



Hacia la equidad vacunal en Europa

Detener la propagación de enfermedades prevenibles mediante vacunación en Europa entre las personas en situación de pobreza y exclusión social

ÍNDICE

01. Prólogo	6
02. Introducción	8
03. ¿Por qué las personas en situación de pobreza o exclusión social tienen tasas de vacunación más bajas?	14
<i>Enfoque especial: el papel de la mujer</i>	16
Prioridad clave n.º 1: datos	18
Prioridad clave n.º 2: acceso	21
Prioridad clave n.º 3: confianza	24
<i>Enfoque especial: diseñar respuestas comunitarias</i>	27
04. Recomendaciones de acción	28
05. Anexo	
1) Recursos principales	30
2) Ejemplos de proyectos financiados por la UE	32



A pesar de ser una región de «altos ingresos» a nivel mundial, Europa presenta importantes disparidades e inequidades en salud, especialmente en poblaciones urbanas en situación de pobreza.

Este informe busca explorar la compleja relación entre la pobreza, la exclusión social y la baja tasa de vacunación, y proporcionar recomendaciones prácticas para promover la equidad en la vacunación.



MSD contribuyó a la financiación de este informe y proporcionó información como parte de un proceso general de recopilación de información por parte de los autores de Business Fights Poverty. Las declaraciones, opiniones y conclusiones son las del autor o autores y no representan necesariamente las declaraciones, opiniones o conclusiones de MSD.

Definiciones clave

Igualdad: significa que cada individuo o grupo de personas recibe los mismos recursos u oportunidades.

Equidad: reconoce que cada persona tiene circunstancias diferentes y asigna los recursos y oportunidades exactos necesarios para alcanzar un resultado igual¹.

Equidad vacunal: se define como «un mundo en el que todas las personas, en todas partes y a todas las edades, se benefician plenamente de las vacunas para gozar de buena salud y bienestar» (Agenda de Inmunización 2030 de la OMS). Se diferencia de «equidad en las vacunas», que suele referirse solo a la distribución equitativa de vacunas.

Medidas de pobreza utilizadas en la UE (Eurostat):

Privación material: porcentaje de la población que experimenta una carencia forzada de 5 de los 13 elementos considerados deseables o necesarios para llevar una vida adecuada.

Privación material severa: porcentaje de la población que experimenta una carencia forzada de al menos 7 de los 13 elementos considerados deseables o necesarios.

En riesgo de pobreza: el umbral de riesgo de pobreza se sitúa en el 60 % de la renta media nacional disponible equivalente (después de transferencias sociales).

Exclusión social: en el contexto de la UE, situación por la que se impide (o excluye) a una persona contribuir al progreso económico y social y beneficiarse de él².

Enfoque a lo largo de la vida: el enfoque de la inmunización a lo largo de la vida reconoce el papel de la inmunización como estrategia para prevenir enfermedades y maximizar la salud a lo largo de toda la vida, independientemente de la edad del individuo.

Un enfoque basado en el curso de la vida requiere que los horarios de inmunización y el acceso a la vacunación respondan a la etapa de vida del individuo, su estilo de vida y las vulnerabilidades/riesgos específicos a enfermedades infecciosas que pueda enfrentar³.

Vacunas disponibles: cada país de la UE/EEE es responsable de su propia política nacional de salud pública, incluidos su programa nacional de inmunización y el programa de vacunación. La información sobre los programas nacionales de vacunación en los países de la UE/EEE se puede encontrar en el **Programador de vacunas del ECDC**. Hay entre 16 y 18 vacunas disponibles para los ciudadanos europeos, incluidas COVID-19, sarampión, paperas, rubéola, difteria, tétanos, tos ferina, poliomielitis, *Haemophilus influenzae* tipo B, virus del papiloma humano (adolescentes y preadolescentes), hepatitis A, gripe, enfermedad invasiva causada por *Neisseria meningitidis*, enfermedad invasiva causada por *Streptococcus pneumoniae*, rotavirus, tuberculosis y varicela.

Nota sobre el lenguaje. El uso de términos colectivos para describir a personas diversas es intrínsecamente complejo y puede afectar la dinámica de poder entre pacientes y profesionales de la salud. Por ejemplo, la expresión «negros, asiáticos y grupos étnicos minoritarios» (BAME, por sus siglas en inglés) puede ayudar a mantener un enfoque explícito en las desigualdades experimentadas por esas personas; sin embargo, la misma expresión puede hacer que otros se sientan estigmatizados o juzgados⁴. En este informe, hemos intentado mantener un enfoque en las desigualdades subyacentes que sufren los distintos grupos, por ejemplo, las minorías racializadas (por «racializadas» se refiere a un grupo de personas que se les ha asignado —o impuesto— una identidad racial basada en características físicas o culturales). De manera similar, las personas en situación de pobreza no son intrínsecamente «vulnerables», sino que experimentan múltiples vulnerabilidades.



01. Prólogo

La pandemia de la COVID-19 puso en evidencia, como nunca antes, la realidad de nuestra interdependencia humana y nos recordó a todos el poder de las vacunas para prevenir enfermedades potencialmente mortales.

No obstante, también nos recordó lo mucho que nos queda por hacer. El coronavirus puso al descubierto y exacerbó las inequidades en salud en toda Europa. Murieron más personas pertenecientes a grupos étnicos negros y minoritarios, la pobreza aumentó y más mujeres que hombres quedaron sin empleo. Incluso antes de la COVID-19, las tasas de cobertura para la vacunación sistemática en Europa habían estado disminuyendo, poniendo en peligro vidas y medios de subsistencia en todo el continente. Entre las razones que se aducen a menudo para este descenso general se encuentran la complacencia (las enfermedades antiguas no necesitan una vacuna), la confianza (la creciente desinformación y desconfianza en la política e instituciones) y la conveniencia (la comodidad y facilidad de acceso a la vacunación).

Quizás menos citado es el hecho de que los grandes grupos que no han recibido una cantidad suficiente de vacunas en Europa suelen ser aquellos que viven en situación de vulnerabilidad, ya sea debido a la pobreza, a la situación migratoria o a la pertenencia a un grupo racializado

o religioso en particular. La proporción más alta de personas actualmente en riesgo de pobreza en la Unión Europea son mujeres —y, en particular, las más jóvenes son más reticentes a las vacunas—. Las mujeres también representan la mayoría del personal sanitario, muchas de las cuales están abandonando el sector debido a los bajos salarios y a las condiciones de trabajo demasiado intensas durante la pandemia. En algunos países de la UE, las enfermeras se han visto obligadas a usar bancos de alimentos⁵. Todas estas tendencias plantean serias dudas dado el papel fundamental que desempeñan las mujeres en el apoyo a la vacunación de niños y ancianos.

En Business Fights Poverty describimos esta era de gran incertidumbre mundial como el «[tsunami de la pobreza](#)», en la que una confluencia de coronavirus, conflictos y cambio climático están impactando en las vidas de las personas y comunidades vulnerables

en todo el mundo. Actualmente, el 20 % de los europeos está en riesgo de pobreza, y la guerra de Rusia en Ucrania está haciendo que los precios de los alimentos y la energía se disparen. La consecuencia: una crisis del coste de vida.

Los conflictos y la inestabilidad económica siguen alentando la migración, en particular desde Siria y Afganistán⁶. La desigualdad de ingresos también está aumentando dentro de los países, lo que crea divisiones tanto sanitarias como de riqueza.

Instamos a las empresas y gobiernos a centrarse en la equidad y la resiliencia como dos de las cosas más concretas que pueden hacer para apoyar a las personas que están sintiendo los impactos del tsunami de la pobreza. No podemos permitir que las personas en situación de pobreza, migración o exclusión social sigan sufriendo los efectos desproporcionados de las enfermedades prevenibles mediante



Cada vez somos más conscientes de que la salud de cada persona está interconectada y de que, para proteger la salud de todos, nadie puede quedar atrás.

— Mariano Votta, director de la Red de Ciudadanía Activa, Europa

vacunación y, al mismo tiempo, ver cómo la inmunidad colectiva sigue disminuyendo. Se trata del derecho de todos a la salud y a la seguridad.

Necesitamos urgentemente más inversión en intervenciones hiperlocalizadas y dirigidas para lograr una mayor equidad vacunal en Europa; asimismo, necesitamos sistemas de salud y sociales más sólidos —y fiables— para respaldarlo.

Iniciativas como la Alianza para las Vacunas (GAVI) existen por una buena razón: llegar a los millones de personas en países de ingresos bajos y medios con una tasa de vacunación baja. Pero en Europa no existe ningún esfuerzo tan importante centrado en superar la inequidad vacunal. Esperamos que este informe sirva como catalizador para reunir a más organizaciones y personas con el fin de crear un movimiento más fuerte para el cambio.

De ello depende el futuro de todos.



Zahid Torres Rahman, director general de Business Fights Poverty



Profesor Jeffery Lazarus, catedrático de Salud Global, CUNY SPH y profesor asociado de Investigación en ISGlobal, Barcelona, España



02. Introducción

La vacunación a lo largo de la vida sigue siendo una de las intervenciones de salud pública más relevantes de la historia.



Las estimaciones sugieren que cada año se previenen 4 millones de muertes en todo el mundo gracias a la vacunación infantil⁷. Las vacunas aportan importantes beneficios sociales y económicos: un estudio revela que cada euro invertido en vacunas para adultos podría generar 4 euros en futuros ingresos económicos⁸. Las vacunas también siguen siendo esenciales para hacer frente a las amenazas sanitarias actuales y futuras, incluyendo la resistencia a los antibióticos⁹ y las enfermedades aún desconocidas que amenazan la seguridad sanitaria mundial, como la COVID-19.

Sin embargo, incluso antes de que la COVID-19 interrumpiera los programas de vacunación en todo el mundo, las tasas de vacunación en Europa ya se habían estancado. Los graves brotes de sarampión en 2017 y 2019 pusieron aún más de relieve los riesgos de que las tasas de vacunación fueran inferiores a las deseables en muchos países; por lo general, no se alcanzaron las tasas de cobertura del 95 % recomendadas por la OMS para la inmunidad colectiva¹⁰. De hecho, en 2021, la cobertura del 95 % para el sarampión no se logró en Francia, Alemania, Italia, España y el Reino Unido¹¹. Las vacunas existentes infrautilizadas, como la del VPH, cuyas tasas de cobertura siguen siendo más bajas que otras inmunizaciones rutinarias, obstaculizan los objetivos

de salud pública, incluida la prevención del cáncer en toda la región.

Algunos han sugerido que en los últimos años se ha tendido a atribuir el descenso de la aceptación de las vacunas a la preocupación de los padres sobre las vacunas o a una creciente indecisión, pero esto es solo una parte del problema. Según otros, «la evidencia demuestra que las razones para una cobertura insuficiente son multifactoriales y que los determinantes sociales y las barreras relacionadas con los sistemas pueden desempeñar un papel igual o más importante, dependiendo del contexto»¹².

Este informe busca explorar la compleja relación entre la pobreza, la exclusión social y la falta de vacunación. A pesar de ser una región de «de altos ingresos» a nivel mundial, en Europa existe mucha pobreza y desigualdad, particularmente en zonas urbanas (véase la pág. 12). Estas ciudades a menudo se correlacionan con tasas de vacunación más bajas. Por ejemplo, las tasas globales de vacunación infantil en el Reino Unido oscilan entre el 86 % y el 92 %, pero Londres es una excepción notable, ya que solo el 77 % de los niños están vacunados antes de cumplir los cinco años¹³.

Los estudios también revelan que ciertos grupos experimentan más brotes que otros. Por ejemplo, en los últimos 20 años, ha habido 47

brotes distintos de enfermedades prevenibles mediante vacunación en 13 países europeos en los que se han visto implicados migrantes¹⁴. Esto no significa que los inmigrantes importen enfermedades infecciosas, a veces las enfermedades se propagan entre ellos debido a las condiciones en las que viven o incluso las transmite el personal de apoyo a refugiados que no cuenta con vacunación suficiente. De hecho, la OMS argumenta que casi todos los casos de enfermedades prevenibles mediante vacunación en Europa, como el sarampión, continúan siendo el resultado de la adquisición doméstica tras la importación del virus o bacteria por residentes del país anfitrión que regresan de zonas endémicas o con brotes; por lo que el problema no es solo sobre migrantes¹⁵. Otro estudio sistemático que evaluaba los grupos con baja tasa de vacunación en Europa reveló que cinco grupos que no contaban con una cantidad adecuada de vacunas estaban implicados repetidamente en brotes de enfermedades prevenibles mediante vacunación, estos incluían: comunidades protestantes ortodoxas, antropósofos, romaníes, nómadas irlandeses y comunidades judías ortodoxas¹⁶.

El Plan de Acción sobre Vacunas de la UE (2015-2020) obtuvo el compromiso de los estados miembros para intentar mejorar las tasas de cobertura de vacunación en la región. Sin embargo, el progreso hacia la consecución de la equidad en la inmunización siguió siendo difícil de alcanzar¹⁷. La Agenda de Inmunización 2030 de la UE revisada ha puesto acertadamente el aumento del acceso equitativo a las vacunas nuevas y existentes para todos, independientemente de la edad, identidad y ubicación geográfica como uno de sus tres principales objetivos para la próxima década.

Del mismo modo, el Plan de Lucha Contra el Cáncer de la UE ha destacado acertadamente la urgente necesidad de abordar las disparidades¹⁸. Sin embargo, el gasto existente en equidad de vacunación por parte de la UE parece ser escaso. Bajo el último presupuesto de salud de la UE (2014-2020), hemos estimado **que un total de 12 millones de euros de un total de 449 millones de euros se gastaron en proyectos destinados específicamente a llegar a grupos excluidos y con tasas de vacunación bajas, es decir, solo alrededor del 2 %**¹⁹.

Este informe tiene como objetivo ayudar a promover los objetivos de equidad de la Agenda de Inmunización 2030 de la UE y ofrece recomendaciones prácticas para promover la equidad vacunal. Se ha redactado basándose en una amplia investigación documental, entrevistas a expertos, un debate escrito en línea con profesionales de **Francia, Italia, Alemania, España y el Reino Unido**, y un grupo de discusión con embajadores de salud comunitaria en Londres.

Centra su atención en tres áreas clave:

- La necesidad de mejorar los **datos desglosados por determinantes clave de las desigualdades**.
- Mejor **acceso** a los servicios a nivel hiperlocal, o más bien «llevar los servicios a las personas en lugar de esperar a que vengan».
- Superar el **déficit de confianza** que los grupos en situación de pobreza y socialmente excluidos sienten hacia las instituciones de salud y sociales, que, para algunos, han sido o son estructuralmente racistas.

El informe argumenta que los determinantes sociales de la salud siguen siendo un pilar fundamental del cual dependen estas tres áreas y formula recomendaciones para hacer frente al desafío de la inequidad.

Pobres, socialmente excluidos y con tasas bajas de vacunación

21,7 % de los europeos vive en la pobreza
o 95,4 millones



Las mujeres jóvenes tienen un mayor riesgo de caer en la pobreza en comparación con los hombres. La pobreza infantil es alta y el riesgo de pobreza es también mayor para las personas con bajo nivel educativo y desempleadas. (Eurostat 2021)

Factores

Los factores sociales determinan los resultados de salud:

Ingresos y empleo

Ubicación geográfica

Vivienda

Nivel educativo de los padres

Etnicidad y estado migratorio

Grupos en riesgo

Personas en riesgo de quedar fuera del sistema de salud formal:

Transitorios

Migrantes recién llegados

Refugiados y solicitantes de asilo

Desplazados, migrantes sin documentos, niños no acompañados, personas con alojamiento temporal

Romaníes/ Nómadas

Establecidos

Minorías racializadas

Minorías religiosas

Pobreza urbana

Familias monoparentales

Discapacitados

Personas sin hogar

Presos

Personas con problemas de salud mental

Cuando la pobreza se cruza con otras dimensiones, como la edad, el sexo, la etnicidad, la religión o la geografía, puede afectar desproporcionadamente a determinados grupos y repercutir en la aceptación de la vacunación.

ESTADÍSTICAS ILUSTRATIVAS

Los siguientes ejemplos han sido seleccionados para ilustrar hasta qué punto la pobreza afecta la aceptación de vacunas y cómo diferentes grupos socioeconómicos experimentan inequidad vacunal a través de una serie de enfermedades prevenibles mediante la vacunación.

Pobreza y tasas bajas de vacunación en Europa

Impacto desproporcionado de la pobreza en aquellos con características intersectadas.



Migrantes

- El riesgo de pobreza o exclusión social en 2021 era casi el doble para las personas nacidas en el extranjero (36,1 %) que para las personas nacidas en el país (19 %) y se concentraba particularmente entre aquellos nacidos fuera de la UE (41 %)²⁰.

Minorías raciales y religiosas



- Se estima que hay entre 10 y 12 millones de romaníes viviendo en los estados miembros de la UE, de los cuales el 80 % vive por debajo del umbral de la pobreza²¹.
- En el Reino Unido, más de 8 de cada 10 hogares afrodescendientes y hogares de etnia mixta, así como hogares de origen bangladesí y pakistaní, informaron que en 2022 tuvieron que prescindir de artículos esenciales o experimentaron inseguridad alimentaria a final de mes, en comparación con el 69 % de los hogares de familias blancas (Fundación Joseph Rowntree)²².



Mujeres y niños

- El riesgo de pobreza o exclusión social en la UE fue, en 2021, mayor para las mujeres que para los hombres (22,7 % en comparación con 20,7 %). Más de una quinta parte (22,5 %) de la población de la UE que vive en hogares con niños dependientes estuvo en riesgo de pobreza o exclusión social en 2021²³.



Poblaciones urbanas

- En 2014, 34 millones de personas vivían en ciudades de la UE en riesgo de pobreza o exclusión social. Había siete estados miembros de la UE en los que el porcentaje de la población en riesgo de pobreza o exclusión social era mayor entre los que vivían en ciudades: Países Bajos, Francia, Alemania, Reino Unido, Bélgica, Dinamarca y Austria. Aunque las ciudades de Europa Occidental eran generalmente más prósperas, también se caracterizaban por un mayor riesgo de pobreza o exclusión social y una considerable desigualdad de ingresos²⁴.



Los problemas de salud y la pobreza van de la mano. Pero los estudios revelan que los altos niveles de desigualdad afectan negativamente a la salud incluso de las personas con buena posición económica, principalmente porque la desigualdad reduce la cohesión social, una dinámica que conduce a más estrés, miedo e inseguridad para todos.

— Inequality.Org

Los vínculos entre la aceptación de la vacunación y las estadísticas de pobreza y exclusión

En los últimos 20 años, ha habido 47 brotes distintos de enfermedades prevenibles mediante vacunación en 13 países de Europa en los que se han visto implicados migrantes. La mayoría de los brotes notificados que afectaron a inmigrantes fueron de sarampión, seguido de varicela, hepatitis A, rubéola y paperas. El 40 % de los brotes, predominantemente de varicela y sarampión, se reportaron en campos de refugiados temporales o en centros de acogida²⁵.

Un estudio que examinó los vínculos entre la privación social como factor de riesgo para la enfermedad meningocócica invasiva encontró que los hogares más pobres tienen el mayor riesgo de contraer la enfermedad y las tasas de vacunación más bajas, incluso en países con programas de vacunación exitosos²⁶.

Una revisión sistemática de 28 estudios reveló que el bajo estatus socioeconómico es un obstáculo clave para la aceptación de la vacuna contra el virus del papiloma humano en Europa²⁷.

Un estudio realizado en **Francia** sobre la influencia del entorno socioeconómico en la incidencia del cáncer muestra que el 20 % de las mujeres menos favorecidas socialmente tienen un riesgo 1,6 veces mayor de desarrollar cáncer de cuello uterino que el 20 % de las mujeres más favorecidas socialmente²⁸.

En un estudio **italiano** se observó que alrededor del 20 % de la población de Cagliari vivía en condiciones desfavorecidas. Los índices de vacunación contra la gripe eran bajos: 27 %. La cobertura resultó ser menor

en las dos categorías extremas y mayor en las de privación media²⁹.

En Italia, **la vacunación contra la rubéola entre las mujeres inmigrantes** fue casi la mitad que entre las mujeres italianas (25,2 % frente a 40,4 %)³⁰.

Un estudio realizado entre inmigrantes en situación irregular (en términos de residencia) en Madrid reveló que casi el 12 % de las mujeres corrían el riesgo de contraer rubéola, con las consiguientes implicaciones de riesgo de infección congénita para mujeres en edad fértil³¹.

Los vínculos entre la aceptación de la vacunación y otras características:

- Todos los grupos étnicos del Reino Unido presentaban tasas de vacunación contra la COVID-19 estandarizadas por edad inferiores a las de los británicos blancos³².
- Un estudio sistemático que evaluaba los grupos que no reciben las vacunas suficientes en Europa halló que cinco grupos desatendidos se veían implicados repetidamente en brotes de enfermedades prevenibles mediante vacunación, estos incluían: comunidades protestantes ortodoxas, antroposofistas, romaníes, nómadas irlandeses y comunidades judías ortodoxas³³.
- Los niveles de vacunación dentro de las comunidades romaníes en Europa son muy bajos en comparación con la cobertura de la población general, y en los últimos diez años se han producido varios brotes de sarampión y hepatitis en comunidades romaníes³⁴.
- Los niños en Alemania en situación irregular (en términos de residencia) tienen el doble de probabilidades de presentar una historia de vacunación incompleta³⁵.

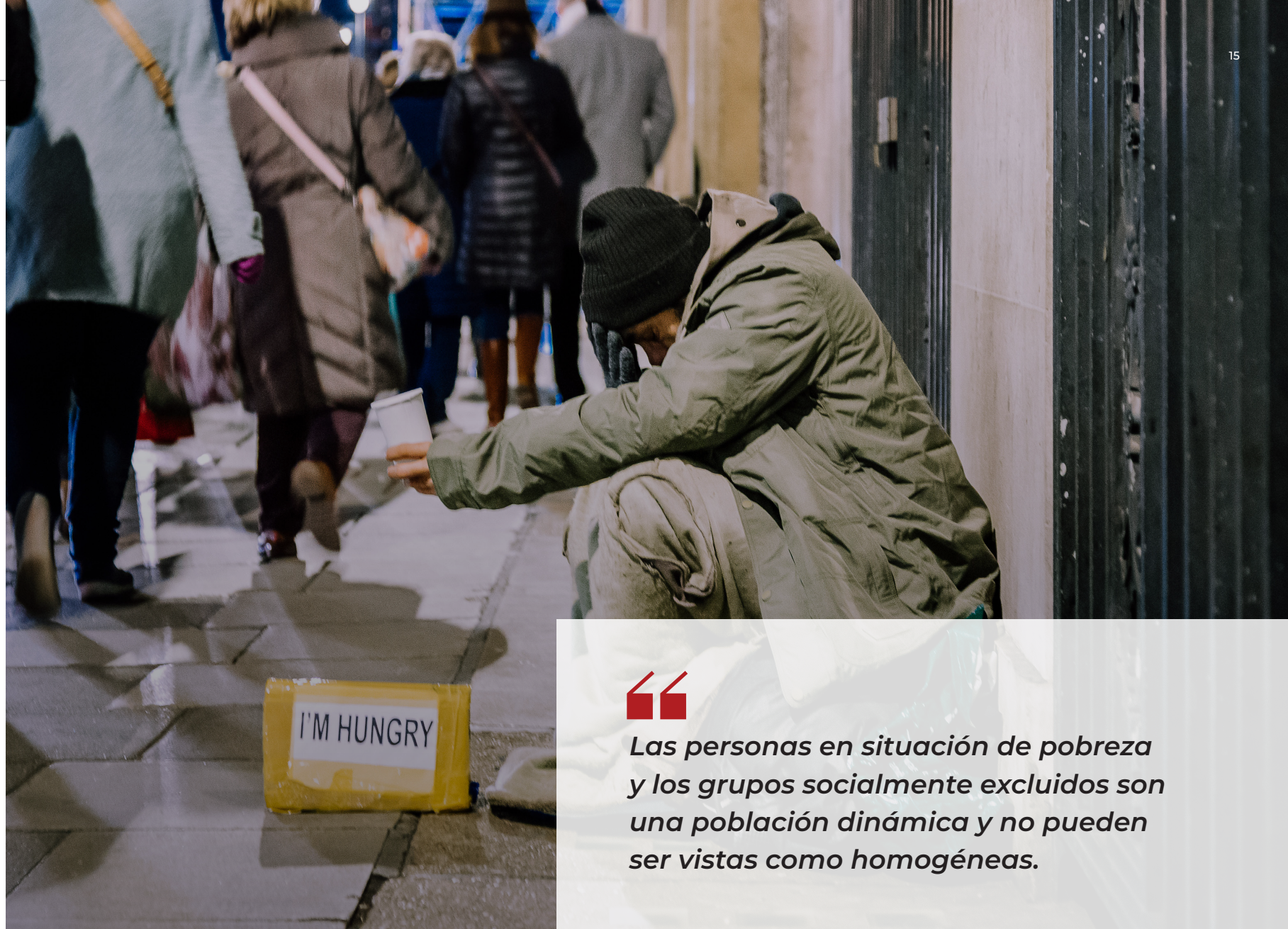
03. ¿Por qué las personas en situación de pobreza o exclusión social tienen tasas de vacunación más bajas?

La pobreza y la salud están inextricablemente vinculadas y los resultados de salud varían enormemente según la experiencia de las personas con respecto a los determinantes sociales de la salud, como ingresos, condiciones laborales, vivienda, empleo, educación, inclusión social, discriminación a la asistencia sanitaria y social. Varios estudios han demostrado que cuanto menor es la posición socioeconómica de alguien, peores son sus posibilidades de mantenerse saludable³⁶. La inmunización a lo largo de la vida se reconoce como una intervención clave que puede ayudar a reducir las inequidades en salud, en el sentido de que puede permitir que todos tengan las mismas oportunidades de evitar enfermedades prevenibles mediante vacunación, en todos los grupos de edad.

Diferentes marcos se han desarrollado con el tiempo para explicar la compleja red de factores individuales (actitudes y creencias, comunidad y cultura) y factores externos (legislación, instituciones y estructuras) que pueden contribuir a la falta de vacunación³⁷. Las tres «C», por ejemplo, enfatizan que entre aquellos afectados por la pobreza y la exclusión social en grandes países europeos, es menos probable que soliciten la vacunación para su familia debido a:

Confianza: la confianza de una persona en la eficacia y seguridad de las vacunas, los sistemas que las administran y la decisión sobre quién debe recibir las vacunas y cuándo. Factores comunitarios como las normas religiosas y culturales también pueden afectar la confianza, al igual que los agentes interpersonales como las opiniones y los recursos de los compañeros o padres.

Conveniencia: acceso limitado a los servicios sanitarios y a la información sobre vacunación, a menudo debido a desigualdades en la alfabetización y en el acceso y uso de las TIC (Tecnologías de la Información y la Comunicación). Costes de oportunidad y tiempo para desplazarse a los centros de vacunación y falta de servicios o acceso culturalmente específicos.



Las personas en situación de pobreza y los grupos socialmente excluidos son una población dinámica y no pueden ser vistas como homogéneas.

Complacencia: otras prioridades que compiten con la vacunación y que suelen ser mayores, como el trabajo, la vivienda o la inseguridad nutricional y alimentaria. La complacencia también se refiere a la idea de que algunas personas consideran que las enfermedades prevenibles son «enfermedades antiguas» que ya no requieren vacunación o que las enfermedades prevenibles mediante vacunación representan poco riesgo para la salud.

Para los grupos de inmigrantes, los desafíos adicionales incluyen: barreras lingüísticas, de alfabetización y de comunicación, así como barreras legales para acceder y proporcionar servicios de vacunación.

Sin embargo, en general, las personas afectadas por la pobreza y los grupos socialmente excluidos son una población dinámica y no pueden considerarse homogéneos. Tienen experiencias únicas basadas en el género, la edad, la discapacidad, si esa persona es también cuidadora de un niño o anciano, su etnia o religión. Por lo tanto, las barreras que cada individuo enfrenta son polifacéticas y cambiantes, y las respuestas deben ser específicas y adaptarse a cada contexto.

ENFOQUE ESPECIAL: el papel de la mujer y la equidad vacunal entre quienes viven en la pobreza y la exclusión social

Las mujeres desempeñan un papel fundamental en garantizar el bienestar humano: siguen asumiendo la mayor parte de los cuidados en todo el mundo, y eso puede incluir llevar a los niños y a los familiares mayores a vacunarse. Una mayor cobertura de vacunación para las niñas y las mujeres en la vacunación también puede contribuir a una mayor igualdad a lo largo de la vida, a la vez que mejoraría sus posibilidades de mantenerse sanas y participar en el mercado laboral. Además, durante la pandemia, el papel de las personas influyentes informales de la comunidad, como líderes religiosos y comunitarios, incluidas las mujeres que trabajan dentro de la comunidad, ha sido fundamental para aumentar la aceptación de las vacunas en comunidades que históricamente han desconfiado de las instituciones y el gobierno. El papel de las mujeres como agentes de cambio es esencial para promover comportamientos positivos en términos de salud, incluida la vacunación a lo largo de la vida, no solo la vacunación pediátrica y contra la COVID-19.

En Europa, actualmente hay más mujeres que hombres en [riesgo de pobreza](#) y, según un [estudio](#) europeo reciente, también son ligeramente más reticentes a vacunarse (especialmente las jóvenes de 18 a 34 años). Las mujeres también representan la mayoría del personal sanitario y de enfermería en Europa. Suelen estar mal pagadas e infravaloradas, lo que está resultando en «la gran dimisión», en la que más mujeres que nunca están abandonando el sector de la salud³⁸. Estas tendencias plantean serias dudas sobre la futura aceptación de la vacunación en la región.

Gran parte de la investigación y los recursos disponibles sobre género e inmu-

nización provienen de lecciones aprendidas en países de bajos y medianos ingresos. Es necesario estudiar más a fondo su relación con los países de ingresos altos. Según el [Grupo de Referencia sobre Equidad en la Inmunización](#), se han identificado cuatro grandes áreas como desafíos principales para garantizar la equidad de género en la vacunación:

- Las madres suelen ser las principales cuidadoras de sus hijos, pero su estatus inferior en el hogar y en la comunidad limita su capacidad para actuar en su propio nombre y en el de sus hijos.
- Las mujeres se ven gravemente afectadas por las barreras físicas y temporales para acceder a los servicios de inmunización.
- La falta de conocimientos en términos de salud (que a menudo está determinada por el género) puede llevar a una comprensión limitada de la inmunización, una baja motivación para vacunarse y una capacidad limitada para negociar el sistema sanitario.
- La experiencia de las mujeres en cuanto a la calidad del servicio (que incluye la capacidad de respuesta de los servicios; la gama de servicios disponibles; las actitudes, habilidades y comportamiento del personal; y la disponibilidad de personal femenino) puede disuadirlas de asistir a los servicios de salud.

Se necesita urgentemente más investigación para evaluar si estos son los mismos desafíos que enfrentan las mujeres de grupos pobres y socialmente excluidos en Europa o si son diferentes.



Las inequidades no se resuelven proporcionando los mismos servicios de inmunización a todos, se resuelven proporcionando diferentes servicios de inmunización que satisfagan las necesidades de todos.

—Tammy Boyce, et al., *Towards Equity in Immunisation*, Eurosurveillance, 2019

Prioridad clave n.º 1: datos

A nivel macroeconómico, no parece haber una relación directa entre las tasas de cobertura de vacunación y los niveles generales de riqueza de un país. Aunque no es exhaustiva, una comparación instantánea de las tasas generales de pobreza y la cobertura de vacunación para dos enfermedades prevenibles mediante vacunación en cinco países europeos, de hecho, muestra que mientras Alemania tiene las tasas de pobreza más bajas, también tiene las tasas de cobertura de vacunación más bajas. Y mientras que España tiene unos índices de pobreza más altos, también tiene buenos resultados en los índices de vacunación (véase la pág. 19).

En muchos aspectos, esto destaca exactamente por qué la recopilación actual de datos sobre las tasas de cobertura de vacunación no proporciona el nivel de detalle requerido para identificar los grupos con tasa de vacunación baja que existen en todos los países europeos. Estos grupos están bien documentados en estudios individuales sobre enfermedades particulares o subgrupos de población, pero existen muy pocos que examinen las razones detrás de las disparidades entre grupos y vacunas en conjunto. Uno que sí existe afirma que «el factor externo más común, especialmente para la aceptación de la vacuna contra la COVID-19, fue el nivel de privación»³⁹.

La recopilación general de datos sobre la vacunación en Europa está fragmentada, ya que algunos países no disponen de sistemas de información sobre inmunización. En los países donde existen datos, los resultados a menudo ocultan exactamente qué

Tasas de pobreza en cinco países europeos principales

Pobreza

(Privación material, privación material severa y riesgo de pobreza)

Según las estadísticas de 2021, España tiene niveles más altos de pobreza en las tres medidas, y Alemania los más bajos. El Reino Unido utiliza diferentes medidas que estiman (que el 5 % de la población experimenta una combinación de bajos ingresos y privación material) situándolo cerca de Francia y Alemania.

País	PM%	PMS%	RP%
España	15,4	8,3	21,7
Italia	11,3	5,9	20,1
Francia	11,4	5,9	14,4
Alemania	8,8	4,2	15,8

¿Existe alguna relación entre la pobreza y las tasas de cobertura de vacunación?

Alemania tiene las puntuaciones más bajas de pobreza y desigualdad, pero también las más bajas de vacunación contra la gripe para los ancianos. España tiene niveles más altos de pobreza y desigualdad, pero altas tasas de vacunación.

Tasa de cobertura de vacunación 2021 (base de datos de la OMS)

País	Gripe (ancianos)	VPH (dosis final)
Alemania	38 %	(F) 47 % (M) 5 %
Francia	56 %	(F) 37 %
Italia	65 %	(F) 32 %* (M) 26 %
España	67 %	(F) 77 %
Reino Unido	80 %	(F) 82 % (M) 77 %

* Datos más recientes que aún no están disponibles en la base de datos de la OMS indican que la vacunación contra el VPH ahora es del 70,55 %.

Desigualdad de ingresos

Según los datos de 2018, Alemania tiene una mayor igualdad de ingresos, mientras que el Reino Unido e Italia tienen la más baja. Alemania, 68,1; Francia, 67,6; España, 65,3; Reino Unido, 64,9; Italia, 64,1. El coeficiente de Gini mide cuán igual es la distribución de ingresos de un país. 0= niveles muy altos de desigualdad y 100 igualdad perfecta. <https://www.worldeconomics.com/inequality/Gini-Coefficient/France.aspx>

PROMOVER LA EQUIDAD VACUNAL: TEMAS CLAVE



grupos no cuentan con suficiente vacunación. A pesar del desarrollo de sistemas de seguimiento armonizados para la vacunación COVID-19 en toda la UE⁴⁰, los datos desglosados sobre la vacunación sistemática son escasos y no se recogen eficazmente. Por ejemplo, algunos países europeos informan datos desglosados por sexo y edad para VPH y la gripe, respectivamente, que pueden consultarse a través del rastreador de inmunización de la OMS, pero todavía se puede mejorar mucho más⁴¹. Un estudio ha señalado que «el objetivo debería ser que cada país analice los datos de inmunización para identificar la presencia o ausencia de inequidades». Para ello, los datos sobre vacunación deben desglosarse en función de los principales determinantes de la desigualdad.

- (i) estatus socioeconómico,
- (ii) ubicación geográfica,
- (iii) nivel educativo de los padres y
- (iv) etnicidad y estado migratorio⁴².

Los investigadores han señalado que actualmente enfrentan muchos desafíos para acceder a datos locales sobre subpoblaciones, debido tanto a la mala calidad de los datos (por ejemplo, no codificados por origen étnico) como a que no se recopilan los datos correctos, p.ej., el país de nacimiento. Otros citan la falta de datos sobre la duración de la residencia, lo que dificulta mucho medir las tasas de inmunización entre las poblaciones migrantes. También se han destacado los problemas que plantea la recopilación de datos entre los pobres de las zonas urbanas, como la identificación de cuidadores y niños no inmunizados en áreas superpobladas y de gran movilidad; así como el hecho de que los grupos transitorios utilicen menos servicios sanitarios complica aún más la identificación.

El programa de seguridad de las vacunas, con sede en Alemania, está desarrollando una serie de herramientas digitales que ayudan a superar algunos de los desafíos que plantea



A menudo, las encuestas representativas a nivel nacional pasan por alto a los grupos marginados. Las encuestas realizadas en línea o por teléfono no siempre llegan a las personas de las que más necesitamos saber.

— Rachel Eagan, *The Vaccine Confidence Project*, debate en línea, 2023

la recopilación de datos, poniendo más poder en manos de los pacientes. Entre ellas se incluyen la aplicación VaccApp, que los pacientes utilizan para registrar y comprender su situación de vacunación, y la aplicación Health Survey, que se utilizó en 2015 y 2016, durante el pico de llegadas de refugiados a Europa, para permitir a los jóvenes refugiados informar de sus necesidades de salud de forma segura, anónima y en tiempo real⁴³.

Cada vez son más las investigaciones, incluidas las revisiones sistemáticas, que demuestran que las intervenciones diseñadas localmente y con múltiples componentes son las más efectivas para reducir las inequidades en la aceptación de la inmunización. Sin embargo, diseñar estas intervenciones de manera efectiva depende de contar con mejores datos.

Medidas prometedoras a las que dar prioridad:

- Establecer o mejorar los sistemas de información sobre inmunización para identificar los determinantes sociales de las desigualdades en la vacunación, incluyendo género, ingresos/empleo, educación de los padres, geografía, etnia y situación migratoria, y armonizarlos entre países y regiones.

- Las autoridades o organismos locales sanitarios deberían llevar a cabo la recopilación de datos cualitativos orientados a la acción con grupos marginados, utilizando el enfoque de los programas de inmunización a medida (TIP, por sus siglas en inglés) de la OMS, como se ha hecho para entender las razones sociales y conductuales de la baja vacunación con la comunidad judía jaredí del norte de Londres⁴⁴ y otras comunidades en Suecia, Lituania y Bulgaria⁴⁵.
- La UE debería apoyar el desarrollo adicional de innovaciones digitales como la aplicación [VaccApp](#) del programa de seguridad de las vacunas, para que los pacientes puedan registrar mejor sus datos. Eventualmente, estas innovaciones podrían servir como base para los pasaportes de vacunación digitales en toda la UE.

Prioridad clave n.º 2: **acceso**

A pesar de que la atención sanitaria universal está ampliamente disponible para aquellos afectados por la pobreza y la exclusión social en Francia, Reino Unido, Alemania, España e Italia, las limitaciones de tiempo y coste siguen siendo un desafío. Para muchos, el coste de ausentarse del trabajo para llevar a su hijo al médico de cabecera para vacunarse será prohibitivo y no estarán dispuestos a sacrificar ingresos vitales para vacunarse. Los centros de vacunación y los servicios sanitarios pueden no estar cerca de las personas que viven en la pobreza. El transporte puede ser inasequible o los servicios pueden estar en zonas poco acogedoras. Las personas afectadas por la pobreza también se enfrentan a prioridades contrapuestas que pueden limitar su capacidad para acceder a las

vacunas. Por ejemplo, en una reciente campaña de vacunación contra la polio, se descubrió que las citas para la vacunación a menudo se postergaban debido a las responsabilidades laborales y el cuidado de los niños⁴⁶.

Los migrantes y refugiados en situación irregular pueden enfrentarse a barreras específicas para acceder a las vacunación, especialmente si no tienen la oportunidad de evaluar su estado de vacunación y vacunarse a su llegada y cuando están en centros de acogida. Muchos sufren exclusión digital y barreras lingüísticas y falta de conocimientos sanitarios. La escasez de servicios de interpretación dificulta las interacciones, ya que la información sobre salud y vacunación a menudo se facilita por escrito y en línea, solo en el idioma local.

ESTUDIO DE CASO: ALEMANIA

Uso de mediadores interculturales para educar a los inmigrantes sobre cuestiones de salud y el sistema sanitario

Contexto: los inmigrantes que viven en Europa a menudo se enfrentan a barreras lingüísticas, sociales y culturales para acceder al sistema sanitario, lo que a su vez limita servicios como la inmunización. Por ejemplo, los niños de familias refugiadas y migrantes tienen tasas de vacunación más bajas que la población general. El Centro Etnomédico (EMZ, por sus siglas en alemán) en Alemania ha desarrollado un programa llamado MIMI para aumentar el acceso de los migrantes al sistema sanitario mediante la educación sanitaria y la capacitación.

Enfoque:

- Elaboración de folletos fáciles de leer y multilingües sobre más de veinte temas acerca de la salud, incluidas las vacunas.
- Contratación, formación y apoyo de mediadores interculturales de las comunidades migrantes. Estos mediadores reciben formación sobre temas sanitarios y sobre el sistema sanitario alemán; la formación es continua, por lo que los mediadores amplían sus conocimientos y profundizan en su experiencia.
- Apoyo a los mediadores para realizar sesiones informativas y de promoción de la salud en sus

comunidades de una manera culturalmente sensible y en su idioma local, incluida la provisión de materiales didácticos (diapositivas, herramientas, traducciones, entre otros).

- Trabajo en colaboración, incluida la formación en tándem con proveedores de atención médica y el apoyo general al programa por parte de socios de los sectores social, sanitario, educativo y de integración.

Impacto y resultados:

- MIMI ahora cuenta con unos 3000 mediadores formados en 16 estados alemanes, que han llevado a cabo unas 17 500 sesiones y talleres informativos. Con ello, se ha llegado directamente a unos 210 000 migrantes y, de forma indirecta, a más de 740 000 (a través de familiares, etc.).
- Los resultados incluyen una mejora de los conocimientos en términos de salud y de capacidad de acceder al sistema sanitario local, lo que resulta en una mejora en las tasas de vacunación entre los migrantes.

Los migrantes también se enfrentan a numerosas barreras prácticas y legales para acceder a la atención sanitaria: vivienda insegura, falta de domicilio fijo, incertidumbre sobre el derecho legal a los servicios; ejemplos de esto se citaron tanto en Italia como en España. De manera similar, mientras que en el Reino Unido las vacunas están disponibles para todos independientemente de su estatus migratorio, la mayoría de los inmigrantes lo desconocen y siguen temiendo las repercusiones de acceder a los sistemas sanitarios oficiales. Muchos médicos y otros profesionales (por ejemplo, personal de la consulta o recepcionistas) desconocen las directrices de vacunación para aquellos cuyo estado de inmunización es desconocido o incompleto, o para comprobar el historial de vacunación de los migrantes. Médicos Sin Fronteras ha desarrollado una campaña de [Cirugías Seguras](#) específicamente

para ayudar a resolver esta situación y educar a los médicos y profesionales de la salud sobre su obligación de ayudar a los inmigrantes y refugiados con la vacunación.

Los programas de inmunización flexibles y oportunistas parecen mejorar la cobertura de vacunación y reducir las inequidades⁴⁷. Durante la COVID-19, surgieron una serie de servicios móviles e improvisados emergentes para llegar a diferentes poblaciones, incluidos los grupos de personas sin hogar⁴⁸. Se reconocieron barreras de acceso y se hizo un esfuerzo adicional para llegar a personas que, de otro modo, no se habrían vacunado. Esta misma mentalidad, una que busca «llevar la vacuna a la comunidad» en lugar de esperar a que vengan, debe continuar para las vacunaciones rutinarias de los grupos pobres y socialmente excluidos. Muchos países de dentro y fuera de la UE están intentando

ESTUDIO DE CASO: ITALIA

Clínicas móviles para la población «invisible» en Roma durante la COVID-19

Contexto: la COVID-19 demostró que brindar apoyo a las comunidades en situación de vulnerabilidad es fundamental para la salud pública colectiva. En Roma, [INTERSOS](#), una organización humanitaria italiana, estableció dos clínicas móviles que visitaron lugares frecuentados o habitados por aquellos que podrían considerarse «invisibles». Entre ellos había centros de acogida para italianos y extranjeros en condiciones vulnerables, como personas sin hogar, solicitantes de asilo y menores extranjeros no acompañados.

- Servicios ofrecidos: dos médicos, una enfermera, dos trabajadores humanitarios con competencias en mediación lingüística y cultural y un trabajador social experto estuvieron presentes para ofrecer atención médica a 1583 personas. Cada paciente fue sometido a un examen médico y recibió un curso sobre educación sanitaria que incluía las mejores prácticas para la prevención del virus.

Impacto y resultados:

- 150 personas vulnerables recibieron atención y se les proporcionó aislamiento domiciliario seguro

en coordinación con la Empresa de Salud (ASL, por sus siglas en italiano) de la región. Otras 250 ingresaron al sistema sanitario formal, que hasta ese momento había sido inaccesible para ellos por diversas razones sociales y legales.

Lecciones clave:

- Este tipo de experiencia piloto muestra que hay potencial para programas de salud más integrados (organizaciones sociales públicas y privadas trabajando juntas), interculturales (que impliquen tanto a la población italiana como a la extranjera en condiciones de marginalidad) y multidisciplinarios y, también, basados en la participación comunitaria.
- La proximidad del médico al paciente puede ser un elemento redentor para la sanidad pública, tanto en tiempos de crisis (INTERSOS colabora ahora con UNICEF en Roma para proporcionar apoyo sanitario a ucranianos) como ofreciendo soluciones potenciales para los retos actuales de la sanidad pública.



“

Tenemos que partir de un conocimiento realmente profunda de cuáles son las prioridades de la comunidad, en lugar de hacer suposiciones sobre los grupos marginados y por qué rechazan la vacunación.

— Dr. Rochelle Burgess, profesor asociado en Salud Global, entrevista UCL, 2023

replicar los beneficios de la provisión móvil para otras enfermedades, como la hipertensión en los EE. UU.⁴⁹.

Los datos de los programas escolares del Reino Unido (vacunas contra la gripe, el VPH y MenACWY) han revelado que existe una correlación entre la edad a la que se ofrece la vacuna a los niños y jóvenes y la cobertura de la vacuna: cuanto antes se ofrece una vacuna, mayor es la finalización y la cobertura⁵⁰. Sin embargo, se requiere más investigación sobre cómo los programas escolares pueden ayudar a superar las desigualdades en la vacunación. También hay algunas evidencias que sugieren que los recordatorios telefónicos y postales ayudan a aumentar la aceptación y que los mensajes de texto pueden reducir las inequidades entre los adolescentes⁵¹.

Las farmacias también pueden desempeñar un papel activo y suelen ser más accesibles o estar más cerca de los hogares y lugares de trabajo que las consultas médicas. A menudo son el «primer y último punto de contacto entre el paciente y el sistema sanitario»⁵². Actualmente, las farmacias desempeñan un papel vital en la administración de la vacuna contra la

gripe en ocho países europeos⁵³. Estos servicios han demostrado su potencial para llegar con éxito a personas que nunca antes se habían vacunado contra la gripe y, asimismo, mostraron un alto índice de satisfacción entre los usuarios.

Medidas prometedoras a las que dar prioridad:

- Clínicas de vacunación móviles e hiperdirigidas, desarrolladas con organizaciones comunitarias y proveedores de atención médica.
- Incrementar el papel de las farmacias en la administración de vacunas en toda Europa.
- Equipar los centros de refugiados y de acogida con el personal de apoyo necesario (completamente vacunado) y recursos para evaluar y administrar las vacunas.
- Promover la cobertura sanitaria universal en toda la UE independientemente de la situación legal, social y de vivienda de las personas; por ejemplo, en Italia y España esto reduciría las barreras de acceso a la atención médica para quienes solicitan permisos de residencia.

ESTUDIO DE CASO: ESPAÑA

Proyecto VH-COMSAVAC de la UE: reducir el cáncer de hígado entre los inmigrantes de África Occidental en España

Contexto: la hepatitis viral crónica causada por los virus de la hepatitis B y C (VHB y VHC) es una gran carga para la salud pública. En 2016, la OMS publicó una estrategia global con el objetivo de eliminar la hepatitis viral mediante la mejora de la divulgación y la realización de pruebas. El plan europeo de lucha contra el cáncer, el *Europe's Beating Cancer Plan*, también busca prevenir los cánceres causados por las infecciones por VHB y VHC.

Enfoque: el proyecto VH-COMSAVAC (detección, vacunación y atención a la comunidad en relación a la hepatitis viral) es implementado por el equipo de Investigación en Sistemas de Salud de ISGlobal y dirigido por el profesor J. Lazarus. De acuerdo con el plan europeo de lucha contra el cáncer, el proyecto busca ampliar la vacunación contra el VHB. Para ello, ampliará los proyectos comunitarios existentes con conexiones hospitalarias establecidas para detectar el VHB y el VHC y fomentar la detección temprana de la hepatitis viral como prevención del cáncer entre poblaciones vulnerables. Esto incluye a inmigrantes y refugiados que viven en tres países europeos: Grecia, Italia y España. Los inmigrantes y refugiados a menudo tienen dificultades para acceder al sistema sanitario de su nuevo país y, por tanto, pueden ser diagnosticados de hepatitis viral crónica demasiado tarde. Es importante asegurarse de que las personas sean diagnosticadas temprano

para prevenir la progresión a una enfermedad hepática avanzada o a un cáncer de hígado.

Impacto y resultados:

- El proyecto comenzó en noviembre de 2022 y tendrá una duración de dos años. Llegó a más de 600 personas durante su fase piloto en 2020.

Lecciones clave:

- Las intervenciones basadas en la comunidad que trabaja a través de estructuras locales han demostrado ser esenciales para crear y generar confianza (por ejemplo, colaborar con imames locales en la sensibilización y el fomento de la confianza).

Desafíos:

- Solo un determinado porcentaje del proyecto es financiado por la UE, lo que supone una carga para la organización implementadora al tener que encontrar la cantidad restante de los fondos del proyecto. Este desafío se repitió en otros beneficiarios de subvenciones de la UE.

Socios: Salud Entre Culturas (España). El proyecto también cuenta con socios en Italia y Grecia, incluyendo: la Fondazione IRCCS Ca' Granada Ospedale Maggiore Policlinico, Milán; Università Cattolica del Sacro Cuore, Milán; Prometheus; Atenas.

Prioridad clave n.º 3: confianza (y desinformación) y necesidad de respuestas comunitarias

La confianza general en las instituciones y la información está en mínimos históricos. Una reciente encuesta del Edelman Trust Barometer (encuesta anual de confianza y credibilidad) mostró que 1 de cada 2 encuestados ve al gobierno y a los medios de comunicación como fuerzas divisorias en la sociedad. Casi 6 de cada 10 dicen que, por defecto, tienden a desconfiar hasta que ven evidencia de que es digno de confianza. Otro 64 % afirma

que se ha llegado a un punto en el que la gente es incapaz de mantener debates constructivos y civiles sobre temas en los que no están de acuerdo⁵⁴.

En cuanto a la confianza y las vacunas, el último informe de la UE sobre la confianza en las vacunas ilustró que la confianza general ha disminuido entre la población en comparación con los niveles de 2020. Los jóvenes, en particular, se muestran más reticentes. Un estudio sobre la respuesta de los jóvenes a la

vacuna contra la COVID-19 en Europa reveló que el doble de mujeres jóvenes que de hombres se mostraban reticentes por miedo en términos de seguridad⁵⁵.

Entre las razones de la desconfianza general se incluyen los altos niveles de desconfianza en las instituciones sanitarias en las que los grupos marginados han sufrido discriminación, así como los efectos del racismo estructural y la discriminación histórica. En el pasado se han cometido delitos graves contra las personas que viven en la pobreza y grupos minoritarios, incluyendo, por ejemplo, ensayos clínicos poco éticos en Nigeria y EE. UU. Las experiencias de redes familiares se comparten a través de historias

comunitarias, lo cual puede llegar a influir y fomentar la duda en las personas. Y lo cierto es que se confía mucho más en estos relatos que en las instituciones⁵⁶.

Las poblaciones migrantes tienen miedo y desconfían de los servicios sanitarios y de otro tipo debido a la amenaza de repercusiones legales, como el arresto, la detención o la deportación. Esto se evidenció durante la COVID-19, a pesar de que los gobiernos dejaron claro que las vacunas estarían disponibles independientemente de la situación migratoria.

La confianza es clave para entender la desinformación. Aunque algunos advierten que no hay que exagerar la amenaza de los grupos «antivacunas»,

ESTUDIO DE CASO: LONDRES

Community Health Champions Programme (Programa de Campeones de la Salud Comunitaria)

Contexto: durante la COVID-19, miles de londinenses se ofrecieron voluntarios para convertirse en miembros o embajadores de la Community Health Champions. Actuaron como enlaces entre sus comunidades y los ayuntamientos locales, los organismos del Servicio Nacional de Salud y las organizaciones comunitarias. Su objetivo era establecer relaciones de confianza con comunidades aisladas y marginadas para mejorar su salud y bienestar. Muchas de las redes siguen en funcionamiento y ahora se centran en otros retos de salud pública.

Enfoque:

- Por ejemplo, en el distrito de Newham, más de 500 promotores de la salud por la COVID-19 se inscribieron para recibir información a través de WhatsApp y correo electrónico. Alrededor de 100 voluntarios se unieron también a un grupo de WhatsApp, y un grupo más pequeño de unos 30-40 participaron en llamadas semanales por Zoom. Los miembros reflejan las diversas comunidades que viven en el municipio. Primero, se les ofreció una sesión introductoria de una hora para explicarles el programa y su papel; posteriormente, se formó a un subgrupo como compañeros de apoyo en materia de vacunación, para que estuvieran disponibles para mantener conversaciones individuales mediante un sistema de remisión y creación de redes. Un coordinador del gobierno local se encarga de la gestión diaria y estratégica, lo que incluye responder a preguntas de los miembros y crear conjuntamente

infografías para compartirlas con las comunidades a través de WhatsApp. Los miembros dieron forma al programa de vacunación comunitaria contra la COVID-19 del ayuntamiento (que incluye apoyo a la vacunación, sesiones públicas de preguntas y respuestas y clínicas comunitarias temporales). El programa continúa y apoya la respuesta del ayuntamiento a la crisis en Ucrania (*Welcome Newham Champions*) y a la crisis del coste de la vida.

Lecciones clave:

- **La crisis crea nuevas oportunidades, pero también plantea retos en materia de recursos.** Los miembros aprovecharon el WhatsApp y las videollamadas de Zoom, pero esto también requiere nuevas habilidades y recursos, por ejemplo, conocimientos de edición de vídeo, acceso digital y alfabetización.
- **Crear y generar confianza lleva tiempo.** La confianza suele surgir cuando las personas actúan al margen de sus funciones, procedimientos, suposiciones e intereses habituales, lo que pone en tela de juicio creencias y prejuicios arraigados. La pregunta para el futuro es si esta confianza puede aprovecharse para reforzar la confianza institucional o si permanece solo entre aquellos con los que las comunidades han establecido vínculos.
- (Estudio de caso adaptado de [Transformations In Community Collaboration: Lessons from COVID-19 Champions across London](#)).



Para mí, la propagación de la desinformación tiene más que ver con el aislamiento social que con la pobreza.

— Dan Paskins, Save The Children, entrevista, enero de 2022

dado que el «rechazo activo» en los países de altos ingresos es solo del 1 %-2 %⁵⁷, si la gente no confía en los científicos, profesionales de la salud, gobiernos, responsables políticos y fabricantes de vacunas, buscará fuentes alternativas de información. Y si la gente no escucha mensajes que resuenen o estén basados en su realidad, existe el peligro de que

estos puedan tener un efecto adverso. Por lo tanto, es crucial que la información precisa se transmita de forma que pueda llegar a la gente de una manera culturalmente relevante y proceda de fuentes creíbles y fiables. Por estas razones, muchos distritos londinenses establecieron redes de defensores de la salud comunitaria durante la COVID-19 para establecer canales de comunicación bidireccionales entre los servicios sanitarios locales y las comunidades con tasas bajas de vacunación.

En general, según la evidencia actual, la voz que más poder tiene para aumentar la vacunación es la del personal sanitario⁵⁸. El 84 % de las personas dicen que confían en los consejos médicos del personal sanitario y el 73 % de las personas a

ESTUDIO DE CASO: FRANCIA

PROYECTO PAPRICA: reforzar la habilidad de los médicos para recomendar la vacunación contra el VPH en Francia

Contexto: en Francia, [la cobertura de vacunación contra el VPH](#) no ha superado el 30 % desde la introducción de la vacuna en 2007. [Francia](#) es el único país de Europa Occidental donde las recomendaciones de los médicos de cabecera sobre la seguridad e importancia de la vacuna contra el VPH (y su confianza en ella) siguen siendo especialmente bajas.

Enfoque: un equipo de investigadores desarrolló un enfoque innovador para entender mejor los comportamientos e influencias de los médicos de atención primaria. En 2021, llevaron a cabo una [revisión sistemática](#) de todas las pruebas disponibles en Francia utilizando la teoría del enfoque de acción razonada (RAA, por sus siglas en inglés) para (i) informar sobre las cogniciones y creencias de los médicos generales y (ii) examinar los impactos de estas cogniciones en el comportamiento de los médicos. Los resultados fueron los siguientes:

- Aunque el 73 % de los médicos de familia afirman recomendar la vacunación contra el VPH, alrededor de un 50 % no la recomendaría en realidad debido a preocupaciones infundadas, como cambios en las conductas de salud de los pacientes y dudas sobre la seguridad y/o eficacia.
- Hay una alta variabilidad en la tasa de médicos de atención primaria que consideran que las características socioculturales de los pacientes y sus padres (por ejemplo, la religión y las con-

vicciones personales) son barreras importantes para la recomendación (entre el 17,5 % y el 25 %).

- Se demostró que las normas imperativas de los médicos de cabecera, es decir, la confianza en la información institucional, se asociaban positivamente con la disposición de estos a recomendar la vacuna contra el VPH.
- Los miedos de los padres, la edad de las niñas y la posible conexión con la sexualidad no parecen afectar las recomendaciones de los médicos.

Lecciones clave: estos resultados han servido de base para el desarrollo de una intervención educativa profesional dirigida a los médicos de atención primaria en Francia, conocida como el proyecto PAPRICA. Este proyecto está poniendo a prueba el programa de formación en Lyon. Las primeras indicaciones sugieren que la formación es efectiva en aumentar la capacidad percibida de los médicos de cabecera para informar a los pacientes sobre la seguridad y utilidad de la vacunación contra el VPH.

El proyecto PAPRICA está coordinado por la IARC (La Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer, OMS). Cancéropôle Lyon Auvergne Rhône-Alpes (Clara) también se ha comprometido a apoyar este proyecto, que moviliza a equipos de los laboratorios de salud pública (HESPER) y psicología social (GREPS) de la Universidad de Lyon Saint-Étienne.

ENFOQUE ESPECIAL: ingredientes clave para el éxito de los enfoques comunitarios que generan confianza y pueden aumentar la aceptación de la vacunación entre las personas en situación de pobreza y exclusión social.

- **No hacer suposiciones.** No supongamos por qué ciertos grupos dudan de las vacunas. En su lugar, hay que establecer un diálogo y escuchar las razones de la gente. Hay que preguntarles qué es importante para ellos y qué desafíos ven en ciertos comportamientos.
- **Los mensajeros no tienen por qué ser compañeros.** Lo importante es que sea alguien que esté en condiciones de apoyar un cambio al sistema existente y dispuesto a pasar tiempo con una comunidad, recibir sus comentarios negativos y volver a ella. Las relaciones tradicionalmente «extractivas» con respecto a la participación de la comunidad y la investigación están agotadas. Como demostró la COVID-19, la confianza también puede surgir de nuevas formas de trabajar en tiempos de crisis. «Cuando las personas actúan fuera de sus funciones, procedimientos y suposiciones habituales, pueden cuestionarse creencias y prejuicios arraigados»⁶¹.
- **Análisis.** Como parte del diálogo, se deben identificar los principales activos, capacidades y recursos dentro de la comunidad y organizarlos de forma que beneficien a la comunidad. No hay que dar por sentado que hay que «dar cosas a la gente» y decirles cómo ser saludables. En su lugar, debemos buscar formas de «acción autodirigida».
- **La coproducción.** Se conoce como el enfoque «estándar de oro» para la participación comunitaria. Implica deshacerse de enfoques históricos que se han basado en experiencias de atención médica jerarquizadas, a menudo autoritarias y/o racializadas para grupos marginados, y adoptar un enfoque de «asociación más igualitaria», en el que los servicios se diseñan conjuntamente con grupos comunitarios y otras partes interesadas.
- **Microsubvenciones e informes mínimos.** Los grupos comunitarios necesitan «microsubvenciones» de alrededor de 10 000 euros, con muy pocos requisitos de informes adjuntos. Aunque medir el impacto es importante para la financiación y la rendición de cuentas, también requiere recursos sustanciales para recopilar y analizar datos, lo que puede ejercer una presión desproporcionada sobre los eslabones más pequeños del sistema. El acto de medir también puede cambiar las relaciones que pretende observar.

Estos conocimientos se obtuvieron de una entrevista con la Dra. Rochelle Burgess, una destacada profesional en respuestas comunitarias participativas, y de un debate de grupo con los miembros de la Community Healthcare del distrito londinense de Southwark.

nivel mundial dicen que confiarían más en un médico o enfermera que en otras fuentes para obtener consejos de salud, como la familia, los amigos, los líderes religiosos y los famosos. Aumentar la confianza en la vacunación entre los trabajadores de la salud ha sido reconocido como una prioridad por la UE y la coalición para la vacunación⁵⁹.

Es particularmente importante cuando se trata de vacunar a grupos marginados. Como señaló un entrevistado de Francia: entran en juego los prejuicios. Una parte del personal sanitario asume que ciertas personas, si son pobres o de una minoría étnica, no querrán vacunarse, por lo que no comparten la información con ellos. El último informe del Proyecto de

Confianza en las Vacunas señala que la confianza es generalmente alta entre los profesionales de la salud, pero existen variaciones. Por ejemplo, la probabilidad de recomendar la vacuna contra el VPH muestra una gran variabilidad entre países. El personal sanitario necesita más apoyo y formación para gestionar el entorno de las vacunas, que evoluciona rápidamente, así como para interactuar y tratar con las personas reticentes o que rechazan la vacunación⁶⁰.

A lo largo de la investigación para este informe, los expertos enfatizaron la importancia de desarrollar respuestas comunitarias hiperlocales y específicas para abordar tanto las barreras de acceso como de confianza para la vacunación.

04. Recomendaciones de acción

A nivel de la UE:

- 1. De acuerdo con la Agenda de Inmunización 2030 de la UE, mejorar la atención a la equidad vacunal como parte de los programas financiados por la UE.** La Unión Europea debería, a través de sus diferentes programas de financiación, integrar mejor las consideraciones de equidad como parte de las iniciativas actuales y futuras sobre vacunación. Ya sea como programas específicos o como nuevas características dentro de los ya existentes. Las intersecciones entre la pobreza, la exclusión social y la vacunación se deben analizar mejor a nivel de la UE.
- 2. Integrar la equidad vacunal como una línea de trabajo principal con las partes interesadas en la vacunación existentes en Europa.** A pesar de la inmensa variedad de organizaciones y partes interesadas que promueven la vacunación en Europa, se presta poca atención a los factores de equidad. La equidad debería ser un pilar fundamental de cualquier actividad de promoción de la vacunación en Europa. Los aprendizajes y las mejores prácticas de los diversos proyectos financiados por la UE sobre el tema deberían integrarse en un portal único para garantizar su difusión.
- 3. En conformidad con el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3, avanzar en la cobertura sanitaria universal en toda la UE, independientemente de la situación legal, social y de vivienda de las personas.** La cobertura sanitaria universal es fundamental para reducir las barreras

de acceso a la atención médica, incluso para aquellos con permisos de residencia.

- 4. Centrar la investigación y el apoyo en las mujeres jóvenes.** Las mujeres jóvenes pueden desempeñar un papel fundamental en fomentar una mayor aceptación de la vacunación en Europa como madres, personal sanitario y personas influyentes. Los gobiernos y las organizaciones sanitarias deben centrarse en desarrollar intervenciones diseñadas específicamente para involucrar a las mujeres jóvenes en las campañas de vacunación. Estos esfuerzos deben tratar de resaltar los beneficios para las mujeres y garantizar una compensación por su tiempo y contribución. Esto ayudará a asegurar que las campañas de vacunación sean efectivas a la hora de llegar a las poblaciones que viven en la pobreza y la exclusión social.

A nivel nacional:

- 1. Mejorar la recogida de datos sobre la equidad vacunal.** La recopilación de datos sobre la equidad vacunal debe mejorarse a nivel nacional para que registre los determinantes socioeconómicos de la inequidad de forma coherente en toda Europa. Esto ayudará a garantizar que se puedan desarrollar políticas e intervenciones efectivas para abordar las inequidades en materia de vacunas. La UE puede empezar a mejorar la coordinación, recopilación y armonización de datos en toda la región, como ya ha empezado a hacer con la COVID-19.

- 2. Desarrollar centros de vacunación hiperdirigidos.** Se deben desarrollar clínicas de vacunación móviles hiperdirigidas en colaboración con organizaciones comunitarias y personal médico. Esto ayudará a llegar a las poblaciones afectadas por la pobreza y la exclusión social, donde el acceso a los servicios sanitarios puede ser limitado debido a las restricciones de transporte y costes.
- 3. Fomentar la confianza entre el personal médico.** El personal médico desempeña un papel fundamental a la hora de generar confianza en la vacunación. Los gobiernos y las organizaciones sanitarias deben invertir en formación y apoyo al personal sanitario para asegurar que tengan los conocimientos, las capacidades y la confianza necesarios para participar en actividades de fomento de la confianza en vacunas. Esto ayudará a garantizar que los profesionales sanitarios puedan interactuar eficazmente con las comunidades reticentes a las vacunas y fomentar la confianza en ellas.
- 4. Aumentar el papel de las farmacias comunitarias en la distribución de vacunas.** Las farmacias suelen ser más accesibles que las consultas médicas y pueden desempeñar un papel activo en la administración de vacunas. Los gobiernos y organismos sanitarios deben aumentar el papel de las farmacias en la distribución de vacunas para asegurar que las poblaciones en situación de pobreza y exclusión social puedan acceder a ellas.
- 5. Equipar los centros de refugiados y de acogida para administrar vacunas a adolescentes y adultos.** Los refugiados y inmigrantes con situación irregular se enfrentan a barreras específicas para acceder a las vacunas. Los gobiernos y las organizaciones sanitarias deben equipar los centros de refugiados y de acogida con el personal de apoyo



y recursos necesarios para evaluar y administrar las vacunas a los inmigrantes recién llegados. También se debe hacer hincapié en asegurarse de que los pacientes sepan lo que están recibiendo y que se les entreguen registros o tarjetas de vacunación para facilitar su traslado o derivación a futuros centros de atención. Esto ayudará a asegurar que los inmigrantes y refugiados puedan acceder a las vacunas y no queden excluidos de las campañas de vacunación.

- 6. Proporcionar pequeñas subvenciones a grupos comunitarios.** Los grupos comunitarios necesitan pequeñas subvenciones que sean flexibles y no exijan informes exhaustivos. Esto ayudará a garantizar que los grupos comunitarios dispongan de los recursos que necesitan para participar en campañas de vacunación que sean efectivas para llegar a las poblaciones que viven en condiciones de pobreza y exclusión social.

Anexo 1: Recursos principales

Francia

Un estudio reciente y detallado sobre las razones de la baja vacunación en esta zona de baja aceptación en Francia y ejemplos de respuestas comunitarias efectivas. **Fuente:** De Champs, C. M., et al., 2022. [A Regional Study of the levers and barriers to HPV Vaccination in the Auvergne-Rhône-Alpes region](#). [Un estudio regional sobre los incentivos y los obstáculos a la vacunación contra el VPH en la región de Auvernia-Ródano-Alpes]. La Région.

Alemania

Este informe analiza si los programas escolares pueden llegar adecuadamente a los hijos de padres que rechazan la vacuna. El país sigue mostrando bajas tasas de aceptación de la vacunación completa contra el VPH, del 47,2 % entre las niñas de 15 años y del 5,1 % entre los niños de 15 años a finales de 2019. **Fuente:** Robert Koch Institut, 2022. [School vaccination programs as a solution to increase HPV vaccination rates in Germany?](#) [¿Programas de vacunación escolar como solución para aumentar las tasas de vacunación contra el VPH en Alemania?]

Italia

Este documento describe cómo el programa Immunion desarrollará un programa escolar en Lazio para ayudar a superar las inequidades en la vacunación. El programa piloto es dirigido por el Instituto Nacional de Salud de Italia (ISS). **Fuente:** De Castro, P., 2021. [Co-Creating/Co-Selecting Tools For Piloting](#). [Creación y selección conjunta de herramientas para el programa piloto]. Immunion.

España

Este artículo explica el trabajo de una importante organización en mediación cultural que opera en España y explica cómo ayuda a superar las barreras lingüísticas y sanitarias entre la población inmigrante. **Fuente:** López Trujillo, M., 2019. [La imposibilidad de curar sin entender](#). Newtral.

Reino Unido

Excelente visión general y serie de recomendaciones sobre cómo el Reino Unido puede rastrear y monitorear mejor las inequidades en la aceptación de vacunas. **Fuente:** Roberts, D., et al., 2021. [National Immunisation Programme: Health Equity Audit](#). [Programa Nacional de Inmunización: auditoría de equidad sanitaria]. Public Health England.

General

Uno de los pocos estudios mundiales sobre este tema, escrito por parte del equipo que dirige el proyecto financiado por la UE [ImmuHubs](#) para aumentar la aceptación de la vacunación entre grupos desfavorecidos y aislados en 6 países europeos. Dirigido por el think tank alemán, la Iniciativa de Seguridad de Vacunas. **Fuente:** Ekezie, W., Awwad, S., & Krauchenberg, A., et al., 2022. [Access to Vaccination among Disadvantaged, Isolated and Difficult-to-Reach communities in the WHO European Region: A Systematic Review](#). [Acceso a la vacunación en comunidades desfavorecidas, aisladas y de difícil acceso en la región europea de la OMS: una revisión sistemática]. Vacunas.

La visión general más reciente, que destaca el declive en la confianza desde 2018. Incluye análisis de edad y género, así como análisis de cada país. **Fuente:** De Figueiredo, A., Egan, R., & Larson, H. J., et al., 2022. [State of Vaccine Confidence in the EU 2022](#). [Confianza en las vacunas en la UE 2022]. Comisión Europea.

Esta guía ofrece a los países un proceso a través del cual identificar grupos vulnerables, barreras y motivaciones de la vacunación, incluido el uso del modelo de perspectivas conductuales COM-B. Se ha utilizado en 13 países de la UE desde 2013. **Fuente:** Oficina Regional de la OMS en Europa, 2019. [Tailoring Immunisation Programmes \(TIP\)](#). [Programas de Inmunización Personalizados (TIP)].

Una valiosa base de datos que proporciona datos a nivel mundial, regional y nacional sobre la cobertura de vacunación, casos y programas de vacunación. También incluye enlaces a datos subnacionales y a

las estimaciones de la OMS y UNICEF de la cobertura nacional de inmunización para cada país (WUENIC). **Fuente:** [Portal de datos sobre inmunización de la OMS](#).

Dirigida a los responsables de políticos, esta guía presenta buenas prácticas para apoyar el desarrollo de políticas y programas de vacunación para refugiados y migrantes en la región europea, e incluye acciones prioritarias, retos y recomendaciones. **Fuente:** Oficina Regional de la OMS en Europa, 2019. [Delivery of immunization services for refugees and migrants, Technical Guidance](#). [Prestación de servicios de inmunización para refugiados y migrantes, Orientaciones técnicas].

Acerca de Business Fights Poverty

Business Fights Poverty es una red empresarial mundial que se trabaja con empresas para apoyar las vidas, los medios de subsistencia y el acceso a la educación de las personas y comunidades más vulnerables. Contamos con más de 17 años de experiencia en la coordinación de colaboraciones rápidas que promueven la acción, organizando reuniones decisivas para fortalecer las relaciones y aprovechando el aprendizaje colectivo de nuestra comunidad de más de 30 000 miembros para aprender y explorar oportunidades juntos. En el centro de nuestra misión se encuentra un grupo de empresas líderes mundiales y una red de socios de contenido de toda la comunidad internacional de desarrollo.

Este informe ha sido redactado por Alice Allan, con el apoyo de Sofía Ribas y Anna Spenner Hernández, de Business Fights Poverty. Queremos dar las gracias a las siguientes personas por facilitarnos valiosos conocimientos y orientación a través de entrevistas y eventos de divulgación.

- Alison Crawshaw, doctoranda en Salud de los Inmigrantes e Investigación Participativa, St George's, University of London
- Barbara Rath, doctorada, cofundadora y presidenta de la Iniciativa para la Seguridad de las Vacunas
- Carole Martin de Champs, directora del Observatorio Regional de la Salud Auvernia-Ródano-Alpes
- Ciara O'Rourke, directora de Política Pública Global – Confianza y equidad vacunal, MSD

- Dan Paskins, director de Impacto UK, Save The Children
- Gustav Ando, director general, Economía de la Salud y Acceso al Mercado, Global Data
- Jaime Jesus Pérez Martín, presidente de la Asociación Española de Vacunación Regional, vicepresidente general de Prevención, Promoción de la Salud y Adicciones en Murcia, España
- Jeffery Lazarus, profesor de Salud Mundial, CUNY SPH y profesor de Investigación Asociado, ISGlobal
- Mariano Votta, director de Red de Ciudadanía Activa, UE
- Marium Qaiser, estratega de Salud Global y Consultora de Políticas
- Natalina Sutton, investigadora principal de los Programas de Salud Pública, Southwark Council, Londres
- Rachel Eagan, investigadora, The Vaccine Confidence Project, London School of Hygiene and Tropical Health and Medicine
- Ramazan Salman, director ejecutivo, Ethno Medical Centre, Alemania
- Dra. Rochelle Burgess, profesora asociada de Salud Mundial, directora adjunta del Centro de Enfermedades Mundiales No Transmisibles del University College
- Roopa Dhatt, directora ejecutiva, Women in Global Health
- Stefan Swartling Peterson, asesor experto en Salud, Comité Sueco, UNICEF

Municipio de Southwark, Londres, embajadores de salud comunitaria

Alison Blackwood	Monsurat Oyenuga
Enduement Adiohwo	Nurudeen Kallon
Ernest Nkrumah	Patricia K Cuenca
Ese Anabui	Patricia Kanneh-Fitzgerald
Franklin Akpomuvwe	Saidat Oketunde
Gary Dixon	

Anexo 2: Ejemplos de proyectos financiados por la UE

Para evaluar el gasto del presupuesto sanitario de la UE en equidad en la inmunización, examinamos los proyectos financiados en el marco del Tercer Programa de Salud 2014-2020, recogidos en la base de datos de programas sanitarios de CHAFEA. El programa tenía un presupuesto total de 449,4 millones de euros y comprende 23 áreas prioritarias. No hemos evaluado cuánto se ha financiado en materia de equidad vacunal en el marco del nuevo [presupuesto EU4Health](#) de 5000 millones de euros (2021-2027), que ha asignado grandes sumas para la preparación ante crisis sanitarias desde la COVID-19.

Del presupuesto total, **12 388 235,75** euros se destinaron a proyectos relacionados con

la equidad en vacunación, lo que representa solo el **2,75 %** del presupuesto total. En 2018, se puso en marcha la [Acción Conjunta sobre Vacunación](#) para combatir la indecisión ante las vacunas y aumentar la cobertura de vacunación en la UE. El programa *La UE y la Salud* aportó 3,55 millones de euros de financiación. Si incluyéramos esto en nuestro presupuesto total = $3,55 \text{ millones} + 12.388.235,75 = 15.938.235,70 / 449,4 \text{ millones} \times 100 = 3,54\%$. **El financiamiento final relacionado con la vacunación equivale al 3,5 % del presupuesto total.** Los ejemplos de proyectos financiados proporcionan enlaces útiles a recursos e instituciones que trabajan en favor de la equidad con respecto a las vacunas.

Duración y contribuciones	Título	Descripción	Relevancia para el Reino Unido, Francia, Alemania, Italia, España
2021–2026 3 299 750,00 € de un presupuesto separado de Investigación Horizonte 2020 (por lo que no está incluido en el total)	RIVER-EU	<i>Reducing Inequalities in Vaccine uptake in the European Region - Engaging underserved communities</i> (RIVER-EU) es un proyecto de 5 años (2021–2026) financiado por el Programa de Investigación Horizonte 2020. Su principal objetivo es abordar la cobertura de vacunación entre determinados grupos étnicos, religiosos y culturales específicos. Se centrará en la vacunación MMR y VPH en comunidades seleccionadas desatendidas (migrantes en Grecia, mujeres y niñas turcas y marroquíes en los Países Bajos, ucranianos en Polonia y rumaníes en Eslovaquia). Al poner de relieve los factores determinantes del sistema sanitario que influyen en la baja cobertura de vacunación, el proyecto desarrollará estrategias para aumentar las tasas de vacunación.	La comunidad bangladesí del Reino Unido será parte del estudio. Parte de este proyecto está liderado por VIVI y SEKI .
01/05/2021 – 30/04/2024 951 120,03 €	Reaching the hard-to-reach: Increasing access and vaccine uptake among prison population in Europe [RISE-Vac] [101018353] – Project [Llegar a los difíciles de alcanzar: aumentar el acceso y la aceptación de las vacunas entre la población carcelaria en Europa [RISE-Vac] [101018353] – Proyecto]	RISE-Vac tiene como objetivo mejorar la salud de la población carcelaria en Europa mediante la concienciación sobre la vacunación, el refuerzo del suministro de vacunas y el aumento de la cobertura vacunal. Utilizando metodologías de vanguardia, RISE-Vac recopilará los datos existentes sobre estrategias y servicios de vacunación dirigidos a la población reclusa y los combinará con datos recogidos prospectivamente sobre (i) actitudes y conocimientos en materia de vacunación entre la población carcelaria y el personal; (ii) estado de vacunación y cobertura vacunal durante el encarcelamiento. Al mantener el principio de que la salud en las prisiones es una cuestión de salud pública, el proyecto RISE-Vac proporcionará herramientas y opciones basadas en datos y evidencias para ayudar a los países europeos a mejorar la salud de los reclusos y de la población europea en general.	Italia: UNIVERSITA DI PISA [UNIP], AZIENDA SOCIO-SANITARIA TERRITORIALE (ASST) SANTI PAOLO E CARLO [SPH] + Health Without Barriers – European Federation for Prison Health (HWBs) [Health Without Barriers – European Federation for Prison Health (HWBs)] Alemania: UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS DE FRANKFURT [ISFF] Reino Unido: Departamento de Salud [UK PHE] Francia: CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE MONTPELLIER [CHRU]

01/05/2021 – 30/04/2024 994 393,00 €	Increased Access To Vaccination for Newly Arrived Migrants [AcToVax4NAM] [101018349] – Project [Mayor acceso a la vacunación para inmigrantes recién llegados [AcToVax4NAM] [101018349] – Proyecto]	Mejor acceso a la vacunación para inmigrantes recién llegados (NAM, por sus siglas en inglés) - AcToVax4NAM tiene como objetivo mejorar el acceso a la vacunación para los migrantes recién llegados, garantizando condiciones equitativas de acceso. El proyecto responde al tema específico del WP 2020, <i>Increased access to vaccination for newly arrived migrants in first-line, transit and destination countries</i> . Objetivos: (1) Describir las directrices de inmunización y los sistemas de recepción y suministro para los inmigrantes recién llegados. (2) Caracterizar las barreras del sistema que impiden la inmunización de los inmigrantes recién llegados e identificar posibles soluciones.	Italia: ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA [ISS] , UNIVERSITA DEGLI STUDI DI ROMA LA SAPIENZA [UNIVERSITA DEGLI STUDI DI ROMA LA SAPIENZA] España: FUNDACIO HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON - INSTITUT DE RECERCA [VHIR] Alemania: ETHNO-MEDIZ-INSCHES ZENTRUM EV [EMZ] (MiMi)
01/05/2021 – 30/04/2024 989 104,39 €	Innovative Immunisation Hubs [ImmuHubs] [101018282] – Project [Centros Innovadores de Inmunización [ImmuHubs] [101018282] – Proyecto]	El proyecto Centros de Inmunización Innovadores (ImmuHubs) tiene como objetivo (1) Establecer asociaciones proactivas con grupos de ciudadanos, organismos de salud pública, principales interesados y el público general para mejorar el acceso a la vacunación en grupos de población desfavorecidos, aislados y de difícil acceso en ocho países europeos, de acuerdo con las mejores prácticas de asociaciones comunitarias. (2) Crear acciones de inmunización innovadoras que aumenten la aceptación de las vacunas más allá de las fronteras, las generaciones y los grupos de población. (3) Desarrollar soluciones sostenibles para la protección mediante vacunación de los ciudadanos de la UE, incluido durante y después de la pandemia de la COVID-19.	Alemania: VIVI coordina y la Academia Europea de Pediatría AISBL (EAP) en Italia es uno de los ocho socios. Italia: ACADEMIA EUROPEA DE PEDIATRIA AISBL [EAP]
01/04/2021 – 31/03/2023 999 338,00 €	Improving IMMunisation cooperation in the European UNION [IMMUNION] [101018210] – Project [Mejora de la cooperación en materia de inmunización en la Unión Europea [IMMUNION] [101018210] - Proyecto]	El consorcio IMMUNION tiene como objetivo aumentar la colaboración entre las partes interesadas para hacer frente a problemas de acceso a información precisa sobre vacunación y mejorar las oportunidades de educación y formación de profesionales y estudiantes sanitarios. Las actividades incluyen el desarrollo de un sitio web dedicado a la Coalición para la Inmunización con integración en la plataforma SEKI existente, un taller de formación de formadores, el desarrollo de conjuntos de herramientas nacionales de buenas prácticas en comunicación sobre vacunación y la mejora de la visibilidad de la Coalición para la Inmunización.	SEKI & VIVI . Italia: ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA [ISS]
01/08/2018 – 31/03/2022 3 511 177,02 €	European Joint Action on Vaccination [EU-JAV] [801495] – Joint Actions [Acción Conjunta Europea sobre Vacunación [EU-JAV] [801495] - Acciones Conjuntas]	La Acción Conjunta sobre Vacunación propone abordar varias cuestiones importantes, comunes a muchos países, como el establecimiento de una cooperación sostenible de las autoridades de los Estados miembros relevantes, la definición de principios básicos para la previsión de la demanda de vacunas, el desarrollo de un concepto y un prototipo de almacén de datos para compartir datos de oferta y demanda de vacunas a nivel de la UE. Desarrollar un concepto y un prototipo para un marco de establecimiento de prioridades de I+D en materia de vacunas, definir especificaciones estructurales, técnicas y jurídicas con respecto a los requisitos de datos para registros electrónicos de vacunas/bases de datos/sistemas de información sobre inmunización. Para llevar a cabo estas ambiciosas acciones concretas, el proyecto reúne a 20 socios de 20 países diferentes, así como a organizaciones internacionales y partes interesadas pertinentes.	Francia: INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE ET DE LA RECHERCHE MEDICALE [INSERM] Italia: ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA [ISS] España: FUNDACION PUBLICA MIGUEL SERVET [FMS]
01/01/2018 – 31/12/2018 584 206,40 €	EPHA SGA 2018 [EPHASGA2018] [824205] – Operating Grant [EPHA SGA 2018 [EPHASGA2018] [824205] - Subvención Operativa]	EPHA es la principal alianza de la sociedad civil de Europa que trabaja para proteger y mejorar la salud pública para todos y reducir las desigualdades sanitarias. Junto con sus 88 grupos miembros, EPHA trabaja en favor de un cambio político para abordar las causas raíz de los problemas de salud y las barreras que impiden lograr el mejor estado posible de salud, bienestar y equidad.	Informe interesante en la sección de Resultados : D6.2 Aportes a la consulta sobre vacunación dirigida por EPHA

01/01/2018 – 31/12/2018 292 714,00 €	EUPHA Operating Grant [EUPHA] [811123] – Operating Grant [Subvención Operativa de EUPHA [EUPHA] [811123] – Subvención Operativa]	Seminario de EUPHA en Bruselas sobre la confianza en las vacunas. Los estudios de caso de 4 países (Italia, Polonia, Reino Unido y Albania) mostraron que hay factores nacionales y locales que tienen un efecto sobre la confianza en las vacunas.	Informe en Resultados : informe del seminario, Confianza en las vacunas en Europa: es hora de actuar
01/01/2017 – 31/12/2017 323 015,00 €	Cancer Leagues Collaborating in Cancer Prevention and Control at the National and European Level [ECL SGA 2017] [747456] – Operating Grant [Ligas contra el cáncer que colaboran en la prevención y el control del cáncer a nivel nacional y europeo [ECL SGA 2017] [747456] – Subvención Operativa]	El grupo de Jóvenes Embajadores organizó un primer chat en twitter para hablar sobre la vacunación contra el VPH, y creó un vídeo para conmemorar el 30º aniversario del Código Europeo contra el Cáncer; ha sido visto más de 20 000 veces.	
01/04/2016 – 31/03/2017 1 689 045,11 €	Common Approach for REfugees and other mi-grants' health [CARE] [717317] – Project [Enfoque común para la salud de los refugiados y otros migrantes [CARE] [717317] – Proyecto]	El objetivo del proyecto CARE era promover y mantener un buen estado de salud entre los migrantes y la población local en cinco Estados miembros que sufren con una elevada presión migratoria: Italia, Grecia, Malta, Croacia y Eslovenia. También se llevó a cabo una encuesta inclusiva sobre las vacunas ofrecidas a los inmigrantes recién llegados a los países participantes en CARE, basada en la recopilación de datos primarios.	Italia: ISTITUTO NAZIONALE PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE DELLE POPOLAZIONI MIGRANTI ED IL CONTRASTO DELLE MALATTIE DELLA POVERTA [INMP] + ENTE STRUMENTALE ALLA CROCE ROSSA ITALIANA [ASSOCIAZIONE ITALIANA DELLA CROCE ROSSA] + MINISTERO DELLA SALUTE [IT MINSAL] + ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA [ISS] + AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA ANNA MEYER [AOUMEYER] + OSPEDALE PEDIATRICO BAMBINO GESU [OPBG] + OXFAM ITALIA ONLUS [OXFAM ITALIA]
01/01/2016 – 31/12/2016 332 539,00 €	Cancer Leagues Collaborating in Cancer Prevention and Control at the National and European Level [ECL SGA 2016] [709864] – Operating Grant [Ligas contra el cáncer que colaboran en la prevención y el control del cáncer a nivel nacional y europeo [ECL SGA 2016] [709864] - Subvención Operativa]	Este proyecto tenía como objetivo reforzar los vínculos entre los responsables políticos de la UE y la información procedente de las sociedades y asociaciones de lucha contra el cáncer sobre el terreno. También buscaba fomentar una cooperación más estrecha entre estas sociedades y las partes interesadas relevantes para abordar desafíos comunes derivados de la creciente carga de enfermedades crónicas.	
01/01/2015 – 31/12/2015 487 440,00 €	EPHA 2015: Protecting and improving public health and well-being in all policies. [EPHA] [671370] – Operating Grant [EPHA 2015: Proteger y mejorar la salud pública y el bienestar en todas las políticas. [EPHA] [671370] – Subvención Operativa]	EPHA es una ONG líder que aboga por una mejor salud pública para todos los residentes europeos. Su principal objetivo es promover la salud en la Unión Europea al más alto nivel político en la Comisión Europea, el Parlamento Europeo y el Consejo Europeo.	
01/01/2015 – 31/12/2015 314 971,80 €	Cancer Leagues Collaborating in Cancer Prevention and Control at the EU and National Level [ECL OG 2014] [671365] – Operating Grant [Ligas contra el cáncer que colaboran en la prevención y el control del cáncer a nivel nacional y europeo [ECL OG 2014] [671365] – Subvención Operativa]	Esta subvención permitió a las Ligas contra el Cáncer supervisar la legislación y las acciones de la UE en materia de prevención y control del cáncer; trabajar por una Europa sin humo; a través del Grupo de Trabajo de Apoyo al Paciente (PSWG), explorar los problemas de pacientes entre las ligas miembro para encontrar áreas en las que el ECL puede formular recomendaciones para su uso por parte de las ligas y a nivel de la UE; comunicar y promover la implementación del Código Europeo contra el Cáncer entre ligas miembro y en toda Europa.	

23/12/2014 – 22/12/2017 315 272,00 €	Cancer Leagues Collaborating in Cancer Prevention and Control at the EU and National Level [ECL OG 2014] [664682] – Framework Partnership Agreement [Ligas contra el cáncer que colaboran en la prevención y el control del cáncer a nivel nacional y europeo [ECL OG 2014] [664682] – Acuerdo de Asociación Marco]	La Asociación de Ligas Europeas contra el Cáncer (ECL) es una ONG líder en acciones de control del cáncer a nivel europeo desde 1980. Representada por miembros en países de la UE y no pertenecientes a la UE a nivel nacional, las ligas suelen ser el principal recurso para el público en información y servicios de control del cáncer.	
01/09/2011 – 01/09/2014 603 900,00 €	Promotion of Immunization for Health Professionals in Europe [HProlImmune] [20101102] - Project [Promoción de la Inmunización para Profesionales de la Salud en Europa [HProlImmune] [20101102] - Proyecto]	Un proyecto que se dirige al personal sanitario como un «grupo de riesgo» y proporciona educación, formación e intercambio de información sobre la gripe estacional y la vacunación.	Alemania: Technische Universität Dresden [Technische Universität Dresden]
PRESUPUESTO TOTAL 2014–2020 = 12 388 235,75 €			

Notas finales

1

The George Washington University online Master of Public Health program, 2020. Equity vs. Equality: What's the Difference? [El programa en línea de Maestría en Salud Pública de la Universidad George Washington, 2020. ¿Equidad vs. Igualdad: cuál es la diferencia?]

2

European Commission Definition [Definición de la Comisión Europea]

3

2019 International Federation of Pharmaceutical Manufacturers and Associations. Definition of the life-course approach [Federación Internacional de Fabricantes y Asociaciones Farmacéuticas de 2019. Definición del enfoque de curso de vida]

4

The NHS Race and Health Observatory 2021. The Power of Language [El Observatorio de Raza y Salud del NHS 2021. El poder del lenguaje]

5

In Germany staff have been fighting for better pay. Source: Healy, R., 2023. 'Channel your anger': what can we learn from Germany's nursing strike success?. Royal College of Nursing. / In the UK health workers are facing a cost of living crisis. Source: Miranda Bryant, 2023. Half of NHS trusts providing or planning food banks for staff. The Guardian. [En Alemania, el personal ha estado luchando por un mejor salario. Fuente: Healy, R., 2023. «Canaliza tu ira»: ¿qué podemos aprender del éxito de la huelga de enfermería en Alemania? Real Colegio de Enfermería. / En el Reino Unido, los trabajadores de la salud enfrentan una crisis del coste de vida. Fuente: Miranda Bryant, 2023. La mitad de los fideicomisos del NHS proporcionan o planean bancos de alimentos para el personal. The Guardian.]

6

European Commission, 2021. Overall figures of immigrants in European society [Comisión Europea, 2021. Cifras totales de inmigrantes en la sociedad europea]

7

Global Immunization, Centres for Control Disease and Prevention, 2022. Fast Facts on Global Immunization. [Inmunización Global, Centros de Control de Enfermedades y Prevención, 2022. Datos rápidos sobre la Inmunización Global.]

8

Javier, G., et al., 2013. Adult Vaccination: A Key Component of Healthy Ageing. The benefits of life-course immunisation in Europe. Supporting Active Ageing Through Immunisation (SAATI) Partnership. [Javier, G., et al., 2013. Vacunación en adultos: un componente clave del envejecimiento saludable.

9

Klugman, K. P., & Black, S. 2018. Impact of existing vaccines in reducing antibiotic resistance: Primary and secondary effects. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America. [Klugman, K. P., & Black, S. 2018. Impacto de las vacunas existentes en la reducción de la resistencia a los antibióticos: efectos primarios y secundarios. Actas de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos de América.]

10

See also MSD report on childhood VCR in Europe. [Véase también el informe de MSD sobre las tasas de cobertura de vacunación infantil en Europa.]

11

According to the WHO immunisation database in 2021 measles coverage rates were as follows; France 86%, UK 87%, Germany 93%, Spain 91%, and Italy 86%. [Según la base de datos de inmunización de la OMS en 2021, las tasas de cobertura del sarampión fueron las siguientes; Francia 86 %, Reino Unido 87 %, Alemania 93 %, España 91 % e Italia 86 %.]

12

Boyce, T et al. 2019. Towards equity in immunisation. Euro Surveill. [Boyce, T et al. 2019. Hacia la equidad en la inmunización. Euro Surveill.]

13

Batcheler, R., Hargreaves, D., Rehill J., & Shah, R., 2021. Are young children healthier than they were two decades ago? The changing face of early childhood in the UK. Nuffield Foundation. [Batcheler, R., Hargreaves, D., Rehill J., & Shah, R., 2021. ¿Están los niños más sanos que hace dos décadas? El panorama cambiante de la primera infancia en el Reino Unido. Fundación Nuffield.]

14

Deal, A., et al., 2021. Migration and outbreaks of vaccine-preventable disease in Europe: a systematic review. Elsevier Ltd. [Deal, A., et al., 2021. Migración y brotes de enfermedades prevenibles por vacunación en Europa: una revisión sistemática. Elsevier Ltd.]

15

WHO Regional Office for Europe, 2019. Delivery of immunization services for refugees and migrants [Oficina Regional de la OMS en Europa, 2019. Prestación de servicios de inmunización para refugiados y migrantes]

16 Fournet, N., et al., 2018. Under-vaccinated groups in Europe and their beliefs, attitudes and reasons for non-vaccination; two systematic reviews. BMC Public Health. [Fournet, N., et al., 2018. Grupos que no reciben las vacunas suficientes en Europa y sus creencias, actitudes y razones para no vacunarse; dos revisiones sistemáticas. BMC Salud Pública.]

17 The World Health Organization, 2021. The European Immunization Agenda 2030. [La Organización Mundial de la Salud, 2021. La Agenda de Inmunización 2030 de la UE.]

18 De Keersmaecker, S., Meder, MS & Cassidy, D., 2021. Europe's Beating Cancer Plan: A new EU approach to prevention, treatment and care. European Commission. [De Keersmaecker, S., Meder, MS & Cassidy, D., 2021. El Plan de Lucha contra el Cáncer de Europa: un nuevo enfoque de la UE para la prevención, tratamiento y cuidado. Comisión Europea.]

19 Ver Anexo para cálculos y lista completa de proyectos.

20 Eurostat, 2022. Migrant integration statistics- at risk of poverty and social exclusion [Eurostat, 2022. Estadísticas de integración de migrantes: riesgo de pobreza y exclusión social.]

21 EU Agency for Fundamental Rights, 2022. Roma Survey 2021 [Agencia de la UE para los Derechos Fundamentales, 2022. Encuesta Roma 2021]

22 P Matejic and R Earwaker, Joseph Rowntree Foundation, 2022. Ethnicity and the heightened risk of very deep poverty [P Matejic y R Earwaker, Fundación Joseph Rowntree, 2022. Etnicidad y el riesgo elevado de pobreza extrema]

23 Eurostat, 2022. Living conditions in Europe, poverty and social exclusion [Eurostat, 2022. Condiciones de vida en Europa, pobreza y exclusión social]

24 Eurostat Archive, 2016. Urban Europe [Archivo Eurostat, 2016. Europa Urbana]

25 Deal, A., et al., 2021. Migration and outbreaks of vaccine-preventable disease in Europe: a systematic review. The Lancet. [Deal, A., et al., 2021. Migración y brotes de enfermedades prevenibles por vacunación en Europa: una revisión sistemática. The Lancet.]

26 Taha, M. K., et al., 2022. Equity in vaccination policies to overcome social deprivation as a risk factor for invasive meningococcal disease. Expert Review of Vaccines. [Taha, M. K., et al., 2022. Equidad en políticas de vacunación para superar la privación social como factor de riesgo para la enfermedad meningocócica invasiva. Revisión de vacunas por expertos.]

27 Steinert, J., et al., 2022. COVID-19 vaccine hesitancy in eight European countries: Prevalence, determinants, and heterogeneity Science Advances. [Steinert, J., et al., 2022. Vacilación de la vacuna COVID-19 en ocho países europeos: prevalencia, determinantes y heterogeneidad Science Advances.]

28 Observatoire Régional de la Santé Auvergne-Rhône-Alpes, 2022. Étude Sur Les Leviers Et Les Freins A La Vaccination Contre Les Papillomavirus Humains (HPV). [Observatorio Regional de Salud Auvergne-Rhône-Alpes, 2022. Estudio sobre los impulsores y barreras para la vacunación contra el papilomavirus humano (HPV).]

29 Lai, A. 2019. Influenza vaccination coverage and deprivation among the elderly in the municipality of Cagliari: results and perspectives. Journal of preventive medicine and hygiene. [Lai, A. 2019. Cobertura de vacunación contra la gripe y privación entre los ancianos en el municipio de Cagliari: resultados y perspectivas. Journal of preventive medicine and hygiene.]

30 Ekezie, W., et al., 2022. Access to Vaccination among Disadvantaged, Isolated and Difficult-to-Reach Communities in the WHO European Region: A Systematic Review. Vaccines. [Lai, A. 2019. Cobertura de vacunación contra la gripe y privación entre los ancianos en el municipio de Cagliari: resultados y perspectivas. Journal of preventive medicine and hygiene.]

31 Norman, F. F., et al., 2021. Seroprevalence of vaccine-preventable and non-vaccine-preventable infections in migrants in Spain. Journal of Travel Medicine. [Norman, F. F., et al., 2021. Seroprevalencia de infecciones prevenibles con vacunas y no prevenibles mediante vacunas en inmigrantes en España. Revista de Medicina de Viajes.]

32 Gaughan, C. H., 2022. COVID-19 vaccination uptake amongst ethnic minority communities in England: a linked study exploring the drivers of differential vaccination rates. Journal of Public Health. [Gaughan, C. H., 2022. Aceptación de la vacunación contra la COVID-19 entre las comunidades de minorías étnicas en Inglaterra: un estudio vinculado explorando los impulsores de las diferentes tasas de vacunación. Revista de Salud Pública.]

33 Fournet, N., 2022. Under-vaccinated groups in Europe and their beliefs, attitudes and reasons for non-vaccination; two systematic reviews. BMC Public Health. [Fournet, N., 2022. Grupos que no reciben las vacunas suficientes en Europa y sus creencias, actitudes y razones para no vacunarse; dos revisiones sistemáticas. BMC Salud Pública.]

34 Cronin, A., & Ibrahim, N., 2022. A scoping review of literature exploring factors affecting vaccine uptake within Roma communities across Europe. Expert Review of Vaccines. [Cronin, A., & Ibrahim, N., 2022. Una revisión de alcance de la literatura que explora los factores que afectan la adopción de vacunas dentro de las comunidades Roma en Europa. Revisión de vacunas por expertos.]

35 Perniciaro, S., Imöhl, M., & van der Linden, M., 2018. Invasive Pneumococcal Disease in Refugee Children, Germany. Emerging Infectious Diseases. [Perniciaro, S., Imöhl, M., & van der Linden, M., 2018. Enfermedad Neumocócica Invasiva en Niños Refugiados, Alemania. Enfermedades Infecciosas Emergentes.]

36 Marmot, M., 2021. Health Equity in England: The Marmot Review 10 Years On. The Health Foundation. [Marmot, M., 2021. Equidad en Salud en Inglaterra: La Revisión Marmot 10 Años Después. The Health Foundation.]

37 See also, for example, the 5 A's: Access, Acceptance, Awareness, Affordability (financial and non-financial) and Activation (behavioural 'nudging' interventions). [Véase también, por ejemplo, las 5 A's: Acceso, Aceptación, Conciencia, Asequibilidad (financiera y no financiera) y Activación (intervenciones de estímulo conductual).]

38 See Women in Global Health (2023). [The State of Women and Leadership in Health](#). Further report on the Great Resignation due 2023. [Véase el informe [The State of Women and Leadership in Health](#), Women in Global Health (2023). Nuevo informe sobre la gran dimisión previsto para 2023.]

39 Ekezie, W., et al., 2022. Access to Vaccination among Disadvantaged, Isolated and Difficult-to-Reach Communities in the WHO European Region: A Systematic Review. Vaccines. [Ekezie, W., et al., 2022. Acceso a la vacunación entre comunidades desfavorecidas, aisladas y de difícil acceso en la región europea de la OMS: una revisión Sistemática. Vacunas.]

40 ECDC, 2023. Data on COVID-19 vaccination in the EU/EEA [ECDC, 2023. Datos sobre la vacunación COVID-19 en la UE/EEE]

41 In a recent book about childhood inequity in primary care the following observations were made about European vaccination registers: Finland, Iceland and Denmark (random sample only) were able to provide individual data from comprehensive national registers. Complete national data were available with area-based linkage from Ireland. Individually linked regional total population data were available from Sweden and regional small area-based population data from Spain (Catalonia). UK (England-only) data were provided from 1,200 nationally representative English general practices. Regional data and data on ethnicity were only available from three countries (Sweden, Finland and Iceland Blair, M. and Alexander, D., 2019. "Equity", Issues and Opportunities in Primary Health Care for Children in Europe. Emerald Publishing Limited.

[En un libro reciente sobre la inequidad infantil en la atención primaria, se hicieron las siguientes observaciones sobre los registros de vacunación europeos: Finlandia, Islandia y Dinamarca (muestra aleatoria únicamente) pudieron proporcionar datos individuales de registros nacionales completos. Datos nacionales completos estuvieron disponibles con enlace basado en áreas de Irlanda. Datos de población total regional vinculados individualmente estuvieron disponibles de Suecia y datos de población basados en pequeñas áreas regionales de España (Cataluña). Se proporcionaron datos de Reino unido (sólo Inglaterra) a partir de 1200 prácticas generales inglesas representativas a nivel nacional. Los datos regionales y los datos sobre etnicidad solo estaban disponibles en tres países (Suecia, Finlandia e Islandia) Blair, M. y Alexander, D., 2019. Equidad, Asuntos y Oportunidades en Atención Primaria para Niños en Europa. Emerald Publishing Limited.]

42 Boyce, T., 2019. Towards equity in immunisation. Euro Surveill. [Boyce, T., 2019. Hacia la equidad en la inmunización. Euro Surveill.]

43 Para más información visita el sitio web de la Iniciativa de Seguridad de las Vacunas

44 Roberts, D., 2021. National Immunisation Programme: health equity audit. Public Health England. [Roberts, D., 2021. Programa Nacional de Inmunización: auditoría de equidad en salud. Public Health England.]

45 Dubé, E., et al., 2018. The WHO Tailoring Immunization Programmes (TIP) approach: Review of implementation to date. ElSevier. [Dubé, E., et al., 2018. El modelo centrado en las personas para adaptar los programas de inmunización: Revisión de la implementación hasta la fecha. ElSevier.]

46 25 January 2022, Business Fights Poverty online discussion. [25 de enero de 2022, debate en línea de Business Fights Poverty.]

47 Boyce, T., et al., 2019. Towards equity in immunisation. [Boyce, T., et al., 2019. Hacia la equidad en la inmunización.]

48 Edelstein, M., et al., 2018. A comparison of vaccination coverage for different year groups and delivery models within school-based vaccination programmes in England in 2015/16. Fondazione Progetto Arca Onlus. [Edelstein, M., et al., 2018. Una comparación de la cobertura de vacunación para diferentes grupos de años y modelos de entrega dentro de los programas de vacunación basados en escuelas en Inglaterra en 2015/16. Fondazione Progetto Arca Onlus.]

49 David E. Velasquez, D., Nolen, L., Martin, A., 2021. Mobile Clinics Can Help Reduce Health Inequity. Scientific American. [David E. Velasquez, D., Nolen, L., Martin, A., 2021. Las clínicas móviles pueden ayudar a reducir la inequidad en salud. Scientific American.]

50 Crocker-Buque, T., Edelstein, M., & Mounier-Jack, S., 2017. Interventions to reduce inequalities in vaccine uptake in children and adolescents aged <19 years: a systematic review. J Epidemiol Community Health. [Crocker-Buque, T., Edelstein, M., & Mounier-Jack, S., 2017. Intervenciones para reducir las desigualdades en la toma de vacunas en niños y adolescentes de <19 años: una revisión sistemática. J Epidemiol Community Health.]

51 ibídem

52 Pharmaceutical Group of the European Union. Pharmacy 2030: A Vision for Community Pharmacy in Europe. [Grupo Farmacéutico de la Unión Europea. Farmacia 2030: Una Visión para la Farmacia Comunitaria en Europa.]

53 Countries where pharmacies are able to administer flu vaccines include: Denmark, France, Greece, Ireland, Norway, Portugal, Switzerland, United Kingdom. Source: European Commission Pharmacists. PGEU Statement on Flu Vaccination 2021–2022. [Países donde las farmacias pueden administrar vacunas contra la gripe incluyen: Dinamarca, Francia, Grecia, Irlanda, Noruega, Portugal, Suiza, Reino Unido. Fuente: Farmacéuticos de la Comisión Europea. Declaración de PGEU sobre la Vacunación Contra la Gripe 2021–2022.]

54 Edelman Trust, 2022. 2022 Edelman Trust Barometer. [Edelman Trust, 2022. Barómetro de Confianza Edelman 2022.]

55 Think Young, 2022, COVID-19, Vaccine Hesitancy and routine immunisation: Innovating vaccine delivery for youth. [Think Young, 2022, COVID-19, Reticencia a las vacunas e inmunización rutinaria: innovación en la administración de vacunas a los jóvenes.]

56 Interview with Dr Rochelle Burgess, January 2022. [Entrevista con la Dra. Rochelle Burgess, enero de 2022.]

57 Wellcome Trust, 2020. Effective ways to increase vaccination rates. [Wellcome Trust, 2020. Formas efectivas de aumentar las tasas de vacunación.]

58 ibídem

59 Coalition for Vaccination, 2023. European healthcare professionals unite for the future of vaccination. [Coalición para la Vacunación, 2023. Profesionales sanitarios europeos se unen para el futuro de la vacunación.]

60 Paterson, P., et al., 2016. Vaccine hesitancy and healthcare providers. Vaccine. [Paterson, P., et al., 2016. Reticencia a las vacunas y personal médico. Vaccine.]

61 Jenson, J. A., 2023. Transformations in Community Collaboration: Lessons from COVID-19 Champions across London. ADPH London. [Jenson, J. A., 2023. Transformaciones en la Colaboración Comunitaria: Lecciones de los Campeones de la COVID-19 en Londres. ADPH Londres.]



El compromiso comunitario puede lograr cosas que, a primera vista, parecen imposibles de conciliar. Las comunidades romaníes organizarán viajes en coche compartido a las clínicas de vacunación; los niños harán un vídeo sobre la atención sanitaria que se volverá viral; los ciudadanos de a pie sentirán curiosidad por saber cómo se ha desarrollado y probado una vacuna; y se pueden salvar vidas simplemente tendiendo la mano y haciendo las preguntas adecuadas. La realidad más difícil es que la confianza no se construye en minutos u horas, sino en meses y años, lo que no es ideal para la ejecución de proyectos. Como dijo un trabajador comunitario: «tenemos que seguir construyendo este puente, porque no podemos construir un puente y quemarlo después de haberlo usado. Esos puentes tienen que estar ahí. Y hay que mantenerlos. Y hay que cuidarlos».

—Julie Jenson, autora de *Transformations in Community Collaboration*