

Recomendaciones de vacunación frente a COVID-19

2026-2027, España

Aprobado por la Comisión de Salud Pública el 11 de junio de 2026.

Elaborado por la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones, mayo 2026

1. Introducción

El objetivo principal de la vacunación frente al COVID-19 es reforzar la protección frente a las variantes de SARS-CoV-2 en circulación, especialmente en las personas más vulnerables, para reducir la morbimortalidad y disminuir el impacto de estas infecciones sobre la capacidad de la atención sanitaria y sociosanitaria.

A diferencia de otros virus respiratorios, el virus SARS-CoV-2 ha demostrado su capacidad para propagarse durante todo el año, sin un claro patrón estacional. La protección adquirida tras la vacunación disminuye a lo largo del tiempo. La inmunidad previa, derivada de vacunación y/o infección, se asocia con menor gravedad clínica y menor riesgo de complicaciones graves.

2. Situación epidemiológica

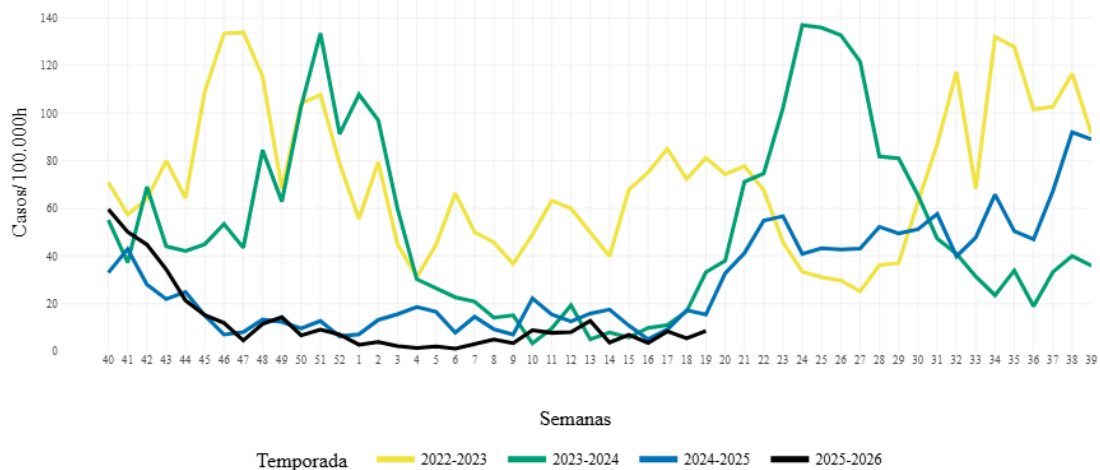
Durante la temporada 2025-2026, la circulación de COVID-19 se ha mantenido en niveles bajos y estables, sin que hasta la fecha de publicación de estas recomendaciones se haya observado ninguna onda epidémica.

Según la información procedente del Sistema de Vigilancia de Infecciones Respiratorias Agudas (SiVIRA)¹, entre la semana 40/2025 y la semana 18/2026 (último dato disponible), la tasa semanal estimada de infección respiratoria aguda (IRA) causada por COVID-19 en atención primaria (AP) se ha mantenido en valores entre 1,1 y 59,6 casos por 100.000 habitantes (figura 1), y la tasa semanal estimada de hospitalizaciones por COVID-19 entre 0 y 1,7 hospitalizaciones por 100.000 habitantes (figura 2).

Este es un comportamiento similar al observado en la temporada anterior (2024-2025) en la que, por primera vez desde la aparición del COVID-19, hubo ausencia de una onda epidémica en otoño e invierno, con incidencias bajas tanto en AP como en hospitalización. No obstante, en la temporada 2024-2025 se registró una onda epidémica en primavera y verano, ascendiendo gradualmente a partir de la semana 20/2025 y alcanzando un máximo de 92 casos en AP por 100.000 habitantes en la semana 38/2025 y de 1,6 hospitalizaciones por 100.000 habitantes en la semana 33/2025.

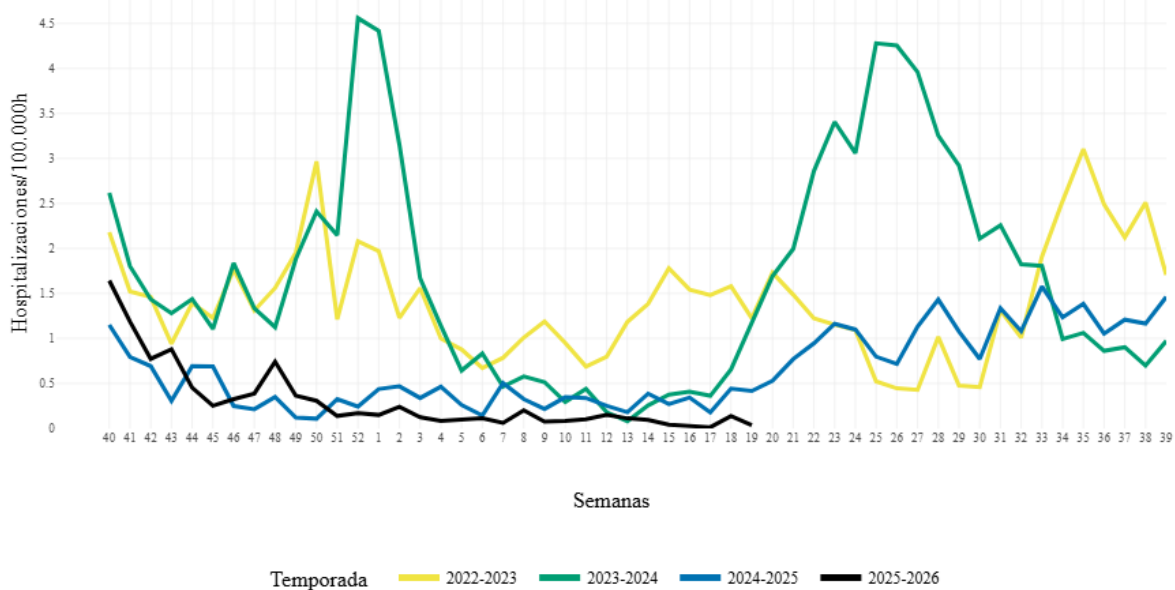
En términos de carga de enfermedad, según información provisional hasta la semana 18 de 2026, en la temporada 2025-26 se estima que en España se han producido aproximadamente 210.000 casos, 5.300 hospitalizaciones, 250 ingresos en UCI y 480 fallecimientos. En comparación, durante toda la temporada 2024-2025, se estima que se produjeron aproximadamente 886.000 casos de COVID-19, 21.300 hospitalizaciones, 740 ingresos en UCI y 1.940 fallecimientos.

Figura 1. Tasa estimada semanal proxy de COVID-19 en Atención Primaria. Temporadas 2022-2023 a 2025-2026. SiVIRA



Fuente: Sistema de Vigilancia de Infecciones Respiratorias Agudas (SiVIRA). Vigilancia de Infección Respiratoria Aguda Covid-19. Centro Nacional de epidemiología. Centro Nacional de Microbiología. Instituto de Salud Carlos III.

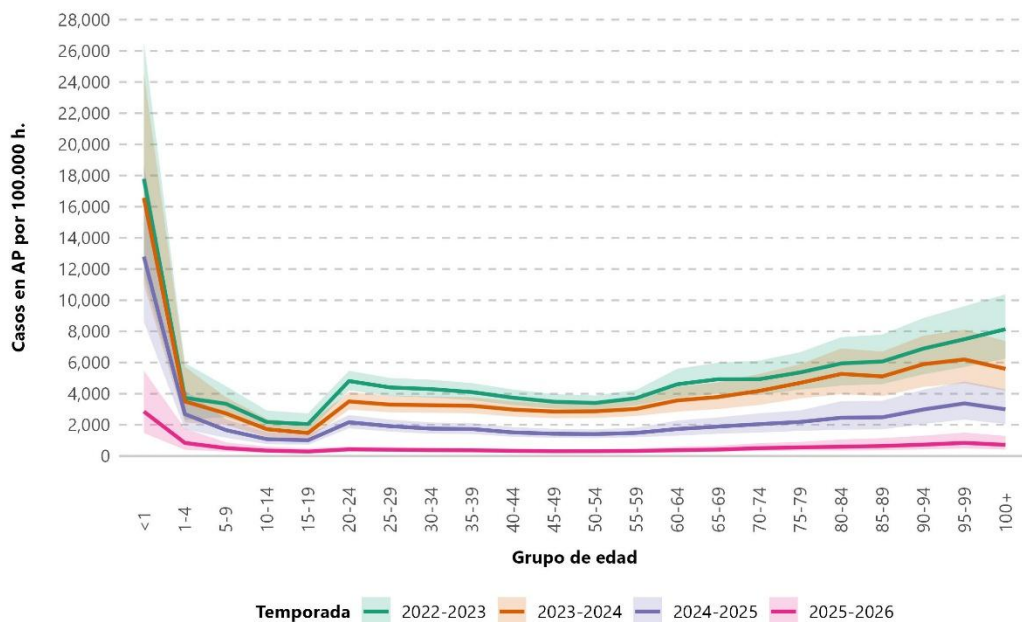
Figura 2. Tasa estimada semanal proxy de hospitalización por COVID-19. Temporadas 2022-2023 a 2025-2026. SiVIRA



Fuente: Sistema de Vigilancia de Infecciones Respiratorias Agudas (SiVIRA). Vigilancia de Infección Respiratoria Aguda Covid-19. Centro Nacional de epidemiología. Centro Nacional de Microbiología. Instituto de Salud Carlos III.

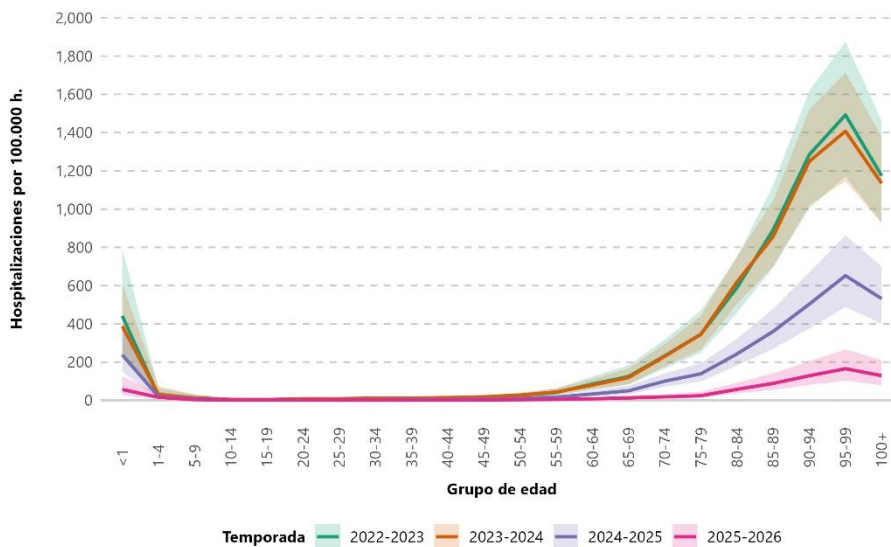
En cuanto a la distribución por grupos de población, la incidencia de COVID-19 en AP ha sido mayor en mujeres y en los menores de 1 año (figura 3). Por el contrario, la incidencia de hospitalización ha sido más elevada en hombres, y sobre todo por encima de los 80 años (figura 4). Este patrón por sexo y edad es consistente con lo observado en temporadas previas.

Figura 3. Número estimado de casos de COVID-19 acumulados en Atención Primaria por grupos de edad. Temporadas 2022-2023 a la 2025-2026 (hasta semana 18/2026). SiVIRA



Fuente: Sistema de Vigilancia de Infecciones Respiratorias Agudas (SiVIRA). Vigilancia de Infección Respiratoria Aguda Covid-19. Centro Nacional de epidemiología. Centro Nacional de Microbiología. Instituto de Salud Carlos III.

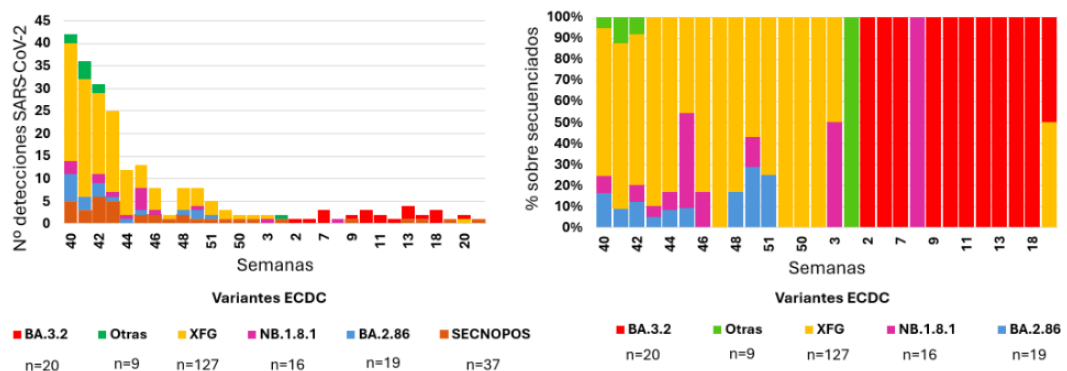
Figura 4. Número estimado de hospitalizaciones acumuladas por COVID-19 por grupos de edad. Temporadas 2022-2023 a la 2025-2026 (hasta semana 18/2026). SiVIRA



Fuente: Sistema de Vigilancia de Infecciones Respiratorias Agudas (SiVIRA). Vigilancia de Infección Respiratoria Aguda Covid-19. Centro Nacional de epidemiología. Centro Nacional de Microbiología. Instituto de Salud Carlos III.

La variante de SARS-CoV-2 identificada en mayor proporción en los casos en AP desde el inicio de la temporada ha sido la XFG (69,1%), con un ligero aumento de la circulación de la variante BA.3.2 (7,30%) a partir de la semana 2/2026 (Figura 5).

Figura 5. Actualización de la caracterización genómica de los casos centinela en AP a semana 21/2026.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Infecciones Respiratorias Agudas (SiVIRA). Vigilancia de Infección Respiratoria Aguda COVID-19. Centro Nacional de epidemiología. Centro Nacional de Microbiología. Instituto de Salud Carlos III.

Teniendo en cuenta el patrón clínico y epidemiológico del virus SARS-CoV-2 en las últimas temporadas, se recomienda la vacunación a los grupos de población diana que se especifican a continuación.

3. Grupos de población diana para la vacunación frente a COVID-19

Se recomienda la vacunación frente a COVID-19 durante 2026-2027 a los siguientes grupos de población:

Por el mayor riesgo de complicaciones, hospitalizaciones y mortalidad en caso de padecer esta infección:

1. Personas de 70 o más años de edad.
2. Personas internas en residencias de mayores, centros de atención a la discapacidad y residentes en instituciones cerradas.
3. Personas de 6 meses o más con las siguientes condiciones de riesgo²:
 - a) Personas con inmunodepresión debida a determinados errores innatos de la inmunidad (antes denominadas IDP) o secundaria a trasplante de progenitores hematopoyéticos, terapias CAR-T, tratamientos que producen inmunosupresión grave (ver Anexo 1), receptores de trasplante de órgano sólido, infección VIH con <200 CD4/mm en adultos o $<15\%$ de CD4 respecto al total de linfocitos T en sangre periférica en <12 años, neoplasia activa (hematológica o de órgano sólido), fallo renal con necesidad de diálisis o trasplante.
 - b) Personas con enfermedades crónicas cardiovasculares graves (entre ellas cardiopatía hipertensiva, isquémica, insuficiencia cardiaca o cardiopatías congénitas), enfermedades crónicas respiratorias graves (incluyendo asma grave, displasia broncopulmonar y fibrosis quística), enfermedades neurológicas o neuromusculares graves.
4. Personas de 12 años o más con las siguientes condiciones de riesgo
 - diabetes mellitus
 - obesidad mórbida (índice de masa corporal ≥ 40 en adultos, ≥ 35 en adolescentes o ≥ 3 DS en la infancia)
 - enfermedad renal crónica en estadios 3, 4 y 5 (según clasificación KDIGO³) y/o síndrome nefrótico
 - hemoglobinopatías y anemias o hemofilia, otros trastornos de la coagulación y trastornos hemorrágicos crónicos, así como receptores de hemoderivados y transfusiones múltiples
 - asplenia o disfunción esplénica grave
 - enfermedad hepática crónica
 - trastornos y enfermedades que conllevan disfunción cognitiva: síndrome de Down, demencias y otras
5. Se recomienda la vacunación en todas las embarazadas con el objetivo de reducir el riesgo de enfermedad grave en la gestante y de conferir protección pasiva al feto y al recién nacido durante sus primeros meses de vida. Esta

recomendación es especialmente relevante en gestantes que presenten alguna comorbilidad asociada. La administración se puede realizar en cualquier trimestre de gestación, aunque es preferible durante el 2º trimestre⁴.

Ante la actual situación epidemiológica con un menor nivel de circulación del virus SARS-CoV-2, y dada la limitación para el control de la transmisión de las vacunas disponibles, las personas de los siguientes grupos podrán tener acceso a la vacunación como medida de protección individual:

1. Personal de centros y establecimientos sanitarios y sociosanitarios públicos y privados, tanto de atención primaria como hospitalaria.
2. Convivientes o cuidadores de aquellas personas que pertenecen a grupos de riesgo.

4. Vacunas disponibles

El virus SARS-CoV-2 sigue circulando y, como ocurre con otros virus ARN, son propensos a una rápida evolución debido a la acumulación de mutaciones en su genoma.

Las vacunas frente a COVID-19 autorizadas son efectivas para prevenir enfermedad grave, hospitalización y fallecimiento causados por las variantes dominantes en la comunidad a lo largo del tiempo. Sin embargo, la protección, natural y/o adquirida, desciende progresivamente con el tiempo y con la circulación de nuevas variantes. Por otro lado, los estudios han demostrado correlación entre una composición actualizada de las vacunas a las nuevas variantes circulantes y la mejora de la protección. Por esta razón, se ha actualizado la composición de las vacunas frente a COVID-19 en cada temporada en los últimos años.

El 29 de mayo del 2026, el Grupo de Trabajo de Emergencia (ETF) de la EMA⁵, ha recomendado actualizar las vacunas contra la COVID-19:

- La variante XFG sería la opción preferida. También podrían considerarse otras vacunas autorizadas por la EMA que contengan variantes como la LP.8.1.
- Se espera que las vacunas contra XFG proporcionen protección frente a BA.3.2. Sin embargo, debido a la incierta pero creciente circulación de BA.3.2, su fenotipo de evasión inmunitaria y su posible evolución futura, no puede descartarse que sea necesario actualizar la recomendación actual en caso de que la situación epidemiológica cambie sustancialmente en el futuro.

Para el periodo 2026–2027 se prevé disponibilidad de vacunas de ARNm y de proteínas recombinantes.

Los diferentes tipos de vacunas disponibles frente a COVID-19 se pueden administrar

independientemente de la indicación por grupo de riesgo, excepto en las personas embarazadas y en menores de 12 años, en cuyo caso se utilizarán vacunas de ARNm.

5. Recomendaciones de vacunación frente a COVID-19

Se recomienda la vacunación frente a COVID-19 en la población diana independientemente del número de dosis recibidas con anterioridad (incluso ninguna dosis previa) y del número y gravedad de infecciones previas. Con carácter general, se respetará un intervalo mínimo de 3 meses desde la dosis o infección documentada, salvo que la ficha técnica de la vacuna utilizada establezca un intervalo diferente.

Teniendo en cuenta que la efectividad por vacunación y/o por infección previa desciende a lo largo del tiempo, se realizan las siguientes recomendaciones para 2026- 2027:

1. En general, se recomienda **una dosis** de vacuna frente al COVID-19.
2. Pautas especiales:
 - **En personas de 6 a 59 meses de edad con condiciones de alto riesgo:**
 - si no tienen primovacunación ni datos de infección previa: pauta de 3 dosis (2ª dosis a las 3 semanas de la 1ª y 3ª dosis a las 8 semanas de la 2ª).
 - si hay antecedente de vacunación primaria completa o de infección documentada: administrar 1 dosis (respetando el intervalo mínimo de 3 meses desde la última dosis de vacuna o desde la infección).
 - **En todas las personas tras TPH o terapia CAR-T:**
 - independientemente del número de dosis previas recibidas, administrar pauta de 3 dosis (2ª dosis a las 3 semanas de la 1ª y 3ª dosis a las 8 semanas de la 2ª).^{6 7 8}
 - En personas de **6 o más meses de edad con inmunosupresión grave** se puede requerir la administración de una dosis adicional de vacuna frente a COVID-19:
 - Trasplante de órgano sólido, fallo renal (con necesidad de diálisis o trasplante), infección por VIH con bajo recuento de CD4 (<200 cel/ μ l en adultos o <15% en <12 años), algunos errores innatos de la inmunidad y tratamientos con ciertas terapias inmunosupresoras (ver Anexo 1). Esta dosis adicional se administrará al menos 3 meses después, excepto en casos que estén a punto de recibir o aumentar la intensidad de un tratamiento inmunosupresor y, por lo tanto, se obtendría una mejor respuesta si se vacunaran antes de que comenzara el tratamiento. En estos casos inusuales se podría reducir el

intervalo a 3 semanas. Así mismo, debe tenerse en cuenta las indicaciones del momento de administración de la vacuna según causa de inmunosupresión (ver Anexo 2).

3. Se deberá aprovechar cualquier contacto con el medio sanitario o con los servicios de prevención de riesgos laborales para **valorar el estado general de vacunación** y, si es factible, completarla, siguiendo las recomendaciones acordadas en el calendario común de vacunación a lo largo de toda la vida⁹, en función de los antecedentes de vacunación, la edad y la actividad laboral y las conductas y prácticas de riesgo.
 - En la población adulta mayor se hará hincapié en la revisión de la vacunación frente a gripe, tétanos, difteria, enfermedad neumocócica invasora, herpes zóster y VRS¹⁰ si existe indicación.
 - En la población adulta nacida a partir de 1978, en la vacunación frente al sarampión con vacuna triple vírica.
 - En los viajeros, se aprovechará la visita a los Centros de Vacunación Internacional para la revisión y actualización del calendario vacunal.
4. Las vacunas frente a COVID-19 pueden administrarse de forma concomitante otras vacunas indicadas, preferentemente en lugares anatómicos distintos. Si no se administran en la misma visita, no es necesario respetar un intervalo mínimo entre ellas.

6. Fecha de inicio de la vacunación

La vacunación frente a COVID-19 en 2026-2027 se iniciará a partir de la última semana de septiembre y durante el mes de octubre (la fecha podrá adaptarse en función de la disponibilidad y tipo de vacunas) siempre y cuando no existan datos epidemiológicos que indiquen la necesidad de alterar dicho calendario de inmunización.

Se podrá vacunar en cualquier momento del año a las personas a las que no se les haya administrado aún la vacuna y tengan indicada la administración de esta.

7. Objetivos para la vacunación frente a COVID-19 en la temporada 2026-2027.

Los objetivos para la vacunación frente al COVID-19 en la temporada 2026-2027 son alcanzar o superar coberturas de vacunación del 75% en personas de 70 años y más¹¹.

8. Establecimiento o refuerzo de estrategias dirigidas a mejorar las coberturas de vacunación

1. Deberá reforzarse la captación activa de las personas de 70 años o más en las residencias de mayores, centros de discapacidad e instituciones cerradas, así como en el resto de las pertenecientes a grupos de riesgo.
2. Se establecerán estrategias que permitan la medición de coberturas en los grupos de alto riesgo de complicaciones por presentar condiciones clínicas especiales y se deberá aprovechar cualquier contacto con el sistema sanitario para establecer la recomendación de vacunación y mejorar las coberturas en estos grupos de población.
3. Se fomentará la colaboración interinstitucional con Servicios Sociales, Instituciones penitenciarias, centros de menores, Servicios de Prevención de Riesgos Laborales, entre otros, con el objetivo de favorecer el acceso y aumentar las coberturas de vacunación frente a COVID-19 en los colectivos atendidos.
4. Se subraya la importancia de seguir registrando las administraciones de vacuna frente a COVID-19 y notificándolas adecuadamente (a REGVACU o SIVAIN, según el momento de confluencia de estos), como instrumento clave para garantizar la monitorización adecuada de la campaña.

Se recuerda la importancia de que el personal sanitario aconseje y promueva el cumplimiento de estas recomendaciones, con especial énfasis en los grupos de población con mayor riesgo de padecer enfermedad severa.

Esta vacunación se realiza como consecuencia de una decisión de la autoridad sanitaria en materia de salud pública, por un riesgo epidemiológico y en aras de preservar la salud colectiva y la de las personas con mayor riesgo de desarrollar complicaciones por esta enfermedad, por lo que la vacunación no precisa de diagnóstico ni de prescripción previa.

Estas recomendaciones de vacunación se formulan al amparo de lo establecido en la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, y en la normativa de las Comunidades Autónomas en esta materia.

Este documento se podría actualizar en función de la evolución de la situación epidemiológica en el mes de septiembre.

Anexo 1. Fármacos que generan inmunosupresión grave, duradera y/o con evidencias de mayor frecuencia de infecciones respiratorias de cualquier etiología

1. Recepción simultánea de más de 1 inmunosupresor			
2. Anti-CD20, anti-TNF α o anti-IL6 en monoterapia			
3. Inmunosupresores clásicos	3.1. Inhibidores de la calcineurina	<i>ciclosporina, voclosporina, tacrolimus</i>	
	3.2. Antiproliferativos	<i>micofenolato mofetilo</i>	
	3.3. Antimetabolitos	<i>metotrexate (>0,4 mg/kg/semana), leflunomida, teriflunomida</i>	
	3.4. Agentes alquilantes	<i>Ciclofosfamida</i>	
	3.5. Corticoesteroides	<i>prednisona o dosis equivalentes</i>	Edad y peso
		Niños <10 kg	<2 mg/Kg/días \geq 14 días \geq 2 mg/kg/día <14 días \geq 2 mg/kg/día \geq 14 días
		Niños <16 años y peso >10 kg	<20 mg/día \geq 14 días \geq 20 mg/día <14 días \geq 20 mg/día \geq 14 días
		\geq16 años y adultos	\geq 20 mg/día \geq 14 días

**Nota: esta lista no es exhaustiva*

Cualquier decisión de aplazar el tratamiento inmunosupresor o de retrasar los posibles beneficios de la vacunación hasta después del tratamiento solo debe tomarse tras sopesar debidamente los riesgos de agravar la enfermedad subyacente, así como los riesgos derivados de la COVID-19.

Anexo 2. Recomendaciones del momento de administración de la vacuna según causa de Inmunosupresión

*** En el caso de que las vacunas no puedan administrarse dentro del período recomendado debido a la urgencia o a la naturaleza crónica del tratamiento, se debe aconsejar encarecidamente la administración de la vacuna, aunque las tasas de seroconversión pueden ser menores.**

Trasplante de órgano sólido*	Idealmente, al menos 2 semanas antes del trasplante. Si no es posible, al menos 3 meses después del trasplante, pudiendo disminuir este intervalo a 1 mes si hay alta transmisión.
TPH / terapia CAR-T*	En general, a partir de los 6 meses de la terapia. En periodo epidémico, se puede adelantar a los 3 meses. Vacunar mientras dure el tratamiento inmunosupresor o hasta los 24 meses desde el trasplante o terapia (valoración individualizada según reconstitución inmune).
Neoplasia de órgano sólido o hematológica en tratamiento con quimioterapia *	Idealmente, al menos 2 semanas antes del inicio del ciclo (evitar durante neutropenia febril o enfermedad grave). Si no es posible, es aceptable vacunar durante/después del tratamiento.
Tratamiento inmunosupresor*	Idealmente, al menos 2 semanas antes del inicio del tratamiento. En caso de no ser posible, al menos 3 meses tras la última infusión (en tratamientos que provoquen depleción de células B, considerar al menos 6 meses). Vacunar hasta 6 meses desde finalizado el tratamiento.
Errores Innatos de la Inmunidad	A criterio clínico (administración de inmunoglobulinas, recuento de linfocitos, ...)
VIH	Mejor respuesta tras ≥ 3 meses de tratamiento antirretroviral, $CD4 \geq 15\%$, carga viral < 1000 copias/ml (valoración por parte del especialista del riesgo/ beneficio de posponer la vacunación).

Adaptado de Guía de la IDSA de 2025 sobre el uso de vacunas para la prevención de infecciones estacionales por COVID-19, gripe y VRS en pacientes inmunodeprimidos¹²

-
- ¹ Centro Nacional de Epidemiología. Gripe, COVID-19 y otros virus respiratorios. Disponible en: <https://cne.isciii.es/es/servicios/enfermedades-transmisibles/enfermedades-a-z/gripe-covid-19-y-otros-virus-respiratorios>
- ² Centers for Disease Control and Prevention. Use of Additional Doses of 2024–2025 COVID-19 Vaccine for Adults Aged ≥65 Years and Persons Aged ≥6 Months with Moderate or Severe Immunocompromise: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices — United States, 2024. MMWR 2024; 73:49
- ³ KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease <https://kdigo.org/wp-content/uploads/2024/03/KDIGO-2024-CKD-Guideline.pdf>
- ⁴ Recommendations of Strategic Advisory Group of Experts (SAGE) on Immunization. https://www.nitag-resource.org/sites/default/files/2026-03/final-highlights_18-march-2026.pdf
- ⁵ Recomendación de la EMA para actualizar la composición antigénica de las vacunas contra la COVID-19 autorizadas para el periodo 2026-2027 [EMA recommendation to update the antigenic composition of authorised COVID-19 vaccines for 2026-2027](#)
- ⁶ Recomendaciones sobre vacunación frente a COVID-19 en personas inmunocomprometidas. Disponible en: [COVID-19 Vaccination Guidance for People Who Are Immunocompromised | Covid | CDC](#)
- ⁷ Guía canadiense de vacunación frente a COVID-19. Disponible en: [COVID-19 vaccines: Canadian Immunization Guide - Canada.ca](#)
- ⁸ Vacunación contra la COVID-19 recomendada por la ASH-ASTCT para receptores de trasplantes de células hematopoyéticas y de células CAR-T. Disponible en: [ASH-ASTCT COVID-19 Vaccination for HCT and CAR T cell recipients - Hematology.org](#)
- ⁹ Calendario común a lo largo de toda la vida. Ministerio de Sanidad. <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/calendario/home.htm>
- ¹⁰ Actualización al documento de Evaluación de la vacunación frente a VRS en población adulta. Diciembre 2025. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/VRS/poblacionAdulta/docs/VRS_adulto_Actualizacion.pdf
- ¹¹ Ministerio de Sanidad. Objetivos de vacunación 2030; abril 2026. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/coberturas/docs/Objetivos_vacunacion_2030.pdf
- ¹² Guías de la IDSA de 2025 sobre el uso de vacunas para la prevención de infecciones estacionales por COVID-19, gripe y VRS en pacientes inmunodeprimidos. Disponible en: <https://www.idsociety.org/Seasonal-RTI-Vaccinations-in-Immunocompromised-Patients/>