20.pdf">https://ldh.la.gov/assets/oph/Center-PHCH/Center-PH/immunizations/Louisiana COVID-19 Vaccination Playbook V1 10 16 20.pdf</a></p> <p><b>Octubre 2020</b></p>	<p>Fase 1A: Incluye el personal remunerado y no remunerado que presta servicios en entornos de atención médica que tienen el potencial de exposición directa o indirecta a pacientes con COVID-19 o materiales infecciosos de COVID-19 y no pueden trabajar desde casa. Incluye personal que brinda servicios críticos (tanto directos como soporte) a pacientes con COVID-19 en las siguientes instalaciones autorizadas: Hospitales de nivel uno (hospitales médicos que brindan servicios médicos agudos, emergencias médicas, cirugías, cuidados intensivos, etc.), hospitales de nivel dos (hospitales donde los pacientes han sido transportados para continuar recibiendo servicios de salud mientras se recupera de COVID-19 hasta que esté lo suficientemente bien como para ser dado de alta), Centros / hogares geriátricos, incluidos los centros de enfermería especializada, instalaciones de atención residencial para adultos (incluye instalaciones de "vida asistida")</p> <p>Fase 1b: Incluye personal remunerado y no remunerado que presta servicios en entornos de atención médica y de atención que tienen el potencial de exposición directa o indirecta a pacientes o materiales infecciosos y no pueden trabajar desde casa. Incluye al personal que brinda servicios críticos (tanto directos como de apoyo) a los pacientes en las siguientes instalaciones autorizadas: Hospitales de nivel uno (hospitales médicos que brindan servicios médicos agudos, servicios de emergencia médica, cirugías, cuidados intensivos, etc.) Hospitales de nivel dos (hospitales a los que se ha trasladado a los pacientes para que continúen recibiendo servicios de salud hasta que estén lo suficientemente bien como para ser dados de alta). Esto incluye hospitales de rehabilitación, así como hospitales de salud conductual donde los pacientes permanecen en las instalaciones durante más de un día, centros / hogares geriátricos, incluidos centros de enfermería especializada, centros de atención residencial para adultos (incluye centros de "vida asistida"), centros de atención intermedia / retrasados en el desarrollo, centros de tratamiento residencial psiquiátrico y de transición supervisada por forenses, centros de atención domiciliaria grupal terapéutica (comportamiento de jóvenes), personal del centro de enfermedad renal en etapa final, personal de instalaciones de salud pública para pacientes ambulatorios de tipo público, personal de atención primaria de tipo no</p>	<p>Consenso y evidencia: El manual de vacunación contra COVID-19 del estado de Louisiana proporciona un marco para la respuesta de vacunación contra COVID-19 de la jurisdicción. Esta planificación se basa en una serie de planes de operaciones de emergencia bien establecidos de la Oficina de Seguridad Nacional y Preparación para Emergencias del Gobernador, la Oficina Parroquial de Seguridad Nacional y Preparación para Emergencias, la Oficina del Departamento de Salud Pública de Louisiana. Se utilizaron experiencias pasadas de distribución y administración de vacunas, ejercicios anuales de planes de vacunación masiva para influir en este documento. El Manual de estrategias de vacunación COVID-19 del estado de Louisiana sigue las 15 secciones principales de planificación del Manual de estrategias provisionales para operaciones de jurisdicción del programa de vacunación COVID-19 de los CDC, versión del 16 de septiembre de 2020</p>	<p>Fase 1: Dosis potencialmente limitadas disponibles</p> <p>Fase 2: Gran cantidad de dosis disponibles, suministro probable para satisfacer la demanda</p> <p>Fase 3: Probable oferta suficiente, disminución de la demanda.</p>	<p>No descrita</p>	<p>Ninguna</p>



Entidad/ Agencia/ Enlace disponible/ Fecha	Recomendación población priorizada	Justificación población priorizada (Evidencia/consenso/Opinión individual)	Características de la vacunación (Fases, escalonada, todos al tiempo)	Conclusiones	Observaciones
	<p>público, funcionarios correctivos y carcelarios, bomberos, personal del respuesta del estado covid-19, otro personal de salud para pacientes ambulatorios (Centros comunitarios de salud mental, consultorios dentales, centros de salud conductual para pacientes ambulatorios, fisioterapia para pacientes ambulatorios, clínicas especializadas para pacientes ambulatorios, clínicas para el manejo del dolor, centros de atención médica diurna pediátrica, consultorios médicos especializados), personal de cumplimiento legal, personal de transporte médico y público, farmacéuticos, personal de procesamiento y embalaje de alimentos; personas &gt; 65 años o con condiciones de salud existentes (Cáncer, Enfermedad renal crónica, EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), Estado inmunodeprimido (sistema inmunológico debilitado) por trasplante de órganos sólidos, Obesidad (índice de masa corporal [IMC] de 30 o superior), Afecciones cardíacas graves, como insuficiencia cardíaca, enfermedad de las arterias coronarias o cardiomiopatías, anemia de células falciformes, diabetes mellitus tipo 2)</p> <p>Fase 2: Personal escolar y de guardería, almacenes y distribuidores de alimentos, personal de servicios públicos y mantenimiento gubernamental, servicios de apoyo gubernamental y personal de programas comunitarios, trabajadores postales, personal de laboratorio, personal de labores fúnebres, personal departamental, personal militar, adultos 18-64 con condiciones de salud existentes, adultos encarcerados.</p> <p>Fase 3: Población general</p>				
<p>Departamento de Salud de Wyoming</p> <p><a href="https://health.wyo.gov/wp-content/uploads/2020/12/P-hase-1a-COVID-19-Vaccination-Priorities-121120.pdf">https://health.wyo.gov/wp-content/uploads/2020/12/P-hase-1a-COVID-19-Vaccination-Priorities-121120.pdf</a></p> <p>Diciembre 2020</p>	<p>Personal de atención hospitalaria directa y personal del departamento de emergencias (ED), incluidos los proveedores que trabajan temporalmente en el hospital, personal de emergencias / Departamento de Bomberos, Centro de atención a largo plazo (LTCF) / Centro de vida asistida (ALF) Proveedores de atención médica (HCP), personal de enfermería de salud pública (PHN) y otros HCP que administran vacunas a poblaciones críticas, clínicas de atención de urgencia y otras clínicas médicas, oficiales de patrulla y oficiales de instalaciones correccionales (ciudad, condado, estado y federal), personal de atención médica directa y dental con licencia / credencial que trabaja en otros lugares y que tiene exposición regular a pacientes potencialmente positivos con COVID-19 o material infeccioso, proveedores de atención médica domiciliaria, incluidos los proveedores a domicilio de la red para personas mayores, enfermeras escolares, personal que realiza pruebas de COVID-19 si aún no está incluido en los grupos anteriores, personal de farmacia,</p>	<p><b>Consenso y evidencia:</b> Este documento contiene la lista preliminar del Departamento de Salud de poblaciones objetivo para la Fase 1a de la campaña de la vacuna COVID-19. Para desarrollar esta lista, WDH utilizó la guía más reciente de los CDC y el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP)</p>	<p>Únicamente se describe La fase 1a: cuando las vacunas tienen un suministro limitado y se asignan para su administración a poblaciones específicas.</p>	<p>No descrita</p>	<p>Ninguna</p>



Entidad/ Agencia/ Enlace disponible/ Fecha	Recomendación población priorizada	Justificación población priorizada (Evidencia/consenso/Opinión individual)	Características de la vacunación (Fases, escalonada, todos al tiempo)	Conclusiones	Observaciones
	otro personal del centro de atención médica: personal de apoyo auxiliar que tiene una exposición regular a pacientes potencialmente positivos de COVID-19 o material infeccioso, incluido el personal de apoyo de fuera del estado.				
<p><b>Departamento de salud de New York</b></p> <p><a href="https://www.governor.ny.gov/sites/governor.ny.gov/files/atoms/files/NYS_COVID_Vaccination_Program_Book_10.16.20_FINAL.pdf">https://www.governor.ny.gov/sites/governor.ny.gov/files/atoms/files/NYS_COVID_Vaccination_Program_Book_10.16.20_FINAL.pdf</a></p> <p><b>Septiembre 2020</b></p>	<p>Fase 1: trabajadores de la salud (clínicos y no clínicos) en entornos de atención a pacientes, trabajadores de centros de atención a largo plazo que interactúan regularmente con los residentes, pacientes de centros de atención a largo plazo con mayor riesgo.</p> <p>Fase 2: personal de primeros auxilios (bomberos, policía, guardia nacional), maestros / personal escolar (instrucción en persona), proveedores de cuidado infantil, trabajadores de la salud pública, otros trabajadores de primera línea esenciales que interactúan regularmente con el público (farmacéutico, tienda de comestibles, empresarios de transporte público) o mantener la infraestructura crítica, otros pacientes del centro de atención a largo plazo y aquellos que viven en otros entornos congregados, individuos en la población general considerados de alto riesgo debido a las comorbilidades y condiciones de salud.</p> <p>Fase 3: Personas mayores de 65 años, Personas menores de 65 años con comorbilidades y condiciones de salud de alto riesgo.</p> <p>Fase 4: Todos los demás trabajadores esenciales.</p> <p>Fase 5: Adultos y niños sanos</p>	<p><b>Evidencia y consenso:</b> El estado de Nueva York dará prioridad a los receptores de la vacuna según la ciencia, la experiencia clínica y las pautas federales. Las poblaciones críticas serán identificadas y recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (con aportes de las Academias Nacionales de Ciencias, Ingeniería y Medicina). Las decisiones de priorización tomarán en cuenta la evolución de los datos de vigilancia y se controlarán de cerca la eficacia clínica del programa de vacunación. Las decisiones de priorización se tomarán teniendo en cuenta el impacto de COVID-19 en las comunidades de color y las disparidades de salud presentes en las comunidades marginadas y subrepresentadas, y aquellas con resultados de salud históricamente deficientes.</p>	<p>La priorización de vacunas ocurrirá en 5 fases</p>	<p>No descrita</p>	<p>Dentro de cada fase, se identificarán subpoblaciones para permitir una priorización adicional a nivel micro en función de la disponibilidad de vacunas y las tasas de vacunación. Todas las entidades que reciban la vacuna tendrán un nivel de autonomía para determinar el orden interno de vacunación de los empleados en función del riesgo y dentro de los límites del estado de Nueva York y las directrices federales. Para orientar la priorización, el estado de Nueva York recopilará números actualizados de todos los grupos de priorización y priorización a nivel micro en todo el estado, incluidas las subpoblaciones.</p>





Entidad/ Agencia/ Enlace disponible/ Fecha	Recomendación población priorizada	Justificación población priorizada (Evidencia/consenso/Opinión individual)	Características de la vacunación (Fases, escalonada, todos al tiempo)	Conclusiones	Observaciones
<p>Departamento de salud de Iowa</p> <p><a href="https://idph.iowa.gov/Portals/1/userfiles/61/covid19/vaccine/V%202%20IOWA%20COVID-19%20VACCINATION%20STRATEGY%2012_4_20_FINAL.pdf?utm_medium=email&amp;utm_source=govdelivery">https://idph.iowa.gov/Portals/1/userfiles/61/covid19/vaccine/V%202%20IOWA%20COVID-19%20VACCINATION%20STRATEGY%2012_4_20_FINAL.pdf?utm_medium=email&amp;utm_source=govdelivery</a></p> <p>Diciembre 2020</p>	<p>Fase 1-A: Personas remuneradas y no remuneradas que prestan servicios en entornos de atención médica que tienen el potencial de exposición directa o indirecta a pacientes o materiales infecciosos. Residentes y personal del Centro de atención a largo plazo (LTCF)</p> <p>Fase 1-B: residentes de Iowa que viven en un centro de atención residencial, un programa de vida asistida, un hogar para adultos mayores o de un centro de vida independiente, personas de 65 años o más. Personas que desempeñan un papel clave en el funcionamiento de las funciones esenciales de la sociedad y no pueden distanciarse socialmente en el lugar de trabajo (por ejemplo, personal de emergencia y de aplicación de la ley no incluido en la Fase 1-A, trabajadores de empaque y distribución de alimentos, maestros / personal escolar, proveedores de cuidado infantil) y adultos con afecciones médicas de alto riesgo que poseen factores de riesgo de enfermedad grave por COVID-19 (cáncer, enfermedad renal crónica, EPOC, estado inmunodeprimido por trasplante de órganos sólidos, obesidad (índice de masa corporal de 30 o más), afecciones cardíacas graves, Enfermedad de células falciformes y diabetes mellitus tipo 2)</p> <p>Fase 2: Clínicas de citas (colaboración directa con farmacias, clínicas comunitarias, refugios para personas sin hogar, agencias sin fines de lucro, clínicas gratuitas, centros de vida asistida, hogares de ancianos, centros de atención residencial, hogares grupales y centros comunitarios, escuelas, correccionales (cárceles, prisiones u otras instalaciones correccionales), entornos que se utilizan anualmente para la vacuna contra la influenza, visitas domiciliarias, clínicas masivas, clínicas privadas / cerradas por empleadores</p> <p>Fase 3: oferta probablemente suficiente, demanda más lenta El IDPH seguirá centrándose en el acceso equitativo de la vacunación a los servicios de vacunación. Se monitoreará la captación y cobertura de la vacuna COVID-19 en poblaciones críticas y se implementarán estrategias mejoradas para llegar a poblaciones con baja captación o cobertura de vacunación.</p>	<p><b>Evidencia y consenso: La guía y las herramientas de los CDC ayudarán a los equipos de planificación internos y externos de Iowa a crear estimaciones del número de residentes en cada grupo objetivo / prioritario por determinar. Los supuestos de los grupos prioritarios se están utilizando actualmente para desarrollar estimaciones de referencia para la priorización. Además, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) han creado niveles para la priorización de vacunas para su uso en la temporada de influenza de rutina que pueden usarse inicialmente.</b></p>	<p>Fase 1: Dosis potencialmente limitadas disponibles Fase 2: Gran cantidad de dosis disponibles, suministro probable para satisfacer la demanda Fase 3: oferta probablemente suficiente, demanda más lenta</p>	<p>No descrita</p>	<p>Ninguna</p>



## Entidades europeas

Entidad/ Agencia/ Enlace disponible/ Fecha	Recomendación población priorizada	Justificación población priorizada (Evidencia/consenso/Opinión individual)	Características de la vacunación (Fases, escalonada, todos al tiempo)	Conclusiones	Observaciones
<p><b>Servicio Digital del Gobierno del Reino Unido</b></p> <p><a href="https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/940936/Priority_groups_for_coronavirus_COVID-19_vaccination_advice_from_the_JCVI_2_December_2020.pdf">https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/940936/Priority_groups_for_coronavirus_COVID-19_vaccination_advice_from_the_JCVI_2_December_2020.pdf</a></p> <p><b>Diciembre 2020</b></p>	<p>Adultos mayores de 65 años, adultos mayores residentes en residencias; trabajadores de la salud y asistencia social, Las personas consideradas extremadamente vulnerables desde el punto de vista clínico así como los grupos de riesgo identificados por el Comité Conjunto de Vacunación e Inmunización (JCVI) ( enfermedad respiratoria crónica, incluida enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), fibrosis quística y asma grave, enfermedad cardíaca crónica (y enfermedad vascular), enfermedad renal crónica, enfermedad crónica del hígado, enfermedad neurológica crónica, incluida la epilepsia, síndrome de Down, discapacidad de aprendizaje severa y profunda, diabetes, receptores de trasplantes de órganos sólidos, médula ósea y células madre, personas con cánceres específicos, inmunosupresión por enfermedad o tratamiento, asplenia y disfunción esplénica, obesidad mórbida, enfermedad mental grave)</p>	<p>Consenso: Dada la situación epidemiológica actual en el Reino Unido, toda la evidencia indica que la mejor opción para prevenir la morbilidad y la mortalidad en la fase inicial del programa es proteger directamente a las personas con mayor riesgo de morbilidad y mortalidad.</p>	<p>Fase 1: prevención directa de la mortalidad y apoyo al NHS y al sistema de atención social</p> <p>El JCVI advierte que las primeras prioridades del programa de vacunación COVID-19 deben ser la prevención de la mortalidad y el mantenimiento de los sistemas de atención sanitaria y social. Como el riesgo de mortalidad por COVID-19 aumenta con la edad, la priorización se basa principalmente en la edad</p>	<p>Se están desarrollando otras vacunas COVID-19, y algunas se encuentran en ensayos en etapa avanzada. Cuando se disponga de datos suficientes sobre la seguridad y eficacia de la vacuna, el JCVI los considerará y actualizará esta declaración.</p>	<p>El JCVI se reunió para considerar la vacunación contra COVID-19 el 7 de mayo, 3 de junio, 6 de julio, 1 de septiembre, 29 de noviembre, 30 de noviembre y 1 de diciembre de 2020. Entre el 24 de septiembre de 2020 y el 19 de noviembre de 2020, un subcomité del JCVI COVID-9 se reunió semanalmente a considerar las cuestiones clave para apoyar al gobierno en el desarrollo de una estrategia de vacuna para la adquisición y entrega de un programa de vacunación a la población.</p>
<p><b>Servicio Digital del Gobierno del Reino Unido</b></p> <p><a href="https://www.gov.uk/government/publications/priority-groups-for-coronavirus-covid-19-vaccination-advice-from-the-jcvi-25-september-2020/jcvi-updated-interim-advice-on-">https://www.gov.uk/government/publications/priority-groups-for-coronavirus-covid-19-vaccination-advice-from-the-jcvi-25-september-2020/jcvi-updated-interim-advice-on-</a></p>	<p>Se establece una clasificación provisional de priorización para las personas en riesgo:</p> <p>Residentes de hogares geriátricos y trabajadores de hogares geriátricos, todos aquellos de 80 años o más y trabajadores de la salud y asistencia social, &gt;65 años, receptores de trasplantes de órganos sólidos, cánceres hematológicos, ciertas condiciones neurológicas</p> <p>enfermedad renal crónica, inmunosupresión, demencia, diabetes mal controlada enfermedad pulmonar crónica, obesidad (IMC mayor de 40),</p>	<p><b>Evidencia y consenso:</b></p>	<p>No descrita</p>	<p>Los trabajadores sanitarios y de atención social de primera línea también corren un mayor riesgo personal de infección y de transmitir esa infección a pacientes susceptibles y poblaciones vulnerables, como los adultos mayores en hogares geriátricos. La vacunación de estos trabajadores clave protegerá a las poblaciones en riesgo y ayudará a mantener la</p>	<p>Actualización provisional del 2 de diciembre</p>



Entidad/ Agencia/ Enlace disponible/ Fecha	Recomendación población priorizada	Justificación población priorizada (Evidencia/consenso/Opinión individual)	Características de la vacunación (Fases, escalonada, todos al tiempo)	Conclusiones	Observaciones
<a href="#">priority-groups-for-covid-19-vaccination</a>  Septiembre 2020	enfermedad del hígado. Los trabajadores de atención social y de salud			resiliencia en el sistema de salud y el sector de la atención social.	
<b>Departamento de salud del Gobierno de Australia</b>  <a href="https://www.health.gov.au/covid-19-vaccination-prioritisation">https://www.health.gov.au/covid-19-vaccination-prioritisation</a>  Diciembre 2020	Personas que tienen un mayor riesgo, en comparación con otras, de desarrollar una enfermedad grave o morir a causa de COVID-19: (Personas mayores, personas con ciertas condiciones médicas subyacentes preexistentes (Pueblos aborígenes e isleños del Estrecho de Torres); personas con mayor riesgo de exposición, infección y transmisión de COVID-19, o que se encuentran en un entorno con alto potencial de transmisión: (trabajadores sanitarios y de trabajadores del cuidado de adultos mayores, como los trabajadores de cuidado residencial grupal y los trabajadores de cuidado de discapacitados); personas en otros entornos donde aumenta el riesgo de transmisión del virus, como centros penitenciarios y de detención y plantas de procesamiento de carne; personas que trabajan en servicios críticos (personal de servicios esenciales, como proveedores de servicios de emergencia, fuerzas de defensa, personal de salud pública y personal que administra las instalaciones de cuarentena), personas que trabajan en el suministro y distribución de bienes y servicios esenciales como alimentos, agua, electricidad, telecomunicaciones y otra infraestructura crítica.	<b>Consenso:</b> El Grupo Asesor Técnico Australiano sobre Inmunización (ATAGI) ha brindado asesoramiento inicial al gobierno australiano sobre qué grupos deben priorizarse para las primeras dosis de una posible vacunación contra COVID-19 en Australia.  El asesoramiento proporcionado al gobierno australiano es coherente con la orientación de la Organización Mundial de la Salud (OMS). El consejo es parte de los preparativos del gobierno para implementar una vacuna una vez que se haya demostrado que es segura y eficaz y se apruebe su uso.	No descrita	No descrita	Los grupos de prioridad pueden variar en relación con más evidencia sobre la enfermedad COVID-19 y qué grupos se ven afectados de manera desproporcionada, cómo funcionan las vacunas y para quién son seguras (resultados de ensayos clínicos), brotes actuales, transmisión y asesoramiento médico sobre COVID-19, disponibilidad las vacunas en Australia.
<b>Departamento de salud del Gobierno de Australia</b>  <a href="https://www.health.gov.au/sites/default/files/documents/2020/11/atagi-preliminary-advice-on-general-principles-to-guide-the-prioritisation-of-target-populations-in-a">https://www.health.gov.au/sites/default/files/documents/2020/11/atagi-preliminary-advice-on-general-principles-to-guide-the-prioritisation-of-target-populations-in-a</a>	Aquellos que tienen un mayor riesgo de desarrollar una enfermedad grave o morir a causa de COVID-19: personas mayores, personas con afecciones médicas seleccionadas subyacentes preexistentes, personas aborígenes e isleños del Estrecho de Torres, trabajadores de la salud y del cuidado geriátrico (médicos, de enfermería, atención médica, atención de discapacitados y otro personal sanitario asociado, personal de ambulancias, paramédicos, médicos generales, trabajadores de atención residencial en grupo, trabajadores de atención a discapacitados u otros), personas en otros entornos donde aumenta el riesgo de transmisión del virus	<b>Consenso:</b> se centra en un aspecto específico de la planificación general de un programa australiano de vacuna COVID-19: principios para identificar y definir grupos prioritarios para la vacunación COVID-19 en Australia. A medida que el conocimiento relacionado con la enfermedad COVID-19 y las vacunas candidatas está evolucionando, los datos disponibles aún no	No descrita	Hay una serie de características de la vacuna que influirán en las decisiones con respecto a la selección y priorización del grupo objetivo de la vacuna. Dado el gran número de vacunas candidatas que se encuentran actualmente en ensayos, puede haber varias vacunas diferentes disponibles y el momento de disponibilidad puede variar. Las características individuales de	Ninguna



Entidad/ Agencia/ Enlace disponible/ Fecha	Recomendación población priorizada	Justificación población priorizada (Evidencia/consenso/Opinión individual)	Características de la vacunación (Fases, escalonada, todos al tiempo)	Conclusiones	Observaciones
<a href="#">covid-19-vaccination-program-in-australia_0.pdf</a>  Noviembre 2020		permiten declaraciones definitivas sobre inmunidad y protección después de la infección o vacunación por SARSCoV-2 en una amplia gama de escenarios y grupos de población. ATAGI planea expandir iterativamente este consejo a medida que se disponga de más datos, especialmente con respecto a las características de las vacunas candidatas disponibles para su uso en Australia.		la vacuna, las pruebas y la autorización para su uso deben coincidir con los grupos destinatarios individuales.	
<b>Miembros del grupo colaborativo multidisciplinario para el seguimiento científico del Covid-19 (GCMSC) del Instituto de Salud Global de Barcelona (ISGlobal) y del Consejo Médico de Barcelona (COMB) con la colaboración de la Asociación Catalana de Centros de Investigación (ACER).</b>  <a href="https://www.isglobal.org/documents/10179/7860911/REPORT+Priority+populations+for+covid+vaccine.pdf/ffa9d74-e3dc-47b9-8b70-49b82d7478f5">https://www.isglobal.org/documents/10179/7860911/REPORT+Priority+populations+for+covid+vaccine.pdf/ffa9d74-e3dc-47b9-8b70-49b82d7478f5</a>  Noviembre 2020	1) Trabajadores de la salud en contacto con pacientes, incluidos hogares geriátricos y personal de primeros auxilios, 2) 80 años o más y adultos mayores institucionalizados, 3) Edad de 65 a 79 años, 4) Comorbilidades (Diabetes mellitus tipo 2, Cardiopatía crónica, incluida la cardiopatía isquémica, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, Enfermedad renal crónica eGFR (<30 ml / min / 1,73 m), Obesidad clase III (IMC> 40 kg / m2), Pacientes con cáncer sometidos a quimioterapia ,condición inmunodeprimida, cualquier enfermedad crónica que pueda afectar la respuesta al SARS-CoV-2, 5) Personas institucionalizadas y en riesgo de exclusión social (cárceles, centros de refugiados, migrantes, etc.), 6) Trabajadores esenciales (transporte, educación, alimentación, etc.), 7) Edad 55+ años, 8) Vacunas para todos	<b>Evidencia y consenso:</b> En vista de la revisión de la literatura, se consideran que existe un acuerdo general dentro de los informes revisados de que será necesario priorizar la vacunación y que esta acción debe configurarse bajo una premisa ética. Debido al campo en rápida evolución, el GCMSC se basa en la producción rápida de vacunas y la gestión logística que se lleva a cabo en 12 meses	No descrita	Se espera que haya un suministro inicial limitado de dosis cuando las primeras vacunas COVID-19 estén disponibles, con un retraso esperado para la vacunación universal de aquellos elegibles para recibirla. Bajo este escenario, es relevante analizar la mejor manera de priorizar las primeras dosis disponibles para lograr el mayor impacto, tanto en términos de protección de las personas como de minimización de la transmisión comunitaria.	Ninguna



Entidad/ Agencia/ Enlace disponible/ Fecha	Recomendación población priorizada	Justificación población priorizada (Evidencia/consenso/Opinión individual)	Características de la vacunación (Fases, escalonada, todos al tiempo)	Conclusiones	Observaciones
<p>Ministerio de Asuntos Sociales y Salud de Finlandia</p> <p><a href="https://stm.fi/en/corona-virus-vaccines#:~:text=Finland's%20priorities%20to%20protect%20the%20population&amp;text=Finland's%20priority%20is%20to%20immunise,from%20the%20COVID%2D19%20disease.">https://stm.fi/en/corona-virus-vaccines#:~:text=Finland's%20priorities%20to%20protect%20the%20population&amp;text=Finland's%20priority%20is%20to%20immunise,from%20the%20COVID%2D19%20disease.</a></p> <p><a href="https://stm.fi/document/s/1271139/48660695/Suomen+rokotestrategia+2.12.2020.pdf/40ed996b-81b1-087f-3179-a47ce43c7aee/Suomen+rokotestrategia+2.12.2020.pdf?t=1607000251286">https://stm.fi/document/s/1271139/48660695/Suomen+rokotestrategia+2.12.2020.pdf/40ed996b-81b1-087f-3179-a47ce43c7aee/Suomen+rokotestrategia+2.12.2020.pdf?t=1607000251286</a> Diciembre 2020</p>	<p>En la primera fase, se ofrecerán vacunas a estos grupos prioritarios: Trabajadores de asistencia sanitaria y bienestar social que atienden a pacientes con COVID-19 y trabajadores a domicilio, adultos mayores y personas con alto riesgo de enfermedad grave debido a problemas de salud subyacentes.</p>	<p><b>Evidencia:</b> La estrategia se basa en evaluaciones científicas y pruebas de investigación</p>	<p>El documento únicamente describe población para la fase I</p>	<p>No descrita</p>	<p>El orden de prioridad de las vacunas depende del contenido de las autorizaciones de comercialización. No se esperan vacunas para niños en un futuro próximo, porque hasta ahora no se ha probado ninguna vacuna candidata en niños. Una vez que se hayan completado tales pruebas, estas vacunas pueden autorizarse para su uso en niños e incluso los niños pueden ser vacunados.</p>
<p>Consejo Superior de Salud de Bélgica</p> <p><a href="https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/201030_shc9597_9611_vaccination_strategy_covid_19_vweb.pdf">https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/201030_shc9597_9611_vaccination_strategy_covid_19_vweb.pdf</a> Julio 2020</p>	<p>Todos los trabajadores del sector de la salud para asegurar su salud y una atención médica laboral sector durante una posible próxima ola o pandemia de COVID-19; todas las personas mayores de 65 años; Pacientes entre 45 y 65 años con las siguientes (obesidad, diabetes, hipertensión, crónica enfermedades cardiovasculares, pulmonares, renales, hepáticas y hematológicas, neoplasias malignas hasta 5 años después del diagnóstico y todos los cánceres sólidos recientes (o recientes tratamientos contra el cáncer).</p>	<p><b>Evidencia:</b> Se recomienda priorizar los grupos para la vacunación contra Covid-19 en base a los datos disponibles y la evidencia estadística hasta la fecha.</p>	<p>No descrito</p>	<p>No descrita</p>	<p>Ninguna</p>



El Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades proporcionó las prioridades para vacunación de 27 Estados miembros de la Unión Europea (Austria, Bélgica, Bulgaria, Chequia, Croacia, Dinamarca, Estonia, Finlandia, Francia, Alemania, Grecia, Hungría, Italia, Irlanda, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Países Bajos, Polonia, Portugal, Rumania, Eslovaquia, Eslovenia, España, Suecia); once de estos respondieron que utilizarán modelos matemáticos como herramienta para la priorización de los grupos destinatarios, pero no se proporcionó una descripción más detallada del escenario. Algunos países considerarían las directrices del ECDC, la OMS y los CDC de EE.UU. Mientras que 10 países mencionaron consideraciones éticas que incluyeron la participación de expertos en ética, comités de ética y el uso de marcos éticos (11).

La OMS y el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (*Advisory Committee on Immunization Practices - ACIP*) de los CDC de EE. UU recomiendan un enfoque basado en el riesgo y la edad para la priorización de los grupos para administración de la vacuna contra COVID-19. Han identificado en el nivel superior a los trabajadores de la salud como de alto riesgo, en el segundo nivel los individuos con mayor riesgo médico, como aquellos con comorbilidades médicas crónicas y adultos mayores; y los siguientes niveles serían los trabajadores de riesgo crítico en industrias esenciales para el funcionamiento de la sociedad, como maestros, personal escolar, personas en riesgo debido a la vulnerabilidad socioeconómica y/o requisitos específicos de comunicación, como personas con discapacidades físicas o mentales, o los que se encuentran en albergues para personas sin hogar, prisiones, cárceles o centros de detención (12,13).

### **Personas con mayor riesgo de infección**

Para que la pandemia se detenga, es necesario que las personas con mayor riesgo de transmitirla estén inmunizadas con el fin de romper la cadena de infección y por eso son considerados la mayor prioridad.

Este primer grupo correspondiente al personal de salud, el ACIP los define como todas las personas remuneradas y no remuneradas que prestan servicios en entornos de atención médica y que tienen el potencial de exposición directa o indirecta a pacientes o materiales infecciosos (13). Dentro de este personal se encuentran los que laboran en hospitales, atención a largo plazo y vida asistida, atención médica domiciliaria y personal de instalaciones para pacientes ambulatorios, así como farmacias y servicios médicos de emergencia. Se consideran que son personal esencial para la respuesta a la epidemia por COVID-19 y tienen un alto riesgo de exposición a la infección (14).



### **Personas con mayor riesgo de complicación y muerte**

Con respecto al segundo grupo que son las personas con una o más afecciones médicas subyacentes que desarrollan COVID-19, son consideradas dentro de la población priorizada ya que tienen un mayor riesgo de hospitalización y muerte. Una idea que se propone sería vacunar primero a los ancianos y a los grupos de alto riesgo, en particular a los que padecen comorbilidades, considerando su alta mortalidad por la enfermedad. Sin embargo, esto requeriría una clara definición de la edad a partir de la cual se consideran ancianos y qué comorbilidades se priorizarían (15).

En cuanto a la vacunación de los adultos mayores algunos autores refieren que esto podría tener importantes beneficios individuales como un envejecimiento saludable, así como beneficios para las familias y la sociedad en general, ya que en muchos casos los adultos mayores sanos pueden ser pilares de sus hogares y desempeñar diversas funciones que aportan a la economía informal, incluyendo el cuidado de los niños, el apoyo financiero y emocional de la familia. Por lo tanto, la inmunización de esta población tiene un amplio potencial para preservar y mejorar los resultados médicos, sociales y económicos, que beneficia tanto a ellos mismos como a sus familias, comunidades y países(16).

Por otra parte, algunos autores argumentan que el valor de maximizar los beneficios debería ser el más importante y está constituido por dos principios: salvar la mayor cantidad de vidas y salvar la mayor cantidad de años de vida. En cuanto a COVID-19 ambos principios deben recibir la máxima prioridad. En este sentido, salvar la mayor cantidad de años de vida se refiere a "cuánto tiempo es probable que viva el paciente si recibe tratamiento", por lo que se considera dar un recurso escaso a alguien que se estima que viva más tiempo ya que esto contribuiría a producir más años de vida. Pero los resultados de COVID-19 han reflejado que las personas mayores son las afectadas y que, en este caso, salvar más vidas debería prevalecer sobre la lógica de salvar la mayor cantidad de años de vida. Lo que significa que las personas mayores deben recibir prioridad inmediatamente después de los trabajadores de la salud(17).

Algunos reportes sugieren que cuando los suministros sean insuficientes para los pacientes en las categorías de mayor riesgo, los mayores de 60 años o con afecciones coexistentes, se propone la igualdad y se apoya el uso de la selección aleatoria, como una lotería, para la asignación de vacunas(17).

### **Población con trabajos esenciales**

El tercer grupo, los trabajadores esenciales (no relacionados con la salud), son aquellos quienes realizan operaciones vitales en las áreas de alimentación y agricultura, transporte, educación y la aplicación de la ley. Son considerados de riesgo cuando ellos ejercen sus





funciones y deben trabajar cerca de otros como parte de su ocupación laboral, lo que hace que tengan un alto riesgo de contraer COVID-19 al estar en contacto estrecho y directo con otros (14).

Priorizar a las personas involucradas en actividades esenciales de alto riesgo, como la educación, el cuidado de los niños y el trabajo de suministro de alimentos también evitaría el daño directo y reduciría la propagación de enfermedades(18). En cuanto a la vacunación de los profesionales involucrados en la educación, esto podría contribuir a la reapertura de las escuelas(6).

### **Otros grupos poblacionales**

Aparte de los grupos priorizados mencionados anteriormente, algunos autores recomiendan considerar las personas asintomáticas, los pacientes que se han recuperado de COVID-19 pero generaron una inmunidad deficiente o aquellos cuya inmunidad disminuyó rápidamente, así como las personas que recibieron una vacuna 'pandémica' de rápido desarrollo que proporcionó una protección subóptima o que las respuestas inmunitarias disminuyen rápidamente y pueden requerir una vacuna de refuerzo para garantizar niveles suficientes de protección de la población para la inmunidad colectiva(19).

Por otra parte, algunos autores refieren que se podría considerar la vacunación de los involucrados en la reapertura de otros lugares menos beneficiosos como los bares. De manera similar apoyan la priorización de personas en situaciones de vivienda colectiva, como la vida asistida, donde es más probable la propagación comunitaria(6).

Los adultos más jóvenes, los niños y las mujeres embarazadas no se especifican actualmente como objetivos iniciales de vacunación. En la mayoría de documentos estas poblaciones aparecen solo hasta las fases posteriores, con el condicionante (para la población pediátrica y gestante) de una vacuna aprobada y disponible con la suficiente información de seguridad (13). Sin embargo, para cuando las vacunas estén disponibles, estas recomendaciones pueden cambiar (20).

En cuanto a los niños por lo general no son considerados una prioridad inicial para la vacunación COVID-19 debido a la disminución de la gravedad de la enfermedad en comparación con las personas mayores(20). El papel de los niños en la transmisión de enfermedades aún es controvertido y es imperativo discutir las consideraciones éticas con respecto a la vacunación infantil COVID-19. Dado que la incidencia y la carga de morbilidad de COVID-19 son muy bajas en esta población, recomiendan que la vacunación no debe realizarse principalmente para su autoprotección sino para la comunidad, principalmente los ancianos o las personas de alto riesgo que conviven con ellos. Pero previo a la





vacunación, cada vacuna deberá probarse minuciosamente y demostrarse que es segura antes de administrarse a los niños para respetar el equilibrio riesgo-beneficio(21). Algunas entidades como el Ministerio de Asuntos Sociales y Salud de Finlandia sugieren que el orden de prioridad de las vacunas depende del contenido de las autorizaciones de comercialización, por tanto, no se esperan vacunas para niños en un futuro próximo, porque hasta ahora no se ha probado ninguna vacuna candidata en niños (22).

Por el contrario, otros autores argumentan que la planificación e implementación de las vacunas contra el SARS-CoV-2 deben incluir a los niños, teniendo en cuenta el beneficio directo potencial de una vacuna contra el SARS-CoV-2 en esta población y el beneficio indirecto sustancial a través de la protección comunitaria, o “inmunidad colectiva”. Esto lo sustentan teniendo en cuenta la protección comunitaria que se produjo después de la implementación generalizada de vacunas infantiles anteriores contra *Streptococcus pneumoniae*, rubéola y rotavirus. Debido a estas características, los autores sugieren que los niños deben ser incluidos en las primeras etapas de los ensayos clínicos de la vacuna contra el SARS-CoV-2 para determinar si son seguras e inmunogénicas en dichas población e integrarse en programas de vacunación infantil(23). Sin embargo, como en un inicio se contará con un suministro muy limitado de la vacuna, puede ser mejor centrarse en la vacunación de los contactos cercanos de personas de alto riesgo previendo que generará una respuesta inmune más efectiva al SARS-CoV-2.

Respecto a la población migrante, La Organización Internacional para las Migraciones hace un llamado a los gobiernos para que incluyan a todos los migrantes presentes en sus territorios, sin importar su estatus legal, en sus planes de vacunación, teniendo en cuenta a aquellos con alto riesgo de enfermedad grave o muerte. Inclusive, considerar a los trabajadores de salud de primera línea y personas mayores migrantes(24).

En cuanto a las minorías raciales, existe una justificación ética para dar prioridad ya que es una comunidad económicamente más desfavorecida y se da sustento en motivos epidemiológicos, económicos y de justicia social. Con respecto a las consideraciones económicas, se piensa que estos grupos más desfavorecidos dependen más de ingresos regulares, no cuentan con ahorros y tienen menos capacidad de trabajar de forma remota. Epidemiológicamente, los grupos más desfavorecidos tienen mayor probabilidades de vivir en hacinamiento, por lo tanto, menos capacidad de distanciamiento físico en casa, en el trabajo y en su desplazamiento al trabajo por lo que tienen un mayor riesgo de contraer y propagar el SARS-CoV-2. Por lo anterior, se podría priorizar a estas poblaciones en función de factores como la geografía, el estado socioeconómico y la densidad de viviendas que favorecerían a las minorías raciales, pero no incluirían explícitamente la raza para promover la justicia social y racial (25).



## Población general

La vacunación de la población activa podría privar a quienes corren mayor riesgo de morir por la enfermedad por lo tanto, no es considerada una prioridad (15). Sin embargo, este panorama podría cambiar si modelos epidemiológicos muestran que esta sería la mejor manera de reducir la propagación viral y el riesgo para otros.

Algunos autores proponen el uso de una lotería para asignar las escasas vacunas en la población general, siendo una forma de tratar a las personas por igual y siendo mejor que el enfoque por orden de llegada (17).

## 6. Discusión

La priorización de las vacunas está enmarcada en tres principios éticos universales. El primero se refiere a minimizar los daños y maximizar los beneficios, lo que significa que una vacuna eficaz debe reducir las muertes, la carga de morbilidad y afectaciones sociales y económicas con un perfil de efectos secundarios mínimo. El segundo principio apoya la idea de dar prioridad a las poblaciones que pueden presentar mayores cargas de salud como resultado de la pandemia de COVID-19, por ejemplo, algunos grupos tienen mayor riesgo de infectarse o morir debido a su edad, estado médico, profesión o factores socioeconómicos. El tercer principio está relacionado con que en la asignación y el establecimiento de prioridades, las personas sean consideradas y tratadas con igual dignidad y valor. En este sentido, las personas que por su vulnerabilidad presenten barreras para acceder a la vacuna, deberían tener la misma oportunidad de vacunarse en comparación con los grupos más privilegiados, logrando un trato igualitario(26).

Teniendo en cuenta lo anterior, se revisó la información de diferentes agencias sanitarias, autoridades de salud y diferentes tipos de publicaciones y todos concuerdan en que las primeras personas en vacunarse serían los profesionales de la salud de primera línea que brindan atención a pacientes de COVID-19, debido a su gran riesgo de contraer una infección y transmitirla, pero aún no está claro quién debe vacunarse a continuación. Dar prioridad a los trabajadores y al personal de atención médica en persona, previene el daño directo de estos y el daño indirecto debido a la propagación del SARSCoV-2 en las instalaciones de atención médica(18). Asimismo, se prioriza indirectamente a los grupos desfavorecidos porque la reducción de la propagación de la enfermedad facilita la provisión de tratamientos como por ejemplo la hemodiálisis y la quimioterapia(18).

Es difícil de cuantificar a que cantidad de población corresponde esta población priorizada y probablemente sigan siendo demasiadas para el número de dosis disponibles, lo que hace necesario que para una implementación eficiente se requiera más orientación (14). No



obstante, las decisiones sobre qué población priorizar dependerán de las propiedades de la vacuna en términos de eficacia contra la enfermedad grave y la transmisión(27).

El despliegue por etapas de los grupos prioritarios en muchos países se llevará a cabo por edad, comorbilidad, trabajadores de la salud y residentes y trabajadores de residencias de geriátricos y prisiones, en algunos casos por cada población una priorización por área geográficas identificadas como vulnerables a través de índice de vulnerabilidad social u otros índices específicos (28). Dado que es probable que estas poblaciones prioritarias excedan las cantidades iniciales de vacuna, será necesario establecer prioridades dentro de estos grupos, es posible que se deba dividir la asignación inicial de vacunas en categorías de acceso prioritario y utilizar criterios médicos para priorizar dentro de cada categoría a través de un enfoque adicional (18). Por ejemplo, algunos consideran que la mitad de la asignación inicial podría priorizarse para los trabajadores de salud de primera línea, una cuarta parte para las personas que trabajan o viven en entornos de alto riesgo y el resto para otros. Si esto no fuera suficiente y se necesitaría una priorización adicional, dentro de cada categoría se podría dar preferencia a las personas con afecciones médicas de alto riesgo. Este enfoque categorizado se ha usado anteriormente para las vacunas contra la influenza, lo cual aseguró que múltiples grupos prioritarios tuvieran acceso inicial a las vacunas(6).

Cuando se trata de distribuir vacunas entre la población en general, las consideraciones económicas, éticas y epidemiológicas sugieren priorizar a los más desfavorecidos, identificados por medidas como ingresos, datos sobre educación, empleo y calidad de la vivienda para clasificar los vecindarios por situación socioeconómica en desventaja.(17)

Existen algunas particularidades que varían de acuerdo con las prioridades de los países. Por ejemplo, en Australia otros grupos clave con mayor riesgo ocupacional, médico y/o socioeconómico pueden incluir aborígenes e isleños del Estrecho de Torres y personas de comunidades cultural y lingüísticamente diversas (CALD), refugiados y solicitantes de asilo, así como grupos de trabajadores como mataderos o carniceros (29,30). Además, el departamento de salud de este país enfatiza en que los grupos de prioridad pueden variar en relación a más evidencia sobre la enfermedad COVID-19 y qué grupos se ven afectados de manera desproporcionada, cómo funcionan las vacunas y para quién son seguras (resultados de ensayos clínicos), brotes actuales, transmisión y disponibilidad las vacunas en Australia (30).

## 7. Conclusiones

A medida que comience la producción de la vacuna contra COVID 19 no será posible administrarla a toda la población mundial, por lo que es necesario seleccionar poblaciones



clave y revisar la estrategia continuamente a medida que aumente la producción de vacunas(31). Es vital tener un enfoque en los principios éticos y los grupos potenciales para la asignación de dosis de vacunas cuando el suministro es limitado. Debido a los desafíos anticipados con el suministro para satisfacer la demanda de vacunas, inicialmente se recomienda que las poblaciones clave en las que la vacuna se considere segura y efectiva según la evidencia disponible en el momento de la disponibilidad de la vacuna deben tener prioridad para la inmunización COVID-19 (32).

A través de las directrices internacionales y las perspectivas académicas, existe consenso en que la aplicación de la vacuna debe dirigirse primero a los trabajadores de atención médica de primera línea y a otras personas que atienden a pacientes enfermos ya que enfrentan un alto riesgo de infección y son esenciales para la respuesta a la pandemia.

Para los pacientes con pronósticos similares, se sugiere que la igualdad debe aplicarse mediante la asignación aleatoria, en lugar de un proceso de asignación por orden de llegada, ya que esta última estrategia fomentaría el hacinamiento e incluso la violencia durante un período en el que el distanciamiento social es primordial

Por su parte, el papel de los niños en la transmisión de enfermedades aún es controvertido, existe evidencia de que los niños pueden tener un papel insignificante en la transmisión de enfermedades y que son infectados por adultos o por contactos domésticos por lo tanto, al igual que las mujeres embarazadas y la población general no son consideradas una prioridad en las primeras fases de vacunación.

Muchas personas habrán sido infectadas en los próximos meses por COVID-19, lo que pudiera ayudar a establecer una fuerte inmunidad colectiva para la eliminación, sin embargo, más de la mitad de las personas en todo el mundo deberían vacunarse en un tiempo relativamente corto para establecer una fuerte inmunidad colectiva(33).

## 8. Recomendaciones

Se deben tomar decisiones basadas en la epidemiología, prioridades y valores sociales locales. Por lo tanto, existe una necesidad urgente de realizar más investigaciones sobre la epidemiología de COVID-19 y determinar que grupos representa una mayor responsabilidad de la transmisión en una variedad de entornos.

La priorización derivada debería ser coherente con la orientación de la OMS y el ACIP de los CDC que recomiendan un enfoque basado en el riesgo y la edad para la priorización de los grupos para administración de la vacuna COVID-19, proporcionando seis principios



básicos (Bienestar humano, igualdad de respeto, equidad global, equidad nacional, reciprocidad, legitimidad) que deben guiar la distribución.

Los grupos prioritarios inicialmente deberían estar orientados a.

- Trabajadores de instalaciones sanitarias que brinda atención clínica directa y de cuidados a largo plazo de alto riesgo de transmisión, que tiene exposición regular a pacientes potencialmente positivos con COVID-19 o material infeccioso
- Personas mayores de 60 años; personas cuyo estado de salud las pone particularmente en riesgo (obesidad, diabetes, hipertensión, crónica enfermedades cardiovasculares, pulmonares, renales, hepáticas y hematológicas, neoplasias malignas hasta 5 años después del diagnóstico y todos los cánceres sólidos recientes).
- Personal que interactúan regularmente con el público (farmacéuticos, tenderos de comestibles, empresarios de transporte público), trabajadores esenciales (trabajadores de la industria alimentaria, profesores, personal escolar, bomberos, personal de policía); personas que no pueden distanciarse socialmente y grupos socioeconómicos más desfavorecidos.

Es importante prever que estos criterios de priorización estarían sujetos a variación según evolucione el grado de conocimiento y la duración de la protección derivado de las diferentes vacunas disponibles en grupos de riesgo específicos.

## 9. Referencias

1. Dong E, Du H, Gardner L. COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU) [Internet]. Vol. 20, Johns Hopkins University (JHU). Lancet Publishing Group; 2020 [cited 2020 Dec 14]. p. 533–4. Available from: <https://www.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6>
2. Berger ML, Sox H, Willke RJ, Brixner DL, Eichler H-G, Goettsch W, et al. Good practices for real-world data studies of treatment and/or comparative effectiveness: Recommendations from the joint ISPOR-ISPE Special Task Force on real-world evidence in health care decision making. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2017 Sep;26(9):1033–9.
3. Organización Mundial de la Salud. Un total de 172 países y múltiples vacunas candidatas forman parte del Mecanismo de Acceso Mundial a las Vacunas contra la COVID 19 [Internet]. [cited 2020 Dec 14]. Available from: <https://www.who.int/es/news/item/24-08-2020-172-countries-and-multiple->



candidate-vaccines-engaged-in-covid-19-vaccine-global-access-facility

4. National Health Service (NHS). Coronavirus (COVID-19) vaccine [Internet]. [cited 2020 Dec 14]. Available from: <https://www.nhs.uk/conditions/coronavirus-covid-19/coronavirus-vaccination/coronavirus-vaccine/?priority-taxon=774cee22-d896-44c1-a611-e3109cce8eae>
5. U.S. Department of Health and Human Services (HHS). COVID-19 Vaccines [Internet]. [cited 2020 Dec 14]. Available from: <https://www.hhs.gov/coronavirus/covid-19-vaccines/index.html>
6. Persad G, Peek M, MPH MS, Emanuel E. Fairly Prioritizing Groups for Access to COVID-19 Vaccines. JAMA [Internet]. 2020;324(16):1601–2. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=ovftw&NEWS=N&AN=00005407-202010270-00015>
7. Garritty C GKGCKVN-SB, Stevens A HCAL. Cochrane Rapid Reviews. Interim Guidance from the Cochrane Rapid Reviews Methods Group [Internet]. 2020 [cited 2020 Dec 7]. Available from: [https://methods.cochrane.org/rapidreviews/sites/methods.cochrane.org.rapidreviews/files/public/uploads/cochrane\\_rr\\_-\\_guidance-23mar2020-final.pdf](https://methods.cochrane.org/rapidreviews/sites/methods.cochrane.org.rapidreviews/files/public/uploads/cochrane_rr_-_guidance-23mar2020-final.pdf)
8. Haby MM, Chapman E, Clark R, Barreto J, Reveiz L, Lavis JN. Designing a rapid response program to support evidence-informed decision-making in the Americas region: Using the best available evidence and case studies. Implement Sci [Internet]. 2016 Aug 18 [cited 2020 Dec 12];11(1). Available from: <http://pmc/articles/PMC4990866/?report=abstract>
9. Andrew Booth JNKF, Ansgar Gerhardus PWGJ van der WKMPRDSMTER. Guidance on choosing qualitative evidence synthesis methods for use in health technology assessments of complex interventions [Internet]. [cited 2020 Dec 17]. Available from: <http://www.integrate-hta.eu/downloads/>
10. Garritty C GKGCKVN-SBSAHCAL. Cochrane Rapid Reviews Interim Guidance from the Cochrane Rapid Reviews Methods Group [Internet]. 2020 [cited 2020 Dec 14]. Available from: [https://methods.cochrane.org/rapidreviews/sites/methods.cochrane.org.rapidreviews/files/public/uploads/cochrane\\_rr\\_-\\_guidance-23mar2020-v1.pdf](https://methods.cochrane.org/rapidreviews/sites/methods.cochrane.org.rapidreviews/files/public/uploads/cochrane_rr_-_guidance-23mar2020-v1.pdf)
11. Enfermedades CE para la P y C de. Overview of COVID-19 vaccination strategies and vaccine deployment plans in the EU/EEA and the UK [Internet]. 2020. Available from: [https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Overview-of-EU\\_EEA-UK-vaccination-deployment-plans.pdf](https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Overview-of-EU_EEA-UK-vaccination-deployment-plans.pdf)
12. World Health Organization. WHO SAGE ROADMAP FOR PRIORITIZING USES OF





- COVID 19 VACCINES IN THE CONTEXT OF LIMITED SUPPLY [Internet]. 2020. Available from: <https://www.who.int/publications/m/item/who-sage-roadmap-for-prioritizing-uses-of-covid-19-vaccines-in-the-context-of-limited-supply>
13. Oliver S, Gargano J, Marin M. The Advisory Committee on Immunization Practices' Interim Recommendation for Use of Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine — United States, December 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*.
  14. Bell B, Romero J, Lee G. Scientific and Ethical Principles Underlying Recommendations From the Advisory Committee on Immunization Practices for COVID-19 Vaccination Implementation. *JAMA* [Internet]. 2020;324(20):2025–6. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=ovftw&NEWS=N&AN=00005407-9000000000-97578>
  15. Baid R AR. Prioritising COVID-19 vaccination: an unprecedented conundrum. *Postgrad Med J* [Internet]. 2020 Nov 20 [cited 2020 Dec 14]; Available from: <https://pmj.bmj.com/content/early/2020/11/19/postgradmedj-2020-139249.full>
  16. Privor-Dumm LA, Poland GA, Barratt J, Durrheim DN, Deloria Knoll M, Vasudevan P, et al. A global agenda for older adult immunization in the COVID-19 era: A roadmap for action. In: *Vaccine* [Internet]. Elsevier Ltd; 2020 [cited 2020 Dec 19]. Available from: </pmc/articles/PMC7332930/?report=abstract>
  17. Schmidt H. Vaccine Rationing and the Urgency of Social Justice in the Covid-19 Response. *Hastings Cent Rep* [Internet]. 2020;50(3):46–9. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=medc&NEWS=N&AN=32468631>
  18. Persad G, Peek M, MPH MS, Emanuel E, G. P, M.E. P, et al. Fairly Prioritizing Groups for Access to COVID-19 Vaccines. *JAMA* [Internet]. 2020;324(16):1601–2. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=ovftw&NEWS=N&AN=00005407-202010270-00015>
  19. Jeyanathan M, Afkhami S, Smaill F, Miller MS, Lichty BD, Xing Z. Immunological considerations for COVID-19 vaccine strategies. *Nat Rev Immunol* [Internet]. 2020;20(10):615–32. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=medi&NEWS=N&AN=32887954>
  20. Danchin M, Biezen R, Manski-Nankervis J-A, Kaufman J, Leask J. Preparing the public for COVID-19 vaccines: How can general practitioners build vaccine confidence and optimise uptake for themselves and their patients?. *Aust J Gen Pract* [Internet]. 2020;49(10):625–9. Available from:



<http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=medl&NEWS=N&AN=33015676>

21. Eberhardt C, Siegrist C-A. Is there a role for childhood vaccination against COVID-19?. *Pediatr Allergy Immunol* [Internet]. 2020; Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=ovftw&NEWS=N&AN=00012984-900000000-99230>
22. Ministerio de Asuntos Sociales y Salud de Finlandia. Coronavirus and vaccine candidates Finland's priorities to protect the population [Internet]. 2020. Available from: <https://stm.fi/en/coronavirus-vaccines#:~:text=Finland's priorities to protect the population&text=Finland's priority is to immunise,from the COVID-19 disease>.
23. Kao CM, Orenstein WA, Anderson EJ. The Importance of Advancing Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 Vaccines in Children. *Clin Infect Dis* [Internet]. 2020 Jun 3 [cited 2020 Dec 18]; Available from: </pmc/articles/PMC7314192/?report=abstract>
24. Jacqueline Weekers. To be effective, COVID-19 vaccination plans must include migrants | Gavi, the Vaccine Alliance [Internet]. [cited 2020 Dec 18]. Available from: <https://www.gavi.org/vaccineswork/be-effective-covid-19-vaccination-plans-must-include-migrants>
25. Schmidt H, Gostin L, Williams M. Is It Lawful and Ethical to Prioritize Racial Minorities for COVID-19 Vaccines?. *JAMA* [Internet]. 2020;324(20):2023–4. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=ovftw&NEWS=N&AN=00005407-202011240-00014>
26. De Hert M, Mazereel V, Detraux J, Van Assche K. Prioritizing COVID-19 vaccination for people with severe mental illness. *World Psychiatry* [Internet]. 2020 Nov [cited 2020 Dec 18];wps.20826. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/wps.20826>
27. F.M. R, Greenwood B. AO - Russell FMO <http://orcid.org/000.-0002-3077-9639>. Who should be prioritised for COVID-19 vaccination? *Hum Vaccines Immunother* [Internet]. 2020; Available from: <http://www.tandfonline.com/loi/khvi20>
28. H. S, P. P, T. S, Schmidt H, assistant professor D, of Medical Ethics and Health Policy research, et al. Covid-19: How to prioritize worse-off populations in allocating safe and effective vaccines. *BMJ* [Internet]. 2020;371:m3795. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emexb&NEWS=N&AN=633119740>
29. Danchin M, Biezen R, Manski-Nankervis J-A, Kaufman J, Leask J, M. D, et al. Preparing the public for COVID-19 vaccines: How can general practitioners build





vaccine confidence and optimise uptake for themselves and their patients?. Aust J Gen Pract [Internet]. 2020;49(10):625–9. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emexc&NEWS=N&AN=633114081>

30. Australian government department of health. AUSTRALIAN TECHNICAL ADVISORY GROUP ON IMMUNISATION (ATAGI) CLINICAL ADVICE [Internet]. 2020. Available from: [https://www.health.gov.au/sites/default/files/documents/2020/11/atagi-preliminary-advice-on-general-principles-to-guide-the-prioritisation-of-target-populations-in-a-covid-19-vaccination-program-in-australia\\_0.pdf](https://www.health.gov.au/sites/default/files/documents/2020/11/atagi-preliminary-advice-on-general-principles-to-guide-the-prioritisation-of-target-populations-in-a-covid-19-vaccination-program-in-australia_0.pdf)
31. Flanagan KL, Best E, Crawford NW, Giles M, Koirala A, Macartney K, et al. Progress and Pitfalls in the Quest for Effective SARS-CoV-2 (COVID-19) Vaccines. Front Immunol [Internet]. 2020;11:579250. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=medl&NEWS=N&AN=33123165>
32. Canada G de. Preliminary guidance on key populations for early COVID-19 immunization [Internet]. 2020. Available from: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/immunization/national-advisory-committee-on-immunization-naci/guidance-key-populations-early-covid-19-immunization.html>
33. Chen J-M, Sun Y-X, Chen J-W. Potential for elimination of SAR-CoV-2 through vaccination as inspired by elimination of multiple influenza viruses through natural pandemics or mass vaccination. J Med Virol [Internet]. 2020;92(11):2453–7. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=prem&NEWS=N&AN=32525587>



## 9. Anexos

### Anexo 1. Bitácoras de búsqueda

Búsqueda número 1		
Base de datos	Embase	
Plataforma	OVID	
Fecha de búsqueda	11/12/2020	
Límite de tiempo	Ninguno	
Límites de lenguaje	Ninguno	
Otros límites	Ninguno	
Estrategia de búsqueda	1 exp SARS coronavirus/	5920
	2 exp Coronavirinae/	22600
	3 COVID*19.ti,ab.	70925
	4 SARS-CoV-2.ti,ab.	20810
	5 COVID-19 virus.ti,ab.	322
	6 2019-nCoV.ti,ab.	1056
	7 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6	89566
	8 exp virus vaccine/ or exp vaccine/ or exp vaccine immunogenicity/	336815
	9 exp mass immunization/ or exp immunization/	287092
	10 Vaccine*.ti,ab.	280032
	11 COVID 19 vaccine.ti,ab.	297
	12 (Immunogenicity adj5 Vaccine).ti,ab.	5393
	13 vaccine against COVID*19.ti,ab.	59
	14 mass vaccination.ti,ab.	2135
	15 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14	511557
	16 Priorization.ti,ab.	72
	17 Priorit*.ti,ab.	167197
	18 Prioritized population.ti,ab.	6
	19 Candidate.ti,ab.	270917
	20 Eligible.ti,ab.	227
	21 prioritization criteria.ti,ab.	125
	22 implement*.ti,ab.	686386
	23 recommendations.ti,ab.	325764
	24 lineament.ti,ab.	34
	25 priority groups.ti,ab.	330
	26 choice of groups.ti,ab.	88
	27 application.ti,ab.	1005677
	28 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27	2297568
	29 7 and 15 and 28	1183
	30 limit 29 to (human and yr="2020 - 2021" and covid-19)	743
Documentos identificados	743	

Búsqueda número 2		
Base de datos	Medline	
Plataforma	OVID	
Fecha de búsqueda	11/12/2020	
Límite de tiempo	Ninguno	
Límites de lenguaje	Ninguno	
Otros límites	Ninguno	



Estrategia búsqueda	de	1	exp SARS Virus/	3690
		2	exp coronaviridae/ or exp coronavirus/	46196
		3	COVID*19.ti,ab.	89697
		4	SARS-CoV-2.ti,ab.	25235
		5	COVID-19 virus.ti,ab.	404
		6	2019-nCoV.ti,ab.	1159
		7	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6	112698
		8	exp Immunization/	177970
		9	exp vaccination/ or exp mass vaccination/	86522
		10	Vaccine.ti,ab.	236418
		11	Virus vaccine.ti,ab.	6134
		12	Immunization.ti,ab.	110346
		13	Vaccine immunogenicity.ti,ab.	1055
		14	mass Immunization.ti,ab.	695
		15	Vaccin*.ti,ab.	393008
		16	COVID 19 vaccine.ti,ab.	380
		17	(Immunogenicity adj2 Vaccine).ti,ab.	1755
		18	vaccine against COVID*19.ti,ab.	65
		19	mass vaccination.ti,ab.	2273
		20	8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19	514355
		21	Priorization.ti,ab.	38
		22	Priorit*.ti,ab.	161416
		23	Prioritized population.ti,ab.	8
		24	Candidate.ti,ab.	248358
		25	Elegible.ti,ab.	49
		26	prioritization criteria.ti,ab.	117
		27	implement*.ti,ab.	656172
		28	recommendations.ti,ab.	308855
		29	lineament.ti,ab.	67
		30	priority groups.ti,ab.	349
		31	choice of groups.ti,ab.	134
		32	application.ti,ab.	976859
		33	21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28 or 29 or 30 or 31 or 32	2206967
		34	7 and 20 and 33	1305
		35	limit 34 to yr="2020 - 2021"	992
			limit 35 to humans [Limit not valid in Journals@Ovid; records	
		36	were retained]	432
		37	limit 36 to yr="2020 - 2021"	432
			limit 37 to covid-19 [Limit not valid in Journals@Ovid; records	
		38	were retained]	428
Documentos identificados		432		



### Búsqueda en el motor de búsqueda Google

Fecha de búsqueda	Estrategia	Referencias evaluadas (#)	Referencias incluidas
11 de diciembre de 2020	prioritization AND vaccination AND Covid-19	100	22
11 de diciembre de 2020	prioritization AND Active Immunization AND Covid-19	100	17
11 de diciembre de 2020	prioritization AND Mass Vaccination AND Covid-19	100	16
11 de diciembre de 2020	prioritization AND Mass Immunization AND Covid-19	100	2
11 de diciembre de 2020	prioritization AND Immunization Program AND Covid-19	100	8
11 de diciembre de 2020	prioritization AND Vaccination Campaign AND Covid-19	100	9
11 de diciembre de 2020	prioritization AND Vaccination Promotion AND covid-19	100	11

### Búsqueda en páginas web por agencias

Entidad	Fecha de búsqueda	Estrategia	Resultados identificados	Referencias evaluadas (#)
WHO	12 de diciembre de 2020	prioritization of COVID-19 vaccination	1	1
CDC	12 de diciembre de 2020	Vaccination COVID - 19 Prioritization	1	1



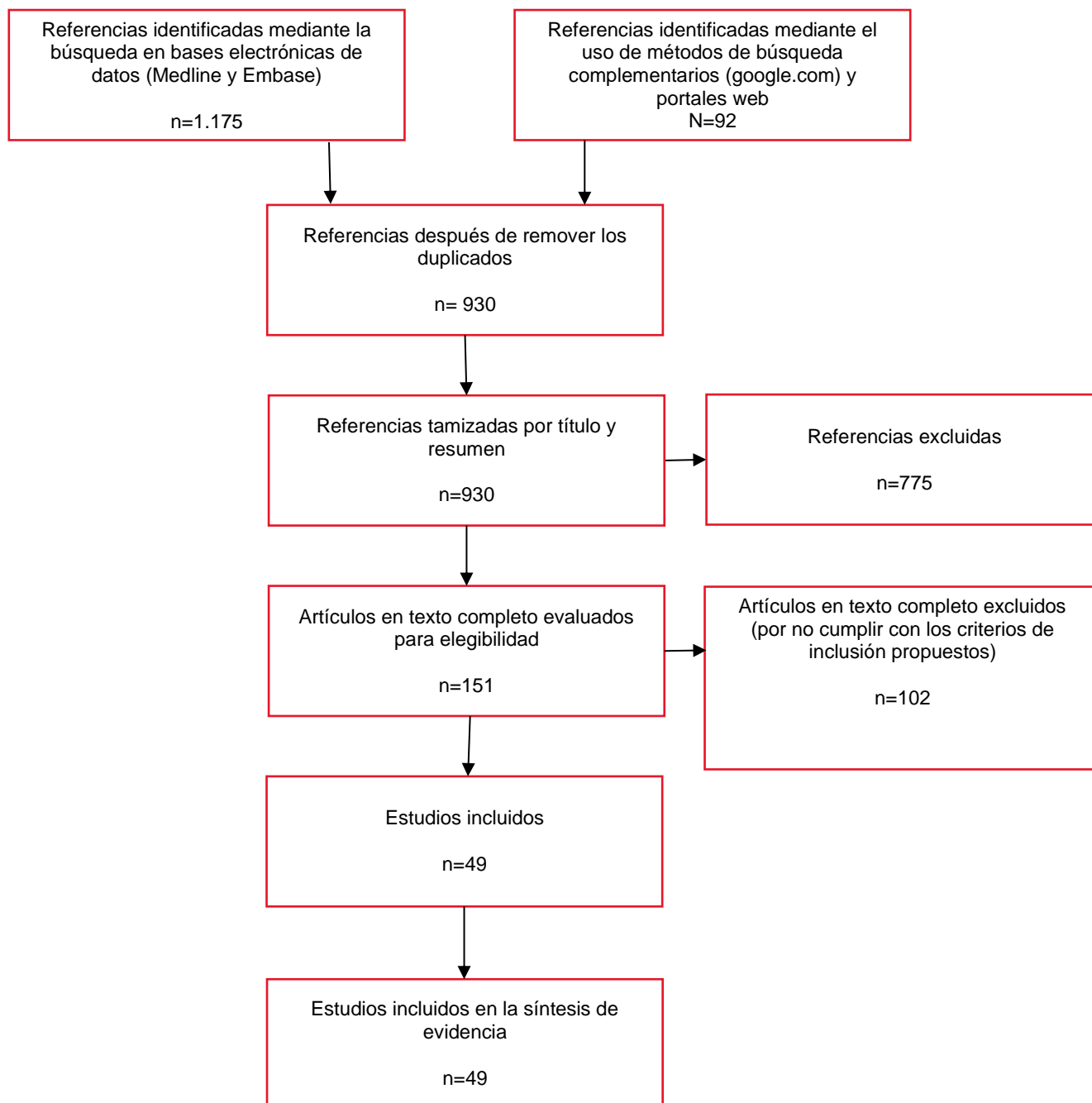
Entidad	Fecha de búsqueda	Estrategia	Resultados identificados	Referencias evaluadas (#)
ECDC	12 de diciembre de 2020	Vaccination Covid -19 Prioritization	2	2
AMETESA	12 de diciembre de 2020	No tiene buscador: Pagina Web	0	0
CENETEC	12 de diciembre de 2020	No tiene buscador: Pagina Web	0	0
EUnetHTA	12 de diciembre de 2020	No tiene buscador: Pagina Web	0	0
ANVISA	12 de diciembre de 2020	Vaccine Covid-19	0	0
IECS	12 de diciembre de 2020	Covid – 19 Vaccination	0	0
INAHTA	12 de diciembre de 2020	Covid – 19 Vaccination	0	0
NICE	12 de diciembre de 2020	Covid – 19 Vaccination	0	0
iETSI	12 de diciembre de 2020	NO TIENE BUSCADOR	0	0
ISGlobal	12 de diciembre de 2020	Covid – 19 Vaccination	1	1
AFP Factual	12 de diciembre de 2020	Covid – 19 Vaccination	0	0



Entidad	Fecha de búsqueda	Estrategia	Resultados identificados	Referencias evaluadas (#)
RedETSA	12 de diciembre de 2020	Covid – 19 Vaccination	0	0
OFPH	12 de diciembre de 2020	Covid – 19 Vaccination	0	0
HIQA	12 de diciembre de 2020	Covid – 19 Vaccination	0	0
CADTH	12 de diciembre de 2020	Covid – 19 Vaccination	0	0
HTA Austria	12 de diciembre de 2020	Covid – 19 Vaccination	0	0
HTW	12 de diciembre de 2020	Covid – 19 Vaccination	0	0
INEAS	12 de diciembre de 2020	Covid – 19 Vaccination	0	0
OPS	12 de diciembre de 2020	Covid – 19 Vaccination	1	1
IO	12 de diciembre de 2020	Covid – 19 Vaccination	0	0



## Anexo 2. Diagrama de flujo de la búsqueda, tamizado y selección de estudios.





### Anexo 3. Listado de documentos excluidos

No.	Autor/Año	Título	Tipo de publicación	Justificación de la exclusión
1	Arashkia A. 2020	Severe acute respiratory syndrome-coronavirus-2 spike (S) protein-based vaccine candidates: State of the art and future prospects	Artículo de revisión	No aborda el enfoque de interés, se centra en las características genéticas del virus para la elaboración de vacunas
2	Badgujar K. 2020	Vaccine development against coronavirus (2003 to present): An overview, recent advances, current scenario, opportunities, and challenges	Revisión bibliográfica	Información sobre la técnica y estrategias de diseño de vacunas pero no da información de población priorizada
3	Bartsch S. 2020	Vaccine Efficacy Needed for a COVID-19 Coronavirus Vaccine to Prevent or Stop an Epidemic as the Sole Intervention	Modelo computacional que simula la propagación del coronavirus COVID-19 y la vacunación	Eficacia necesaria de la vacuna, no da información de población priorizada
4	Billington J. 2020	Developing Vaccines for SARS-CoV-2 and Future Epidemics and Pandemics: Applying Lessons from Past Outbreaks	Comentario	No da información de población priorizada para vacunación por COVID19
5	Branch A. 2020	How to Survive COVID-19 Even If the Vaccine Fails	Artículo especial	No da información de población priorizada para vacunación por COVID19
6	Choi W. 2020	Optimal strategies for vaccination and social distancing in a game-theoretic epidemiologic model	Modelo matemático	Modelo matemático de transmisión de enfermedades considerando la vacunación y el distanciamiento social como estrategias de protección personal. No da información de población priorizada para vacunación por COVID19
7	Dean N. 2020	Ensemble forecast modeling for the design of COVID-19 vaccine efficacy trials	Artículo de revisión	Describen el uso de modelos de conjuntos para guiar la selección y evaluación continua de sitios para un ensayo de eficacia de la vacuna pero no da información de la población priorizada a vacunar
8	Edwards K. 2020	Anticipating Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 Vaccine Testing, Licensure, and Recommendations for Use	Artículo de revisión	No da información de población priorizada para vacunación por COVID19
9	Flanagan K. 2020	Progress and Pitfalls in the Quest for Effective SARS-CoV-2 (COVID-19) Vaccines	Artículo de revisión	Revisa el conocimiento actual sobre la respuesta inmune al COVID19s en lo que respecta al diseño de vacunas eficaces y seguras. No da información de población priorizada para vacunación por COVID19





No.	Autor/Año	Título	Tipo de publicación	Justificación de la exclusión
10	French J. 2020	Key Guidelines in Developing a Pre-Emptive COVID-19 Vaccination Uptake Promotion Strategy	Artículo de revisión	Establece las pautas que los gobiernos y los organismos regionales de todo el mundo deberían seguir para mejorar el impacto de su estrategia pro-vacunación pero no da información de población priorizada para vacunación por COVID19
11	Gagneux-Brunon A. 2020	Intention to get vaccinations against COVID-19 in French healthcare workers during the first pandemic wave: a cross sectional survey	Artículo	Encuesta para determinar la tasa de aceptación de la vacuna COVID-19 en los trabajadores sanitarios en Francia.
12	Gragna G. 2020	Relationship between Citizens' Health Engagement and Intention to Take the COVID-19 Vaccine in Italy: A Mediation Analysis	Artículo	Encuesta para conocer el compromiso con la salud de los ciudadanos adultos, la susceptibilidad y gravedad percibidas de COVID-19 y las actitudes generales relacionadas con la vacuna afectan la disposición a vacunar
13	Hanney S. 2020	From COVID-19 research to vaccine application: why might it take 17 months not 17 years and what are the wider lessons?	Comentario	No da información de población priorizada para vacunación por COVID19
14	Hewitt A. 2020	ACTIVating Resources for the COVID-19 Pandemic: In Vivo Models for Vaccines and Therapeutics	Perspectiva	No da información de población priorizada para vacunación por COVID19
15	Izda V. 2020	COVID-19: A review of therapeutic strategies and vaccine candidates	Artículo de revisión	No da información de población priorizada para vacunación por COVID19
16	Jaffe E. 2020	Pregnant women's perceptions of risks and benefits when considering participation in vaccine trials	Artículo	No da información de población priorizada para vacunación por COVID19
17	Joshi A. 2020	Epitope based vaccine prediction for SARS-COV-2 by deploying immuno-informatics approach	Artículo	No da información de población priorizada para vacunación por COVID20
18	Kesselheim A. 2020	An Overview Of Vaccine Development, Approval, And Regulation, With Implications For COVID-19	Análisis	No da información de población priorizada para vacunación por COVID20
19	Kochhar S. 2020	Planning for COVID-19 vaccines safety surveillance	Comentario	No da información de población priorizada para vacunación por COVID20
20	Wooyoung L. 2020	Herd immunity and a vaccination game: An experimental study	Artículo	No da información de población priorizada para vacunación por COVID21



No.	Autor/Año	Título	Tipo de publicación	Justificación de la exclusión
21	Lyu J. 2020	Reflection on lower rates of COVID-19 in children: Does childhood immunizations offer unexpected protection?	Artículo de revisión	No da información de población priorizada para vacunación por COVID22
22	Madubueze C. 2020	Controlling the Spread of COVID-19: Optimal Control Analysis	Modelo matemático	No da información de población priorizada para vacunación por COVID22
23	Mahase E. 2020	Covid-19: Vaccine roll out could take a year and will require difficult prioritisation decisions	Artículo de opinión	No da información de población priorizada para vacunación por COVID22
24	Mahase E. 2020	Covid-19: Vaccine candidate may be more than 90% effective, interim results indicate	Artículo de opinión	No da información de población priorizada para vacunación por COVID22
25	Makhoul M. 2020	Epidemiological Impact of SARS-CoV-2 Vaccination: Mathematical Modeling Analyses	Modelo matemático	No da información de población priorizada para vacunación por COVID22
26	Malik A. 2020	Determinants of COVID-19 vaccine acceptance in the US	Artículo	No da información de población priorizada para vacunación por COVID21
27	McClung N. 2020	The Advisory Committee on Immunization Practices' Ethical Principles for Allocating Initial Supplies of COVID-19 Vaccine — United States, 2020	Informe	Hay un informe más actualizado a 3 de diciembre
28	Mukherjee R. 2020	Global efforts on vaccines for COVID-19: Since, sooner or later, we all will catch the coronavirus	Revisión	No da información de población priorizada para vacunación por COVID21
29	Mulligan M. 2020	An Inactivated Virus Candidate Vaccine to Prevent COVID-19	Editorial	No da información de población priorizada para vacunación por COVID21
30	O'Leary S. 2018	Update From the Advisory Committee on Immunization Practices	Informe	No abarca la condición de salud de interés ni el tiempo de inclusión
31	Raja, A.T. 2020	Current COVID-19 vaccine candidates: Implications in the Saudi population	Revisión	No da información de población priorizada para vacunación por COVID21
32	Rodrigues C. 2020	Impact of Vaccines; Health, Economic and Social Perspectives	Revisión	No da información de población priorizada para vacunación por COVID21
33	Williams L. 2020	Towards intervention development to increase the uptake of COVID-19 vaccination among those at high risk: Outlining evidence-based and theoretically informed future intervention content	Artículo	No da información de población priorizada para vacunación por COVID21
34	Wang K. 2020	Intention of nurses to accept coronavirus disease 2019 vaccination and change of intention to accept seasonal influenza vaccination during the coronavirus disease 2019	Artículo	No da información de población priorizada para vacunación por COVID21



No.	Autor/Año	Título	Tipo de publicación	Justificación de la exclusión
		pandemic: A cross-sectional survey		
35	Wang J. 2020	Acceptance of COVID-19 Vaccination during the COVID-19 Pandemic in China	Artículo	No da información de población priorizada para vacunación por COVID21
36	Torjesen I. 2020	Covid-19: Third candidate vaccine will be tested in UK	Noticia	No da información de población priorizada para vacunación por COVID21
37	Singh J. 2020	The Case for Why Africa Should Host COVID-19 Candidate Vaccine Trials	Perspectiva	No da información de población priorizada para vacunación por COVID21
38	Schoch-Spana M. 2020	The public's role in COVID-19 vaccination: Human-centered recommendations to enhance pandemic vaccine awareness, access, and acceptance in the United States	Artículo	No da información de población priorizada para vacunación por COVID21
39	Senoo Y. 2020	Prioritizing infants in a time of Bacille Calmette–Guérin vaccine shortage caused by premature expectations against COVID-19	Carta al editor	No da información de población priorizada para vacunación por COVID21
40	Shen A. 2020	Ensuring Equitable Access To COVID-19 Vaccines In The US: Current System Challenges And Opportunities	Análisis	No da información de población priorizada para vacunación por COVID21
41	Vora K. 2020	Impact of COVID-19 on women and children and the need for a gendered approach in vaccine development	Mini revisión	No da información de población priorizada para vacunación por COVID19 sino de la inclusión de mujeres embarazadas, madres lactantes y niños en los ensayos de vacunas
42	Weintraub R. 2020	COVID-19 Vaccine To Vaccination: Why Leaders Must Invest In Delivery Strategies Now	Análisis	No brinda información adicional a la ya aportada por las fuentes primarias
43	Wise J. 2020	Covid-19: Health and care workers will be “highest priority” for vaccination, says JCVI	Noticia	No brinda información adicional a la ya aportada por las fuentes primarias



La salud  
es de todos

Minsalud



MINSALUD



[www.minsalud.gov.co](http://www.minsalud.gov.co)



Carrera 13 No. 32-76, piso 1  
Bogotá, D.C., Colombia



@MinSaludCol



Instituto de Evaluación  
Tecnológica en Salud®



[www.iets.org.co](http://www.iets.org.co)



Carrera 49 a No. 91 - 91  
Bogotá, D.C., Colombia



(+571) 3770100



[contacto@iets.org.co](mailto:contacto@iets.org.co)



@ietscolombia



[ietscolombia](https://www.youtube.com/user/ietscolombia)



Instituto de Evaluación  
Tecnológica en Salud®



**Análisis parcial de productos Componente 2 del Contrato 9677-MECOV19-1009-2020, siguiendo lo establecido en el párrafo primero de la cláusula primera de dicho contrato, mediante la herramienta AMSTAR 2 adaptada siguiendo las consideraciones Cochrane para revisiones rápidas.**

**¿La pregunta de investigación y los criterios de inclusión de la revisión incluyeron los componentes de la estructura PICO o de otra estructura específica según el objetivo?**

Si, el objetivo y la pregunta están acordes con la estructura ProPheT para este tipo de preguntas de revisión.

**¿Se sustentan los diseños seleccionados para incluir en la revisión?**

Si, se argumenta mediante la pregunta de investigación y la necesidad de recurrir a una diversidad de documentos.

**¿Se utiliza una estrategia de búsqueda exhaustiva, aunque siguiendo las consideraciones de Cochrane para revisiones rápidas?**

Si, el Anexo 1 describe detalladamente cada estrategia utilizada siguiendo los lineamientos para estas revisiones, se utilizan fuentes de bases de datos de revistas y portales de organizaciones que pudieran brindar la información de interés.

**¿La selección de los estudios se realiza por duplicado, aunque siguiendo las consideraciones de Cochrane para revisiones rápidas?**

Parcial, se sugiere describir si se realizó un piloto del proceso.

**Respuesta IETS:** Se adicionó que se realizó un piloto.

**¿Se realiza la extracción siguiendo las consideraciones de Cochrane para revisiones rápidas?**

Parcial, se sugiere indicar si se realizó un piloto del proceso.

**Respuesta IETS:** Se adicionó que se realizó un piloto y ajuste del formato.



**¿Se presenta un listado de estudios excluidos y se justifica la razón?**

Si, el Anexo 3 contiene el listado de los estudios excluidos tras lectura de texto completo y la debida justificación.

**¿Se describen los estudios incluidos en detalle adecuado?**

Si, en la Tabla 1 se describen con suficiente detalle.

**¿Se utiliza una técnica adecuada de evaluación de riesgo de sesgos en los estudios incluidos?**

Si, utilizan herramientas de evaluación de riesgo de calidad de revisiones sistemáticas y certeza del nivel de evidencia para el tipo de estudios incluidos.

**¿Se reportan las fuentes de financiamiento de los estudios incluidos?**

No, si bien por el tipo de pregunta al no buscar evaluar la eficacia/seguridad de una intervención esto sería opcional y podría colocarse en la Tabla 1.

**Respuesta IETS: Se adicionó la variable de fuente de financiación y se diligenció para los casos que aplica.**

**¿Se considera la evaluación de riesgo de sesgos de estudios individuales al interpretar o discutir los resultados de la revisión?**

No aplica, por el tipo de preguntas, documentos e información extraídos.

**¿Se presenta una explicación y se discute la heterogeneidad observada en los resultados?**

Si, aunque no se realiza metanálisis se hace un análisis de las diferencias en los resultados en la discusión.



**Si se realiza una síntesis cuantitativa, ¿Se lleva a cabo una adecuada indagación de los sesgos de publicación, y se discute su probable impacto en los resultados de la revisión?**

No aplica, se realizó una síntesis narrativa de los resultados de los estudios.

**¿Se menciona la fuente de financiamiento y fuentes de conflicto de interés para realizar la revisión?**

Si, los autores informan no tener conflicto de interés y su independencia editorial, y explícitamente se menciona que esta revisión es producto del Contrato No. 9677-MECOV19-1009-2020 por solicitud del Fondo de gestión del riesgo de desastres