

POR QUÉ LOS ESTADOS DEBEN PROTEGER EL ACCESO DE LOS PACIENTES A LA INMUNIZACIÓN POR FARMACÉUTICOS DURANTE LA INCERTIDUMBRE REGULATORIA FEDERAL

**UN MARCO JURÍDICO RESILIENTE PARA LA
FACULTAD DE LOS FARMACÉUTICOS DE
INMUNIZAR A ADULTOS**



Robert Popovian, PharmD, MS

Director de Política Científica, Global Healthy Living Foundation
Investigador principal en política de salud, Progressive Policy Institute
Investigador visitante en política de salud, Pioneer Institute

OCTUBRE DE 2026

Resumen ejecutivo

El acceso de los adultos a la vacunación en Estados Unidos es ahora inseparable de la práctica farmacéutica comunitaria. La evidencia reciente demuestra que las farmacias son un lugar importante de vacunación de adultos en múltiples categorías de vacunas, incluidas COVID-19, influenza, enfermedad neumocócica y herpes zóster. Además, casi nueve de cada diez estadounidenses viven a menos de cinco millas de una farmacia comunitaria, las comunidades de bajos ingresos cuentan con más farmacias y más horas de atención que los consultorios médicos, y los análisis históricos de reclamaciones muestran pagos más bajos por vacunación en las farmacias. Por lo tanto, la autoridad de los farmacéuticos representa una oportunidad para ampliar el acceso, promover la equidad, reducir el gasto en atención médica y mejorar la asequibilidad.

Los marcos legales y regulatorios federales y estatales que otorgan a los farmacéuticos autoridad para inmunizar no se han mantenido al ritmo de esta realidad. La Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. (FDA) determina si aprueba o autoriza una vacuna para un uso determinado. El Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP), cuyas recomendaciones suelen adoptar los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), determina cómo debe utilizarse en la población civil. Muchas leyes estatales hacen de una acción del ACIP, una publicación, una lista estatal, un protocolo o una receta una condición previa para que el farmacéutico administre una vacuna. Cuando el proceso federal se estanca, esas dependencias pueden bloquear el acceso en las farmacias a vacunas aprobadas por la FDA, porque los farmacéuticos no pueden inmunizar.

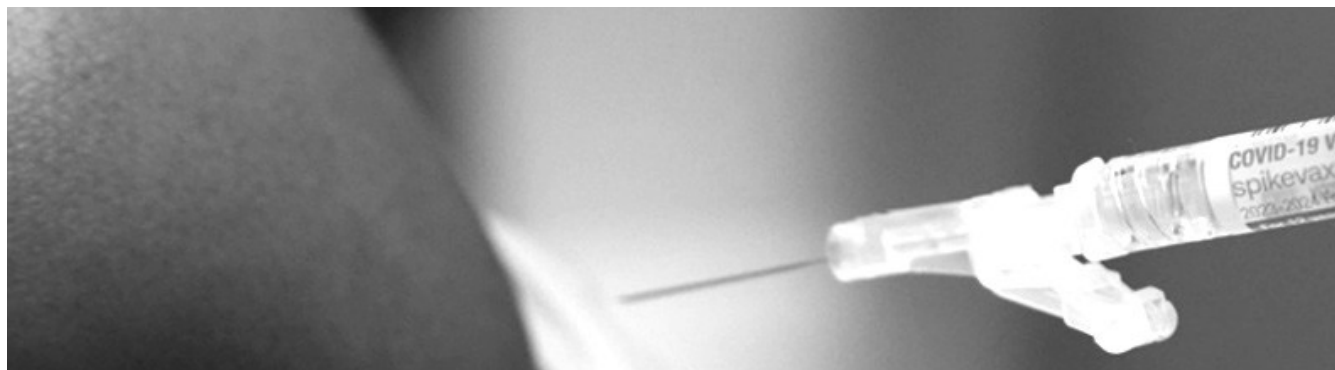
Las consecuencias económicas son difíciles de ignorar. Un estudio de reclamaciones de 2014 encontró que los pagos en los consultorios médicos fueron, en promedio, un 26% más altos que en las farmacias en la vacunación contra el herpes zóster, la enfermedad neumocócica y la influenza. Un análisis de escenarios posterior aplicó ese diferencial histórico al uso proyectado de la vacuna contra el virus respiratorio sincitial (VRS) en farmacias y estimó entre \$1,300 millones y \$2,100 millones en desembolsos adicionales si cada persona que se proyectaba vacunar en una farmacia acudiera, en cambio, a un consultorio médico. Este análisis ilustra la exposición financiera del sistema y, sobre todo, la carga financiera y económica innecesaria para un sistema de salud de EE. UU. ya sobrecargado.

La acción estatal debe seguir una jerarquía clara:

1. Preferida — estándar de atención aceptado. Autorizar a los farmacéuticos capacitados a actuar de acuerdo con su competencia profesional, el estatus ante la FDA, la evidencia actual, los factores específicos del paciente y los deberes de seguridad exigibles.

2. Alternativa — doble activador objetivo. Autorizar la administración cuando el estatus ante la FDA o una recomendación del ACIP/CDC respalde el uso pertinente en adultos.

3. Mínima — un único filtro federal de aplicación automática. Si el ACIP sigue siendo el activador, eliminar los filtros posteriores: recetas, acuerdos con prescriptores, protocolos estatales, listas estatales de vacunas y demoras de publicación.



PARTE I

La vacunación de adultos en Estados Unidos

■ La vacunación de adultos en EE. UU. depende de los farmacéuticos y las farmacias comunitarias



Las farmacias comunitarias ya no son un canal marginal de vacunación. Un informe de 2023 basado en datos de reclamaciones de IQVIA encontró que las farmacias administraron más del 90% de las vacunas de adultos contra la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19), entre el 60% y el 70% de las vacunas de adultos contra la influenza durante el tercer y el cuarto trimestres, y aproximadamente entre el 40% y el 50% de las vacunas neumocócicas de adultos durante el mismo período.¹ Un estudio más reciente encontró que las farmacias administraron el 88.6% de las vacunas contra el herpes zóster en adultos de 65 años o más en 2023.² De manera similar, un análisis de los CDC sobre los lugares de vacunación durante la temporada de virus respiratorios 2023–2024 encontró que las farmacias fueron el lugar más mencionado para la vacunación de adultos contra la influenza, la COVID-19 (vacuna actualizada) y el virus respiratorio sincitial (VRS).³ En conjunto, estos hallazgos demuestran que el sistema de prestación de atención médica de EE. UU. depende de las farmacias y los farmacéuticos comunitarios para la inmunización de adultos.

13

Los beneficiarios de Medicare que usaron ambos servicios hicieron una mediana de **13 visitas a farmacias comunitarias** y solo vieron a un proveedor de atención primaria **siete veces**

7

Las farmacias también combinan alcance geográfico con contacto repetido. Un análisis nacional encontró que **el 88.9% de la población de EE. UU. vivía a menos de cinco mi-**

llas de una farmacia y el 96.5% a menos de diez millas.⁴ En otra muestra nacional de 681,456 beneficiarios de Medicare que usaron ambos tipos de servicios, los pacientes hicie-

ron una mediana de 13 visitas a farmacias comunitarias, mientras que solo vieron a un proveedor de atención primaria siete veces durante ese período.⁵ La ventaja de las farmacias fue mayor en las zonas rurales que en las metropolitanas y se observó en todos los estados y en todos los condados estudiados, salvo nueve.⁵ Estas visitas crean oportunidades recurrentes para revisar el historial de vacunación, responder preguntas, recomendar una vacuna y administrarla durante una visita que el paciente ya estaba realizando.

Esa ventaja de acceso es más importante en las comunidades de bajos ingresos. En comparación con los consultorios médicos que ofrecían vacunas, un estudio de 2022 encontró un 15.1% más de locales de farmacia y un 95.7% más de horas de atención en farmacias en las comunidades de bajos ingresos. Cuando la comparación se limitó a los consultorios médicos con capacidad para facturar a la Parte D de Medicare, las diferencias fueron mayores: **un 203% más de locales de farmacia y un 415% más de horas de atención.**⁶ El hallazgo no significa que todas las comunidades tengan un acceso adecuado. Las barreras de transporte, los cierres y la consolidación de farmacias y consultorios médicos, y la falta de personal en las farmacias comunitarias siguen siendo reales, pero el hallazgo muestra que restringir la vacunación en farmacias elimina un punto de atención desproporcionadamente disponible en comunidades con menos opciones convencionales.

El horario de las farmacias convierte la presencia física en un acceso utilizable. En un estudio nacional de más de 6.25 millones de va-

cunaciones, el 30.5% se administró fuera del horario clínico tradicional: el 17.4% en fines de semana, el 10.2% por la noche y el 2.9% en días festivos.⁷ Esa flexibilidad tiene valor económico para los trabajadores de menores ingresos o que cobran por hora. En 2024-2025, solo el 63% de los trabajadores de tiempo completo con un solo empleo en el cuartil de ingresos más bajo dijo tener acceso a licencia remunerada, frente al 91% en el cuartil más alto.⁸ Por lo tanto, una visita a la farmacia sin cita o el mismo día puede evitar no solo una cita y un segundo viaje, sino también la pérdida de salario o la necesidad de pedir tiempo libre en el trabajo.

Además, la pandemia de COVID-19 demostró que el alcance de las farmacias puede movilizarse a escala nacional. Los farmacéuticos comunitarios y sus equipos administraron **más de 270 millones de dosis de vacunas contra la COVID-19**, y el autor estimó que los programas dirigidos por farmacéuticos representaron más de la mitad de todas las vacunaciones contra la COVID-19 en EE. UU. durante el período estudiado.⁹ Ese historial importa más allá de las emergencias: los estados ya dependen de una fuerza laboral capacitada y distribuida, con capacidad de cadena de frío, documentación, asesoramiento y respuesta ante eventos adversos.

Por último, la literatura más amplia respalda la misma dirección del efecto. Una revisión sistemática con metaanálisis de Isenor et al. encontró un aumento de la cobertura de vacunación en todos los estudios en los que los farmacéuticos actuaron como educadores, facilitadores o vacunadores.¹⁰ Una revisión siste-

mática internacional posterior concluyó que la inmunización en farmacias mejoró el acceso y la equidad territorial, con resultados condicionados por el financiamiento, la regulación y el diseño del sistema de salud de cada lugar.¹¹ Estos hallazgos no demuestran que la autoridad de las farmacias por sí sola

determine la cobertura nacional. Sí demuestran que los farmacéuticos son un componente comprobado de los sistemas de inmunización con múltiples proveedores y que las restricciones legales pueden suprimir un canal de atención que los pacientes ya utilizan.

LA FRICCIÓN REGULATORIA SE ASOCIA CON TASAS DE VACUNACIÓN MÁS BAJAS

Durante las últimas décadas, las leyes estatales han utilizado varias vías para regular la vacunación por farmacéuticos. Por ejemplo, los estados autorizan el inicio independiente, una orden permanente estatal, un protocolo acordado con un prescriptor individual, una receta específica para el paciente, una lista estatal de vacunas o alguna combinación de estos pasos. Cada acción adicional puede crear un período en el que una vacuna está disponible a nivel federal y clínicamente indicada, pero un farmacéutico no puede administrarla sin una segunda transacción administrativa o regulatoria.¹² La carga es más visible en el caso de una vacuna nueva o de una indicación revisada para una vacuna ya aprobada.

Por ejemplo, un análisis de IQVIA de 2025 comparó las tasas de vacunación en adultos en 2023 entre categorías de autoridad estatal

para el virus respiratorio sincitial (VRS), la vacuna antineumocócica conjugada 20-valente (PCV20) y el herpes zóster. En comparación con los estados que permiten la administración independiente por farmacéuticos o una orden permanente estatal, la tasa promedio de vacunación contra el VRS en adultos de 60 años o más fue un 3% menor en los estados con protocolo y **un 14% menor en los estados que exigen receta**.¹³ La tasa promedio de vacunación con la PCV20 fue un 13% menor en adultos de 18 años o más y un 9% menor en adultos de 65 años o más en los estados con protocolo; la tasa promedio de vacunación contra el herpes zóster en adultos de 50 años o más fue un 10% menor en los estados con protocolo.¹³ En todas las vacunas, estos hallazgos concuerdan con el efecto previsible de añadir costos de transacción a un servicio en el que el tiempo es decisivo.

Menor tasa de
vacunación

14%

Tasa promedio de vacunación contra el VRS en adultos de 60 años o más en los estados que exigen receta, frente a los estados que permiten la administración independiente por farmacéuticos o una orden permanente estatal (2023).

El mismo análisis trasladó las asociaciones observadas a una escala potencial. Estimó que igualar las tasas de vacunación de los estados menos restrictivos podría corresponder a aproximadamente 534,000 receptores adicionales de la vacuna contra el VRS en los estados con protocolo y 123,000 en los estados que exigen receta, aproximadamente 828,000 receptores adicionales de la PCV20 y aproximadamente 953,000 receptores adicio-

nales de la vacuna contra el herpes zóster.¹³ La relevancia para las políticas radica en la magnitud: incluso una pequeña diferencia de puntos porcentuales se vuelve significativa cuando se aplica a toda una población adulta, sobre todo en el caso de vacunas que se administran por temporada o poco después de una nueva recomendación o aprobación de la FDA.

EL PAGO AFECTA LA CAPACIDAD, PERO EL PAGO NO DEFINE EL ÁMBITO DE PRÁCTICA

La autoridad legal es solo una de las palancas que influyen en la facultad de los farmacéuticos para inmunizar. Las farmacias deben adquirir inventario de vacunas, financiar los costos de mantener el producto en existencia, programar y capacitar al personal, mantener la cadena de frío y los suministros de emergencia, evaluar a los pacientes, notificar las dosis, presentar reclamaciones y absorber rechazos o tarifas de administración insuficientes. Un análisis de IQVIA sobre la vacunación contra la influenza en adultos de Medicaid con pago por servicio (FFS) estimó un reembolso total promedio de aproximadamente \$12. Después de controlar por el ingreso estatal, la educación y el reembolso a los proveedores, **un aumento de \$13 en el reembolso total a las farmacias se asoció con un aumento de 5.6 puntos porcentuales** en la tasa

de vacunación contra la influenza en adultos de Medicaid FFS.¹⁴ Estos hallazgos subrayan que una autoridad nominal no puede generar capacidad cuando el pago no cubre los costos de prestación del servicio.

La evidencia sobre el lugar de atención también indica que la vacunación en farmacias puede reducir el gasto. Singhal y Zhang encontraron pagos medios de aproximadamente \$168.50 en farmacias frente a \$208.72 en consultorios médicos para la vacunación contra el herpes zóster, \$54.98 frente a \$65.69 para la vacunación neumocócica y \$21.57 frente a \$29.29 para la vacunación contra la influenza. Expresadas como un sobrecosto del consultorio médico sobre el monto de la farmacia, esas diferencias fueron del 24%, 19% y 36%, respectivamente, un promedio del 26% entre las tres vacunas.¹⁵

Tabla 1

Pago medio por vacunación según el lugar de atención¹⁵

Vacuna	Farmacia	Consultorio médico	Sobrecosto en el consultorio médico
Herpes zóster	\$168.50	\$208.72	24%
Neumocócica	\$54.98	\$65.69	19%
Influenza	\$21.57	\$29.29	36%
Promedio de las tres vacunas			26%

Fuente: Singhal y Zhang, 2014. Los pagos son medias aproximadas; el sobrecosto es el monto del consultorio médico por encima del monto de la farmacia.

Un estudio de Prosser y sus colegas estimó costos de prestación por persona de \$11.57 en una farmacia, \$17.04 en un programa de vacunación masiva y \$28.67 en un consultorio médico.¹⁶ Concluyeron que los entornos no tradicionales, especialmente las farmacias, probablemente generaban ahorros en adultos sanos de 50 a 64 años.¹⁶ Estos hallazgos destacan cómo la inmunización en farmacias puede evitar los costos indirectos de instalaciones, programación de citas y personal profesional que conlleva una consulta aparte en un consultorio.

Un análisis de políticas de 2024 aplicó el sobrecosto histórico del 26% de los consultorios médicos a los costos de la vacuna contra el VRS estimados en ese momento. Suponiendo que todas las personas que se proyectaba vacunar en una farmacia se vacunaran, en cambio, en un consultorio médico, el análisis estimó entre \$1,300 millones y \$2,100 millones en desembolsos adicionales por vacunación

en una sola temporada.¹² Los hallazgos muestran cómo un diferencial según el lugar de atención puede agravar la carga financiera de inmunizar a millones de pacientes y aumentar la presión sobre una economía de la salud de EE. UU. ya sobreexigida.

Independientemente de los beneficios financieros, el ámbito de práctica y el pago deben mantenerse analíticamente separados. Ampliar la autoridad no garantiza que las farmacias tengan una vacuna en existencia, y mejorar el reembolso no subsana una prohibición legal. Un marco estatal sólido hace ambas cosas: elimina filtros de autorización innecesarios y, al mismo tiempo, promueve un pago adecuado y transparente por el trabajo clínico necesario para vacunar de forma segura. Esa combinación protege a las farmacias independientes y rurales, reduce las derivaciones evitables y reduce el gasto total en atención médica.

LAS TASAS DE VACUNACIÓN EN ADULTOS TIENEN CONSECUENCIAS SANITARIAS Y ECONÓMICAS MEDIBLES

Aunque las vacunas se encuentran entre las intervenciones de salud más costo-efectivas, todavía se necesitan estudios analíticos que demuestren su valor económico.¹⁷ Un análisis económico reciente estimó que la influenza generó aproximadamente \$29,000 millones en costos de enfermedad en EE. UU. durante la temporada respiratoria 2023-2024, incluidos aproximadamente \$16,000 millones en costos médicos directos y \$13,000 millones en

pérdidas de productividad.¹⁸ Un modelo de escenarios estimó que igualar la tasa máxima reciente de vacunación de adultos, observada en 2021-2022, podría haber evitado más de 8,000 muertes y aproximadamente \$3,000 millones en pérdidas económicas en 2024.¹⁸ Estos estudios ilustran el costo de oportunidad cuando las políticas convierten una vacunación accesible en una derivación tardía o en una dosis perdida.

Aproximadamente
29,000

millones de dólares en costos de enfermedad por influenza en EE. UU. durante la temporada respiratoria 2023-2024, incluidos unos \$16,000 millones en costos médicos directos y \$13,000 millones en pérdidas de productividad.

La carga se extiende a todas las enfermedades prevenibles mediante vacunación en adultos. Un modelo nacional de costos de enfermedad estimó una carga económica de aproximadamente \$9,000 millones en 2015 por enfermedades asociadas con diez vacunas para adultos; alrededor de \$7,100 millones, casi el 80%, se atribuyeron a adultos no vacunados.¹⁹

Múltiples estudios aportan evidencia del mundo real y ejemplos concretos más allá de la influenza. Por ejemplo, en un estudio observacional de reclamaciones de 2026 sobre

adultos de EE. UU., las tasas de hospitalización por neumonía de cualquier causa fueron menores en 2017-2019 que en 2008-2009 en todos los grupos de edad estudiados: adultos de 18 a 49 años (48% menos), de 50 a 64 (10% menos), de 65 a 74 (20% menos) y de 75 años o más (18% menos).²⁰ En otro estudio, la vacuna recombinante adyuvada contra el herpes zóster **redujo el herpes zóster y la neuralgia posherpética en un 91.3% y un 88.8%**, respectivamente, en adultos de 70 años o más.²¹ En conjunto, estos hallazgos muestran que los programas de vacunación pueden reducir la enfermedad grave.

PARTE II

La incertidumbre en torno al Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP) crea un problema de acceso en la legislación estatal

POR QUÉ HA SIDO IMPORTANTE EL ACIP

La FDA y el ACIP responden a preguntas distintas. La aprobación o autorización de la FDA determina si un producto en particular cumple las normas federales para usos específicos. El ACIP evalúa cómo debe usarse una vacuna aprobada o autorizada en la población civil, teniendo en cuenta la seguridad, la eficacia, la efectividad, la epidemiología, la carga de la enfermedad, la viabilidad, los aspectos económicos, las contraindicaciones y las poblaciones especiales.^{22,23} La distinción es importante para la redacción de las leyes estatales: el estatus ante la FDA establece un producto y un uso legales, mientras que el ACIP normalmente traduce la evidencia sobre el producto en una política clínica para la población.



El marco de Evidencia a Recomendaciones del ACIP y el proceso de Clasificación de la Evaluación, el Desarrollo y la Valoración de las Recomendaciones (GRADE) permiten que gran parte de ese razonamiento pueda revisarse públicamente.²⁴ Por lo general, los grupos de trabajo evalúan la evidencia antes de una votación pública, y el comité recibe apor-

tes de organizaciones de enlace, de entidades federales y del público.^{23,24} Ese proceso puede poner de relieve cuestiones de implementación, suministro, equidad, intervalos entre dosis, coadministración y criterios basados en el riesgo que la aprobación del producto por sí sola no resuelve. Es una de las razones por las que los profesionales clínicos, los departa-

mentos de salud, las aseguradoras y las legislaturas estatales han tratado una recomendación del ACIP como una señal de coordinación confiable.

El ACIP también aporta infraestructura institucional. Su estatuto exige experiencia multidisciplinaria, gestión y apoyo federales, revisión de la evidencia, participación del público y la actualización de los calendarios de vacunación infantil, adolescente y de adultos. Sus reuniones están abiertas al público. El aviso del Registro Federal de mayo de 2026 estimó costos operativos anuales de aproximadamente \$1.2 millones al sumar el personal federal, los costos internos, los gastos de los miembros y los costos reembolsables.^{23,25} Esa infraestructura ayuda a explicar por qué la orientación del ACIP se ha convertido en algo más que un consejo clínico: está incorporada

en las leyes federales de cobertura, el programa Vacunas para Niños (VFC), los calendarios clínicos, las leyes estatales y las operaciones de las aseguradoras.^{12,23,25,35,36}

Esta arquitectura genera eficiencia cuando el proceso es oportuno y confiable, pero también concentra dependencias. Una sola recomendación puede afectar simultáneamente la orientación clínica, el ámbito de práctica de los farmacéuticos, las compras públicas, las obligaciones de los planes de los empleadores, los costos compartidos de Medicare o Medicaid, las reglas de los sistemas de las farmacias y la comunicación con los pacientes. La legislación estatal debe aprovechar la experiencia del ACIP sin convertir el funcionamiento ininterrumpido del comité en la única condición legal para que un farmacéutico calificado pueda actuar.

LA PERTURBACIÓN ACTUAL ES PROCESAL Y PROSPECTIVA

La gobernanza federal de las vacunas ha sido impredecible desde mayo de 2025. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (HHS) ordenó cambios en las recomendaciones sobre la COVID-19 al margen del proceso habitual del ACIP; en junio de 2025, el HHS destituyó a los 17 miembros en funciones del ACIP y comenzó a nombrar reemplazos. Organizaciones médicas y de salud pública presentaron una demanda en julio de 2025.^{26,27,28} En marzo de 2026, el Tribunal de Distrito de los EE. UU. para el Distrito de Massachusetts concluyó que era probable que los demandantes prevalecieran en sus re-

clamos al amparo de la Ley de Procedimiento Administrativo, suspendió los nombramientos y las votaciones impugnados y concedió medidas cautelares. La orden no es una sentencia definitiva sobre el fondo del asunto.²⁸

El gobierno apeló y el litigio continúa.²⁹ Los CDC cancelaron las reuniones del ACIP de marzo y junio de 2026 debido al litigio, aunque siguieron anunciando una reunión en octubre.³⁰ En mayo, los CDC restablecieron el estatuto del comité tras retirar un aviso de renovación anterior, porque el estatuto previo había caducado a raíz de un error en un aviso

administrativo.²⁵ El restablecimiento del estatuto no resolvió por sí solo la medida cautelar, la disputa sobre la composición del comité ni la apelación pendiente.

El riesgo práctico no es que todas las recomendaciones anteriores desaparezcan automáticamente. Los tribunales y las agencias

pueden preservar, restablecer o aclarar la orientación vigente. Por ejemplo, los CDC indicaron el 1 de septiembre de 2026 que las recomendaciones sobre la influenza del calendario de julio de 2025 seguían vigentes para la temporada 2026-2027 mientras continuaba la incertidumbre legal.³¹

El problema más difícil es prospectivo: ¿quién revisará de manera oportuna una vacuna nueva, un grupo de edad revisado, una indicación adicional, una señal de seguridad específica de un producto o una futura formulación estacional si el proceso ordinario del ACIP no puede funcionar de forma constante?

Esa incertidumbre prospectiva tiene efectos operativos inmediatos incluso antes de que un tribunal dicte una sentencia definitiva. Los fabricantes, los departamentos de salud, los planes, las farmacias, los prescriptores y los pacientes deben decidir qué productos comprar, cómo configurar las reglas de procesa-

miento de reclamaciones, a qué poblaciones dirigir sus mensajes y qué fuente de orientación prevalece. Una ley estatal de ámbito de práctica que espera una publicación federal posterior o una acción estatal secundaria amplifica esas incertidumbres; una norma de aplicación automática las contiene.

CÓMO SE PROPAGA LA INCERTIDUMBRE FEDERAL A TRAVÉS DE LA LEGISLACIÓN ESTATAL

En los estados donde la autoridad de los farmacéuticos depende directa o indirectamente de una acción del ACIP, la incertidumbre federal se convierte en una restricción de acceso en la legislación estatal. La dependencia puede ser explícita, como en el caso de una ley que exige una recomendación del ACIP. También puede ser secuencial: el ACIP o los CDC actúan; luego, una agencia estatal debe modificar una lista o un protocolo, una

farmacia debe obtener un acuerdo con un prescriptor o un paciente debe obtener una receta.¹² El número exacto y la clasificación de los estados afectados cambian a medida que evolucionan las leyes y los reglamentos; el argumento de política pública no depende de un recuento único. Depende de si la ley crea una demora evitable entre la disponibilidad clínica y la atención en la farmacia.

Esta estructura crea cuatro modos de falla recurrentes.

- ▶ Primero, una vacuna nueva aprobada por la FDA puede ser clínicamente apropiada pero legalmente inaccesible para que los farmacéuticos la administren mientras el estado espera al ACIP.
- ▶ Segundo, puede existir una recomendación del ACIP, pero la ley estatal puede exigir una publicación oficial de la recomendación del ACIP o una acción estatal adicional.
- ▶ Tercero, una recomendación formulada como basada en el riesgo o en la toma de decisiones individuales puede ser difícil de poner en práctica cuando el farmacéutico no tiene historias clínicas completas.
- ▶ Cuarto, una acción federal suspendida o impugnada puede dejar a los farmacéuticos en la incertidumbre sobre qué recomendación rige legalmente su práctica.

La toma de decisiones clínicas compartida (SCDM, por sus siglas en inglés) ilustra el problema de implementación. La conversación y el consentimiento informado ya forman parte de la práctica habitual, ya sea que los dirija un farmacéutico, un médico u otro vacunador autorizado. La categoría federal adicional cambia la opción predeterminada y puede exigir una documentación más individualizada.³² En una encuesta nacional a médicos, **entre el 90% y el 95% de los encuestados dijo que las recomendaciones SCDM requerían más tiempo que las recomendaciones de rutina**, entre el 64% y el 76% dijo que generaban confusión y solo alrededor del 42% entendía la cobertura de seguro correspondiente.³³ Otro estudio de reclamaciones encontró que la tasa de vacunación con la vacuna antineumocócica conjugada 13-valente (PCV13) entre los beneficiarios de Medicare de 65 años o más disminuyó de más del 70% a menos del 60% después de la adopción de la

política de SCDM en 2019.³⁴ El estudio no demostró que la SCDM por sí sola causara la disminución, pero documenta la fricción operativa que rodea a una categoría de recomendación más compleja.

Para los farmacéuticos, los criterios de riesgo complejos pueden convertir una oportunidad de vacunar el mismo día en una solicitud de expedientes o en una derivación, sobre todo cuando la farmacia no puede ver un diagnóstico, un resultado de laboratorio o las notas de un proveedor. La solución no es eliminar el juicio clínico. Es mantener un ámbito legal lo suficientemente amplio para que el farmacéutico obtenga la información pertinente, aplique el estándar de atención, consulte o derive cuando sea necesario y documente la decisión, en lugar de hacer de una barrera legal categórica la norma. Los expedientes interoperables y los registros de inmunización mejoran ese juicio; deben respaldar la autoridad, no sustituirla.

LA COBERTURA ES UNA DEPENDENCIA DEL ACIP DISTINTA PERO RELEVANTE

En el caso de la cobertura comercial no protegida por derechos adquiridos (non-grandfathered) sujeta al requisito de servicios preventivos de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA), los planes generalmente deben cubrir sin costos compartidos las vacunas que cuenten con una recomendación vigente del ACIP para la persona.³⁵ De manera similar, la Ley de Reducción de la Inflación (IRA) hizo que, a partir de 2023, las vacunas para adultos recomendadas por el ACIP y cubiertas por la Parte D de Medicare estuvieran disponibles sin costos compartidos para las personas mayores, y extendió a Medicaid protecciones relacionadas más adelante ese mismo año.³⁶

Si el ACIP no puede emitir o actualizar una recomendación, el efecto inmediato sobre la cobertura dependerá del producto, la población, el plan, el momento y de si sigue vigente una recomendación anterior. El mayor riesgo prospectivo se refiere a una vacuna nueva, una nueva indicación o un nuevo grupo de edad, o una actualización futura que todavía no haya obtenido la recomendación necesaria para activar un mandato federal de costo cero. Un plan puede cubrir el servicio de manera voluntaria, pero la cobertura voluntaria no es una obligación de costo cero legalmente exigible para el paciente.

La autoridad estatal también es incompleta por diseño. Los estados pueden regular los

planes individuales y grupales totalmente asegurados, los programas de Medicaid dentro de los parámetros federales y los beneficios de los empleados estatales. Aun así, ERISA §514, 29 U.S.C. §1144, limita el alcance estatal sobre los planes autofinanciados de los empleadores; otras leyes federales limitan la autoridad estatal sobre los programas federales. Por lo tanto, un respaldo estatal de la cobertura puede proteger a muchos residentes sin resolver el problema nacional. Ese límite jurisdiccional refuerza el argumento a favor de mantener independiente el ámbito de práctica profesional: un estado no debe añadir su propia barrera de acceso simplemente porque no puede garantizar la vía de cobertura federal de cada paciente.

Los estados deben vigilar el diseño de los beneficios, la participación en las redes, el rechazo de reclamaciones, el pago por la administración y los costos compartidos de los pacientes dentro de su jurisdicción. Pero los legisladores no deben incorporar esas cuestiones al activador del ámbito de práctica profesional. Un farmacéutico puede estar legalmente autorizado aunque un plan en particular no pague, y una aseguradora puede cubrir una vacuna que una ley restrictiva de ámbito de práctica impide que un farmacéutico administre. Las leyes claras deben indicar qué problema están resolviendo.

LAS SOCIEDADES PROFESIONALES SON RESPALDOS VALIOSOS, NO REEMPLAZOS DIRECTOS DEL ACIP

La Academia Estadounidense de Pediatría (AAP), el Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos (ACOG), el Colegio Estadounidense de Médicos (ACP) y otras sociedades profesionales cuentan con una amplia experiencia clínica y han respondido a la perturbación federal con recomendaciones basadas en la evidencia. La AAP publica un calendario anual propio de inmunización para niños y adolescentes y describe un proceso de revisión de la evidencia dirigido por su Comité de Enfermedades Infecciosas.³⁷ El ACOG publica orientación sobre inmunización materna para pacientes embarazadas, en el posparto y en período de lactancia.³⁸ El ACP respalda prácticas de inmunización de adultos basadas en la evidencia y ofrece recursos para la medicina interna.³⁹ Estas contribuciones pueden preservar la continuidad clínica de las

poblaciones a las que atiende cada organización.

Sin embargo, no reemplazan automáticamente la función institucional nacional del ACIP. Sus misiones son específicas de una población o de una especialidad. Su orientación no tiene el papel legal que el ACIP desempeña en virtud de la ACA o del programa VFC. En conjunto, no producen un calendario nacional único para todas las poblaciones mediante un solo proceso público, y no están obligadas de manera uniforme a mantener reuniones abiertas, oportunidades de comentario público, grupos de trabajo permanentes sobre vacunas, una secretaría federal, normas publicadas para la gestión de conflictos ni los recursos para evaluar cada vacuna e indicación recién autorizadas en un plazo predecible.^{23,24,25}



La pregunta pertinente no es si estas organizaciones pueden elaborar recomendaciones de alta calidad; pueden hacerlo. La pregunta es si alguna organización o coalición está dispuesta y es capaz de sostener la función completa de reemplazo: financiamiento específico, membresía multidisciplinaria, exploración continua del horizonte, grupos de trabajo permanentes, revisión rápida tras las acciones de la FDA, análisis epidemiológico y de implementación, reuniones públicas, marcos de evidencia transparentes, salvaguardas contra conflictos de interés, publicación, comunicación y un reconocimiento legal duradero en los distintos estados y entre las aseguradoras.

Las alianzas regionales pueden coordinar recomendaciones con mayor rapidez y reducir

la fragmentación a corto plazo. La West Coast Health Alliance (Alianza de Salud de la Costa

Oeste), por ejemplo, se creó para coordinar la orientación sobre vacunas entre los estados participantes cuando las recomendaciones federales comenzaron a ser impugnadas.⁴⁰ Sin embargo, una coalición regional sigue dependiendo de los recursos estatales y no puede, por sí sola, activar la legislación federal sobre cobertura ni crear un estándar nacional único. La misma orientación puede tener efectos legales distintos a uno y otro lado de una frontera estatal.^{35,36}

La situación del litigio debe verse en perspectiva. Varias sociedades profesionales son demandantes en el caso federal pendiente.²⁸ Solicitar medidas judiciales para preservar los procesos existentes o emitir orientación clínica de emergencia no crea una institución nacional permanente de revisión de vacunas. Tampoco la participación en un litigio establece, por sí sola, un motivo indebido. La

cuestión de fondo duradera es la capacidad institucional y la rendición de cuentas, no la especulación sobre por qué una organización entró en el debate.

Los estados pueden reconocer la orientación de las sociedades profesionales como una fuente clínica provisional, sobre todo dentro de un modelo de estándar de atención. Deben ser cautelosos al nombrar a varias organizaciones como filtros legales alternativos. Si las recomendaciones divergen, los farmacéuticos y los pacientes podrían enfrentar un nuevo problema de jerarquía: ¿qué fuente prevalece, a partir de qué fecha, para qué población y con qué propósito legal? **Por lo tanto, un respaldo temporal debe ser explícito, revisable y de duración limitada.** No debe convertirse en un sustituto permanente y fragmentado de un proceso coordinado a nivel nacional.



PARTE III

Un marco escalonado de políticas estatales

- **Los estados no necesitan que se resuelva el litigio federal para proteger el acceso de los adultos a la vacunación en farmacias. Pueden modernizar ahora sus propias leyes de práctica profesional.**

Las siguientes opciones se ordenan desde la reforma más duradera hasta la mínima aceptable. Cada opción preserva el juicio clínico individual y el régimen disciplinario habitual de la profesión; la diferencia radica en cuánto proceso externo exige la ley como condición de la autoridad legal.

PREFERIDA: REGULAR MEDIANTE UN ESTÁNDAR DE ATENCIÓN ACEPTADO

La solución más sólida es un modelo de práctica basado en el estándar de atención. En lugar de definir la autoridad del farmacéutico mediante la enumeración de vacunas específicas o la incorporación de una única lista externa, el estado autoriza a un farmacéutico capacitado a iniciar y administrar inmunizaciones a adultos de conformidad con el estándar de atención aceptado. Ese estándar se

basa en la educación y la capacitación del farmacéutico, el etiquetado o la autorización de la FDA, la evidencia científica actual, la orientación clínica confiable, la información específica del paciente, las contraindicaciones y precauciones, el consentimiento informado, y los recursos y el entorno en que se presta la atención.

El Proyecto de Ley 1503 de la Asamblea de California (AB 1503), vigente desde el 1 de enero de 2026, ilustra este enfoque. La Junta de Farmacia de California indica que la autoridad de los farmacéuticos para iniciar y administrar vacunas de forma independiente a personas de tres años o más pasó a un modelo de práctica basado en el estándar de atención. California define el estándar de atención aceptado en función de lo que haría, en una situación similar, un farmacéutico prudente y razonable con educación, capacitación, experiencia, recursos y entorno similares.^{41,42} Dado que este documento se centra en los adultos, lo relevante es la arquitectura: la autoridad depende de la competencia profesional y la rendición de cuentas, no de una lista cerrada de vacunas.



Un modelo de estándar de atención no es una desregulación.

Reemplaza mandatos de proceso inflexibles por deberes profesionales exigibles. Un farmacéutico debe abstenerse o derivar cuando la información disponible, la capacitación, el personal, el equipo o el estado del paciente hagan que la administración no sea segura. Los estados pueden mantener requisitos de seguridad neutrales, como la capacitación acreditada en inmunización, la certificación en reanimación cardiopulmonar (RCP), la capacidad de respuesta ante emergencias, el consentimiento informado, el mantenimiento de registros, la notificación al sistema de información de inmunización, la notificación de eventos adversos y la derivación de necesidades que excedan la competencia del farmacéutico. Esos requisitos deben regir cómo se presta la atención, no

funcionar como una cadena de permisos duplicada para cada vacuna.

Un estándar bien redactado también aclara la jerarquía de la evidencia sin congelarla en el tiempo. El etiquetado y la autorización de la FDA establecen los parámetros legales del producto; el ACIP, los CDC, los departamentos estatales de salud, las sociedades de especialidad, la evidencia revisada por pares y los compendios reconocidos pueden orientar la atención apropiada. Ninguna fuente única debe ser el filtro exclusivo. Las juntas conservan la autoridad para investigar desviaciones de la práctica aceptada, mientras que los farmacéuticos conservan la capacidad de responder cuando la orientación cambia más rápido que el calendario legislativo o reglamentario.

ALTERNATIVA: ESTATUS ANTE LA FDA O RECOMENDACIÓN DEL ACIP/CDC

Cuando una reforma basada en el estándar de atención no sea políticamente viable, los estados deben adoptar un doble activador objetivo. Un farmacéutico calificado puede iniciar y administrar de forma independiente una vacuna para adultos si: (1) la FDA ha aprobado o autorizado la vacuna para el uso pertinente en adultos y el farmacéutico actúa de conformidad con el etiquetado o la autorización aplicables; o (2) el ACIP o los CDC han recomendado la vacuna para el paciente o la población, incluida una recomendación basada en el riesgo o en la toma de decisiones individuales.

La vía de la FDA evita que la demora o la disfunción del ACIP se conviertan en una prohibición categórica en la legislación estatal. La vía del ACIP preserva la autoridad cuando una recomendación federal es clínicamente más amplia, más específica o más útil en la práctica. En ambos casos, el activador solo determina si el servicio está dentro del ámbito legal. El farmacéutico aún debe determinar si la vacunación es apropiada para cada paciente. La cobertura también sigue siendo un asunto aparte, ya que el estatus ante la FDA por sí solo no activa todos los mandatos federales de costo cero.

El doble activador debe incluir salvaguardas para la seguridad del paciente, no permisos adicionales. Un farmacéutico debe documentar la fuente de evidencia en la que se basó, evaluar contraindicaciones y precauciones, proporcionar la información aplicable sobre la vacuna, obtener el consentimiento, notificar la dosis y derivar cuando sea necesario. Una junta puede emitir orientación de implementación no vinculante y sancionar la atención insegura. No debe poder suspender la autoridad legal por inacción.

La redacción debe ser explícita en cuanto a los plazos. La autoridad no debe depender de una incorporación posterior a un calendario anual de inmunización, de la publicación en el Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR), de la adopción de una lista estatal ni de la emisión de un segundo protocolo estatal. La ley debe identificar la primera acción federal pública y confiable que activa la autoridad y especificar cómo una autorización de emergencia, una revisión del etiquetado, una modificación de una recomendación, un retiro o una restricción de seguridad afectan la autoridad existente.

MÍNIMA: AUTORIDAD VINCULADA AL ACIP/CDC DE APLICACIÓN AUTOMÁTICA Y SIN FILTROS POSTERIORES

Si los legisladores insisten en mantener al ACIP como activador legal, la recomendación debe ser el filtro final. Una vez que ocurra el evento de recomendación federal definido por el estado, un farmacéutico capacitado debe poder iniciar y administrar la vacuna para adultos de forma independiente, sin autorización adicional. La norma debe aplicarse por igual a las recomendaciones de rutina, a las basadas en el riesgo y a las de toma de decisiones individuales, a menos que la ley incluya una excepción clínicamente justificada.

- ▶ **Sin receta específica para el paciente.** El paciente no debe necesitar una consulta aparte con un prescriptor únicamente para autorizar la administración.
- ▶ **Sin protocolo con un prescriptor específico.** El acceso de una farmacia no debe depender de negociar y mantener un acuerdo con un médico en particular.
- ▶ **Sin protocolo estatal como condición previa.** Un departamento de salud puede emitir orientación clínica, pero la falta de actualización de una orden permanente no debe suspender la autoridad legal.
- ▶ **Sin una lista estatal de vacunas aparte.** El estado no debe exigir una inclusión duplicada en una lista después de la acción federal.
- ▶ **Sin demora de publicación.** La ley debe usar el primer evento público y confiable de recomendación, en lugar del siguiente calendario anual o de una nueva publicación posterior.

Esta opción es menos resiliente porque sigue dependiendo de la capacidad del ACIP para actuar. Aun así, es considerablemente mejor que un activador del ACIP seguido de una segunda y una tercera capa de aprobación estatal o del prescriptor. La reforma también aclara la rendición de cuentas: si el acceso se detiene, los responsables de las políticas y el público pueden identificar el único evento federal pendiente, en lugar de rastrear una cadena de aprobaciones estatales silenciosas.

MEDIDAS DE IMPLEMENTACIÓN TRANSVERSALES

Cualquiera que sea el modelo de ámbito de práctica que elija un estado, la implementación determina si la autoridad se traduce en

acceso. Los estados deben garantizar que las farmacias tengan acceso oportuno a los registros de inmunización y a la información clí-

nica pertinente; exigir una notificación bidireccional rápida; armonizar las normas de edad, capacitación, supervisión y preparación para emergencias entre los distintos entornos de práctica; e impedir que los planes de salud usen normas de red o de facturación para anular un beneficio de farmacia que de otro modo estaría cubierto. Unas disposiciones transitorias claras deben proteger las dosis administradas de buena fe conforme a la ley o la orientación vigentes en ese momento.

La política de pagos debe reconocer el servicio completo, no solo el producto. Las tarifas de administración deben tener en cuenta la evaluación, el asesoramiento, la documentación, los suministros, la notificación, el financiamiento del inventario, el desperdicio y la disponibilidad fuera del horario habitual. Los estados deben vigilar los rechazos de reclamaciones y si el pago difiere únicamente

según el tipo de profesional para el mismo servicio cubierto. Estas medidas son especialmente importantes para las farmacias independientes, las rurales y las que forman parte de la red de atención a poblaciones vulnerables, que no pueden distribuir sus costos fijos en una red grande.

Por último, los estados deben publicar un breve boletín operativo cada vez que esté disponible una nueva vacuna o indicación para adultos. El boletín debe identificar el activador de ámbito de práctica aplicable, la fecha de entrada en vigor, las edades elegibles, los requisitos de seguridad que rigen, las expectativas sobre los registros de inmunización y las vías de cobertura conocidas. Un único aviso oficial puede reducir la vacilación cuando las farmacias, los planes y los pacientes reciben respuestas distintas de diferentes agencias.



Conclusión

Estados Unidos ha construido el acceso a la inmunización de adultos en torno a las farmacias y los farmacéuticos. Los datos actuales de encuestas y reclamaciones muestran que los adultos suelen recibir en las farmacias las vacunas contra la influenza, la COVID-19, el VRS y el herpes zóster. Las farmacias están ampliamente distribuidas, se visitan con frecuencia, abren más allá del horario clínico tradicional y son especialmente comunes en las comunidades de bajos ingresos. Los estudios económicos históricos también muestran menores costos de atención médica cuando el lugar de atención es la farmacia.

El valor para la salud pública es concreto. La vacunación de adultos puede prevenir la enfermedad neumocócica invasiva, el herpes zóster y el dolor neuropático crónico, la enfermedad grave por VRS, las muertes por influenza, y evitar miles de millones de dólares en tratamientos y pérdidas de productividad. Una política que preserve la facultad del farmacéutico para inmunizar no garantiza que todos los adultos elegibles se vacunen. Sí preserva una de las oportunidades más eficaces para convertir la elegibilidad en vacunación.

El ACIP sigue siendo valioso porque vincula la revisión científica con una institución pública duradera y porque las leyes federales y estatales asignan consecuencias importantes a sus recomendaciones. El litigio actual y la interrupción de las reuniones revelan la vulnerabilidad que se crea cuando la autoridad de los farmacéuticos de un estado depende por completo del funcionamiento ininterrumpido de esa institución. Restablecer un proceso del ACIP conforme a la ley, creíble y con recursos suficientes es importante. No sustituye la modernización de las leyes estatales de ámbito de práctica.

Las sociedades profesionales pueden y deben aportar su opinión clínica, sobre todo en relación con las poblaciones a las que atienden. Pero su experiencia no debe confundirse con una equivalencia institucional automática. Un reemplazo duradero requeriría un mandato amplio, recursos permanentes, revisión transparente, rendición de cuentas pública, actualizaciones predecibles y reconocimiento legal. Hasta que exista una estructura así, nombrar a varias sociedades de especialidad como sustitutos legales conlleva un riesgo de fragmentación en lugar de resiliencia.

Los estados deben actuar en un orden claro. Primero, adoptar un modelo de estándar de atención aceptado. Si eso no es viable, autorizar la vacunación de adultos en farmacias tras la aprobación o autorización de la FDA, o tras una recomendación del ACIP/CDC. Como mínimo, hacer que la autoridad vinculada al ACIP sea automática y eliminar las recetas, los protocolos con prescriptores, los protocolos estatales, las listas estatales y las demoras de publicación.

La responsabilidad inmediata de los estados es sencilla: preservar la facultad legal de los farmacéuticos calificados para vacunar a los adultos de manera segura, asequible y sin demoras evitables.



Referencias

- ¹ IQVIA Institute for Human Data Science. Trends in Vaccine Administration in the United States. January 2023. [Disponible en línea.](#)
- ² Zheng Y, Wang D, Chen YT, Saxena K, Bencina G, Eiden AL. Trends in adolescent and adult vaccination in pharmacy and medical settings in the United States, 2018–2024: a database study. *Expert Review of Vaccines*. 2025;24(1):53–66. doi:10.1080/14760584.2024.2441255. [Disponible en línea.](#)
- ³ Centers for Disease Control and Prevention. National and state-specific estimates of settings where adults received influenza, updated COVID-19, and RSV vaccinations, 2023–2024 respiratory virus season, United States. Publicado el 23 de enero de 2026. Consultado el 7 de septiembre de 2026. <https://www.cdc.gov/respvaxview/publications/national-state-vaccination-estimates.html>
- ⁴ Berenbrok LA, Tang S, Gabriel N, et al. Access to community pharmacies: a nationwide geographic information systems cross-sectional analysis. *Journal of the American Pharmacists Association*. 2022;62(6):1816–1822.e2. doi:10.1016/j.japh.2022.07.003. [Disponible en línea.](#)
- ⁵ Berenbrok LA, Gabriel N, Coley KC, Hernandez I. Evaluation of frequency of encounters with primary care physicians vs visits to community pharmacies among Medicare beneficiaries. *JAMA Network Open*. 2020;3(7):e209132. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.9132. [Disponible en línea.](#)
- ⁶ Popovian R, Winegarden W, Rivera E, Gavigan K. Accessibility of adult immunizations in pharmacies compared to physician offices in low-income communities. *Journal of the American Pharmacists Association*. 2022;62(5):1644–1647. doi:10.1016/j.japh.2022.03.021. [Disponible en línea.](#)
- ⁷ Goad JA, Taitel MS, Fensterheim LE, Cannon AE. Vaccinations administered during off-clinic hours at a national community pharmacy: implications for increasing patient access and convenience. *Annals of Family Medicine*. 2013;11(5):429–436. doi:10.1370/afm.1542. [Disponible en línea.](#)
- ⁸ U.S. Bureau of Labor Statistics. Access to and Use of Leave—2024–2025 Data from the American Time Use Survey. August 26, 2026. [Disponible en línea.](#)
- ⁹ Grabenstein JD. Essential services: quantifying the contributions of America's pharmacists in COVID-19 clinical interventions. *Journal of the American Pharmacists Association*. 2022;62(6):1929–1945.e1. doi:10.1016/j.japh.2022.08.010. [Disponible en línea.](#)
- ¹⁰ Isenor JE, Edwards NT, Alia TA, et al. Impact of pharmacists as immunizers on vaccination rates: a systematic review and meta-analysis. *Vaccine*. 2016;34(47):5708–5723. doi:10.1016/j.vaccine.2016.08.085. [Disponible en línea.](#)
- ¹¹ Romero-Mancilla MS, Mora-Vargas J, Ruiz A. Pharmacy-based immunization: a systematic review. *Frontiers in Public Health*. 2023;11:1152556. doi:10.3389/fpubh.2023.1152556. [Disponible en línea.](#)
- ¹² Popovian R, Rivera E, Winegarden W. Removing Barriers to Pharmacy Vaccination: A Path to Better Health and Lower Health Care Costs. Global Healthy Living Foundation. April 2024. [Disponible en línea.](#)
- ¹³ IQVIA Institute for Human Data Science. Assessing the Impact of State Pharmacist Vaccination Authority on Vaccine Uptake in the U.S.: An Analysis of State-Level Policies and Adult Vaccination Rates. February 2025. [Disponible en línea.](#)
- ¹⁴ IQVIA Institute for Human Data Science. Trends in Adult Vaccination in the U.S.: Impact of Reimbursement to Health Care Providers on Influenza Vaccination for the Medicaid Fee-for-Service Population. February 2024. [Disponible en línea.](#)
- ¹⁵ Singhal PK, Zhang D. Costs of adult vaccination in medical settings and pharmacies: an observational study. *Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy*. 2014;20(9):930–936. doi:10.18553/jmcp.2014.20.9.930. [Disponible en línea.](#)
- ¹⁶ Prosser LA, O'Brien MA, Molinari NA, et al. Non-traditional settings for influenza vaccination of adults: costs and cost-effectiveness. *PharmacoEconomics*. 2008;26(2):163–178. doi:10.2165/00019053-200826020-00006. [Disponible en línea.](#)
- ¹⁷ World Health Organization. Essential Programme on Immunization. Consultado el 8 de septiembre de 2026. Disponible en línea. <https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/essential-programme-on-immunization>
- ¹⁸ Popovian R. The Economic Toll of Influenza on U.S. Adults and the Importance of Vaccination. Global Healthy Living Foundation. January 2026. [Disponible en línea.](#)
- ¹⁹ Ozawa S, Portnoy A, Getaneh H, et al. Modeling the economic burden of adult vaccine-preventable diseases in the United States. *Health Affairs*. 2016;35(11):2124–2132. doi:10.1377/hlthaff.2016.0462. [Disponible en línea.](#)

- ²⁰ Averin A, Rozenbaum M, Weycker D, et al. P-555. Temporal trends in rates of hospitalized pneumonia among U.S. adults and residual disparities by race and socioeconomic status. *Open Forum Infectious Diseases*. 2026;13(Supplement 1):ofaf695.770. doi:10.1093/ofid/ofaf695.770. [Disponible en línea](#).
- ²¹ Cunningham AL, Lal H, Kovac M, et al. Efficacy of the herpes zoster subunit vaccine in adults 70 years of age or older. *New England Journal of Medicine*. 2016;375(11):1019-1032. doi:10.1056/NEJMoa1603800. [Disponible en línea](#).
- ²² Centers for Disease Control and Prevention. How Vaccines Are Developed and Approved for Use. [Disponible en línea](#).
- ²³ Centers for Disease Control and Prevention. ACIP Charter. Actualizado el 24 de junio de 2026. [Disponible en línea](#).
- ²⁴ Centers for Disease Control and Prevention. Evidence-Based Recommendations for ACIP. January 7, 2025. [Disponible en línea](#).
- ²⁵ Centers for Disease Control and Prevention. Advisory Committee on Immunization Practices; Notice of Charter Re-Establishment. 91 Federal Register 29139. May 19, 2026. [Disponible en línea](#).
- ²⁶ Kennedy RF Jr. Today, the COVID vaccine for healthy children and healthy pregnant women has been removed from the CDC recommended immunization schedule. X. May 27, 2025. [Disponible en línea](#).
- ²⁷ U.S. Department of Health and Human Services. HHS Takes Bold Step to Restore Public Trust in Vaccines by Reconstituting ACIP. June 9, 2025. [Disponible en línea](#).
- ²⁸ American Academy of Pediatrics v. Kennedy, Civil Action No. 25-11916-BEM. Memorandum and Order on Plaintiffs' Motion for Preliminary Injunction. U.S. District Court for the District of Massachusetts. March 16, 2026. [Disponible en línea](#).
- ²⁹ O'Neill Institute for National and Global Health Law. American Academy of Pediatrics et al. v. Kennedy et al., First Circuit No. 26-1503. Litigation tracker. Actualizado el 27 de agosto de 2026. [Disponible en línea](#).
- ³⁰ Centers for Disease Control and Prevention. ACIP Meeting Information. Actualizado el 10 de julio de 2026. [Disponible en línea](#).
- ³¹ Centers for Disease Control and Prevention. Interim Clinical Considerations for the Use of Seasonal Influenza Vaccines in the United States, 2026-2027 Season. September 1, 2026. [Disponible en línea](#).
- ³² Popovian R. Enhancing Adult Vaccine Uptake: Challenges in Shared Clinical Decision Making and Risk-Based Recommendations. Global Healthy Living Foundation. March 2025. [Disponible en línea](#).
- ³³ Kempe A, Lindley MC, O'Leary ST, et al. Shared clinical decision-making recommendations for adult immunization: what do physicians think? *Journal of General Internal Medicine*. 2021;36(8):2283-2291. doi:10.1007/s11606-020-06456-z. [Disponible en línea](#).
- ³⁴ Vietri J, Sato R, Averin A, et al. Pneumococcal vaccine uptake among Medicare beneficiaries aged 65 years and older following the shared clinical decision-making recommendation for PCV13 in 2019. *Vaccine*. 2023;41(36):5211-5215. doi:10.1016/j.vaccine.2023.07.034. [Disponible en línea](#).
- ³⁵ 42 U.S.C. section 300gg-13. Coverage of Preventive Health Services. [Disponible en línea](#).
- ³⁶ Centers for Medicare & Medicaid Services. Anniversary of the Inflation Reduction Act: Update on CMS Implementation. August 16, 2023. [Disponible en línea](#).
- ³⁷ American Academy of Pediatrics. AAP Immunization Recommendations Process: 2026. Actualizado el 28 de mayo de 2026. [Disponible en línea](#).
- ³⁸ American College of Obstetricians and Gynecologists. 2026 Maternal Immunization Schedule. [Disponible en línea](#).
- ³⁹ American College of Physicians. Adult Immunization. [Disponible en línea](#).
- ⁴⁰ Oregon Health Authority. West Coast Health Alliance. [Disponible en línea](#).
- ⁴¹ California State Board of Pharmacy. Latest Information on Immunizations in California: Pharmacist Authority to Administer Vaccines. October 20, 2025. [Disponible en línea](#).
- ⁴² California Assembly Bill 1503, Chapter 196, Statutes of 2025. [Disponible en línea](#).

División de Investigación Económica y de Políticas Centrada en el Paciente de GHLF

En la Global Healthy Living Foundation, la División de Investigación Económica y de Políticas Centrada en el Paciente realiza investigaciones originales sobre la economía de las políticas de salud y sobre resultados en salud, para comprender mejor cómo las políticas, regulaciones y leyes de salud actuales y propuestas afectan la situación financiera, la atención médica, la calidad de vida y otros resultados de los pacientes. Nuestro objetivo es aumentar la transparencia y la comprensión de las políticas, regulaciones y leyes de salud pública que afectan a las comunidades de pacientes con enfermedades crónicas, compartiendo nuestras investigaciones en publicaciones, en nuestro sitio web, en las redes sociales y en los medios convencionales. Nuestros investigadores también abordan estos temas importantes mediante artículos de opinión, conferencias y nuestra serie de pódcast de primer nivel, Healthcare Matters. Nuestros expertos han publicado extensamente sobre el impacto de las políticas biofarmacéuticas y de salud en los costos y los resultados clínicos en las fuentes médicas y los medios más prestigiosos. Son conferencistas muy solicitados y ofrecen sesiones informativas y revisiones expertas al Congreso de los EE. UU., a decenas de legislaturas estatales y en conferencias y simposios médicos de todo el mundo. Conozca más sobre el trabajo de GHLF en materia de vacunas en <https://ghlf.org/issues/vaccines/>.

Robert Popovian, PharmD, MS

Director de Política Científica, Global Healthy Living Foundation
Investigador principal en política de salud, Progressive Policy Institute
Investigador visitante en política de salud, Pioneer Institute



515 N Midland Ave
Upper Nyack, NY
10960



Teléfono
845 348 0400



Correo electrónico:
info@ghlf.org



Encuéntrenos en línea

CreakyJoints: CreakyJoints.org

CreakyJoints Español: www.CreakyJoints.org.es

CreakyJoints Canada: CreakyJoints.ca

CreakyJoints Australia: CreakyJoints.org.au

Global Healthy Living Foundation: ghlf.org

Facebook: facebook.com/CreakyJoints & facebook.com/GlobalHealthyLivingFoundation

Twitter: [@GHLF.org](https://twitter.com/GHLF.org), [@CreakyJoints](https://twitter.com/CreakyJoints), [@CreakyChats](https://twitter.com/CreakyChats)

Instagram: [@creaky_joints](https://instagram.com/@creaky_joints), [@creakyjoints_australia](https://instagram.com/@creakyjoints_australia), [@creakyjoints_esp](https://instagram.com/@creakyjoints_esp)

TikTok: [globalhealthylivingfnd](https://tiktok.com/@globalhealthylivingfnd)

LinkedIn: linkedin.com/company/ghlf



Escanee el código QR para acceder a los recursos de GHLF
sobre vacunas o visite <https://ghlf.org/vaccine-resources/>