

trabajo y, como consecuencia, ser reconocidos/as y aparecer como coautores/as (tabla 1).

Además, las revistas han normalizado lo que se considera roles para la autoría de trabajos científicos, el denominado Sistema Credit (https://casrai.org/credit/). De esta forma se visibiliza el rol de cada profesional que participa en el desarrollo del trabajo.

Por todo lo anteriormente expuesto, los/las bibliotecarios/as de ciencias de la salud reclamamos que se tome conciencia de nuestra relevancia y aportación con nuestra integración en los equipos de trabajo de los documentos de síntesis de la evidencia y con la coautoría, asumiendo las tareas asociadas a cada una de las etapas de la investigación y siendo responsables de su contribución en el proceso de publicación.

Contribuciones de autoría

Los 5 autores han participado en la concepción y el diseño de la Carta. Todos los autores han revisado el manuscrito y realizado importantes contribuciones intelectuales en su redacción. Todos los autores han aprobado la versión final para su publicación.

Financiación

Ninguna.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Institute of Medicine (US) Committee on Standards for Systematic Reviews of Comparative Effectiveness Research. Finding What Works in Health

Care: Standards for Systematic Reviews. Washington (DC): National Academies Press (US); 2011. (Consultado el 22/6/2020.) Disponible en: https://www.nap.edu/catalog/13059/finding-what-works-in-health-care-standards-for-systematic-reviews.

2. Lefebvre C, Glanville J, Briscoe S, et al. Searching for and selecting studies. En: Higgins J, Tomas J, editores. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 6 (updated 2019). The Cochrane Collaboration; 2019. (Consultado el 22/6/2020.) Disponible en: https://training.cochrane.org/handbook/current/chapter-04https://training.cochrane.org/handbook/current/chapter-04.
3. Rethlefsen ML, Farrell AM, Osterhaus Trzasko LC, et al. Librarian co-authors correlated with higher quality reported search strategies in general internal medicine systematic reviews. J Clin Epidemiol. 2015;68:617–26.
4. Álvarez-Dardet C, Ruano A, Godoy P, et al. El número de autores en Gaceta Sanitaria. Gac Sanit. 2012;26:492–3.
5. Spencer AJ, Eldredge JD. Roles for librarians in systematic reviews: a scoping review. J Med Libr Assoc. 2018;106:46–56.

Camila Higuera-Callejón^{a,*}, Ángel-Luis Mones-Iglesias^b, Carmen Salcedo-Sánchez^c, Estefanía Herrera-Ramos^d y Concepción Campos-Asensio^{e,f}

^a Biblioteca, Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, España

^b Biblioteca, Hospital V. Álvarez Buylla, Mieres, Asturias, España

^c Biblioteca, Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir, Hospital de Montilla, Montilla, Córdoba, España

^d Documentalista independiente, Las Palmas de Gran Canaria, España

^e Biblioteca Médica, Hospital Universitario de Getafe, Madrid, España

^f Comité Ejecutivo de BiblioMadSalud, Madrid, España

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: camila.higuera.easp@juntadeandalucia.es (C. Higuera-Callejón).

<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.020>

0213-9111/ © 2020 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Vacunación antigripal como medida más efectiva para hacer frente al impacto clínico y económico de la gripe



Flu vaccination as the most effective measure to face the clinical and economic impact of the complaint

Sr. Director:

Hemos leído con interés el artículo de Gras-Valentí et al.¹ y, de acuerdo con sus resultados y alineados con su propuesta de «lograr una cobertura de vacunación mayor en los grupos de riesgo, con el objetivo de reducir los casos y la gravedad de la enfermedad», quisiéramos aportar una reflexión desde nuestra experiencia en estudios anteriores.

Las infecciones por los virus gripales siguen siendo un grave problema durante los brotes estacionales, al tiempo que representan una amenaza constante de cara a la aparición de nuevas cepas pandémicas. Actualmente, los subtipos A(H1N1) y A(H3N2), y los dos linajes del tipo B (Victoria y Yamagata), son los causantes de los brotes y epidemias estacionales, aunque hasta el momento todas las pandemias conocidas han sido causadas por virus A^{2,3}. Los virus de la gripe B son más estables que los de tipo A, con menor desviación antigénica y una consecuente estabilidad inmunológica, aunque la distancia genética de los linajes de gripe B está aumentando, lo que lleva a una falta de reactividad cruzada frente a ellos, y actualmente representan una carga clínica y económica significativa⁴⁻⁶.

La gripe presenta mayor morbilidad en niños y personas jóvenes, y mayor mortalidad en pacientes con enfermedades crónicas y en ancianos⁷. Frente a ellos, la vacunación constituye la intervención de salud pública más efectiva⁸.

Nuestro grupo ha observado que el efecto protector de la vacuna antigripal ha oscilado en función del tipo y el subtipo de virus gripal. La efectividad de la vacuna antigripal frente a la infección por virus de la gripe B varía notablemente según la temporada⁹.

La posibilidad de una vacuna que incluya los dos linajes de gripe tipo B, y que por lo tanto tenga una mayor concordancia que redunde en una mejor respuesta inmunitaria, puede suponer una disminución del número de casos de gripe y con ello una reducción de los costes sanitarios en su atención, que debe valorarse en futuros estudios.

En nuestra opinión, la vacunación frente a la gripe es la medida más efectiva para hacer frente al impacto clínico y económico de esta enfermedad. La eficiencia de diferentes programas de vacunación antigripal ha concluido de forma reiterada que resultan eficientes para el sistema sanitario. Desde la perspectiva del Sistema Nacional de Salud, la vacunación antigripal, con vacuna trivalente o cuadrivalente, dirigida a población de cualquier edad, tiene una relación coste-efectividad aceptable¹⁰.

Contribuciones de autoría

Todos los autores han participado en la búsqueda documental así como en la redacción del manuscrito.

Financiación

Ninguna.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Gras-Valentí P, Chico-Sánchez P, Algado-Sellés N, et al. Efectividad de la vacuna de la gripe para prevenir casos graves. Temporada 2018/2019. Gac Sanit. 2020;S0213-9111:30071-6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.02.008>.
2. García A, Ortiz de Lejarazu R, Reina J, et al. Cost-effectiveness analysis of quadrivalent influenza vaccine in Spain. Hum Vaccin Immunother. 2016;12:2269-77.
3. Organización Mundial de la Salud. Gripe (estacional). Nota descriptiva. 2018. (Consultado en Jun de 2020.) Disponible en: [http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/influenza-\(seasonal\)](http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/influenza-(seasonal)).
4. Paul Glezen W, Schmier JK, Kuehn CM, et al. The burden of influenza B: a structured literature review. AJPH. 2013;103:43-51.
5. Hu JJ, Kao CL, Lee PI, et al. Clinical features of influenza A and B in children and association with myositis. J Microbiol Immunol Infect. 2004;37:95-8.
6. Peltola V, Ziegler T, Ruuskanen O. Influenza A and B virus infections in children. CID. 2003;36:299-305, 7.
7. Ortiz de Lejarazu R, Pumarola Sune T. Gripe. En: Farreras-Rozman Medicina Interna. 18.^a ed. Barcelona: Elsevier; 2017. p. 2339-45.

8. Hegde N. Cell culture-based influenza vaccines: a necessary and indispensable investment for the future. Hum Vaccin Immunother. 2015;11:1223-34.
9. Pérez-Rubio A, Eiros JM. Impacto del virus gripal tipo B y divergencia con la cepa B incluida en la vacuna antigripal en España. Rev Esp Quimioter. 2015;28:39-46.
10. García A, Ortiz de Lejarazu R, Reina J, et al. Cost-effectiveness analysis of quadrivalent influenza vaccine in Spain. Hum Vaccin Immunother. 2016;12:2269-77.

Miguel López-Gobernado^{a,*}, Alberto Pérez-Rubio^b
y José María Eiros^c

^a Servicio de Estudios, Documentación y Estadística, Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León, Valladolid, España

^b Dirección Médica, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

^c Servicio de Microbiología, Hospital Río Hortega, Valladolid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mlopezgov@saludcastillayleon.es
(M. López-Gobernado).

<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.07.005>

0213-9111 / © 2020 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Sentirse vulnerable (o no): repensando la noción de grupo vulnerable



Feeling vulnerable (or not): rethinking the notion of vulnerable group

Sr. Director:

En el contexto de la pandemia de COVID-19 ha sido habitual leer y escuchar en los medios de comunicación el uso del término «grupo vulnerable» para referirse a aquella población con mayor riesgo de verse afectada por la infección¹. Ello nos ha invitado a elaborar algunas reflexiones relativas a cómo la noción de «grupo o población vulnerable» se emplea habitualmente en el campo de las ciencias de la salud.

La primera de ellas, quizás obvia, lleva a considerar que se trata de una categorización que promueve una visión de la realidad social en tanto compuesta por grupos que comparten ciertas características («grupos o poblaciones vulnerables») por las que son «vulnerables». En este sentido, el sujeto queda desdibujado en una realidad que se presenta agregada y homogénea, oscureciéndose las posibles diferencias interindividuales que pueda haber entre los «vulnerables».

La segunda cuestión hace referencia a quién aplica el adjetivo «vulnerable». Tal como señala Spiers², podríamos hablar de un etiquetado *etic*, en alusión a la clásica distinción *etic/emic* propia de la antropología, en la medida en que el «vulnerable» es definido así por otro, el profesional sanitario, y no por él mismo (visión *emic*). Con esta diferenciación, Spiers apunta a la existencia de una dimensión experiencial y subjetiva (sentirse «vulnerable») que situaría en primera línea al sujeto que puede (o no) percibirse como tal. Cabría interrogarse entonces acerca de si quienes son externamente etiquetados como «vulnerables» se describen a sí mismos/as como tales³.

Por otro lado, esta categorización *etic* y homogeneizadora, a pesar de pretender responder a un principio de beneficencia, puede tener consecuencias muy negativas. Cuando es realizada por un grupo con capacidad normativizadora, como el colectivo sanitario, la categorización de otros como «vulnerables» contribuye, automáticamente, a su victimización, y con ello a la pérdida de su condición

agente. Aquellos considerados «vulnerables» no son capaces de protegerse a sí mismos, lo que justifica la injerencia de los grupos con poder y capacidad para generar normas (y que, según esta lógica, serían «invulnerables») en la regulación de sus vidas.

La propuesta teórica de Spiers, a nuestro juicio, abre un nuevo campo de indagación a los profesionales sanitarios centrados en la exploración del sentirse «vulnerable» y, por ende, de la vulnerabilidad como experiencia vivida. Posibilita el descubrimiento de aquello que es tomado en cuenta por los sujetos para considerarse como tales y, por tanto, la emergencia de nuevas vulnerabilidades que han podido quedar ocultas a ojos de los/las profesionales sanitarios. De este modo, facilitaría el reconocimiento de fortalezas en grupos habitualmente considerados «vulnerables», en la misma medida que identificaría debilidades en grupos considerados «invulnerables».

Por tanto, el reto para las personas investigadoras, gestoras o profesionales asistenciales en el campo de la salud pública reside en analizar cómo articular este nuevo planteamiento con el diseño de intervenciones y políticas de salud. Esta nueva conceptualización implica la emergencia de acciones que contemplen espacios y tiempos que posibiliten poner en valor las subjetividades de quienes son considerados «vulnerables».

Contribuciones de autoría

Las personas firmantes han concebido y redactado la carta, y han aprobado su versión final.

Financiación

Ninguna.

Conflictos de intereses

Ninguno.