

Intervenciones de alto impacto en población socialmente vulnerable

**Montse de la Fuente Hurtado¹, Santiago Urmeneta Aguilar²,
María Estrella Extramiana Cameno³, Laura Laquidain Azpiroz⁴,
Marisol Aranguren Balerdi⁵**

1. Sección de Atención Sociosanitaria. Servicio de Efectividad y Seguridad Asistencial. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Pamplona.
2. Gerencia del Área de Salud de Tudela. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Tudela.
3. Servicio de Salud Laboral. Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra. Dirección General de Salud. Pamplona.
4. Sección de acompañamiento y mediación intercultural. Servicio Karibu de Acogida y Acompañamiento a personas migrantes. Dirección General de Políticas Migratorias.
5. Servicio de Efectividad y Seguridad Asistencial. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Pamplona.

Correspondencia: Montse de la Fuente Hurtado [mdelafhu@navarra.es]

Resumen

La enorme crisis social y sanitaria que ha provocado la pandemia COVID-19 ha puesto de manifiesto el importante impacto que los determinantes sociales tienen en los procesos de salud-enfermedad. Para tratar de mitigar este efecto, paralelamente a las acciones desarrolladas dentro del “*Plan Global para el desarrollo de actuaciones sociosanitarias y comunitarias ante la COVID-19 en Navarra*” ha sido necesario articular una serie de medidas más focalizadas y adaptadas a ciertos grupos de población en situación de mayor vulnerabilidad desde el punto de vista social y epidemiológico. Algunas de ellas han resultado muy eficaces para la gestión de la pandemia y necesarias desde el punto de vista de la equidad. Buenos ejemplos de ello son las actuaciones realizadas en entornos laborales de especial vulnerabilidad como lo es el sector hortofrutícola, o las adaptaciones realizadas durante el proceso de vacunación para poder garantizar este derecho en determinados colectivos con dificultades para acceder a la vacunación por cuestiones derivadas de su situación (por ejemplo, personas en situación de alta exclusión) o por cuestiones derivadas de dificultades idiomáticas o claves culturales en el caso de las personas de origen extranjero.

INTRODUCCIÓN

La crisis de la COVID-19 está teniendo un impacto sin precedentes a nivel mundial. Pero este impacto no está siendo igual para todas las personas.

La Organización Mundial de la Salud (2009) señala que la salud “*es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*”. El concepto se expresa en una doble vertiente de salud física y en su forma de experiencia individual, como percepción de bienestar. A partir de esta premisa pueden surgir múltiples

interpretaciones en razón de los escenarios culturales, históricos y orientaciones, más allá de las cuales existe un acuerdo de partida: considerarla como un proceso de adaptación entre el individuo y el entorno natural y socioeconómico-cultural.

Las desigualdades sociales en salud son aquellas diferencias en salud injustas y evitables entre grupos poblacionales definidos por sus aspectos sociales, económicos, demográficos o geográficos¹. Estas desigualdades son el resultado de la distinta distribución de circunstancias, oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas, y que se traduce en una peor salud entre los colectivos socialmente menos favorecidos¹.

Los determinantes sociales de la salud son las condiciones de los entornos en los que las personas nacen, viven, aprenden, trabajan, juegan, practican su religión y envejecen, que afectan a una amplia gama de resultados y riesgos para la salud, el funcionamiento y la calidad de vida². Los determinantes sociales de la salud pueden crear desigualdades sanitarias dentro de la sociedad, y pueden afectar al bienestar, a los resultados sanitarios, a la prevalencia de enfermedades y a la mortalidad³. De ello se deduce que los recursos que mejoran la calidad de vida, como la disponibilidad de una vivienda segura y asequible, el acceso a la educación, la seguridad social, y la disponibilidad de alimentos saludables, entre otros, pueden tener una influencia significativa en los resultados de salud de la población². *Healthy People 2020* desarrolló un marco organizativo que refleja cinco áreas clave de los determinantes sociales de la salud: la estabilidad económica, la educación, el contexto social y comunitario, el cuidado sanitario, y el entorno urbanístico².

Estudios realizados en España muestran que las personas de clases sociales desfavorecidas, las de etnia gitana, las que residen en áreas con mayor privación, las mujeres, y la población migrante procedente de países en vías de desarrollo, presentan peores condiciones de vida y de trabajo que se manifiestan en la salud¹. Estas desigualdades entre grupos sociales se dan en forma de gradiente en toda la escala social¹.

Las crisis, incluidas las pandemias como la COVID-19, tienen la capacidad de acentuar las desigualdades sociales y sanitarias, especialmente las que pasarían desapercibidas u ocultas antes de la pandemia³. A este respecto, una revisión obtuvo que los grupos de población vulnerables, en particular los que pertenecen a una minoría racial y aquellos con ingresos bajos, son más susceptibles y se han visto afectados en mayor medida por la COVID-19, incluyendo un mayor riesgo de mortalidad³. A su vez, las desigualdades de género y la violencia familiar se han visto exacerbadas por la

pandemia, conduciendo a una disminución del bienestar particularmente entre las mujeres. Por otra parte, la COVID-19 ha acrecentado el impacto de los determinantes sociales de la salud a través de la pérdida de empleo/ingresos, la falta de acceso a la atención sanitaria, la inestabilidad de la vivienda, la falta de hogar y las dificultades de desplazamiento³.

Históricamente, las pandemias se han experimentado de manera desigual con tasas más altas de infección y mortalidad entre las comunidades más desfavorecidas, particularmente en países socialmente más desiguales. La evidencia emergente de una variedad de países sugiere que estas desigualdades se reflejan hoy en la COVID-19. Tanto entonces como ahora, estas desigualdades han surgido a través de la naturaleza sindémica de COVID-19, ya que interactúa y exacerba las desigualdades sociales existentes en enfermedades crónicas y los determinantes sociales de la salud. La COVID-19 ha puesto al descubierto nuestras desigualdades sociales, económicas y políticas de larga data: incluso antes de la pandemia de la COVID-19 la esperanza de vida entre los grupos más pobres ya estaba disminuyendo en el Reino Unido y los EE.UU. y las desigualdades en salud en algunos países europeos han ido en aumento⁴.

Aterrizando en el término vulnerabilidad, es posible identificar tres tipologías, que se encuentran además interrelacionadas. La vulnerabilidad clínica, la vulnerabilidad social y la vulnerabilidad epidemiológica⁵. Algunas características individuales (edad, problemas de salud crónicos, etc.) conllevan una mayor vulnerabilidad clínica y una peor evolución ante la enfermedad por COVID-19. La vulnerabilidad social se relaciona con la inseguridad y la indefensión que experimentan algunas comunidades y familias en sus condiciones de vida y con su capacidad para manejar recursos y para movilizar estrategias de afrontamiento. La pandemia de COVID-19 y las medidas para su control han tenido un impacto socioeconómico desigual en la población por lo que han recrudecido o generado nuevos contextos de vulnerabilidad social. Además, la crisis sanitaria de la COVID-19 ha puesto de manifiesto el peso de los determinantes sociales de la salud, es decir, de las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Estos determinantes se distribuyen de manera desigual en la población produciendo desigualdades sociales en salud. Esto produce que las personas en situaciones de mayor vulnerabilidad social suelen soportar también una mayor vulnerabilidad epidemiológica, entendida como un mayor riesgo epidemiológico por una mayor exposición a la infección, retraso en el diagnóstico e identificación de contactos o mayor dificultad para seguir las medidas de aislamiento o cuarentena.

Tomando como referencia y justificación las referencias conceptuales explicadas anteriormente, se describen a continuación las actuaciones rea-

lizadas para tratar de mitigar los efectos de los determinantes sociales y la interrelación entre los distintos tipos de vulnerabilidad. En primer lugar, se desarrolla lo relativo a las personas trabajadoras temporeras en explotaciones agrícolas y posteriormente las adaptaciones realizadas en el proceso de vacunación.

PERSONAS TRABAJADORAS TEMPORERAS

El 30 de enero de 2020 la OMS declaró la COVID-19 como emergencia de salud pública internacional. Desde el inicio de la pandemia se identificaron casos y *clusters* que se asociaron a exposición laboral. Posteriormente la aparición en diversos países de amplios brotes en trabajadoras y trabajadores de la industria cárnica y de despiece, de trabajadores y trabajadoras temporeras que compartían dormitorios o comedores u otros espacios habitacionales, con desplazamientos compartidos, etc. hizo sospechar del aumento de la vulnerabilidad de determinados colectivos laborales con desfavorables condiciones de vida y trabajo.

En relación a la actividad agrícola en Navarra merecen especial atención los períodos de recolección agrícola, fundamentalmente en la zona media y ribera de Navarra, que requieren la contratación de trabajadores y trabajadoras temporeras que con frecuencia vienen de otras comunidades autónomas y del extranjero. Los contactos interpersonales que pueden producirse en los desplazamientos en grupos de este colectivo, entre distintas zonas geográficas, nacionales y extranjeras; algunas características de la propia actividad que realizan; y los alojamientos en donde residen compartiendo zonas comunes que limitan las posibilidades de mantener la distancia interpersonal de seguridad, son situaciones de riesgo sobre las que se debía actuar de manera responsable⁵, aplicando todas las medidas a nuestro alcance.

Actuaciones realizadas en relación con personas trabajadoras temporeras en explotaciones agrícolas

La detección de brotes de COVID-19 en empresas agrícolas en otras comunidades autónomas o regiones de Europa hizo que en Navarra se activaran tempranamente programas específicos en trabajos en explotaciones agrícolas. Dicho programa fue coordinado por el Servicio de Salud Laboral (SSL) del Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra (ISPLN), y en él participaron distintos departamentos del Gobierno de Navarra, la Federa-

ción Navarra de Municipios y Concejos (FNMC), organizaciones agrarias y cooperativas de empresas agrícolas, empresas del sector, empresas de trabajo temporal del sector, organizaciones sindicales y servicios de prevención de riesgos laborales.

Teniendo en cuenta los movimientos del personal temporero para la realización de las distintas campañas por todo el territorio español, en el seno del Consejo Interterritorial de Salud, los ministros en ejercicio de Sanidad, y de Agricultura, Pesca y Alimentación, realizaron encuentros con las comunidades autónomas, entre ellas Navarra, para coordinar y anticiparse al desplazamiento de personal temporero al objeto de prevenir posibles brotes de COVID-19 en las campañas agrícolas. Además, en Navarra se desarrollaron diferentes encuentros institucionales y técnicos con comunidades vecinas como La Rioja y la Comunidad Autónoma Vasca para consensuar actuaciones comunes.

El objetivo de dicho programa fue garantizar en las explotaciones agrícolas la adopción de medidas organizativas, técnicas y de información y formación de las personas trabajadoras, que asegurasen la prevención y control de la transmisión y la infección por SARS-CoV-2 en todos los procesos relacionados con la actividad de la producción agrícola, incluyendo, en la medida de lo posible, las necesarias en los alojamientos que se habilitarían para este personal.

Los objetivos específicos del programa fueron:

- a) Con los empresarios y empresarias:
 - Sensibilizar sobre la necesidad de adoptar medidas preventivas frente a la COVID-19 en las explotaciones agrícolas
 - Informar y formar sobre el COVID-19: qué es, cómo se transmite, cómo se previene
 - Asesorar sobre las medidas preventivas a adoptar en las explotaciones agrícolas y seguimiento de su implantación.
 - Promover la cultura preventiva en las explotaciones agrícolas y la integración de la prevención de riesgos laborales en las mismas.
- b) Con los trabajadores y trabajadoras temporeras:
 - Informar y formar sobre la COVID-19: qué es, cómo se transmite, cómo se previene
 - Garantizar al personal temporero extranjero acceso a información sobre prestaciones laborales y sanitarias en su propio idioma
 - Detección precoz y seguimiento de los posibles casos de COVID-19 mediante la realización de PCR al inicio de la relación laboral o ante la aparición de síntomas compatibles.
 - Garantizar una residencia adecuada para la realización de cuarentenas si eran necesarias.

- Promover condiciones de vivienda adecuada para el personal temporero y sus familias
- Cuando hubo disponibilidad de vacunas, ofertar la vacunación a aquellas personas no vacunadas que desearan vacunarse.

Entre las acciones desarrolladas en el marco de este programa destacan:

1. Declaraciones responsables. Se aprobó por parte del Director General de Salud, la resolución 604/2020, por la que se adoptan determinadas medidas preventivas aplicables a la contratación de trabajadoras y trabajadores temporales en las campañas agrarias que se lleven a cabo en Navarra, para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por la pandemia COVID-19.

De dicha Resolución se destaca:

- El compromiso del Gobierno de Navarra en cuanto a realizar pruebas de PCR a las personas que no están censadas en municipios de Navarra o que, aun estando censadas en municipios de Navarra hayan realizado campañas agrícolas en los dos últimos meses en otras comunidades autónomas o en otros países.
- En el supuesto de aparición de un resultado positivo, la instrucción, de que la persona y sus contactos estrechos se aislarían y en caso de no disponer de las condiciones sanitarias adecuadas para realizar este aislamiento, se facilitaría un alojamiento en los establecimientos que el Departamento de salud habilitó para ello.
- El compromiso por parte de las personas empleadoras de cumplimiento de una Declaración Responsable en el momento que un/a trabajador/a fuera dado de alta de contratación, garantizando unas adecuadas condiciones sanitarias y laborales (también de transporte).

Estas declaraciones permitieron centralizar en el ISPLN la información de las personas temporeras contratadas en Navarra: fecha de inicio y fin de la relación laboral, empresa en la que desarrollaban su actividad laboral y localidad de residencia. Dicha información permitió estudiar los contactos estrechos de las personas positivas, así como conocer si los alojamientos cumplían con las condiciones de habitabilidad necesarias. Permitted también ofertar la vacunación a aquellas personas no vacunadas frente a COVID-19 cuando existió disponibilidad de vacunas.

2. Creación del espacio “personal temporero” en la WEB del ISPLN.
3. Elaboración de Instrucciones Preventivas frente al COVID-19 en las explotaciones agrícolas por parte del Servicio de Salud Laboral del ISPLN y difusión de las mismas. Dichas instrucciones fueron actualizándose a lo largo de la pandemia.

4. Elaboración de Infografía/ Material de apoyo para información y formación en diferentes idiomas.
5. Sesiones informativas a empresarios y empresarias de explotaciones agrícolas de Navarra. Se realizaron 6 sesiones informativas en distintas localidades de Navarra con importante actividad agrícola. Acudieron 198 personas responsables de explotaciones agrícolas.
6. Visitas a explotaciones agrícolas para comprobación y asesoramiento en la adopción de medidas preventivas en los lugares de trabajo frente a la COVID-19 por parte de personal técnico del Servicio de Salud Laboral del ISPLN.
7. Reunión con Empresas de Trabajo Temporal (ETT) y empresas de servicios agrícolas. Se constató que las empresas agrícolas que contrataban personal a través de ETT o empresas de servicios presentaban unas condiciones de trabajo muy deficientes en relación a la adopción de medidas preventivas y de formación e información a las plantillas sobre las mismas.

El objetivo de la reunión fue informales de sus obligaciones preventivas y exigirles que las cumplieran.

8. Activación de la coordinación ejecutiva de los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales (SPRL) de las empresas de servicios agrícolas y ETT.

Se mantuvo una reunión telemática con los SPRL de estas empresas, explicándoles que tenían la obligación de visitar aquellas explotaciones agrícolas en las que tenían trabajadores y trabajadoras. Se les explicó la metodología de las visitas. Se les aportó la lista de chequeo que debían utilizar para comprobar si se habían adoptado las medidas preventivas necesarias, así como el procedimiento para remitir los resultados de las visitas al Servicio de Salud Laboral.

9. Realización de PCR a los trabajadores y trabajadoras temporeras declarados en las declaraciones responsables. Las personas trabajadoras contratadas se comunicaron diariamente al Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (SNS-O) para asignarles número de Tarjeta Individual Sanitaria (TIS) y de Historia Clínica Informatizada (HCI). Se elaboró un procedimiento de actuación coordinado por el SNS-O para realizar la Prueba Diagnóstica de Infección Activa (PDIA) a dichas personas con la mayor brevedad, bien desplazando el equipo profesional necesario a las explotaciones agrícolas o convocando a los y las trabajadoras a través del empresario o empresaria contratante a un punto para la realización de las pruebas.
10. Comunicaciones de infracciones a Inspección de Trabajo y Seguridad Social.

Actuaciones sociosanitarias realizadas en el Área de Salud de Tudela (AST) con colectivos de población trabajadora especialmente vulnerable

Las condiciones de trabajo en el sector agrícola, en especial el horto-frutícola donde el trabajo está poco mecanizado, requiriendo trabajo manual de importante número de personas y que se debe concentrar en pocas semanas para la recolección u otras tareas agrícolas, hizo que este sector productivo fuese también especialmente vulnerable, además de otros determinantes sociales ya mencionados.

Siendo conscientes de las evidentes las dificultades para ejercer sobre el terreno un control permanente en el cumplimiento de todas las medidas propuestas por la administración sanitaria, en el área de salud de Tudela desde Trabajo Social Sanitario se realizaron tres intervenciones urgentes ligadas a brotes en entorno laboral, alineadas con las indicaciones de la propia Gerencia del AST y del ISPLN, junto con la coordinación de los correspondientes Equipos de Atención Primaria (EAP), Ayuntamientos, y representantes de las empresas en especial en los relacionados con temporeros y temporeras agrícolas de Milagro y Fontellas.

En agosto de 2020 por encargo de la Gerencia del área de salud de Tudela y en el marco del Plan Global para el desarrollo de actuaciones sociosanitarias y comunitarias ante la COVID-19, se realizó un cribado y valoración social vía telefónica de 132 trabajadores/as de una empresa situada en un polígono industrial de Tudela.

Previamente se elaboró una tabla de recogida de datos que proporcionara información que se consideró importante conocer relativa a: sexo, edad, lugar residencia, país nacimiento, número convivientes, características vivienda, dificultad comunicación, apoyos y redes familiares-vecinales. La información obtenida se puede observar en la tabla 1.

Tabla 1. Información social de las personas implicadas en el brote de agosto de 2020

Información	%
Mujeres	56
Menores de 48 años	79
Unidad familiar de más de 4 miembros	55
País de origen extranjero*	85
Marruecos	32
Ecuador	16
Vivienda compartida sin vinculo relacional entre convivientes	10
Residentes en Tudela	56

*: hasta 19 nacionalidades diferentes.

En cinco casos fue imprescindible contar con el servicio de Mediación Intercultural de Gobierno de Navarra, gestionado por Cruz Roja, por dificultades en la comunicación. En siete casos se detectaron graves dificultades para mantener adecuado aislamiento, por lo que fue necesaria coordinación con EAP y Servicios Sociales de Base (SSB) para activar apoyos en la comunidad y valorar traslado a recursos intermedios habilitados por el SNS-O.

En el área geográfica de Tudela y su Ribera, el sector primario de la agricultura tiene un peso importante, y esta producción agrícola es de vital importancia para el tejido industrial, siendo una actividad esencial que forma parte de la cadena de abastecimiento alimentario. La recolección de fruta se realiza en gran medida por personas temporeros y temporeras que se desplazan de otras comunidades autónomas o países, como era el caso de uno de los brotes detectados.

El momento de la recolección agrícola, que se realiza en su mayoría mediante la contratación de temporeros/as, es una situación en la que hay que extremar las medidas preventivas, según protocolos del Ministerio Sanidad¹⁰, donde las empresas y quienes contratan debían seguir las indicaciones y orientaciones para disminuir el riesgo de exposición y contagio por COVID-19. De la experiencia vivida se deduce que resultaba esencial que cada una de las partes implicadas asegurara el cumplimiento de su parcela de responsabilidad, en este caso la base de la prevención se sustentaba en que las personas o empresas que contrataban siguieran estas recomendaciones y pautas de los servicios de prevención y las emitidas por las autoridades sanitarias, en todos los procesos relacionados con la recogida, transporte, etc.

El punto clave en los dos brotes que se produjeron entre personas contratadas para la temporada fue el relacionado con el alojamiento donde se desarrolla la campaña agraria a la que acuden. Se dieron dos escenarios, el primero en Milagro en agosto de 2021, de unas 40 personas. Sobre el 50% de las personas positivas se concentraron en una vivienda compartiendo varios espacios: dormitorios, literas, comedor, baños... Personas la mayoría de nacionalidad extranjera, jóvenes que habían venido de otras comunidades y contratados por la empresa mediadora, no directamente por quienes tienen la titularidad de las explotaciones agrícolas, lo que dificultó más si cabe encontrar una interlocución válida. Identificar esta figura fue un paso muy importante para poder avanzar con éxito en el control del brote, porque además ayudó a buscar alojamiento alternativo a contactos estrechos y positivos.

En el segundo caso, septiembre 2021, fueron unas 80 personas, con un porcentaje del 51% de positivos. El empresario alojaba a las trabajadoras

de origen extranjero, que habían venido como en años anteriores para el periodo de recolección de determinadas frutas en los terrenos de la propia finca agrícola, situada en término municipal de Fontellas.

En el caso de Milagro se daba un exceso de ocupación y por tanto imposibilidad de cumplir con las orientaciones de aislamiento, además de ausencia red de apoyo en la comunidad dado el escaso arraigo de las personas temporeras en la localidad al haberse desplazado en su mayoría de otras localidades y/o países para trabajar, etc., lo que suponía un importante riesgo añadido por los potenciales problemas de convivencia durante el aislamiento si se hubieran mantenido todas las personas en la misma vivienda. Se trabajó muy estrecha y coordinadamente entre los y las profesionales del consultorio de Milagro (medicina, enfermería y trabajo social), en coordinación con SSB, Equipo de Gestión de Contactos (rastreo), Banco de alimentos y la alcaldía del municipio. Fue un buen trabajo sinérgico que supuso dar respuesta a las necesidades de las personas alojadas en la vivienda y a las que salieron a alojamientos alternativos promovidos por la empresa contratante y a recursos intermedios gestionados por SNS-O.

En el caso de Fontellas, el empleador mostró su total colaboración y adoptó las recomendaciones en relación con medidas para limitar las cadenas de contacto y transmisión tanto como fue posible. Para ello se propuso organizar las cuadrillas de trabajo y convivencia estable entre las personas positivas y las que no se habían contagiado.

En las tres situaciones se constató imprescindible trabajar de manera estrecha y coordinada entre ISPLN, Gerencia del área de salud de Tudela y Trabajo Social Sanitario para evitar una mayor extensión de los brotes de origen laboral al considerar los ejes de desigualdad que caracterizan el trabajo agrícola de temporada y que determinados colectivos sufren: precariedad, ausencia de vivienda permanente o en condiciones precarias, movilidad geográfica, ausencia de redes de apoyo familiar y en muchos casos escasos recursos económicos, que además resultaban comprometidos por no poder trabajar.

ADAPTACIÓN DEL PROCESO DE VACUNACIÓN

Otra de las actuaciones que se realizaron de manera focalizada en determinados colectivos que acumulan desventajas que les hacen estar en situación de mayor vulnerabilidad fue la adaptación del proceso de vacunación.

La vacunación frente a la COVID-19 fue un proceso extremadamente complejo por muchos motivos: falta de evidencias suficientemente sólidas sobre las que asentar las actuaciones, desarrollo progresivo de diversos

tipos de vacunas cada una de las cuales estaba más indicada en un tipo de población que en otro, suministros escalonados de este material, dificultades para prever la disponibilidad real del material (fechas y cantidades), etc. Todo ello conllevó la sucesiva actualización de las diferentes estrategias de vacunación nacionales y europeas, y un potente desarrollo de los sistemas de información sanitaria (ver capítulos 2.6.1 y 2.6.2).

En la *Actualización 4 de la Estrategia de vacunación frente a COVID-19 en España*, de 26 de febrero de 2021, se empieza a distinguir entre diferentes grupos de población y tipo de vacuna a administrar a cada uno y se hace una priorización de estos grupos⁹.

En la quinta actualización, de 30 de marzo de 2021, aparece por primera vez la vacuna unidosis de Janssen/Johnson&Johnson: *“Teniendo en cuenta las indicaciones de la vacuna de Janssen y los resultados sobre su eficacia en todos los grupos de edad, esta vacuna se utilizará, a partir de los 18 años de edad, de manera paralela a las vacunas de ARNm o de AstraZeneca, priorizando los grupos etarios de mayor edad, en función del momento y de las dosis que se reciban”*.

En la séptima actualización, de 11 de mayo de 2021, además de los usos indicados hasta el momento (grupo de 70 a 79 años de edad y posteriormente para completar la vacunación en mayores de 60 años.; y grupo 9: personas de 50 y más años de edad), se señalan una serie de colectivos en los que su utilización adquiere mayor eficacia *“desde el punto de vista de factibilidad y eficiencia de los recursos sanitarios en ciertos colectivos difíciles de captar y vacunar, bien por tratarse de aquellos que no acuden al sistema sanitario (personas sin hogar), por la necesidad de necesitar el desplazamiento de personal a los domicilios particulares, o bien por tratarse de colectivos que difícilmente pueden acudir en el tiempo establecido para completar su pauta. Para la captación y vacunación de algunas de estas poblaciones se contará con la colaboración de Servicios Sociales, sistema sanitario, sistema de prevención de riesgos laborales u organizaciones no gubernamentales. Por esta razón se podrá utilizar esta vacuna a partir de 18 años de edad en:*

- *Colectivos vulnerables desde el punto de vista social, económico y/o laboral (como personas sin hogar, sector hortofrutícola e inmigrantes sin regularización de la situación administrativa)*
- *Personas difíciles de vacunar (grandes dependientes de difícil accesibilidad, aquellas con autismo profundo y enfermedad mental con alto riesgo de agitación por su patología de base)*
- *Personas difíciles de captar para la vacunación (trabajadores del mar que realizan pesca de altura en campañas de larga duración y población en centros de internamiento o tutelados)*

- *Cooperantes que se desplacen en misión a países de alto riesgo y personas que por razón de su actividad no se vayan a encontrar en España en las fechas de la segunda dosis*⁹.

Considerando estas recomendaciones, se identifican una serie de grupos poblacionales que se beneficiarían de esta vacuna unidosis y se desarrollaron diversas actuaciones para facilitar su vacunación.

Los grupos identificados fueron:

- Personas sin hogar
- Mujeres en situación de prostitución y víctimas de trata
- Personas tuteladas por la Fundación Navarra para la Tutela de Personas Adultas (actual Fundación Pública Navarra para la Provisión de Apoyos a Personas con Discapacidad, FUNDAPA)

Con respecto al primer grupo, las personas sin hogar, estas se encuentran más expuestas a la infección por la pernoctación en diferentes refugios colectivos, por falta de alternativa habitacional y por el cierre de servicios de aseo públicos. Además, el hecho de no estar ubicadas en un alojamiento y la falta de empadronamiento dificulta el acceso a la atención sanitaria y el seguimiento por los servicios de salud pública⁵.

Las personas sin hogar se ven en muchas ocasiones desproporcionadamente afectadas por problemas añadidos de salud y/o discapacidad. La prevalencia de otras enfermedades es alta y se encuentran con múltiples barreras para acceder a la atención médica y a la información sobre salud pública. La transmisión en esta situación de alto riesgo también es difícil de contener, lo que significa que proteger a las personas sin hogar es también un elemento importante para gestionar la crisis de salud pública en general¹⁰.

Además, se consideró el hecho de que en su mayoría son personas jóvenes. Siguiendo una estrategia poblacional por grupos de edad serían de las últimas personas en acceder a la vacunación.

También se tuvo en cuenta que esta población es potencialmente usuaria de los recursos de aislamiento alternativo habilitados por SNS-O en caso de resultar positivos o contactos estrechos y de los alojamientos adicionales abiertos por parte del Ayuntamiento de Pamplona dentro Servicio Municipal de Atención a Personas sin Hogar. Recursos todos ellos habilitados temporalmente.

En estrecha colaboración con las personas responsables municipales del Área de Servicios Sociales de los ayuntamientos de Pamplona y Tudela, entidades que gestionan los centros de atención a personas sin hogar de

las citadas localidades, ISPLN, Unidad de vacunación, etc., se organizó un dispositivo para proceder a vacunar *in situ* a estas personas en situación de alta exclusión que estuvieran dispuestas a vacunarse.

Un aspecto importante a considerar en este dispositivo extraordinario fue la necesidad de solventar la carencia de Tarjeta Individual Sanitaria (TIS) o Código de Identificación Personal de Navarra (CIPNA) con carácter de inmediatez, en *pro* de la trazabilidad de la información y la seguridad de los y las pacientes.

En el caso de Pamplona, previamente desde los programas de Atención a personas en situación de itinerancia y Atención en calle, junto con personal voluntario, se realizó una labor de captación, concienciación y ofrecimiento de la vacuna a estas personas. Gracias a este esfuerzo se consiguió localizar a unas 75 personas interesadas en ser vacunadas, de las cuales 44 se agendaron previamente y 11 más se identificaron, se les asignó CIPNA en el momento, y pudieron ser vacunadas. Con lo que el 73% de las personas que en algún momento manifestaron su aceptación a ser vacunadas, lo fueron efectivamente el 3 de junio de 2021. En el caso de Tudela, este mismo proceso se llevó a cabo el 6 de junio siendo vacunadas un total de 10 personas.

Tras la vacunación que se realizó en las instalaciones del propio Centro de Atención a Personas sin Hogar se mantuvieron varios contactos con los responsables del centro para valorar posibilidades de volver a repetir este proceso y/o alternativas para profundizar en la vacunación de este colectivo. Por parte de Salud, se cifró en unas 30-40 personas el mínimo para que el operativo fuera eficiente, no habiendo podido alcanzar dicha cifra de manera simultánea en ningún momento a lo largo del verano de 2021 debido a la enorme rotación de las personas usuarias del recurso. No obstante, se constató que sería necesario actuar de manera más adaptada con las personas de los programas de Itinerantes y Atención en calle ya que el dispositivo habilitado de manera centralizada en FOREM¹ (polígono industrial en Mutilva al que resulta complicado llegar andando) resultaba totalmente inaccesible y por tanto ineficaz para este fin en este grupo de población en concreto. Tras valorar varias alternativas conjuntamente entre los responsables del recurso y SNS-O, finalmente no pudo articularse ningún tipo de procedimiento específico.

Con respecto a los otros dos grupos de población identificados como potencialmente vulnerables desde el punto de vista social, Mujeres en si-

¹ Emplazamiento en el que se realizaban las PCR, rastreo, atención ciudadana, etc.

tuación de prostitución y víctimas de trata y Personas que reciben apoyos por parte de FUNDAPA se consideró conveniente que fueran vacunadas con dosis únicas por compartir algunas características con la población categorizada como de alta exclusión: elevada movilidad, dificultades de accesibilidad a sistema sanitario, agitación por ciertas patologías de base, ausencia de red sociofamiliar de apoyo que pueda garantizar una segunda dosis, etc.

Desde la Sección de Atención Sociosanitaria del Servicio de Efectividad y Seguridad Asistencial de SNS-O se contactó con las entidades que realizan acompañamiento y apoyo en el caso de las mujeres para tratar de obtener un listado de personas interesadas en vacunarse. Se comprobó que todas tuvieran TIS y/o CIPNA y en caso contrario se realizaron de manera centralizada todos los trámites necesarios para su obtención coordinadamente con la Sección TIS y posterior citación en el grupo correspondiente. Este proceso se repitió en varias ocasiones en función del progresivo suministro de vacunas unidosis.

En el caso de las personas que reciben apoyos por parte de FUNDAPA, se estableció coordinación con la Dirección-Gerencia para obtención del listado de personas a incluir en el grupo correspondiente. Paralelamente se solicitó su apoyo en el acompañamiento de estas personas o supervisión según los casos.

Entre los tres grupos de población en situación de especial vulnerabilidad se logró identificar, localizar y agendar a unas 500 personas adaptando el proceso de vacunación a sus necesidades específicas garantizándoles el ejercicio de este derecho.

Posteriormente, en la *Actualización 9* (1 julio 2021) se incluían recomendaciones sobre la administración de dosis adicionales y dosis de recuerdo en algunos grupos poblacionales especialmente vulnerables⁹. En concreto, en la *Actualización 9 modificada*, de 2 de noviembre de 2021 se añaden las recomendaciones de administrar una dosis de recuerdo a las personas que recibieron una dosis de la vacuna de Janssen no recomendando además la utilización de la vacuna de Janssen para primovacunación. Esta nueva evidencia provocó que se retomaran los contactos establecidos con las diferentes organizaciones para tratar de cumplir con esta recomendación, siendo muy conscientes de que en muchos de los casos fue imposible volver a localizar a estas personas. Puesto que en todo momento se ha tratado de no estigmatizar a determinadas personas o grupos poblacionales, una vez incluidas estas personas en el grupo de

vacunación asignado y realizada la citación correspondiente, no contaban con ningún marcador identificativo de su situación de especial vulnerabilidad quedando integradas en el grupo asignado. Por tanto, no ha sido posible obtener información sobre resultados finales de esta nueva coordinación con entidades.

Por otra parte, desde el grupo de vacunas, quienes, gracias al potente desarrollo de los sistemas de información, diariamente contaban con datos fiables para monitorizar la evolución de la vacunación en Navarra constataron que en ciertas Zonas Básicas de Salud (ZBS) los porcentajes de vacunación eran inferiores al resto. Una de las hipótesis que podría explicar este fenómeno era la elevada concentración de personas de origen extranjero en esas ZBS y en cuyo caso podría haber dificultades idiomáticas que dificultaran el acceso a la información, así como claves culturales que condicionaran las decisiones individuales. En aquel momento, primavera 2021, se empezaban a observar diferencias significativas entre las personas de origen extranjero y las nacidas en España en cuanto al porcentaje de personas que mostraban su rechazo a ser vacunadas y las que no habían podido ser localizadas (en algunas ZBS el doble), incluso en los grupos de mayor edad (Tabla 2). Algunas hipótesis de estas dificultades de localización tienen que ver con numerosos cambios de número de teléfono sin informar en muchos casos de ello en el centro de salud, influencia de la brecha digital en población extranjera, analfabetismo o nivel de lectoescritura bajo en un porcentaje significativo que dificulta la comunicación telemática (siendo en ese momento la vía prioritaria de comunicación), etc. Considerando que en la estrategia de vacunación se priorizaron los grupos etarios de mayor edad era necesario anticiparse para que estos porcentajes disminuyeran conforme se iban incorporando grupos de menor edad donde se concentra el mayor número de población de origen extranjero.

En la tabla 2 se pueden observar las importantes diferencias porcentuales entre la población de origen extranjero y la autóctona en relación con las negativas a la vacunación y la imposibilidad de localización, sobre todo en los tramos etarios inferiores.

A tal fin se constituyó un grupo de trabajo con la Sección de Acompañamiento y Mediación Intercultural de la Dirección General de Políticas Migratorias (DGPM), el Servicio de Mediación Intercultural e Intervención Comunitaria, la Sección de Promoción de la Salud y Salud en Todas las Políticas del ISPLN y la Sección de Atención Sociosanitaria de SNS-O, quien lideró y coordinó las actuaciones.

Tabla 2. Comparación de negativa y no respuesta a vacunarse (a mayo de 2021) entre población autóctona y extranjera, por grupo de edad

Área	Grupo de edad	Negativa a vacunarse n (%)		No contesta n (%)	
		Autóctona	Extranjera	Autóctona	Extranjera
Estella	≥80	93 (2,04)	1 (2,44)	1 (0,02)	0 (0,00)
	70-79	73 (1,47)	4 (4,65)	23 (0,46)	3 (3,49)
	60-65	134 (4,20)	12 (6,28)	88 (2,76)	19 (9,95)
Pamplona	≥80	741 (2,66)	47 (9,48)	232 (0,83)	35 (7,06)
	70-79	643 (1,58)	69 (5,56)	525 (1,29)	106 (8,53)
	60-65	1425 (4,43)	301 (8,97)	2.498 (7,77)	673 (20,07)
Tudela	≥80	139 (2,45)	7 (10,45)	1 (0,02)	0 (0,00)
	70-79	69 (0,97)	9 (4,81)	81 (1,14)	16 (8,56)
	60-65	223 (3,45)	46 (7,84)	221 (3,42)	73 (12,44)

Gracias al esfuerzo y apoyo del Servicio de Evaluación y Difusión de Resultados en Salud se obtuvieron datos objetivos y fiables sobre los que empezar a trabajar. A 31 de mayo de 2021:

- El 6,01 % de la población con país de origen extranjero ha manifestado su negativa a la vacunación, frente al 3,20% de la población autóctona.
- Considerando todos los tramos etarios vacunados (80-50 años), el 85,88% de la población autóctona ha sido vacunada, frente al 57,63% de la población de origen extranjero. De estos últimos, el 36,36% lo es fundamentalmente por dificultades para contactar.

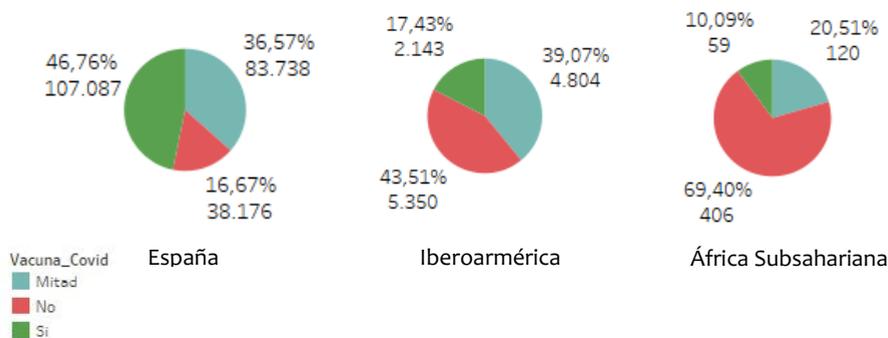


Figura 1. Porcentaje de vacunación según agrupaciones de países priorizados, a mayo de 2021. Verde oscuro: pauta completa; verde claro: media pauta; rojo: sin vacunar.

- Por grupos de países agrupados según indicaciones del Servicio de Mediación de la DGPM en relación a claves culturales que pudieran estar condicionando la respuesta ante la vacunación, Iberoamérica

tiene un comportamiento más similar al español aún con diferencias muy significativas (43,51% de personas no vacunadas, frente al 16,67% de personas no vacunadas en población autóctona). Las personas procedentes de los países del África Subsahariana presentan el comportamiento más contrapuesto al español (69,40% de personas no vacunadas) (Fig. 1).

Se formularon conjuntamente las siguientes hipótesis:

1. Posibles interferencias por claves culturales de los países de origen. Desde el Servicio de Mediación de la DGPM informaron de posibles negacionismos entre población de comunidades evangelistas, mensajes contrarios a la vacunación en algunos países por no considerarla segura, de teorías conspirativas en ciertas zonas de África y Europa oriental, así como carencia de medidas sanitarias en países concretos que conllevaban la minusvaloración de la problemática al compararla con la ausencia de actuaciones tomadas en sus países de origen. Todo ello unido a otras interferencias más generales en relación con la comunicación como limitaciones en el acceso a la información (barreras idiomáticas, brecha digital, de comprensión, formatos, canales de distribución, etc.), mensajes contradictorios y culpabilizadores en la información, que dificultan seguir las recomendaciones, o mensajes genéricos que no permiten que todas las personas se identifiquen con el mensaje o lo comprendan⁵.
2. Problemas de accesibilidad de la población de origen extranjero (numerosos cambios de número de teléfono, brecha digital, analfabetismo, etc.)

Se diseñó el siguiente plan multiacción, alineado con ciertas recomendaciones del propio Ministerio de Sanidad como contemplar en las estrategias de comunicación la accesibilidad universal, prestando especial atención a las diferentes necesidades lingüísticas, de comprensión y accesibilidad de las poblaciones, tanto en el contenido y formato de los mensajes, como en los canales⁵.

- Activar el servicio de teletraducción, con accesibilidad 24h a traducción simultánea en 52 idiomas, en todos los *CallCenter*.
- Realizar una campaña de comunicación dirigida a toda la población, pero incorporando claves culturales y poniendo el acento en el derecho a la vacunación (independientemente de la situación administrativa), con los siguientes mensajes clave:
 - Toda persona que lo desee tiene derecho a ser vacunada en Navarra.
 - Para ello es necesaria una correcta identificación en la base de datos sanitaria

- Es importante actualizar los datos, sobretodo el número de teléfono, en el Centro de Salud aunque no se disponga de tarjeta individual sanitaria.
- Todos los *CallCenter* tienen activado el servicio de teletraducción, por tanto, al llamar para pedir cita tras recibir un SMS informando de la posibilidad de ser vacunada, la persona puede ser atendida en varios idiomas.

Se diseñó una infografía en coherencia con las realizadas hasta el momento dentro de la estrategia de vacunación que se tradujo, además de al euskera, a los siguientes idiomas: inglés, francés, árabe, rumano, ruso, búlgaro, portugués y chino.

- Difundir la campaña además de por los canales habituales, a través de las redes de sensibilización del Área de Tudela, y otros canales activos para el resto del territorio: chats, redes sociales, grupos de whatsapp, etc. según orientaciones de la DGPM. También se contó con la colaboración para la difusión de Entidades Locales o Servicios Sociales de Base.
- Promover los mecanismos necesarios para hacer efectivo el derecho a la protección a la salud en todo el territorio, flexibilizando los trámites administrativos para asegurar la asistencia a la población en situación de mayor vulnerabilidad social⁵.

En este sentido, se articuló un circuito para garantizar la adecuación y seguridad del proceso de vacunación de todas las personas en Navarra basado en una correcta identificación en la base de datos sanitaria: asignación de CIPNA simplemente con el documento de identidad del que disponga la persona (pasaporte o carta de identidad del país de origen) e inclusión en el circuito de citación.

La habilitación posterior de la posibilidad de vacunación sin cita previa impactó muy positivamente en este ámbito ya que muchas personas con empleos precarios (por ejemplo, trabajos agrícolas con amplias jornadas, empleo doméstico...) a las que es muy difícil prever su disponibilidad horaria tuvieron una mayor accesibilidad al sistema.

- Monitorizar evolución comprobando el impacto de las acciones realizadas. El Servicio de Evaluación y Difusión de Resultados en Salud generó para este fin un informe periódico de *Tableau* con datos absolutos y porcentuales de personas citadas, personas que han manifestado su negativa y las que no contestan/descartados/pendientes por tramo etario y por Área sanitaria, desagregado por población de origen extranjero y autóctona, y la misma información desagregada por grupos de países agrupados según claves culturales siguiendo las indicaciones del Servicio de Mediación de la DGPM.

- A la vista de estos datos el Servicio de Mediación Intercultural propuso trabajar más focalizadamente con el equipo de mediadores/as culturales y con líderes de cada comunidad de algunas zonas geográficas concretas (África Subsahariana e Iberoamérica) adaptando los mensajes a cada población.

Se mantuvieron reuniones periódicas en las que se pudo ir objetivando que el porcentaje global de vacunación en población de origen extranjero fue aumentando progresiva, aunque lentamente hasta situarse en un 70%, lejos del 84% en población autóctona. El mayor aumento se produjo, como es lógico, entre las poblaciones con las que se ha trabajado de manera más focalizada, agrupaciones de países de África Subsahariana e Iberoamérica con aumentos de hasta el 6% en periodos de 20 días naturales. En estas dos agrupaciones de países el porcentaje global de vacunación alcanzó el 77%, destacando Ecuador, país de origen con mayor representatividad, con un 81%.

En todo momento en estos análisis ha estado presente la dificultad de conocer fehacientemente si las personas que aparecen como “descartadas” porque no ha sido posible establecer contacto y las que se han pasado a ZBS para tratar de localizar, realmente permanecen en Navarra o es posible que en algún momento se trasladaran sin comunicarlo. Esta consideración es importante ya que, por ejemplo, en el caso de las agrupaciones de países del África Subsahariana e Iberoamérica, el porcentaje de vacunación global alcanzaría el 93%, muy por encima incluso del 84% en población autóctona.

En todos los análisis realizados en población de origen extranjero se observan diferencias en cuanto al sexo, con mayor porcentaje de vacunación en mujeres, por encima de su representatividad en el conjunto de Navarra.

Gracias a todos los esfuerzos realizados las diferencias entre porcentajes de vacunación de población autóctona y nacida en otros países se redujeron progresivamente, a pesar de lo cual, y considerando que existe un porcentaje de personas cuya permanencia en esta comunidad es dudosa, las diferencias entre población autóctona y de origen extranjero siguen siendo significativas (Fig. 2).

Estudios posteriores realizados con la colaboración de la Sección de Innovación de SNS-O y Navarrabiomed dan cuenta del enorme impacto que ciertos determinantes sociales tienen en la probabilidad de haber sido vacunado/a. Según se puede observar en la figura 3, la probabilidad de que una persona de origen extranjero (migrante) haya sido vacunada es menos de la mitad que la probabilidad de una persona no migrante (*odds ratio* =0,41; IC95%: 0,40-0,42; $p < 0,001$). Una persona con ingresos bajos (según código de aportación farmacéutica por debajo de 18.000 euros anuales) tiene la mitad de probabilidades de vacunarse que una persona sin ingresos bajos (*odds ratio* =0,50; IC95%: 0,49-0,51; $p < 0,001$).

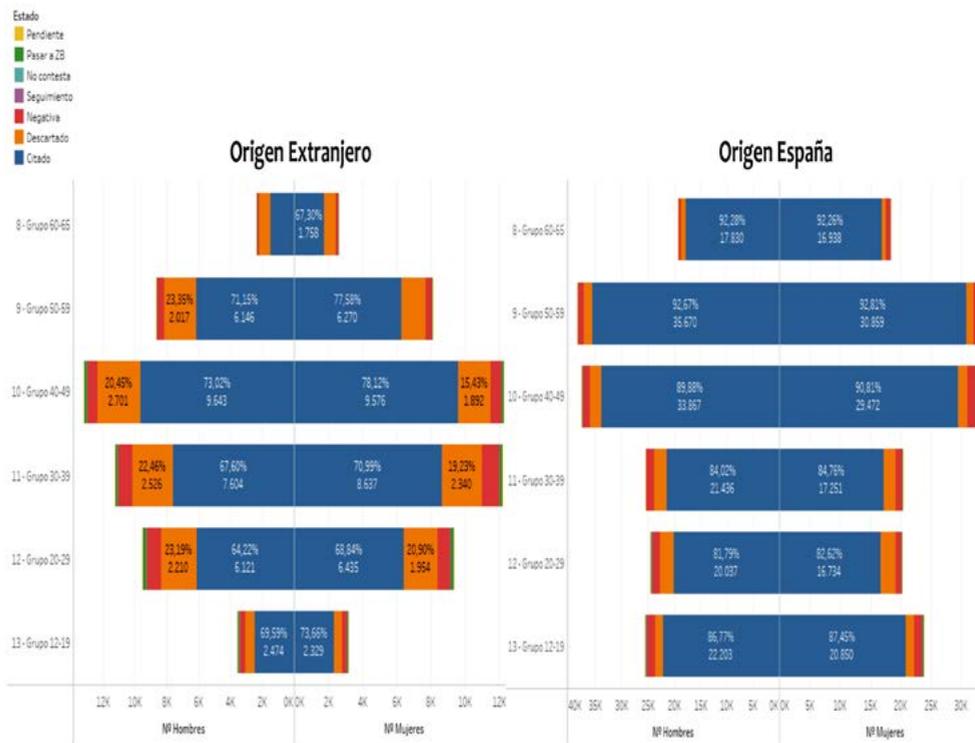


Figura 2. Porcentaje de vacunación por edad y origen (extranjero vs. España) a octubre de 2021.

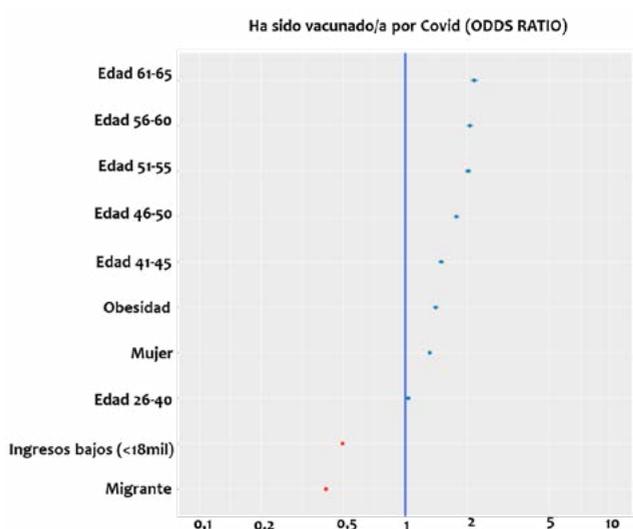


Figura 3. Probabilidad de que una persona con esa característica sea vacunada, respecto del resto de personas sin esa característica (a septiembre de 2022). Tener más edad aumenta dicha probabilidad, mientras que tener bajos ingresos o ser migrante la disminuyen.

CONCLUSIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

La experiencia desarrollada en el sector agrario durante la pandemia, constata la necesidad de mantener el trabajo coordinado e interdepartamental con la participación de los agentes socioeconómicos implicados. El programa desarrollado ha permitido la adopción de medidas preventivas frente a la COVID-19 en los lugares de trabajo y en el desplazamiento al mismo. Ha permitido el diagnóstico precoz de los casos de infección, el estudio de los contactos estrechos y el cumplimiento de la correspondiente cuarentena en condiciones adecuadas, permitiendo identificar y atajar dos brotes importantes entre personal temporero en Navarra y ha posibilitado ofertar la vacunación a aquellas personas de este colectivo que sin estar vacunadas deseaban hacerlo.

La experiencia en Navarra nos hace compartir el posicionamiento del grupo de trabajo sobre determinantes sociales de la salud de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE): *“La prevención requiere de un enfoque integral que aborde las condiciones de vida de la población trabajadora temporera y debe comprender un conjunto de acciones relacionadas con el trabajo, transporte, alojamiento, ocio, protección social, formación y servicios de salud. Requiere por tanto la coordinación del conjunto de actores involucrados de la administración, del sector privado y al propio personal temporero. La adopción de estas medidas preventivas ha sido una oportunidad para la mejora de la salud laboral de este colectivo y de la capacidad de respuesta de los servicios de salud para la protección de colectivos vulnerabilizados”*.

Así mismo, muestra la necesidad de avanzar en la integración de la salud pública y laboral compartiendo criterios, enfoques y metodologías. Ello redundará sin duda en un abordaje más eficaz de las exposiciones a riesgos laborales y en un descenso de las desigualdades poblacionales en salud.

Resultaron llamativas las peores condiciones de trabajo y vivienda que presentaron las personas temporeras contratadas por medio de empresas de trabajo temporal. De forma generalizada, estas empresas ubicadas fuera de Navarra no colaboraron con el programa preventivo establecido en nuestra comunidad.

En relación con las actuaciones sociosanitarias focalizadas en entornos sociolaborales caracterizados por la precariedad uno de los aprendizajes clave es trabajar cerca de las personas, trabajadores/as, empresarios/as, profesionales, técnicos/as, representantes de los ayuntamientos, agentes y activos comunitarios, en definitiva, en el terreno, en lo local, para generar espacios de esfuerzo compartido y de soluciones construidas desde objetivos comunes.

Es evidente que la situación sociosanitaria de las personas temporeras viene determinada por situaciones estructurales que la pandemia puso en la superficie e hizo más visibles. Las áreas de mejora en la intervención pasan por abordar mejoras en la cobertura de alojamiento por parte de quien contrata, y que este alojamiento responda a planes de contingencia. En el caso de contratación por parte de empresas de Trabajo Temporal se complejiza el *control* y seguimiento por parte de las autoridades competentes, que sumado a las diferentes procedencias tanto de nacionalidad como geográficas hacia que se presentaran dificultades en el abordaje.

En el futuro deberían aumentar la coordinación entre el sistema sanitario y el ámbito local, las principales personas contratadoras, y los ayuntamientos y/o mancomunidades, con el objetivo de asegurar el cumplimiento de los protocolos.

Siendo evidente la interrelación existente entre la vulnerabilidad clínica, epidemiológica y social, es imprescindible considerar las necesidades específicas de ciertos colectivos (personas en situación de exclusión, personas de origen extranjero) y realizar adaptaciones necesarias en los procesos de atención, como por ejemplo en el caso de la vacunación, para adecuarnos institucionalmente a una sociedad diversa y poder alcanzar objetivos basados en la equidad y la garantía de derechos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de sanidad, Política Social e Igualdad. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/jornadaVigilancia2010/docs/ponencia_2.pdf
2. US Department of Health and Human Services. Office of Disease Prevention and Health Promotion. Social determinants of health. 2020. <https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/social-determinants-of-health>
3. GREEN H, FERNANDEZ R, MACPHAIL C. The social determinants of health and health outcomes among adults during the COVID-19 pandemic: A systematic review. *Public Health Nurs* 2021; 38(6): 942-52. <https://doi.org/10.1111/phn.12959>
4. BAMBRA C, RIORDAN R, FORD J, MATTHEWS F. The COVID-19 pandemic and health inequalities. *J Epidemiol Community Health* 2020; 74(11): 964-968. <https://doi.org/10.1136/jech-2020-214401>
5. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. Equidad en Salud y COVID-19. Análisis y propuestas para abordar la vulnerabilidad epidemiológica vinculada a las desigualdades sociales. 29-10-2020. https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19_Equidad_en_salud_y_COVID-19.pdf

6. Comunicación de la Comisión Europea COM 2020/C235 I/01. Directrices relativas a los trabajadores de temporada en la Unión Europea en el contexto de la pandemia COVID-19. Bruselas, Diario Oficial de la Unión Europea de 17.07.2020. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/HTML/?uri=OJ:C:2020:235I:FULL&from=EN>
7. Comunicación de la Comisión Europea COM (2020) 318 final. Preparación sanitaria de la Unión Europea a corto plazo frente a brotes de COVID-19. Bruselas, Diario Oficial de la Unión Europea de 15.07.2020. https://eur-lex.europa.eu/resource.html?uri=cellar:f6fbab84-c749-11ea-adf7-01aa75ed71a1.0010.02/DOC_1&format=PDF
8. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. Guía para la prevención y control de la Covid-19 en las explotaciones agrícolas que vayan a contratar a temporeros. 03-08-2020. https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/20200803.Recomendaciones_Temporeros.pdf
9. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. Actualizaciones sucesivas de la Estrategia de Vacunación frente a COVID-19 en España. <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/vacunaCovid19.htm>
10. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. Gobierno de España. “2º Documento técnico de recomendaciones de actuación ante la crisis por covid-19, para los gestores de servicios sociales de atención a personas sin hogar”. Versión 1/2/2021. https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/servicios-sociales/covid19/Actua_Rec__S__S_aten_Personas_sin_Hogar.pdf