

Boletín No. 1045 de 2020

Priorización de la vacuna se hizo con argumentos técnicos y de evidencia

- *El viceministro de Salud, Luis Moscoso expuso las 5 etapas de vacunación, la cuales se definieron a partir de criterios de priorización.*
- *Ocupación UCI alcanzó porcentajes importantes en Ibagué, Cali, Cúcuta, entre otras, por lo que se hizo llamado a la conducta social.*

Bogotá D.C., 21 de diciembre de 2020. Con base en argumentos técnicos y la evidencia disponible, el Gobierno Nacional planeó la priorización de la vacunación a partir de unos principios: prevalencia del interés general, solidaridad, equidad y justicia, eficacia, progresividad, transparencia y beneficencia.

Así lo explico el viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios, Luis Alexander Moscoso, añadiendo que a partir de estos principios y líneas rectoras se determinaron los objetivos para la priorización. “Los cuales se dividieron en dos fases, la primera que tiene por objeto reducir la mortalidad, los efectos graves de la enfermedad y proteger a los trabajadores de la salud; y una segunda que busca reducir el contagio”.

De esta manera el objetivo general es vacunar a 34 millones de colombianos, sin embargo, hay unos grupos poblacionales que no fueron elegidos para ser vacunados como son menores de 16 años, mujeres en embarazo y las personas que ya tuvieron covid-19, la cuales tienen un grado de inmunidad por un tiempo.

Criterios de priorización

Dicho así, los criterios de priorización se hicieron con base en la evidencia, en los mejores hallazgos y resultados. “El primer criterio es la edad, definitivamente la mortalidad aumenta con la edad, por ejemplo, la mortalidad en mayores de 90 años puede alcanzar el 25%, en mayores de 85 años el 15%, pero en mayores de 55 años es de 0.14%, en la medida que disminuye la edad disminuye el riesgo de enfermar”, explicó Moscoso.

También se asoció el criterio de comorbilidad, ya que definitivamente las comorbilidades como: hipertensión, diabetes, insuficiencia renal, epoc, asma, VIH, cáncer, tuberculosis, hepatitis, obesidad, entre otras, aumentan la posibilidad de tener unos efectos negativos.



“Pero también tenemos unos criterios de priorización como es el riesgo de contagio de algunas profesiones, por ejemplo, los trabajadores de la salud, las personas de las fuerzas militares y de policía, los auxiliares de vuelo, los bomberos, los conductores, los asistentes de ambulancia, los profesores, los guardias de centros penitenciarios. Ellos tienen un mayor grado de exposición entonces este criterio también fue tenido en las fases de priorización.

Etapas de vacunación

Con estas priorizaciones, el Ministerio de Salud y Protección Social definió las 5 etapas de vacunación, siendo la primera la destinada al talento en salud de la primera línea, que es el grupo que más riesgo tiene de enfermarse en los centros de urgencia y las unidades de cuidado intensivo. “Pero también el personal de apoyo no asistencial que asiste a esas unidades, las personas de servicios generales y de procesos administrativos. Ellos junto a la población mayor de 80 años, son 1.691.366 personas que esperamos vacunar en esta primera etapa”, indicó el viceministro.

La segunda etapa incluye la población de 60 a 79 años, que es una población que en índice sigue en margen de riesgo. “Aquí está el talento humano en salud que no se encuentra en la primera línea y son alrededor de 7.192.701 personas”, expuso Moscoso.

En la etapa tres de la primera fase, se involucra la población de 16 a 59 años con comorbilidad, “porque, aunque sean personas jóvenes, presentan una preexistencia que les genera un mayor riesgo”, dijo el funcionario, añadiendo que aquí también se incluyen profesores, personal de las Fuerzas Militares y policía, porque tienen un efecto protector sobre la población colombiana.

En la cuarta etapa entran los cuidadores institucionales, las madres comunitarias y otras poblaciones que tienen un riesgo de transmisión, que conforman un grupo a 4.910.000 personas.

“Finalmente la etapa quinta tiene que ver por las poblaciones que tienen menor riesgo, que son las personas de 15 a 59 años que no tienen comorbilidades y son alrededor de 17 millones y medio de personas”, precisó Moscoso, puntualizando que así se completan los 34 millones de colombianos.

Seroprevalencia en Colombia

Moscoso presentó además los últimos resultados del estudio de seroprevalencia en Colombia, adelantado por el Instituto Nacional de Salud -

INS y que permite conocer la cantidad de personas que han tenido la enfermedad del covid-19.

De esta manera se conoció que en la primera fase de estudios de seroprevalencia que involucró 8 ciudades, en Leticia ya el 59% de su población ya tuvo la enfermedad. En Barranquilla el 55%, Medellín (27%), Bucaramanga (32%), Villavicencio (34%), Cúcuta (40%), Bogotá (30%), Montería (59%).

Al respecto, Moscoso indicó que “esto significa que ciudades como Montería tienen una menor probabilidad de tener infecciones, pero también indica que el que el 41% de sus habitantes no se han infectado. O sea, lo que tenemos que tener presente es que aunque tengamos una alta seroprevalencia, podemos tener un riesgo de enfermarse por lo que no podemos bajar la guardia ni dejar de adoptar las medidas de protección de todos los días”.

Ocupación UCI en Colombia

En cuanto a la disponibilidad de Unidades de Cuidado Intensivo -UCI en el país, el viceministro Moscoso expresó la preocupación que existe desde el Gobierno Nacional ante el incremento reciente de casos y la alta ocupación de camas UCI en varias ciudades del país y por lo que se tuvieron que ordenar varias medidas de control.

Entre los territorios en alerta se encuentran: Bogotá con una disponibilidad de UCI del 29%, Antioquía del 28%, Medellín (Valle de Aburrá) del 21%, Norte de Santander del 10%, Cúcuta del 7%, Risaralda y Pereira del 22%, Tolima del 28%, Ibagué del 10%, Valle del Cauca del 20% y Cali del 16%.

“Por eso hay que adoptar medidas en cada una de estas ciudades, estas medidas tienen por objeto dos cosas: primero limitar el uso de UCI por efectos traumáticos y violentos, por eso las limitaciones de movilidad y la limitación de los pilotos de consumo de licor, porque disminuimos la posibilidad de eventos de tránsito, eventos violentos y otros que se presentan, y que en estas festividades suceden con mucha más frecuencia”, apuntó.

Recordó que dada esa situación se ordenó que las poblaciones con disponibilidad UCI de menos del 30% tienen limitación de venta y consumo de licor en bares y restaurantes hasta las 10:00 p.m. Además, limitación de las cirugías y procedimientos programados no vitales, para evitar que alguna complicación de estos pacientes termine en una UCI que se pueda necesitar para atención de pacientes críticos por covid-19 u otra eventualidad.

También, explicó, que se generaron unas medidas locales ajustadas a cada región, como pico y cédula, que -dependiendo de la severidad del comportamiento epidemiológico de ocupación- puede ser general o del comercio; limitación de movilidad luego de las 10:00 p.m. para evitar accidentes de tránsito.



La salud
es de todos

Minsalud

Moscoso agregó que “tenemos un tema importante para 24 y 31 de diciembre, cuando se presenta mayor consumo de licor, mayores accidentes de tránsito y eventos violentos, por eso en algunas ciudades se generarán limitaciones de movilidad completas, algunas desde el 24 hasta el día siguiente y otras el fin de semana completo, depende de las condiciones de cada ciudad”.

Finalmente, reiteró las recomendaciones generales: limitación de reuniones familiares, especialmente cuando hay personas con comorbilidades o adultos mayores, y si se hacen que sean pequeñas, en espacios abiertos, por periodos cortos, usando el tapabocas, manteniendo el distanciamiento social, lavándose las manos.