

their hospital stay. These patients were identified and treated correctly due to the universal SARS-CoV-2 detection policy that exists in our institution. Asymptomatic patients and patients in the latent phase of the disease represent a safety risk both for themselves and for the health personnel providing care for them. We consider that although there may be logistic complications and a theoretical increase in the cost of care with the implementation of universal screening, this allows the early identification of cases and ensures their correct management and infection precaution implementation.

Declaration of conflict of interests. The authors declare that they have no conflict of interests.

Gerardo I Magallanes-Garza, MD,^{(1,2)*}
gerardo.magallanes@tec.mx
Armando Monroy-Faudoa, MD,^{(1,2)*}
Carolina Valdez-Alatorre, MD,^(1,2)
Daniel Dávila-González, MD, PhD,⁽¹⁾
Gloria P Rodríguez-Gómez, MD,⁽¹⁾
Mariana Moncada-Madrazo, MD,^(1,2)
Carlos Villegas-Cruz, MD.^(1,2)

(1) School of Medicine and Health Sciences, Tecnológico de Monterrey. Monterrey, Mexico.

(2) Obstetrics and Gynecology Department, TecSalud, Tecnológico de Monterrey. Monterrey, Mexico.

*These authors contributed equally.

<https://doi.org/10.21149/12924>

2020;370(m3320):1-14. <https://doi.org/10.1136/bmj.m3320>

Reflexiones sobre la estrategia de vacunación en México para personas de 50 a 59 años

Señor editor: El editorial de *Salud Pública de México*, volumen 63, número 2, corresponde al Grupo Técnico Asesor de Vacunación Covid-19 (GTAV Covid-19). En él se resalta la mayor probabilidad de muerte por Covid-19 entre personas de 50 y 59 años en general y con comorbilidades; además se señala que, con la vacuna, en conjunción con el personal de salud, se esperaría una disminución hasta de 80% en la mortalidad total.¹

Es así que el artículo del GTAV Covid-19,² alojado dentro del mismo número de la revista, analiza principios y valores para la protección equitativa, y prioriza grupos específicos de población para recibir la vacuna contra Covid-19, de forma inicial y escalonada. Los primeros en vacunarse serían los trabajadores de la salud, seguidos

de personas de 60 años o más, al igual que de 50 o más con comorbilidades.²

Pese a lo anterior, el proceso de vacunación ha sido diferente: las personas de 50 años o más con comorbilidades no fueron vacunadas con las de 60 o más.³ Aunque el GTAV Covid-19 consideró priorizar a la población económicamente activa,¹ excluir a aquellos de 50 a 59 años supone un rezago desde el punto de vista económico, ya que constituyen 20% de la población en edad laboral.⁴ La Organización Mundial de la Salud señala que rezagar a este grupo no minimiza las infecciones ni los años de vida perdidos.⁵

Para analizar el riesgo creciente con la edad, el GTAV Covid-19 muestra razones de letalidad de 2.2 para las personas de 30 a 39 años; de 4.9 para las de 40 a 49; de 9.0 para las de 50 a 59; de 13.6 para las de 60 a 69 y de 18.4 para las de 70 años o más. Así como razones de positividad de 7% para las personas de 30 a 39; de 12% para las de 40 a 49; de 18% para las de 50 a 59 y de 24% para las de 60 o más (grupo de referencia 20-29 años). En el párrafo previo a la exposición de la estrategia de vacunación, se apunta, sin citar otros

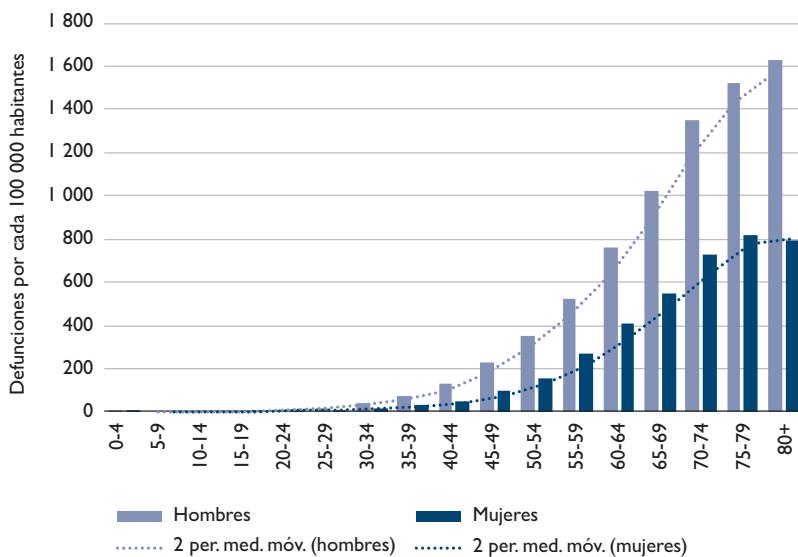


FIGURA 1. TASA DE MORTALIDAD ESPECÍFICA POR COVID-19. MÉXICO, FEBRERO 2020 A MARZO 2021

trabajos ni una metodología, que los menores de 60 años sin comorbilidades presentarían mayor riesgo de infección que de enfermedad severa.² Sin embargo, en los incrementos de razones no se encontraron elementos para sostener dicha afirmación.

En contraste, para el presente análisis, se obtuvieron tasas de mortalidad específicas para Covid-19 por sexo y quinquenio:⁶ se verificó un número creciente de defunciones a partir de los 20 a 29 años, sin cambios abruptos en el fenómeno (figura 1). Esto apunta a que es importante conocer el criterio para decidir que el riesgo de enfermedad grave es mayor a partir de los 60 años o de los 50, aunque es comprensible que las políticas de priorización de vacunas sean dinámicas, según los escenarios epidemiológicos.

Declaración de conflicto de intereses. Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Iliana Espinoza-Rivera, D en Epidemiología,^(1,2)
ili.2@libero.it
Paulina Morales-Ruiz, MD.⁽³⁾

(1) Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca.
Oaxaca de Juárez, México.

(2) Universidad Autónoma del Estado de México.
Toluca, México.

(3) Erasmus Mundus Joint Master Degrees
on Infectious Diseases and One Health.
Tours, Francia.

<https://doi.org/10.21149/12646>

Referencias

1. Barrientos-Gutiérrez T, Alpuche-Aranda CM, Bautista-Arredondo S. Preguntas y respuestas sobre la estrategia de vacunación contra Covid-19 en México. *Salud Pública Mex.* 2021;63(2):167-169 [citado mar 15, 2021]. Disponible en: <https://salud-publica.mx/index.php/spm/article/view/12511>
2. Grupo Técnico Asesor de Vacunación Covid-19. Priorización inicial y consecutiva para la vacunación contra SARS-CoV-2 en la población mexicana. Recomendaciones preliminares. *Salud Pública Mex.* 2021;63(2):286-307. <https://doi.org/10.21149/12399>
3. Infobae. Último día de vacunación en Miguel Hidalgo: van más de 5,600 adultos mayores de 60 años inmunizados. México: Infobae, 2021 [citado mar 15, 2021]. Disponible en: <https://www.infobae.com/america/mexico/2021/03/14/ultimo-dia-de-vacunacion-en-miguel-hidalgo-van-mas-de-5600-adultos-mayores-de-60-anos-inmunizados/>

[infobae.com/america/mexico/2021/03/14/ultimo-dia-de-vacunacion-en-miguel-hidalgo-van-mas-de-5600-adultos-mayores-de-60-anos-inmunizados/](https://www.stps.gob.mx/gobmx/estadisticas/pdf/perfiles/perfil%20distrito%20federal.pdf)

4. Secretaría del Trabajo y Previsión Social. Información laboral: Ciudad de México. México: STPS, 2021 [citado mar 15, 2021]. Disponible en: <http://www.stps.gob.mx/gobmx/estadisticas/pdf/perfiles/perfil%20distrito%20federal.pdf>

5. Organización Mundial de la Salud. Hoja de ruta del SAGE de la OMS para el establecimiento de prioridades en el uso de vacunas contra la COVID-19 en un contexto de suministros limitados. Ginebra: OMS, 2020 [citado mar 15, 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/m/item/who-sage-roadmap-for-prioritizing-uses-of-covid-19-vaccines-in-the-context-of-limited-supply>

6. Global Health 5050. The Sex, Gender, and COVID-19 Project. The COVID-19 sex-disaggregated data tracker. Londres: Global Health 5050, 2021. <https://globalhealth5050.org/covid19/>

la edad. Por ello, el GTAV recomendó inicialmente comenzar el proceso de vacunación basado en dos variables: edad y comorbilidades. Asumiendo que las vacunas son y serán escasas, se desarrolló la propuesta presentada en el cuadro VI del primer documento de recomendaciones preliminares del GTAV,⁴ cuyo primer grupo es el de trabajadores de la salud y otros trabajadores esenciales, seguido del grupo de 80 años o más, primero con comorbilidades y después sin ellas, para seguir con el grupo en la siguiente década de la vida con comorbilidades, y después sin comorbilidades, y así sucesivamente hasta llegar a los grupos de menores de 40 años de edad (cuadro VI, página 302 del primer documento del GTAV). Así, la propuesta del GTAV es ir vacunando por década de la vida, siguiendo precisamente el incremento con la letalidad asociado con la edad descrito en la figura 2 del primer documento del GTAV.

En el segundo documento del GTAV² se propuso eliminar la división por comorbilidades, ya que la edad y las comorbilidades están fuertemente asociadas y la inclusión de comorbilidades podría haber afectado la logística, por ejemplo, al tener que definir qué comorbilidades serían relevantes y cuáles no. En este segundo documento, a la recomendación de vacunar por década de la vida se sumó la priorización geográfica, que da mayor urgencia a la vacunación de municipios con elevada mortalidad por Covid-19 y alta densidad poblacional, que permite una logística por etapas empezando por aquellos municipios donde se espera un mayor impacto epidemiológico de la vacunación. Recomendamos ampliamente la lectura de este documento, que amplía las recomendaciones para la priorización de la vacuna en la población mexicana, recordando que todas las recomendaciones del GTAV son transitorias y pueden cambiar conforme cambie la situación epidemiológica o la evidencia científica.