

ESTRATEGIAS DE INMUNIZACIÓN FRENTE A LA COVID-19 A POBLACIONES CON BARRERAS DE ACCESO: EL CASO DE MADRID

Santiago Cerdá Suárez

Universitat Oberta de Catalunya

Fátima Cortés Fernández

María Dolores Rivas Hernández

Carmen Ramos Martín

Subdirección General de Prevención y Promoción de Salud. Madrid Salud

RESUMEN

Este estudio evalúa la estrategia de vacunación frente a la COVID-19 llevada a cabo por la Subdirección General de Prevención y Promoción de la Salud de Madrid Salud, dirigida a poblaciones con exclusión estructural y barreras de acceso al recurso. Mediante un diseño de métodos mixtos se identificaron los factores determinantes y el alcance de la intervención. La estrategia garantizó la inmunización de 10.835 personas en situación de exclusión, superando barreras multidimensionales: administrativas, socioeconómicas y culturales. El éxito radicó en la capilaridad territorial de los Centros Municipales de Salud Comunitaria, la consolidación de alianzas con 216 entidades sociales y la deslocalización del recurso mediante 60 salidas al territorio. Este modelo se presenta como una práctica de referencia replicable para garantizar la equidad en salud pública ante futuras crisis sanitarias globales.

1. INTRODUCCIÓN

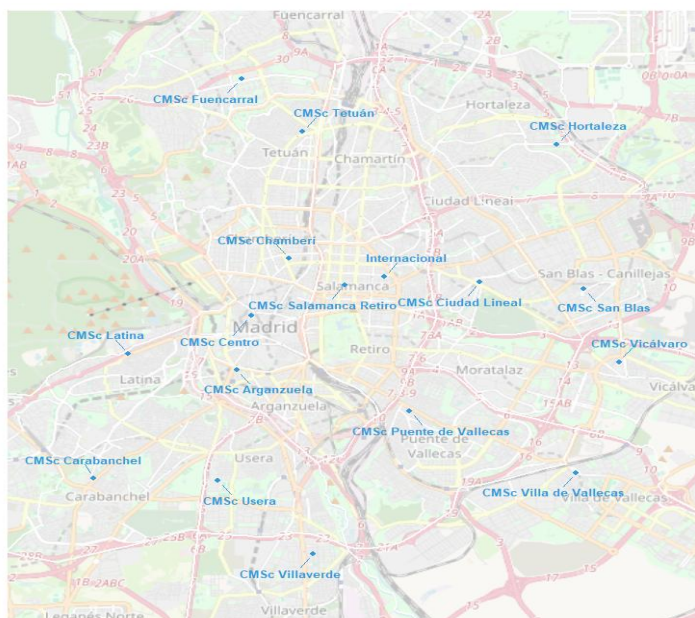
Tras estos años después de la crisis sanitaria global por COVID-19, el análisis de las estrategias de inmunización ha evolucionado desde la gestión de la emergencia inicial hacia la evaluación de la resiliencia y la equidad de los sistemas de salud. La perspectiva temporal actual permite identificar que, si bien la disponibilidad de vacunas fue el primer reto logístico a nivel europeo y nacional (Ministerio de Sanidad, 2021), la verdadera brecha de salud pública residió en la accesibilidad de los grupos con vulnerabilidad estructural, un aspecto subrayado por las directrices internacionales sobre equidad (Organización Mundial de la Salud, 2021). La Estrategia de Vacunación en España ya estableció en su marco ético que la equidad no es solo un principio formal, sino una obligación para realizar esfuerzos proactivos para alcanzar a quienes enfrentaron barreras de acceso (Ministerio de Sanidad, 2020). Así, documentar hoy la intervención realizada por Madrid Salud no es solo un ejercicio de registro histórico, sino una necesidad para validar modelos de “salud pública de proximidad” (Generalitat de Catalunya, 2010) que consiguieron reducir las desigualdades en el acceso a la vacuna en la ciudad de Madrid en un contexto de crisis sanitaria.

La campaña de vacunación frente a la COVID-19 en España se articuló, en sus fases iniciales, mediante dispositivos centralizados y sistemas de citación automatizada vía SMS (MINISTERIO DE SANIDAD, 2020). Este modelo, orientado a la eficiencia masiva, daba por sentado que la población objeto de la intervención estaba correctamente registrada en las bases de datos sanitarias (para el caso de Madrid, a través de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid) y poseía los medios tecnológicos para responder a esta convocatoria. Sin embargo, un sector importante de la población

quedó excluido de estos canales debido principalmente a barreras de diferente índole relacionadas con los determinantes sociales. Dichos colectivos, generalmente se correspondían con la población con mayor vulnerabilidad ante la epidemia por los siguientes motivos: 1) vulnerabilidad clínica o factores individuales (comorbilidades); 2) vulnerabilidad epidemiológica por mayor riesgo de exposición al contagio y/o dificultades para cumplir las medidas preventivas; 3) vulnerabilidad social derivada de las condiciones de vida.

Ante este escenario, en mayo de 2021, la Dirección General de Salud Pública de la Comunidad de Madrid solicitó la colaboración de la Subdirección de Prevención y Promoción de la Salud (SGPyPS) de Madrid Salud (Ayuntamiento de Madrid) a través de sus Centros Municipales de Salud Comunitaria (CMSc) y Centro de Salud Internacional (CSI) (Figura 1). El objetivo fue desarrollar una estrategia específica de vacunación dirigida a personas con dificultades de acceso al sistema sanitario normalizado. Esta intervención se articuló a través del Programa de Desigualdades Sociales en Salud, asumiendo como ejes vertebradores la equidad en salud, la participación comunitaria y el universalismo proporcional (Ayuntamiento de Madrid, 2020). Estos principios rectores permitieron diseñar una respuesta centrada en los territorios con brechas sociales más profundas.

Figura 1. Mapa de la distribución de los CMSc de Madrid Salud



El objetivo principal del presente artículo es doble: 1) Describir y analizar el proceso de implementación y el alcance de la estrategia de vacunación a colectivos sin acceso a la vacuna (principalmente colectivos como personas sin hogar, migrantes en situación irregular, mujeres en contextos de prostitución y personas con adicciones, entre otros; 2) Identificar y analizar los factores facilitadores y las barreras de la estrategia de vacunación detectadas por los profesionales involucrados y las personas usuarias.

2. ANTECEDENTES: ANÁLISIS DEL DISEÑO DE LA ESTRATEGIA DE VACUNACIÓN

Para garantizar la eficacia y el enfoque de equidad en la implementación de la estrategia, se identificaron previamente los criterios de viabilidad técnica y operativa que permitieran alcanzar los objetivos de salud pública propuestos:

- Experiencia previa de coordinación interinstitucional: Se partió de la colaboración previa entre la Comunidad de Madrid y el Ayuntamiento de Madrid en campañas de inmunización previas y, específicamente, durante las primeras fases de la crisis por COVID-19. Esta sinergia permitió

- que, desde el inicio, los centros dependientes de la SGPyPS asumieran la vacunación de profesionales sociosanitarios como paso previo a la intervención en colectivos vulnerables
- Conocimiento y proximidad territorial: La red de los CMSc aportó un conocimiento profundo de la realidad de los barrios y sólida estructura de alianzas con entidades sociales. Esta proximidad facilitó la identificación precisa de los recursos disponibles y de la población diana.
 - Alianzas intersectoriales: Se activaron mecanismos de coordinación con otras instituciones públicas y el tejido asociativo (vecinal y del tercer sector), para la identificación y captación de la población definida.
 - Flexibilidad operativa y humanización: La estrategia permitió adaptar la atención sanitaria mediante la supresión de la cita previa obligatoria. Este diseño buscó eliminar de forma anticipada las barreras de acceso y fomentar prácticas de “buen trato” y acogida, orientadas a reducir la desconfianza institucional característica en contextos de exclusión.

A partir de los criterios de viabilidad establecidos, en junio de 2021 se formalizó un protocolo de actuación que definió los grupos poblaciones a vacunar, los procedimientos de citación y registro, y la logística operativa de todo el proceso de vacunación. La estrategia priorizó diversos perfiles de vulnerabilidad, como personas sin hogar, residentes en centros de acogida, mujeres víctimas de trata o en contexto de prostitución, personas migrantes en situación administrativa irregular, personas con adicciones, usuarios y usuarias de comedores sociales y jóvenes extutelados. Los CMSc establecieron sus propios mecanismos de coordinación según la población a vacunar junto a las entidades, con el objetivo de definir el procedimiento adecuado para la derivación de las personas usuarias.

3. METODOLOGÍA

Para evaluar implementación y el impacto de la intervención, se ha empleado un diseño de métodos mixtos (cuantitativo y cualitativo) con un enfoque descriptivo y analítico, tomando como base el proceso de seguimiento documentado por la SGPyPS de Madrid Salud (Madrid Salud, 2023). Este diseño metodológico ha permitido triangular los datos de cobertura con la experiencia subjetiva de los actores implicados, garantizando una comprensión integral de las barreras de acceso.

3.1 Análisis cuantitativo

Se realizó un análisis descriptivo de las dosis administradas a la población. Los datos se obtuvieron a través de dos fuentes principales:

- Registro Unificado de Vacunas (RUV) correspondientes al periodo entre marzo y diciembre de 2021, momento en el que se desarrolló la intervención.
- Registros Internos de cada CMSc y el CSI, que proporcionaron los datos registrados de las vacunas administradas en una base de datos común.

Este doble registro permitió monitorizar el número de personas inmunizadas, el tipo de vacuna y la ubicación en el territorio de la intervención (centros propios o salidas al territorio)

3.2 Análisis cualitativo

Con el objetivo de identificar los factores facilitadores y las barreras críticas en la implementación, se aplicaron técnicas de investigación cualitativas de carácter participativo. Este enfoque permitió capturar la complejidad de los determinantes sociales que influyeron en la adherencia a la vacunación. Las técnicas empleadas se detallan en la Tabla 1.

Tabla 1. Técnicas de investigación cualitativa y fuentes de información

Técnica	Población/Participantes	Objetivo
Talleres colaborativos	Elaboración de un DAFO participativo con las referentes del Programa de Desigualdades Sociales en Salud (DSS) de Madrid Salud	Analizar los mapas de actores, las barreras y los éxitos de la captación territorial y el desarrollo de la intervención
Entrevistas cualitativas	Entrevistas cualitativas grupales con responsables de la SGPyPS	Analizar el diseño y desarrollo de la estrategia
Observación participantes	Observación participante en 3 salidas extramurales para la vacunación en: - Poblados marginales con profesionales sanitarios de Samur Social. - Polígono industrial para vacunar a mujeres en situación de prostitución y/o víctimas de trata. - Centros de acogida para personas en situación de calle	Documentar la interacción directa y las barreras surgidas
Entrevistas cualitativas	4 entrevistas cualitativas con responsables de entidades colaboradora	Identificar barreras en la población migrante
Entrevistas grupales	Entrevista grupal con personas usuarias de una entidad colaboradora	Identificar las principales barreras y facilitadores de la estrategia

4. RESULTADOS

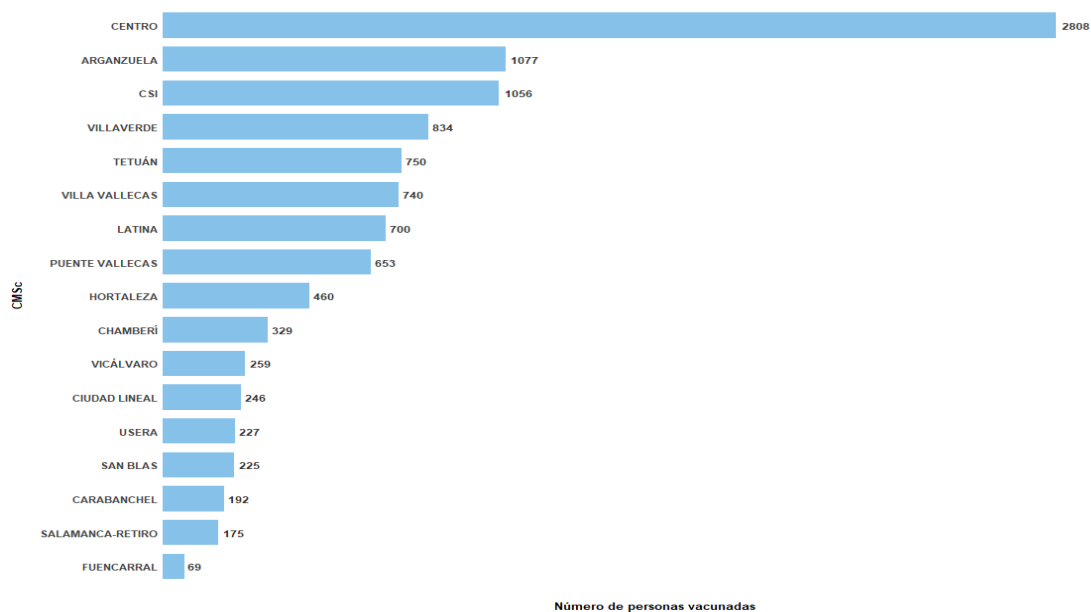
4.1. Alcance de la intervención y análisis descriptivo

Entre marzo y diciembre de 2021, la estrategia de Madrid Salud alcanzó a un total de 10.800 personas con dificultades de acceso al sistema sanitario o en situación de vulnerabilidad social (Figura 2). Estos resultados evidencian la capacidad de la red municipal para captar población que, debido a las barreras presentes, habría quedado al margen de los dispositivos de vacunación generalistas.

La distribución territorial reflejó la capacidad de respuesta de los 16 CMSc en distritos con alta densidad de la población vulnerable. Entre los nodos de mayor actividad destacan los CMSc Centro (2.808 vacunaciones), Arganzuela (1.077), el CMSc Villaverde (834) y el CSI, con 1.056 personas vacunadas.

Otros distritos como Puente y Villa de Vallecas, Tetuán y Latina registraron cifras muy elevadas gracias a la solidez de sus alianzas comunitarias previas.

Figura 2. Distribución de las personas vacunadas en los CMSc y CSI



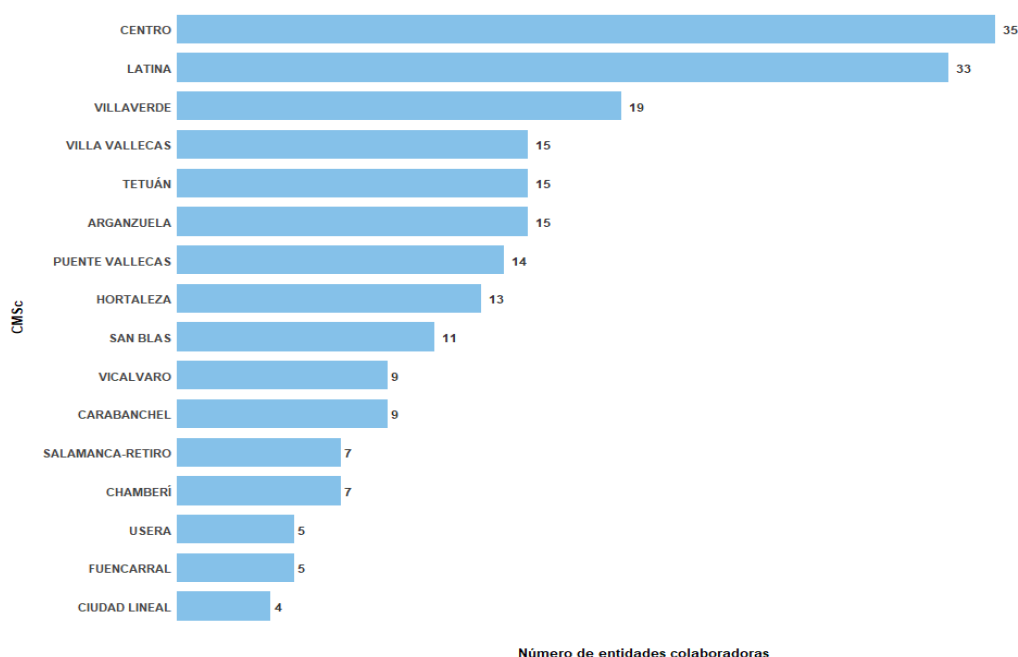
Cabe destacar que se realizaron un total de 60 salidas a territorio (Anexo 1) para garantizar la vacunación a aquellas personas con imposibilidad de desplazarse físicamente. Estos lugares incluyeron asentamientos de personas, dispositivos de personas sin hogar, recursos de adicciones y entidades sociales.

4.2. Análisis de la implementación de la estrategia:

La operatividad de la vacunación se articuló mediante cuatro circuitos adaptados a la realidad de los participantes:

- *Vacunación a colectivos organizados*: Se colaboró con un total de 216 entidades sociales y ONGs (Figura 3), apoyándose en la existencia de las alianzas previas o a través de la creación de relaciones nuevas. Se elaboraron listados conjuntos y se organizaron jornadas de vacunación personalizada con cada entidad, tanto en los CMSc como en las sedes de los propios recursos.

Figura 3. Número de colaboraciones con entidades por cada CMSc



- *Vacunación individualizada por derivación*: Mediante la canalización de casos individuales desde Servicios sociales o programas específicos de Madrid Salud para personas sin documentación, con barreras idiomáticas o necesidades urgentes.

- *Dispositivos de proximidad/puntos de vacunación masiva*: De la coordinación entre Consejería de Sanidad y la SGPyPS se establecieron dispositivos de vacunación en calle debido a una baja cobertura en algunos distritos de la ciudad, coincidiendo con zonas consideradas vulnerables (Villa de Vallecas, Puente de Vallecas y Centro). El objetivo era acercar la vacunación a la población de dichas áreas, lo que permitió inmunizar a más de 1.000 personas en un solo día.

- *Unidades móviles*: Se instalaron puntos de vacunación móviles en zonas estratégicas como asentamientos y otros lugares dispersos en la ciudad. Con las personas en situación de calle se emplearon estrategias de acercamiento, vacunando in situ u ofreciéndoles el traslado en Unidad Móvil al punto de vacunación. Cabe destacar el trabajo con personas localizadas en la Cañada Real Galiana y personas con adicciones. Esta estrategia con personas sin hogar se llevó a cabo con el CMSc de Arganzuela, con la participación de Samur Social y otros recursos relacionados con Servicios Sociales.

4.3. Factores influyentes en la implementación (Análisis Cualitativo)

Barreras de acceso identificadas: El análisis cualitativo permitió identificar las tensiones entre las barreras de los usuarios y los facilitadores del sistema:

Estructurales y Administrativas: La brecha digital (imposibilidad de citación vía web o SMS), el miedo a la identificación por situación irregular, la falta de documentación y la creencia de no tener derecho a la asistencia dificultaron el acceso a algunos grupos de población.

Socioeconómicas: La precariedad laboral (imposibilidad de ausentarse del trabajo) y las dificultades de transporte hacia centros de vacunación centralizados (ej. Población de la Cañada Real).

Culturales: Las barreras idiomáticas dificultaron el acceso a la información sanitaria, generando a su vez un desconocimiento del sistema sanitario, y provocando temores sobre los posibles costes económicos del servicio.

Logísticas: Cambios en las directrices de vacunación (transición de dosis única a pautas de dos dosis) y alta carga de trabajo para las entidades colaboradoras, que tuvieron que localizar a las personas, elaborar listados, acompañar a las personas y llevar a cabo labores de mediación y traducción.

Informativas: La falta de fluidez de la información institucional en momentos críticos y la aparición de desinformación en redes sociales motivó talleres informativos antes de poder vacunar a la población.

Facilitadores del éxito de la estrategia:

El enfoque de proximidad: El conocimiento previo de la distribución de las poblaciones más vulnerables en cada territorio por parte de los CMSc facilitó la identificación y el acercamiento a la población objeto de la intervención.

Mediación intercultural: La presencia de figuras de mediación aportadas por las entidades generaron un entorno de confianza y seguridad, garantizando que las personas accedieran al recurso superando barreras idiomáticas y de desconfianza institucional.

Alianzas estratégicas: La “capilaridad” que se lograba a través del tejido asociativo y el “boca a boca” entre las personas usuarias mejoró notablemente la cobertura.

Flexibilidad institucional: La capacidad de los equipos para desplazarse fuera de los centros sanitarios y la flexibilidad de adaptación de la estrategia a las personas usuarias, frente a la mayor rigidez de los procedimientos de vacunación masiva, mejoraron la cobertura.

Enfoque comunitario, contextualizado y coordinado previo: las alianzas ya establecidas a través del trabajo comunitario y la capacidad para establecer nuevas alianzas en el territorio posibilitaron la coordinación con un gran número de entidades de la ciudad.

5. CONCLUSIONES

El análisis de esta intervención demuestra que la equidad en el acceso a la salud no puede depender de mecanismos generalistas o burocráticos rígidos, ni que es una consecuencia automática de la disponibilidad del recurso (la vacuna), sino el resultado de un diseño y compromiso institucional que reconoce y actúa sobre las diferentes barreras.

Los sistemas de citación digital y los grandes centros de vacunación que definió el modelo centralizado de vacunación se mostraron insuficientes para alcanzar a poblaciones invisibilizadas o con barreras de acceso por diversos factores. La equidad no es un resultado accidental, sino el fruto de una planificación flexible basada en el conocimiento de las realidades sociales que atraviesan los territorios. Esto confirma la necesidad de integrar de forma permanente enfoques de universalismo proporcional en las políticas de salud pública, donde la intensidad de la intervención se ajuste a la profundidad de la barrera social.

Esto muestra la eficacia del modelo comunitario, que logró alcanzar a más de 10.800 personas que no hubiesen accedido a la vacunación por otra vía. La existencia de la red de los CMSc y el CSI y sus equipos sociosanitarios trabajando de forma interdisciplinar, permitió adaptar la intervención a las necesidades de los grupos poblacionales. Se demuestra, así, que la proximidad territorial (centros que forman parte de los barrios) y el trabajo intersectorial son mecanismos capaces de garantizar la equidad en situaciones de crisis. Así, la colaboración entre el ámbito sanitario (SGPyPS-Madrid Salud) y el tejido social (asociaciones vecinales, entidades sociales y ONGs) no es solo un apoyo logístico, sino una condición necesaria para la eficacia de las intervenciones en salud pública.

Finalmente, este modelo de “vacunación sin barreras” se muestra como una práctica de referencia clave que sirva de ejemplo para la gestión de futuras crisis, y se destaca el valor del aprendizaje institucional derivado de esta estrategia, algo fundamental para mejorar su implementación en caso de necesidad en el futuro.

6. BIBLIOGRAFÍA

- AYUNTAMIENTO DE MADRID (2020). Estrategia Madrid, una ciudad saludable 2020–2024. Madrid Salud.
- COMUNIDAD DE MADRID (2021). Actualización de la Estrategia de Vacunación frente a COVID-19 en España. Dirección General de Salud Pública.
- GENERALITAT DE CATALUNYA (2010). Los gobiernos territoriales de salud, un modelo de proximidad. Departamento de Salud, CatSalut.
- MINISTERIO DE SANIDAD (2020). Equidad en Salud y COVID-19. Madrid: Ministerio de Sanidad.
- MINISTERIO DE SANIDAD (2021). Estrategia de vacunación frente a la COVID-19 en España. Gobierno de España.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2008). Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. OMS.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2021). Consideraciones para la equidad en la vacunación COVID-19. OMS.

SUBDIRECCIÓN GENERAL DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD – MADRID
 SALUD (2023). Informe del proceso de vacunación frente a la COVID-19 a personas con
 barreras de acceso. Ayuntamiento de Madrid.

7. ANEXOS

Anexo 1. Distribución de las salidas al territorio para la inmunización

CMSc	Número de salidas desde el inicio de la vacunación	Lugares de vacunación
Arganzuela	5	Asentamientos con Samur Social
Carabanchel	1	Albergue San Martín de Porres
Centro	3	- Albergue San Isidro - Asociación SERCADE - Centro de acogida La Rosa
Chamberí	9	- Asociación Cachito de Cielo - Comedor Luz Casanova - Comedor Martínez Campos - Asociación Karibu - Asociación APLA
Fuencarral	2	Centro Carmen Scristán
Latina	6	- CAD - Centro de acogida Puerta Abierta - Asociación CEDIA - Cruz Roja
San Blas	1	CAD
Tetuán	20	- CAD Tetuán - Médicos del Mundo
Villa Vallecas	6	- Centro de acogida Vivero - Centro de acogida Caracolas - Centro de Campaña del Frio - CRD Cañada Real
Villaverde	7	- CAD - Centro ocupacional AFANDICE - Comedor Social Mensajeros de la Paz - Comisión para la investigación para los malos tratos a mujeres