

# Efectividad de las medidas efectuadas para la contención de la pandemia y optimización de la efectividad de la estrategia de vacunación (II)

Rafael Cascón; Paula Villanueva; Miguel Berzal; Francisco Santos.

La trascendencia en las decisiones críticas que deben tomarse en relación con la gestión de una pandemia hace necesario una estimación veraz de los escenarios futuros valorando el impacto de las medidas que deben adoptarse, el instante preciso para implementarlas y sus consecuencias en vidas y en el sector macroeconómico. Para ello es fundamental, con base en el conocimiento de los hechos ya acaecidos establecer de manera muy aproximada los trágicos daños y costes que la pandemia ya ha producido y, atendiendo a su situación actual, los que todavía puede provocar con el objeto de permitir adoptar medidas efectivas, así como desechar sobreactuaciones inefectivas o incluso perjudiciales, tanto en momentos de ascenso como de descenso de la curva de contagios. Debe considerarse este trabajo como una continuación y actualización de lo expuesto en el trabajo de título similar [1]. Precisamente en ese trabajo se insistía en lo fundamental de actuar decididamente cuando, por los datos del presente y lo conocido por la experiencia, se podía remediar considerablemente las consecuencias en el futuro. En ese trabajo se analizaba los inicios de esta epidemia en España concluyendo que mediante el análisis de la evolución exponencial creciente de contagios existente y con el conocimiento de lo ya sucedido en países de nuestro entorno cercano, como Italia, que nos antecedió en varios días con una evolución muy similar a la que ya se estaba viendo en nuestro país, se podrían haber producido unas consecuencias muy diferente si se hubiesen anticipado la primeras medidas (figura 1).

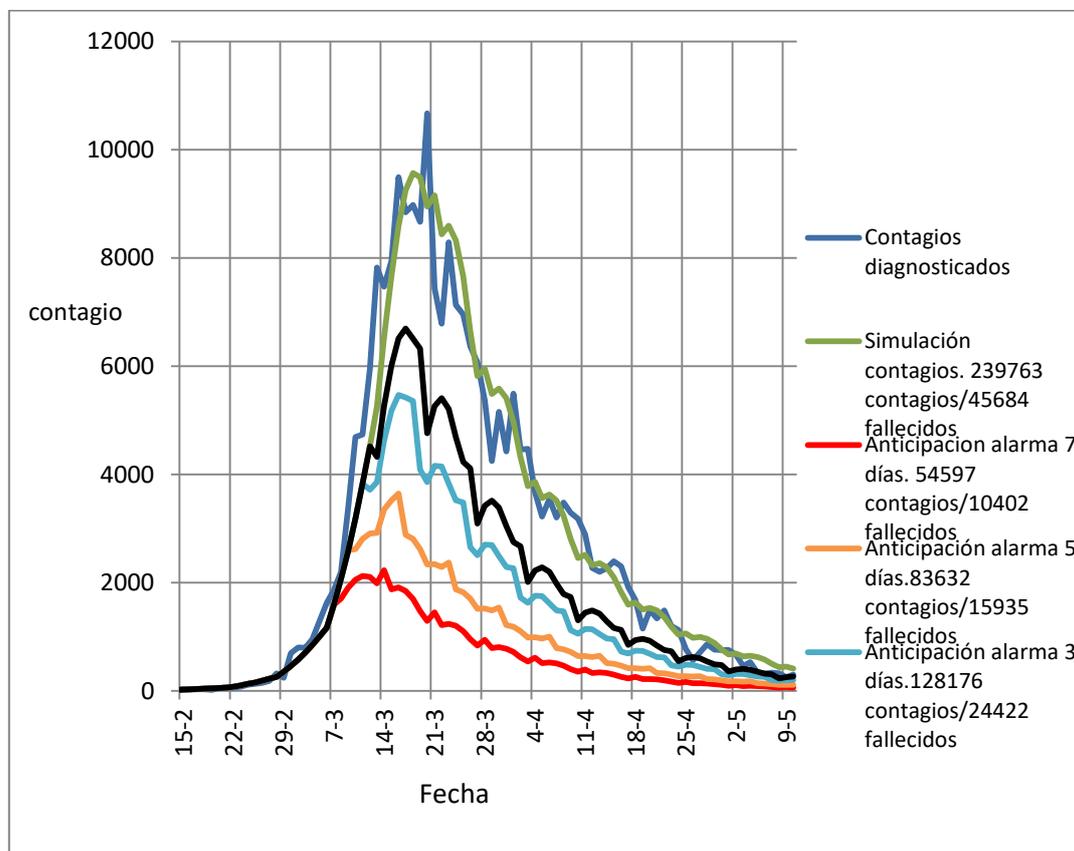


Figura 1. Simulación de la evolución de los contagios diarios con una anticipación de las medidas del estado de alarma del 15 de marzo en 7, 5, 3 y 2 días. [1]

En el modelo allí explicado se estimaban en 35.000 los decesos que podrían haberse evitado de adoptarse 7 días antes las medidas de restricción social (figura 1), o del efecto que se podía ver cuando se anticipaba cualquier medida, aunque no fuese tan drástica. Recientemente nuevos estudios realizados por otros investigadores obtienen conclusiones muy similares (aproximadamente 20.000 decesos menos de anticipar las medidas 7 días) [2], [3]. En ese estudio referenciado se consideran únicamente los decesos con COVID-19 diagnosticado con prueba, mientras que el desarrollado en el estudio que antecede a éste, con el mismo título [1], se opta por considerar los decesos por causa de COVID-19, según los criterios de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) y se detallan las múltiples razones para actuar así. Con esa salvedad los resultados son muy similares. Cabría señalar que no solo se podrían haber salvado vidas, sino que observando los resultados de las medidas de restricción impuestas, no todas igual de efectivas, se puede concluir que con una actuación decidida pero anticipada en el tiempo podrían no haber sido ni tan necesariamente duras esas medidas, ni quizás tan prolongadas en el tiempo, lo que quizás también hubiese contribuido a un menor deterioro económico, que en nuestro país ha sido superior al del resto del mundo.

### Optimización de la estrategia de vacunación

Sobre este asunto se debe insistir en que el objetivo fundamental citado en la estrategia de vacunación en España es *“prevenir la enfermedad y disminuir la gravedad y mortalidad de la misma, además de disminuir el impacto de la pandemia sobre el sistema asistencial y la economía, protegiendo especialmente a aquellos grupos con mayor vulnerabilidad.”*

En las recientes actualizaciones de esa estrategia se ha incluido explícitamente en esta prioridad a uno de los grupos con mayor riesgo, que no estaban incluidos en la primera etapa y en los que la efectividad de la vacunación sería más efectiva, teniendo en cuenta el objetivo fundamental de la estrategia. Se debe insistir en la necesidad de la priorización por grupos de edad, como se hizo en el estudio anterior, y que cualquier otra priorización, que anteciedera a ésta, debería demostrar, con base en el conocimiento ya adquirido una mayor eficacia en ese objetivo fundamental que consiste en salvar vidas.

A lo ya reseñado en el estudio anterior [1] cabría insistir en la especial incidencia de la mortalidad provocada por la enfermedad de la COVID-19 en los distintos grupos de edad. Precisamente el principal efecto de las vacunas viene determinado por una inmunización, que disminuye los síntomas de la enfermedad y con ello las hospitalizaciones y la probabilidad de muerte. Para analizar esa mortalidad por franjas de edad se plantea el problema de la discrepancia en la cifra de decesos que se ofrece sobre fallecidos por causa de la COVID-19. El exceso de mortalidad constituye un buen estimador de ese número de decesos pero ya se reseñaron algunos aspectos inherentes a esa contabilización que podrían ocasionar que la mortalidad por COVID-19 pudiera ser mayor, pero también menor que lo indicado por el exceso de mortalidad [1]. Por otra parte la contabilización únicamente de decesos con pruebas realizadas, como viene realizando el Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES), deja fuera a los fallecidos por la enfermedad a los que no se les hizo pruebas, cifra que puede ser muy considerable, sobre todo en la primera ola con escasa capacidad de detección y que puede estar detrás también de las significativas discrepancias de contabilidad de decesos que se mantienen en la actualidad en algunos territorios con considerable población; en Cataluña sigue registrándose actualmente menos de mitad de decesos por causa COVID-19 en la contabilización realizada por el CCAES (que sigue considerando sólo los decesos con prueba realizada), que en la contabilización publicada por la Generalitat (que considera los decesos acaecidos, según criterios O.M.S.). Para realizar un análisis de la diferente incidencia por grupos de edad parece razonable optar por el criterio seguido por la O.M.S. de contabilizar los decesos de COVID-19, precisamente los considerados por el Instituto Nacional de Estadística (I.N.E.) en sus publicaciones de defunciones por COVID-19 en el periodo enero-mayo 2020, y que además coincide con el exceso de mortalidad observado en ese periodo comparado con los años precedentes. Plantea el

inconveniente de que abarca solo a la primera ola, pero la estructura por grupos de edad observada en la mortalidad en los siguientes episodios de la epidemia ha sido muy parecida por lo que se considera válida esta aproximación.

En la tabla 1 se presenta una comparativa por franjas de edad quinquenales entre los fallecidos por COVID-19 en esa primera ola hasta mayo de 2020, con la población total en España según INE a 1 enero de 2020. Se refleja además el porcentaje de cada franja sobre el total, así como el acumulado desde esa franja hasta la de máxima edad.

**Tabla 1: Decesos por causa de la COVID-19 según criterio O.M.S. (confirmados y sospechosos) por franjas de edad y población española (elaboración propia con datos del INE) [4][5]**

Decesos causa Covid	Edad	Total	0-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	>95
	Decesos Covid		45.684	464	435	769	1.328	2.002	3.507	5.447	7.747	11.115	8.814
%s/total		100%	1,0%	1,0%	1,7%	2,9%	4,4%	7,7%	11,9%	17,0%	24,3%	19,3%	8,9%
	Edad		>0	>50	>55	>60	>65	>70	>75	>80	>85	>90	>95
% acumulado			100%	99,0%	98,0%	96,3%	93,4%	89,1%	81,4%	69,5%	52,5%	28,2%	8,9%

Población España	Edad	Total	0-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	>95
	Total		47.450.795	28.286.434	3.668.449	3.364.857	2.912.674	2.424.312	2.212.176	1.747.869	1.273.071	996.416	435.917
%		100%	59,6%	7,7%	7,1%	6,1%	5,1%	4,7%	3,7%	2,7%	2,1%	0,9%	0,3%
	Edad		>0	>50	>55	>60	>65	>70	>75	>80	>85	>90	>95
Acumulado			100%	40,4%	32,7%	25,6%	19,4%	14,3%	9,7%	6,0%	3,3%	1,2%	0,3%

Se puede observar la crucial importancia de ir vacunando por franjas de edad decrecientes, priorizando los grupos de mayor edad, los más vulnerables, en los que la vacunación por tanto es mucho más efectiva. El número de personas de cada grupo de edad, que se refleja en la tabla informa además del tiempo estimado necesario para esa inmunización en función de la previsión del número de vacunas a recibir. Una información de los datos de decesos causados por la COVID-19, según criterios O.M.S. (confirmados y sospechosos), más actualizada permitiría afinar la distribución de riesgo por franjas de edad.

Así, para el grupo de mayores de 80 años, por fin ya priorizado, de mantenerse la misma estructura de mortalidad (coherente con lo observado recientemente), vacunando al 6 % de la población se podría conseguir una reducción de mortalidad cercana al 70 %. Asimismo es importante reseñar que también esta franja de edad supone la mayor proporción de carga hospitalaria. Así los ingresos hospitalarios desde el 10 de mayo de esos mayores de 80 años (el 6% de la población) suponen el 31,2 % del total de hospitalizaciones [11].

En una futura etapa, vacunando también a los mayores de 70 años la mortalidad se podría reducir hasta en un 90 %, y, considerando la carga hospitalaria de este grupo de edad (22,1 %), podría reducirse la posible ocupación hospitalaria en más de la mitad puesto que el 53,3 % de las hospitalizaciones por COVID-19 desde el 10 de mayo fueron mayores de 70 años

Una gran ventaja adicional de la priorización por edades es la objetividad absoluta de su aplicación, al quedar claramente determinada la pertenencia a un grupo de riesgo por el año de nacimiento.

Incluso esta ratio de eficacia puede ampliarse al tener en cuenta que, de ese porcentaje menor de decesos con edades inferiores, según lo observado, una gran parte lo constituyen personas con patologías previas. Una adecuada selección de personas especialmente vulnerables, con patologías claramente determinadas y diagnosticadas para que el criterio siga siendo absolutamente objetivo, en los que se haya constatado una significativa mortalidad por COVID-19 en relación con el total de personas con dichas patologías,

comparable a la de las franjas de mayor edad, podría conseguir que la ratio de mortalidad en los últimos grupos en vacunarse, los de menor edad, se redujese a valores considerablemente inferiores.

Es especialmente importante optimizar la reducción de la mortalidad lo más rápido posible, teniendo en cuenta que, aunque, como en cualquier otra enfermedad o actividad humana, la seguridad absoluta es imposible de conseguir, se debe velar para que dicha mortalidad sea la mínima posible, sin descuidar el resto de intereses de la sociedad. Es preciso señalar que también existen grupos de menor riesgo. Un grupo tan numeroso como menores de 50 años, que suponen más del 60 % de la población, suponen sólo el 1 % de la mortalidad. Para este grupo la vacunación disminuiría sin duda la gravedad y debe considerarse que también ocupan carga hospitalaria, aunque en menor proporción con respecto a su población, y reducirían en parte la transmisión de los contagios, si las vacunas confirman el alcance de su efectividad en ese aspecto, pero su rendimiento en la reducción directa de la mortalidad sería mucho menor.

También es fundamental ir recuperando la necesaria actividad de la sociedad, como en el resto de los países del mundo, y es crucial que esta progresiva recuperación vaya acompañada con la mayor reducción posible de los riesgos de mortalidad, lo que se consigue salvaguardando cuanto antes a los vulnerables.

Pese al retraso ya reseñado en la inclusión en la estrategia de vacunación de un grupo tan vulnerable como el de los mayores de 80 años, cualquier análisis de optimización de estrategia debe partir de lo ya ocurrido y de lo que la actualidad refleja; en este caso, esa actualidad nos indica que ese grupo de mayores de 80 años está iniciando su vacunación. También se observa, que de forma coherente con la reducción actual del número de contagios, en diversos territorios se produce una relativa flexibilización de las medidas, lo que facilitará la tan necesaria recuperación económica, que no debe olvidarse que repercute en el bienestar común y en una mayor disposición de recursos futuros para muchos aspectos sociales, entre ellos la sanidad y por tanto también en la preservación de vidas en el futuro. Urge encontrar la mejor medida para optimizar al máximo los beneficios conseguidos con la inmunización de los sectores más vulnerables. Por ello es muy importante aplazar, si es posible, las situaciones de riesgo para dar tiempo a que los efectos de dicha vacunación sean manifiestamente apreciables en la población.

No debe olvidarse que la actual reducción del número de contagios vino precedida por el previo ascenso, que ocurrió unos días después de periodos vacacionales como puente de diciembre o navidades. Parece plausible realizar una correlación entre ambos hechos: los periodos vacacionales y el ascenso de contagios. Estos periodos además coincidieron con los periodos de frío propios de la temporada, en los que la población permanece más tiempo en interiores, lo que suele correlacionarse con elevadas incidencias de enfermedades contagiosas transmitidas por el aire. En el caso de las navidades se sumaba al riesgo las agrupaciones familiares propias de la época, en celebraciones ocurridas en domicilios, espacios interiores.

En el futuro próximo parece plausible una razonada previsión de lo que puede ocurrir en el próximo periodo vacacional generalizado en España que sería el coincidente con las festividades religiosas de la Semana Santa. Las actividades masivas, que tradicionalmente acompañan a estas fiestas están mayoritariamente suspendidas pero es inevitable pensar en una mayor interrelación social en dicho periodo.

Sería especialmente conveniente llegar a ese periodo vacacional con la mayor cantidad de población vulnerable inmunizada. El ritmo de vacunación actual y la previsión de un mayor flujo de vacunas permite suponer que pueda alcanzarse un significativo ratio de vacunación entre el colectivo más vulnerable, pero, sin embargo, la proximidad a esas fechas (apenas un mes) obliga también a pensar que ese ratio no sería el óptimo. Sería deseable conseguir un mayor flujo de dosis de vacunación que puedan recibirse, pero la

capacidad de fabricación de las vacunas por las farmacéuticas es limitada. Otra posibilidad sería, precisamente, el aplazamiento de ese periodo vacacional para permitir el deseado mayor ratio de vacunación. Siendo conscientes del calado de dicha medida, las dificultades, que no imposibilidad, de su implementación, con algún otro inconveniente menor, pero sobre todo de las grandísimas ventajas y posible salvaguarda de vidas que podría reportar esta medida se detalla la propuesta en capítulo aparte.

### Impacto del aplazamiento del periodo vacacional de Semana Santa tres semanas

Con el objetivo de dar tiempo para que la afectividad de las vacunas alcance al mayor número de personas más vulnerables, y con ello optimizar al máximo los beneficios conseguidos con esa vacunación se propone este aplazamiento.

La medida que se propone consistiría en el aplazamiento de la festividad nacional de Viernes Santo, actualmente fijada el día 2 de abril, al 23 de abril, en coordinación con el aplazamiento por parte de las diferentes comunidades autónomas de los festivos tradicionalmente asociados a dicho día (Jueves Santo al 22 de abril o Lunes de Pascua al 26 de abril) así como la coordinación de otros calendarios asociados a dicho movimiento, como los calendarios docentes en centros educativos.

Las dificultades en el ajuste de dicha medida vendrían, lógicamente, determinadas por la premura de realizarlas ahora, pero se trataría de situarlas en fechas perfectamente compatibles con el posible desarrollo otros años de la Semana Santa, al tratarse de unas festividades fijadas por la tradición en un evento astronómico variable (primer plenilunio de primavera). En el año actual, si dicho plenilunio hubiese acaecido del 18 al 20 de abril las festividades hubiesen coincidido con las fechas propuestas. Se incide en esto, en el sentido de que serían fechas perfectamente aceptables por la sociedad, que ya ha disfrutado en esas fechas de esos periodos vacacionales, y más fácilmente adaptables en entornos educativos o laborales, habituados a la variabilidad de las fechas de estas fiestas, lo que no ocurría con festividades, también tradicionales, como el periodo navideño, fijado en fechas exactas del calendario.

Una de las grandes ventajas del aplazamiento consistiría en la mayor ratio de vacunación de personas vulnerables cuando se produjera el periodo vacacional, y con ello la reducción muy importante del riesgo que se ha visto, que llevan asociados estos periodos festivos, como se observó en diciembre.

Una estimación rápida teniendo en cuenta el flujo aproximado de llegada de vacunas actual, de medio millón semanal, permitiría estimar que se conseguiría que aproximadamente 1,5 millones de personas más recibieran una dosis de vacuna. Este incremento puede deberse a la recepción de la primera dosis por muchos vulnerables, con la que se consigue, según lo que se va conociendo, una elevada protección, o una segunda dosis, con lo que se consigue completar la inmunidad que proporciona la vacuna. A la vista de la tabla 1 se puede comprobar el importantísimo incremento que tal cifra supone en el colectivo de mayores de 80 años, los que actualmente están en el grupo prioritario de vacunación, que se sumarían a los que pudieran vacunarse hasta principios de abril. Es cierto que no todas las vacunas recibidas son idóneas para ese grupo de edad, lo que constituye un incentivo adicional para priorizar especialmente a este colectivo de riesgo, en la inoculación de todas las vacunas disponibles para ellos: sería muy conveniente no iniciar el proceso de vacunación (primera dosis) utilizando vacunas aptas para los mayores en personas que no estén en ese grupo de mayores de tan elevado riesgo, salvo casos muy concretos completamente

justificados con circunstancias constatables de elevadísimo riesgo. Las vacunas se deben reservar por tanto para este grupo de elevado riesgo por su mayor edad.

En cualquier caso es razonable prever que se puede conseguir una elevadísima ratio de vacunación en esa franja de edad, que podría llegar a abarcar a la inmensa mayoría de esos mayores como receptores de una primera dosis, y también muy probablemente un porcentaje muy considerable de la segunda dosis. E incluso el inicio del proceso de vacunación en las dos franjas de edad inferiores, en las que se puede apreciar una singular vulnerabilidad, si bien ya más reducida que la del grupo actualmente en vacunación

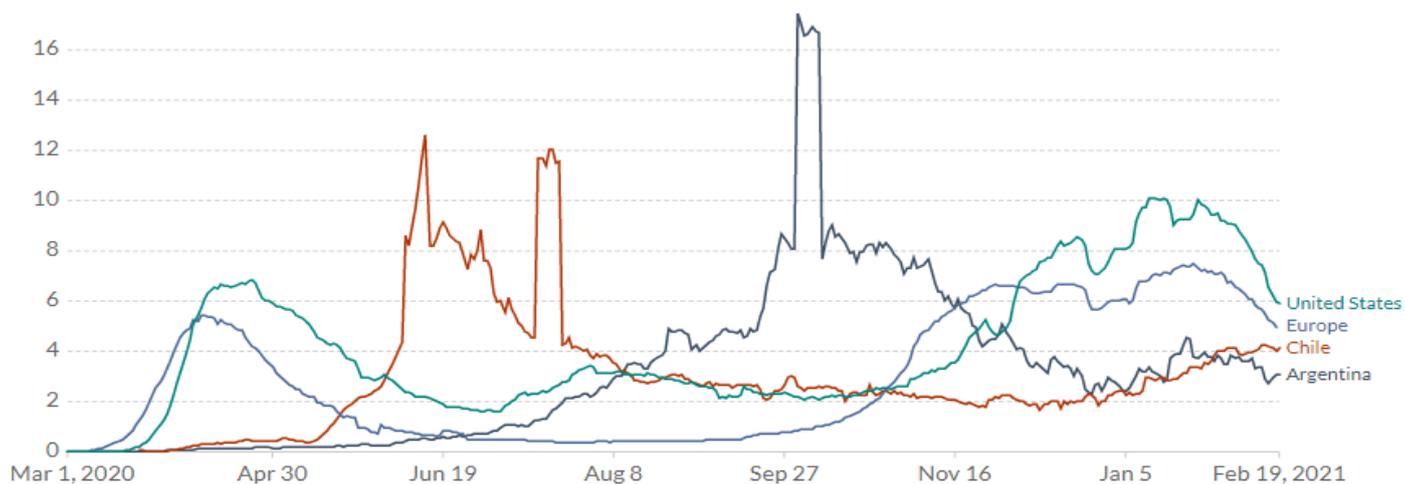
Debe considerarse además que las previsiones actuales son de un incremento del flujo de vacunas.

Esta elevada ratio de vacunación del sector más vulnerable lógicamente sería muy inferior si se mantienen las fechas actualmente previstas para la festividad de Semana Santa, con el riesgo claro de incremento de mortalidad.

Además, un aplazamiento de ese periodo vacacional, sin duda necesario para toda la población cansada de tan largo proceso de pandemia, con las inevitables medidas asociadas, permitiría que en el caso de que, si las circunstancias lo permitiesen, se hubiese iniciado la tan necesaria flexibilización de las medidas, dicho periodo vacacional, podría coincidir con fases de menor rigidez. Todo ello redundaría en inevitables beneficios para el conjunto de la sociedad que podría disfrutar del merecido descanso, también necesario, con una posible menor limitación de libertades. Esta mejora se considera fundamental para poder compensar el impacto que quizás puede tener en la población, ya cansada, una demora en el disfrute de un descanso laboral.

Se valora también el impacto, sin duda muy positivo, que podría tener en sectores especialmente castigados y de elevado peso en la estructura económica de nuestro país, como es la hostelería y el turismo, que también se beneficiarían de que el periodo vacacional, con tradicional incremento de su actividad, se produjera en fases más avanzadas, con relajación de medidas. El aplazamiento por tanto se trataría de una medida que simultáneamente conseguiría una mejora sustancial en el propósito de evitar la pérdida de vidas, al disminuir sensiblemente el riesgo y además aliviaría el impacto económico y conseguiría un mejor bienestar del conjunto de los ciudadanos. Contemplando incluso el escenario más negativo, que no debería darse, un eventual repunte de contagios correlacionado con el periodo vacacional, es sin duda, mucho menos dañino que se produzca cuanto más avanzado esté el proceso de vacunación, ya que ocasionaría muchísimo menor daño.

Otra ventaja fundamental del aplazamiento es, sin ninguna duda, el aspecto climático. En una enfermedad claramente condicionada por los contagios en interiores y por ello con la temperatura exterior, es constatable que un ambiente que permita una mayor actividad en exterior tendrá un efecto favorable. Tres semanas de aplazamiento en un mes tan singular como el de abril, de transición entre los frecuentes coletazos invernales de principios de mes y el clima primaveral, mucho más habitual a final de mes, permitiría el desarrollo del periodo vacacional en época mucho más propicia para el desarrollo de actividades en exteriores, entre ellas las actividades de hostelería a la que esta alternativa facilita realizarlas en exteriores si las temperaturas son más altas. Es muy destacable la especial incidencia que ha tenido en el ritmo de contagios en todos los países del mundo en diferentes épocas del año, especialmente en aquellos países con diferencias significativas de temperaturas dependientes de la época del año (como el nuestro), con significativas diferencia entre los periodos más cálidos de la temporada veraniega y los más fríos asociados al invierno.



*Figura 2: Decesos diarios por cada millón de habitante. (fuente Universidad John Hopkins)[7]*

Se aprecia en la figura 2 que en países que sufrieron especial incidencia de la COVID-19, situados en el hemisferio sur, se produce una mayor afección en periodos más fríos, coincidente con su invierno, al igual que en el hemisferio norte también se aprecia una especial incidencia en periodos más fríos, correspondientes con el invierno, que evidentemente se produce en diferentes meses del año. Se deben considerar muchas prevenciones al analizar la curva de una enfermedad en la que se ha producido una decidida actuación contra ella que evidentemente modifica su evolución natural

Aunque esta enfermedad sea nueva, es innegable su parecido con otras enfermedades ya habituales en todo el mundo, especialmente por la vía de contagio (aerosoles, aire). Resulta especialmente significativa la definitiva incidencia de enfermedades como la gripe, hasta llegar a niveles ínfimos precisamente a lo largo del mes de abril. Se debe recordar que *“La **influenza** se transmite a través de gotitas respiratorias que se emiten al toser o estornudar. Generalmente se transmite de persona a persona, aunque de vez en cuando una persona se puede infectar al tocar un objeto contaminado con el virus y luego tocarse la nariz o la boca”* [8]. Mientras que en el SARS cov-2 *“La vía de contagio entre humanos se produce a través del contacto directo con las secreciones respiratorias que se producen sobre todo al respirar, toser o estornudar; también puede darse mediante contacto con las manos y otros objetos contaminados por estas secreciones, y tras tocarse la boca, la nariz o los ojos”*. [9]

La influenza suele presentar episodios de especial incidencia precisamente en periodos más fríos (figura 3), con una incidencia mucho menor en periodos más cálidos, con mayor actividad en espacios exteriores, lo que dificulta su contagio.

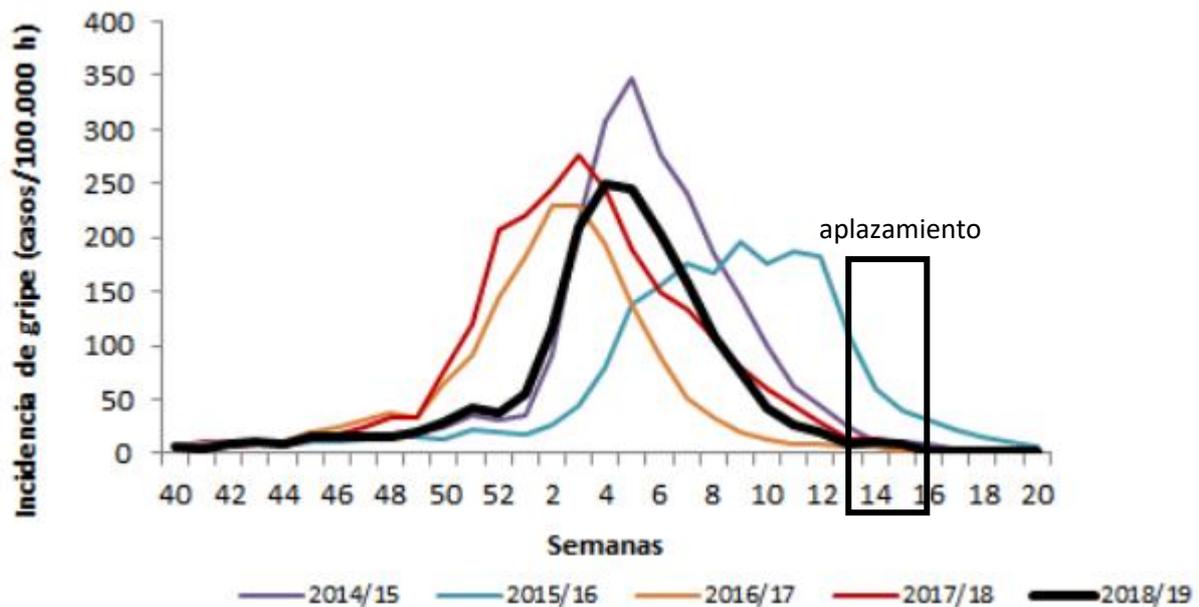


Figura 3: Incidencia de la gripe en España desde la temporada 2014/15 hasta la 2018/19. (Figura extraída del informe de vigilancia contra la gripe temporada 2018-2019) [10]

Otra gran ventaja del aplazamiento propuesto sería que permitiría observar lo ocurrido en otros países con vacunación más avanzada (Reino Unido, Israel); dicha información es fundamental para establecer la estrategia de posible flexibilización de medidas en periodo vacacional, época de especial relevancia, como se ha constatado en diciembre. Precisamente, la información actual recibida de estos países más avanzados en este proceso de vacunación permite avanzar que la vacunación está resultando especialmente efectiva en la reducción de la gravedad, hospitalizaciones y decesos, de forma singular en la población de más edad, los más vacunados.

También es importante significar que un mayor avance en la vacunación permitiría que, ante un eventual repunte de contagios, sería más fácil evitar la sobrecarga hospitalaria si está inmunizada la casi totalidad de la población que más hospitalizaciones requiere (31,2 %), como ya se señaló más arriba.

En este aspecto tampoco es desdeñable, que, siempre que las circunstancias lo vayan permitiendo, también se puede ir observando las consecuencias que esa flexibilización de medidas va ocasionando en nuestro país, antes de llevarlas a cabo, o no hacerlo, en un periodo vacacional. Una demora de tres semanas de este periodo, permitiría un mayor conocimiento de las consecuencias de una flexibilización que ya está ocurriendo, lo que sin duda redundaría en la mayor posibilidad de acierto en la decisión que deba tomarse referente al periodo vacacional.

En todo ello hay un aspecto que tampoco debe olvidarse, puesto que, sin descuidar que vivimos en un estado laico, las creencias religiosas y tradiciones de una gran parte de la población tampoco quedarían afectadas. Evidentemente una entidad de peso tan especial y universal como la Iglesia, podría mantener sus celebraciones religiosas en las fechas previstas, toda vez que las actividades masivas seguirían limitadas en esas fechas, y esas celebraciones no implicarían mayores riesgos, sobre la población, teniendo en cuenta que se han celebrado y se siguen celebrando habituales eventos con precauciones, sin que se haya detectado incidencia de contagios singulares en templos tras las celebraciones, que seguirían manteniendo las medidas de protección. Existen variadas celebraciones asociadas al culto; especialmente jueves y viernes santo; es cierto que no coincidirían con días festivos, pero tampoco ahora lo hacen en su totalidad en algunos territorios (jueves santo) sin que haya sido problema su celebración, tratándose además de

actividades cuya asistencia no es de obligado cumplimiento para los creyentes practicantes, pues los Oficios de Semana Santa no son de precepto. Las actividades que tradicionalmente agrupan a un mayor número de personas, es poco probable que pudiesen llegar a permitirse, ni en las fechas previstas, ni aunque se produzca ese aplazamiento de tres semanas, aunque, si las circunstancias pudieran permitirlo, tal vez fuese más factible alguna actividad adicional relacionada con este periodo de significación religiosa y tradicional de la Semana Santa, aunque aplazado unas semanas para que coincida con el nuevo periodo vacacional con condiciones de mayor seguridad, si el número de personas previsible es reducido, como podría ser el caso de pequeñas poblaciones.

Es indudable que sería una propuesta que necesitaría de un acuerdo de la administración central del Estado, de las autonómicas y de la autoridad legislativa, con variado espectro político, normalmente difícil de conseguir. Pero se trataría de una medida que se contempla beneficiosa para todas las comunidades autónomas, sin que se aprecie ningún agravio comparativo, ni que ninguna autonomía pueda verse especialmente afectada, ni tampoco se aprecia ningún motivo por el que pueda contemplarse como perjudicial por ningún ámbito del espectro político. También se es consciente de la dificultad y novedad de cambiar un calendario ya establecido, pero si el beneficio es extraordinario, y se considera que lo es, debe valorarse la necesidad de iniciar dicha medida legislativa. No se deben olvidar las circunstancias excepcionales en las que nos encontramos desde hace ya casi un año, actualmente con estado de alarma, que ya ha obligado a improvisar muchas medidas sin duda mucho más excepcionales que la que aquí se propone.

Como toda medida es posible que conlleve algún inconveniente o perjuicio a algún sector particular, que debe evaluarse, pero si el beneficio mayoritario del conjunto social lo supera sensiblemente, debería adoptarse la solución.

### **Conclusiones:**

- Actuar en el momento preciso, cuando el análisis del presente y el conocimiento de lo ya sucedido lo aconsejan, contribuye decisivamente a salvar vidas.
- La priorización de la vacunación por franjas de edad decrecientes contribuiría a la reducción de la mortalidad, al conseguirse inmunizar a los grupos más vulnerables. En ese sentido a la vista de la mortalidad observada sería conveniente introducir, en los siguientes grupos de vacunación a mayores de 70 años, cuando vaya finalizándose la vacunación en el grupo actualmente priorizado. Cualquier priorización de un grupo que antecediera al grupo de esta franja de edad debería adoptarse únicamente si queda objetivamente demostrado que conseguiría reducir la mortalidad en mayor medida que ese grupo vulnerable, puesto que dicho grupo quedaría relegado.
- El aplazamiento, si es posible, de situaciones de riesgo a periodos más favorables, contribuiría a optimizar el efecto beneficioso de la vacunación al permitir más tiempo para que sea más efectiva.
- Un aplazamiento de tres semanas del periodo vacacional asociado a la Semana Santa, permitiría un sensible incremento en la protección de los más vulnerables, y con ello una reducción sustancial de la posible mortalidad ante un eventual repunte de contagios. Permitiría disponer de una mayor información de la efectividad de las vacunas y de las consecuencias de flexibilización de las medidas. Podría permitir alcanzar el periodo vacacional con un mayor rango de libertades, si como es previsible, las condiciones lo permiten. Provocaría un impacto muy positivo en sectores fundamentales en nuestro país como la hostelería y el turismo.
- La coincidencia del periodo vacacional con un periodo de clima más bonancible, ocasionaría una mayor dificultad para la difusión de los contagios.

## Referencias bibliográficas

- [1] Cascón, R; Villanueva, P.; Berzal, M.; Santos, F. (febrero 2021) “Efectividad de las medidas efectuadas para la contención de la pandemia de COVID-19 y optimización de la efectividad de la estrategia de vacunación en las primeras etapas”  
[https://www.etsidi.upm.es/Escuela/Noticias/NoticiasETSIDI?id=c7b0d42cb6097710VgnVCM10000009c7648a\\_\\_\\_\\_&mt=detail&prefmt=articulo](https://www.etsidi.upm.es/Escuela/Noticias/NoticiasETSIDI?id=c7b0d42cb6097710VgnVCM10000009c7648a____&mt=detail&prefmt=articulo)
- [2] Steinegger, B.; Granell, C.; Arenas, A. et al. (febrero 2021) “Retrospective study of the first wave of COVID-19 in Spain: analysis of counterfactual scenarios”  
<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.02.16.21251832v1.full.pdf>
- [3] Fita J.; Villalonga C. (20-febrero-2020) La Vanguardia “Confinar siete días antes habría salvado más de 20.000 vidas en la primera ola en España” <https://www.lavanguardia.com/vida/20210220/6256260/coronavirus-cientificos-senalan-habrian-salvado-vidas-confinado-7-dias-antes-primera-ola.html>
- [4] INE (diciembre 2020) “Defunciones según causa de muerte. Avance enero-mayo 2020. Defunciones por COVID-19 virus identificado y virus no identificado (sospechoso)”  
<https://ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p417/covid/l0/&file=01001.px#!tabs-tabla>
- [5] INE. “Principales series de población desde 1998”  
<https://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?type=pcaxis&path=/t20/e245/p08/&file=pcaxis&dh=0&capsel=1>
- [6] Red nacional de Vigilancia RENAVE. Informe nº 66. Situación de COVID-19 en España. Casos diagnosticados a partir 10 de mayo Informe COVID-19. (17 de febrero de 2021)  
[https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/INFORMES%20COVID-19%202021/Informe%20COVID-19.%20N%C2%BA%2066\\_17%20de%20febrero%20de%202021.pdf](https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/INFORMES%20COVID-19%202021/Informe%20COVID-19.%20N%C2%BA%2066_17%20de%20febrero%20de%202021.pdf)
- [7] Statistics and Research. “Coronavirus Pandemic (COVID-19)” <https://ourworldindata.org/coronavirus> (consultado el 19 de febrero de 2020)
- [8] Department of Health New York State. “Mecanismos de transmisión de la influenza”  
[https://www.health.ny.gov/es/diseases/communicable/influenza/fact\\_sheet.htm#:~:text=La%20influenza%20se%20transmite%20a,la%20nariz%20o%20la%20boca.](https://www.health.ny.gov/es/diseases/communicable/influenza/fact_sheet.htm#:~:text=La%20influenza%20se%20transmite%20a,la%20nariz%20o%20la%20boca.)
- [9] Instituto de Salud Carlos III. “Mecanismos de transmisión del SARS-Cov-2”  
<https://www.isciii.es/InformacionCiudadanos/DivulgacionCulturaCientifica/DivulgacionISCIII/Paginas/Divulgacion/DivulgacionInformeMecanismosTransmisionCoronavirus.aspx#:~:text=La%20v%C3%ADa%20de%20contagio%20entre,l a%20nariz%20o%20los%20ojos.>
- [10] Sistema de Vigilancia de la Gripe en España (SVGE)- Centro Nacional de Epidemiología Instituto de Salud Carlos III. “Informe de Vigilancia de la Gripe en España Temporada 2018-2019”  
[https://vgripe.isciii.es/documentos/20182019/InformesAnuales/Informe\\_Vigilancia\\_GRIPE\\_2018-2019\\_22julio2019.pdf](https://vgripe.isciii.es/documentos/20182019/InformesAnuales/Informe_Vigilancia_GRIPE_2018-2019_22julio2019.pdf)
- [11] Red nacional de Vigilancia RENAVE. Informe nº 66. Situación de COVID-19 en España. Casos diagnosticados a partir 10 de mayo Informe COVID-19. 17 de febrero de 2021.  
[https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/INFORMES%20COVID-19%202021/Informe%20COVID-19.%20N%C2%BA%2066\\_17%20de%20febrero%20de%202021.pdf](https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/INFORMES%20COVID-19%202021/Informe%20COVID-19.%20N%C2%BA%2066_17%20de%20febrero%20de%202021.pdf)