

# Estrategias de vacunación en personas migrantes y refugiadas llegadas por vía irregular a España

---

Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones 2026

*Junio 2026*



## Elaboración y revisión del documento

### **Elaboración y revisión del documento**

#### **Grupo de Trabajo: estrategias de vacunación en migrantes y refugiados**

- Abián Montesdeoca Melián. Miembro Ponencia Vacunas Canarias
- Montserrat Martínez Marcos. Miembro Ponencia Vacunas Cataluña
- Rosa Sancho Martínez. Miembro Ponencia Vacunas País Vasco
- María Garcés Sanchez. Miembro Ponencia Vacunas Comunidad Valenciana
- Matilde Zornoza Moreno. Miembro Ponencia Vacunas Murcia
- Alejandro Hernaz Guijo. Designado por el miembro Ponencia Vacunas Comunidad Madrid
- David Moreno Pérez. Miembro Ponencia Vacunas Andalucía
- M. Ángeles Martínez/Carmen Rozas Álvarez (Subdirección General de Plazas) e Isabel Gutiérrez Boada (Subdirección General de Centros Acogida). Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones.
- Cristina Arcediano Blanco. Coordinadora nacional de la atención sanitaria de ACCEM España
- Carmen Moreno. Asesora en materia de salud en emergencias Proyecto de Atención a la Población Migrante y Álvaro Carmona-Servicio de Acogida en Centros. Cruz Roja Española.
- Eva Menéndez y María Valles- ACNUR España
- Álvaro Torres Lana. Vigilancia Epidemiológica-Canarias
- María José Sierra Moros. CCAES-Ministerio de Sanidad
- Ana Dodevska y Jesús Díaz. Organización Internacional de Migraciones.
- Carmen Olmedo Lucerón, Marta Soler Soneira, José Antonio Navarro Alonso. Área de Programas de Vacunación. S.G. Promoción de la Salud, Prevención y Equidad en Salud

**Coordinación del documento y del Grupo de Trabajo:** Abián Montesdeoca Melián y Carmen Olmedo Lucerón

No se han encontrado conflictos de interés en los participantes en relación con los temas tratados.

### **Revisión y aprobación**

- **Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones:** 26 de marzo de 2026
- **Comisión de Salud Pública:** 11 de junio de 2026

Se ha solicitado revisión del documento a las siguientes asociaciones y sociedades científicas: SEMPSPGS (Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública y Gestión Sanitaria), Asociación Nacional de Enfermería y Vacunas (ANENVAC), SEIMC (Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica), AEV (Asociación Española de Vacunología), AEP (Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría), SEE (Sociedad Española de Epidemiología), SESPAS (Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, SEMTSI (Sociedad Española de Medicina Tropical y Salud Internacional), FAAC (Federación de Asociaciones Africanas de Canarias), Amref Salud África y Médicos del Mundo. Se han recibido e incluido aportaciones de AEV, SEE, AEP y ANENVAC.

Este texto incluye recomendaciones técnicas no normativas, está sujeto a la adaptación por las comunidades autónomas y es aplicable conforme a la legislación vigente.

### ***La información contenida en este documento deberá referenciarse en caso de utilización***

#### **Referencia sugerida:**

Grupo de Trabajo de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Estrategia de vacunación en personas migrantes y refugiadas llegadas por vía irregular a España. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, junio 2026.

## Índice

Elaboración y revisión del documento .....	2
Índice .....	3
Acrónimos.....	4
Resumen ejecutivo .....	5
Executive summary.....	5
<b>1. Introducción y justificación .....</b>	<b>6</b>
<b>2. Análisis de las políticas de vacunación en países emisores y receptores de personas migrantes y refugiadas .....</b>	<b>7</b>
2.1 Políticas de vacunación en países emisores.....	7
2.2 Políticas de vacunación para migrantes y personas refugiadas en países receptores europeos .....	8
<b>3. Situación actual en España. Actuaciones en el marco del programa de atención humanitaria a personas refugiadas y migrantes llegadas por vía irregular a España .....</b>	<b>9</b>
3.1 Tipología de centros de acogida y servicios del Programa de Atención Humanitaria ....	9
3.2 Número de plazas, distribución geográfica y datos de ocupación.....	10
3.3 Servicios sanitarios prestados por el PAH .....	11
<b>4. Recomendaciones de vacunación .....</b>	<b>13</b>
4.1 Líneas generales de actuación .....	13
4.2 Vacunaciones prioritarias.....	14
<b>5. Barreras de acceso a los programas de vacunación .....</b>	<b>15</b>
<b>6. Estrategias para la implementación.....</b>	<b>17</b>
6.1. Estrategias para salvar las barreras legales y administrativas .....	17
6.2. Estrategias para salvar las barreras económicas .....	18
6.3. Estrategias para salvar las barreras sociales, culturales y de información .....	19
6.4. Estrategias para salvar las barreras específicas en vacunación .....	20
<b>7. Conclusiones y recomendaciones finales .....</b>	<b>23</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>25</b>
<b>8. Bibliografía.....</b>	<b>31</b>

## Acrónimos

ACNUR	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
ACCEM	Asociación Comisión Católica Española de Migraciones
BCG	Vacuna antituberculosa Bacilo de Calmette-Guérin
CCAA	Comunidades y Ciudades Autónomas de España
CCAES	Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias
CAED	Centros de Atención, Emergencia y Derivación
CEAR	Comisión Española de Ayuda al Refugiado
CETI	Centros de Estancia Temporal de Inmigrantes
CPLL	Centros de Primeras Llegadas
CRE	Cruz Roja Española
DGAHSAPI	Dirección General de Atención Humanitaria y del Sistema de Acogida de Protección Internacional
Hib	<i>Haemophilus influenzae</i> de tipo b
Td/DTP/dTpa	Vacunas frente a tétanos-difteria/difteria-tétanos-tosferina/difteria-tétanos-tosferina de baja carga
LMIC	<i>Low- and Medium-Income Countries</i> . Países de ingresos bajos y medianos
OIM	Organización Internacional de Migraciones
OMS	Organización Mundial de la Salud
ECDC	Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades
PAH	Programa de Atención Humanitaria
SAPI	Sistema de Acogida de Protección Internacional
SEM	Secretaría de Estado de Migraciones
SIVAIN	Sistema de Información de Vacunaciones e Inmunizaciones
TIP	<i>Tailoring Immunization Programme</i> . Adaptación de los Programas de Inmunización
UE	Unión Europea
VPI/VPO	Vacuna a poliomielitis inactivada/vacuna frente a poliomielitis oral
VNC	Vacuna neumocócica conjugada
VRS	Virus respiratorio sincitial

## Resumen ejecutivo

*La movilidad humana es un desafío sanitario de primer orden en la Unión Europea, siendo España uno de los principales receptores de personas que migran de forma irregular desde África, como consecuencia de las dificultades para hacerlo de forma legal. Muchas de estas personas proceden de regiones con coberturas vacunales bajas o sistemas sanitarios debilitados, lo que aumenta su riesgo de adquirir enfermedades transmisibles prevenibles mediante la vacunación.*

*Este documento, elaborado por un Grupo de Trabajo multidisciplinar en el seno de la Ponencia de Programas y Registro de Vacunaciones, pretende emitir recomendaciones y estrategias específicas de vacunación para las personas llegadas a España por vía irregular que estén acogidas en centros de gestión pública o sean beneficiarias de programas desde los que se ofrece atención a dicha población a su llegada a través de entidades colaboradoras con el Estado, con especial atención a la adolescencia y edad adulta. Se establecen las vacunas prioritarias, el plazo óptimo para su administración, las principales barreras a salvar, los procedimientos que se han mostrado exitosos en escenarios similares y algunas estrategias concretas para que la aplicación de estas medidas preventivas sea una realidad.*

## Executive summary

*Human mobility constitutes a major public health challenge within the European Union, with Spain being one of the main recipients of individuals who migrate irregularly from Africa due to the difficulties of doing so through legal channels.*

*Many of these individuals come from regions with low vaccination coverage or/and weakened health systems, which implies that increases their risk of acquiring vaccine-preventable diseases.*

*This document, prepared by a multidisciplinary Working Group within the Vaccination Programs and Registry Committee, aims to issue specific vaccination recommendations and strategies for individuals arriving in Spain irregularly residing in publicly managed centers or are beneficiaries of programs that offer care to this population upon arrival through entities collaborating with the State, with particular attention to adolescents and adults. It establishes priority vaccines, the optimal timeframe for their administration, the main barriers to overcome, procedures that have proven successful in similar situations, and specific strategies to ensure the implementation of these preventive measures.*

---

## 1. Introducción y justificación

La movilidad humana constituye uno de los fenómenos estructurales más relevantes de nuestro siglo y un desafío sanitario y social de primera magnitud. En la Unión Europea (UE), más de 42 millones de personas residen fuera de su país de origen, procedentes en su mayoría de regiones con bajas coberturas vacunales o con sistemas sanitarios debilitados por crisis prolongadas, conflictos o desigualdades estructurales<sup>1</sup>. España es una vía principal de entrada de migrantes (aproximadamente 600 mil anualmente) y se encuentra entre las rutas migratorias marítimas irregulares de África a Europa (más de 60 mil personas en 2024). Este contexto plantea un reto crucial para los sistemas públicos de salud: garantizar el acceso equitativo a la asistencia sanitaria, a la vacunación y a la protección frente a enfermedades inmunoprevenibles a todas las personas, independientemente de su origen, edad o situación administrativa.

Aunque las personas que migran suelen tener mejor estado de salud que las autóctonas, se enfrentan a numerosos desafíos. Por una parte, la precariedad de las condiciones de vida en los países de origen y durante los largos trayectos migratorios hace que el acceso a los servicios sanitarios no exista o sea muy limitado, lo que puede agravar problemas de salud preexistentes. Por otra parte, las personas que migran de forma forzosa (huyendo de conflictos o persecución de algún tipo) o los que carecen de documentos requeridos para la entrada, a menudo se encuentran, tanto durante su periplo como en destino, compartiendo espacios reducidos con un gran número de personas en campamentos, centros de detención o alojamientos transitorios. Estos entornos pueden facilitar la aparición de brotes de enfermedades transmisibles, y alteraciones en su salud mental, como consecuencia del estrés y la incertidumbre a la que se ven sometidos<sup>2,3,4,5</sup>. También, estas personas migrantes a menudo encuentran dificultades para acceder a la información, a la atención médica y a los servicios, debido a su estatus legal, a barreras lingüísticas y culturales, y a sus limitaciones económicas, que los pueden llevar a sufrir estigma y discriminación o a aislarse por miedo a la deportación, todo lo cual impide una correcta atención sanitaria y continuidad asistencial de diversos procesos<sup>6</sup>.

Por otro lado, hay que tener en cuenta que los sistemas de vigilancia de salud pública, incluyendo los sistemas de información en vacunas y los de atención sanitaria, pueden diferir entre regiones, ya que los puntos de entrada y centros de acogida se distribuyen de manera irregular en el territorio nacional. Además, estos sistemas pueden no estar adaptados para el adecuado registro de estas poblaciones de difícil acceso, lo que podría retrasar la respuesta sanitaria en algunos casos.

Todas estas circunstancias se aplican igualmente a la situación de vacunación<sup>7</sup>, traduciéndose en niveles inferiores a los deseados de protección frente a enfermedades inmunoprevenibles<sup>8</sup>. Los brotes recientes de sarampión o difteria en distintos países europeos (algunos de ellos ocurridos en centros de acogida o comunidades migrantes) ilustran las consecuencias de no disponer de sistemas de vigilancia y detección precoz adaptados a esta realidad, así como las brechas vacunales en población con dificultades para acceder al sistema sanitario<sup>9</sup>. Por ello, es necesario establecer indicadores específicos y programas de prevención que prioricen la equidad en la vacunación para estas poblaciones.

Las estrategias nacionales de vacunación para migrantes en Europa siguen siendo muy heterogéneas, y reflejan la falta de un marco común y la necesidad de avanzar hacia protocolos coordinados de inmunización que aseguren continuidad asistencial y un sistema de información con datos de vacunación cohesionados e interoperables que garanticen la equidad entre regiones, con un enfoque

de salud humano, integral e inclusivo. Tal como indica la OMS, la vacunación en personas refugiadas y migrantes debe ser universal, gratuita, voluntaria, culturalmente adaptada y accesible en múltiples entornos, desde los puntos de entrada y centros de acogida, hasta los servicios de atención primaria<sup>10</sup>. En el plano nacional, también la respuesta ha sido diversa, existiendo ejemplos de buenas prácticas en la coordinación entre servicios de salud pública, atención primaria y recursos sociales<sup>11,12,13</sup>, que pueden servir de referencia para establecer protocolos comunes.

El **objetivo de este documento** es definir recomendaciones y estrategias específicas de vacunación para las personas llegadas a España por vías migratorias irregulares que estén acogidas en centros de gestión pública o en dispositivos dependientes de entidades colaboradoras con el Estado (siempre dentro del Programa de Atención Humanitaria - PAH), con especial atención a la adolescencia y la edad adulta, ya que la población infantil y las mujeres embarazadas suelen tener mayor acceso a los servicios sanitarios y, por ende, también a las vacunas. Estas recomendaciones aplican de forma exclusiva a las personas beneficiarias del PAH, independientemente de su situación administrativa o grado de vulnerabilidad y deberán estar adaptadas a las características de una población tan singular, a su alta movilidad, a las barreras de acceso a los servicios sanitarios y a los riesgos específicos, con la finalidad de lograr la máxima cobertura vacunal posible.

Desarrollar un protocolo común permitirá a España consolidar su compromiso con la universalidad, cohesión social, la equidad y la protección de los más vulnerables, fortaleciendo al mismo tiempo la capacidad del sistema sanitario para responder de manera coordinada, homogénea, eficiente y basada en la evidencia a los retos de salud pública vinculados a la movilidad humana internacional.

## 2. Análisis de las políticas de vacunación en países emisores y receptores de personas migrantes y refugiadas

### 2.1 Políticas de vacunación en países emisores

Según los datos disponibles, las tasas de vacunación varían dependiendo de los antígenos, edad y país de origen, siendo este último aspecto, determinante. La mayor parte de las personas migrantes que llegan por vía irregular a nuestro país proviene del norte y oeste de África. Los países de origen, a su vez, presentan entre sí diferentes condiciones de vida, factores socioeconómicos o culturales que condicionan una aplicación dispar de los programas y/o campañas de vacunación coordinadas desde organismos internacionales.

En consecuencia, la incidencia de enfermedades inmunoprevenibles como poliomielitis (casos derivados de la vacuna), hepatitis B, hepatitis A, difteria o sarampión es considerablemente alta en algunas regiones, habiéndose comunicado brotes activos y recientes en países del África subsahariana, Asia y este de Europa<sup>14,15</sup>. La evaluación del riesgo de importación de casos de enfermedades inmunoprevenibles por esta vía implica, por tanto, un conocimiento y análisis periódico de la situación epidemiológica de los países de origen, aunque no siempre es fácil acceder a datos fiables y contrastados de esa situación epidemiológica.

La mayoría de estos países de origen disponen de calendarios nacionales, incluidos los infantiles, según las recomendaciones de la OMS<sup>16,17</sup>. Sin embargo, la ejecución de las recomendaciones ha sido y es desigual en muchos lugares, siendo el promedio global en países de ingresos bajos y medios (LMIC) de población infantil completamente vacunada del 60% y el porcentaje de niños con “cero dosis” en torno al 7-8%, elevándose hasta el 15-20% en algunas regiones de África (zonas este, central y oeste)<sup>18,19,20,21</sup>.

Las coberturas de vacunación en los países de origen son inferiores a los objetivos fijados por la OMS para las principales enfermedades inmunoprevenibles, y las diferencias existentes en la cobertura vacunal entre los países analizados reflejan desigualdades en el acceso y la implementación de programas de inmunización. En algunos países subsaharianos, la cobertura frente a sarampión puede llegar apenas a un 49%<sup>22</sup>. Además, en un reciente metaanálisis, se muestra que los migrantes son vacunados con la mitad de frecuencia que la población autóctona<sup>23</sup> y en otro estudio, al menos en el 60% de los casos se desconocía el estado de vacunación, específicamente frente a triple vírica y DTP<sup>9</sup>. A ello se suma que las dosis de refuerzo en la adolescencia y la edad adulta (Td/Tdpa) presentan coberturas bajas o irregulares, lo que genera una protección insuficiente y aumenta el riesgo de transmisión.

A continuación, se resume la situación de vacunación, en el momento de elaboración de esta guía, en los principales países de origen de las personas que llegan de forma irregular a las costas españolas o cruzan a Ceuta y Melilla, basada en fuentes oficiales, si bien la aparición de algunos brotes de enfermedades como el sarampión, sugiere considerar estos datos con cautela. Además, ha de tenerse en cuenta que, al tratarse mayoritariamente de población adulta, las coberturas vacunales serán habitualmente inferiores a las actuales en población infantil<sup>13</sup>:

- **Senegal:** En torno al 90% de cobertura en DTP, polio, Hib y neumococo, pero persisten brotes de enfermedades como parotiditis y sarampión por existir coberturas más bajas.
- **Mauritania:** Coberturas entre 84% y 95% en BCG, DTP, polio, neumococo y rotavirus. Apenas un 59% de cobertura en segunda dosis sarampión.
- **Mali:** Altas coberturas frente a BCG, DTP y Hib, pero coberturas insuficientes en sarampión (60% en segunda dosis), poliomielitis (76% en primera dosis) y rubeola (36%).
- **Gambia:** Coberturas en torno al 80% en algunos antígenos (DTP, polio, neumococo, rotavirus, sarampión, rubéola y fiebre amarilla). Destacan dos brechas: BCG (79%) y hepatitis B (37%).
- **Costa de Marfil:** La cobertura de vacunación de vacunas de calendario se sitúan en torno al 70-80%. Baja en sarampión (48% en segunda dosis) y hepatitis B (70%). Tercer país en número de niños con cero vacunas (aproximadamente un 5%). Existen frecuentes brotes de sarampión, tosferina y parotiditis.
- **República de Guinea:** Bajas coberturas: 60% y 45% en primera y segunda dosis de sarampión, respectivamente, similar en cuanto a polio, DTP y hepatitis B. Elevado número de casos de sarampión, tosferina y tétanos.
- **Marruecos:** Las coberturas oficiales frente a inmunoprevenibles son elevadas (en 2024, la vacunación contra la difteria, el sarampión y la rubeola alcanzó niveles del 98% según fuentes oficiales, al igual que la BCG, la DTP, la hepatitis B y la polio). Sin embargo, cabe destacar el brote epidémico de sarampión en 2025 con más de 25 mil casos, lo cual se traduce en una inmunidad poblacional insuficiente para evitar la circulación de este virus.
- **Argelia:** Las tasas de vacunación alcanzan o superan el 90%. Sistema de inmunización sólido, excepto en vacunas como VPH.

## 2.2 Políticas de vacunación para migrantes y personas refugiadas en países receptores europeos

A pesar de existir recomendaciones desde el ECDC, lo cierto es que existe un escenario absolutamente heterogéneo en lo que respecta a la oferta vacunal a esta población en Europa. En una revisión sistemática<sup>24</sup> sobre las políticas de vacunación en 32 países europeos se objetivó que

únicamente seis disponían de políticas específicas de vacunación en población migrante. De forma mayoritaria (19 países) se ofrece el calendario vacunal completo a personas migrantes (específicamente el infantil) y en 18 se recomienda vacunar si no se aporta prueba documental que demostrara su vacunación. Seis países hacen uso de las vacunas en esta población solo en contexto de brotes. Por lo tanto, sigue existiendo una considerable variabilidad en las políticas vacunales para migrantes en Europa, una gran disparidad en su acceso, y grandes diferencias en los calendarios, lo cual aumenta la inequidad en salud.

### 3. Situación actual en España. Actuaciones en el marco del programa de atención humanitaria a personas refugiadas y migrantes llegadas por vía irregular a España

El Programa de Atención Humanitaria (PAH) se encuentra constituido por un conjunto de servicios gestionados por la Secretaría de Estado de Migraciones (SEM) a través de la Dirección General de Atención Humanitaria y del Sistema de Acogida de Protección Internacional (DGAHSAPI). Está orientado a cubrir necesidades básicas y urgentes de personas migrantes en situación de vulnerabilidad tras su llegada a España, por costas, y por Ceuta y Melilla<sup>25</sup>. Entre sus objetivos se encuentran el proteger la dignidad y los derechos básicos de las personas migrantes recién llegadas que carecen de red social, familiar o recursos económicos, ofrecer acogida inmediata, atención sociosanitaria y derivación a recursos acordes a las necesidades personales detectadas y garantizar la respuesta ágil ante situaciones sobrevenidas de emergencia migratoria (llegadas numerosas)<sup>26</sup>. Las personas que acceden a esta red de acogida pueden solicitar protección internacional durante su estancia en los recursos de la red, permaneciendo, en este caso, en el PAH hasta su derivación al Sistema de Acogida de Protección Internacional (SAPI). A mediados de 2025 el 51% de las personas atendidas en el PAH eran solicitantes de protección internacional.

Este programa está financiado por el Estado, con una gestión en colaboración con entidades acreditadas (Cruz Roja Española, ACCEM, CEAR, etc.), mediante acción concertada y licitación pública y se caracteriza por tener una adaptación flexible y escalable ante variaciones en la presión migratoria y situaciones de emergencia<sup>22</sup>.

Entre las actuaciones de este servicio de acogida destaca la siguiente: facilitar el acceso a una atención sanitaria básica, como curas, tratamientos contra enfermedades de abordaje ambulatorio y derivación a los servicios sanitarios en caso de necesidad. En el marco de esta asistencia sanitaria básica, sería recomendable la implantación de un programa de vacunaciones específico, adaptado y acelerado, con el doble objetivo de protección individual y salud pública.

#### 3.1 Tipología de centros de acogida y servicios del Programa de Atención Humanitaria

Respecto de la tipología de centros, estos pueden ser de titularidad pública estatal, de gestión directa o indirecta, o de titularidad privada y gestión única por entidades. Según esto, se establecen tres tipos de centros de titularidad pública estatal (con dotaciones y servicios diferentes):

- Centros de Primeras Llegadas (CPLL): de gran capacidad, ubicados básicamente en Canarias, con un nivel muy alto de rotación de las personas acogidas.
- Centros de Atención, Emergencia y Derivación (CAED): de capacidad media-alta y, generalmente, también con un alto nivel de rotación de las personas acogidas.
- Centros de Estancia Temporal de Inmigrantes (CETI) en las ciudades de Ceuta y Melilla, en los que las entidades pueden gestionar las prestaciones sociosanitarias del servicio de acogida.

Además de los dispositivos de acogida estables del programa financiados por la acción concertada, en caso de sobreocupación de la red, el Ministerio podrá decidir, de forma extraordinaria y temporal, la apertura de dispositivos de emergencia. Las condiciones del servicio de acogida que se presta en los centros del PAH se establecen en función de las características de estos, con unos mínimos obligatorios según el tipo de centro, estableciendo tres niveles de servicios<sup>27</sup>.

- **Nivel 0:** Aplica a los dispositivos de estancia provisional, que no de acogida, para evitar la saturación puntual de determinados centros del PAH. Estos dispositivos están destinados a garantizar la pernocta, alimentación e higiene personal de las personas que cumplan los criterios de acceso al programa durante un plazo de 24-48 horas o el tiempo mínimo imprescindible para su traslado a un recurso de acogida.
- **Nivel 1:** Aplica a los CPLL, preparados para llegadas numerosas, con capacidad de respuesta permanente, enfocados a la primera acogida, cobertura básica de necesidades de grupos numerosos y circuitos rápidos de derivación a otros recursos del programa.
- **Nivel 2:** Aplica al resto de centros del PAH, donde se presta alojamiento, manutención, productos de aseo, se facilita el acceso a una atención sanitaria básica, se presta apoyo social, jurídico y psicológico, así como aprendizaje del idioma, actividades deportivas, culturales y de ocio, contextualización sociocultural y valoración de necesidades específicas. Incluye modalidades para personas vulnerables (discapacidad, enfermedad, menores acompañados, embarazadas, etc.) y colectivos de vulnerabilidad específica (personas en situación de trata, problemas de salud mental, etc.).

En una situación basal de riesgo epidémico y, obviando circunstancias de tipo individual (por ejemplo, la presencia de una herida tetanígena a la llegada o uso precoz de vacunas en régimen de inmunización posexposición tras la detección de un caso de una enfermedad inmunoprevenible), la vacunación de las personas que disfrutan del PAH debería plantearse en los dispositivos de acogida que ofrecen un Nivel 1 o 2 de servicios.

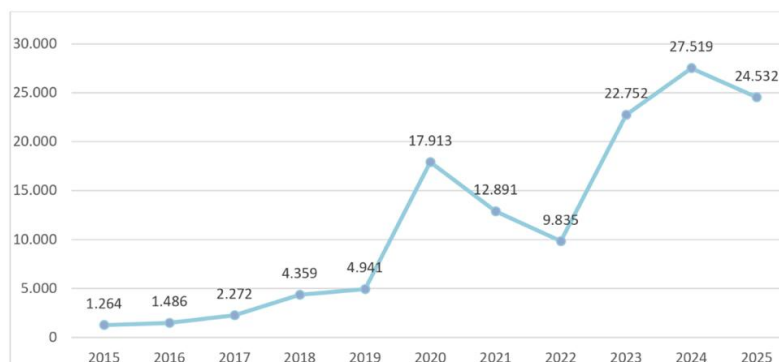
### 3.2 Número de plazas, distribución geográfica y datos de ocupación

La DGAHSAPI publica anualmente las resoluciones de planificación y plazas en el Boletín Oficial del Estado (BOE)<sup>28</sup>, mientras que el Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones, en diversos documentos y portales web, recoge los dispositivos activos y sus capacidades aproximadas, además de la distribución geográfica de las plazas (más información en el **anexo 1**)

En un informe publicado en junio de 2025<sup>29</sup>, se hace un resumen actualizado del estado de las plazas tanto del SAPI como del PAH (Figura 1), aportándose información valiosa en cuanto al número de beneficiarios, datos desagregados por localización geográfica, edad y sexo<sup>22</sup>.

**Figura 1. Evolución plazas en el Programa de Atención Humanitaria (2015 - junio 2025)**

Fuente: Informe del Sistema de Protección Internacional en España. Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones



Según datos de la DGAHSAPI, publicado en 2025, el PAH cuenta con cerca de 20.500 plazas operativas a enero de 2026 de las que más de la mitad corresponden a centros de titularidad pública estatal<sup>30</sup>.

El PAH dispone de centros de diferentes características distribuidos por toda la geografía española. Las comunidades de Canarias, Andalucía y Madrid, por ese orden, acumulan el mayor número de plazas del programa (Anexo 1). Sin embargo, hay que tener en cuenta, que esta información es muy cambiante, adaptándose a diversos factores relacionados con la migración, como pueden ser situaciones de crisis migratorias.

Los grandes centros, con más de 500 plazas se encuentran mayoritariamente en los puntos de primera llegada, como Canarias, Andalucía, Murcia, Ceuta o Melilla, aunque también existen centros de estas características en otras comunidades autónomas como Madrid y Extremadura (ver Anexo I). La gestión de estos centros con más de medio millar de plazas representa todo un reto para las organizaciones y entidades acreditadas por el programa, especialmente cuando se trata de garantizar la equidad en la prestación de servicios sociosanitarios.

La ocupación varía según el flujo de llegadas y la saturación puntual de los dispositivos. En determinados períodos, las tasas pueden llegar a superar el 100% (p. ej. Canarias, Andalucía, Ceuta y Melilla), por lo que se producen importantes movimientos de personas desde los puntos de llegada a otros centros del PAH. Estos períodos en los que se necesita cierta celeridad en el traslado de personas a distintos puntos del país deben ser conocidos y tenidos en cuenta a la hora de planificar actividades como la vacunación.

El tiempo medio que una persona permanece en un centro del PAH difiere según las características y vulnerabilidades de cada individuo, estableciéndose un máximo de 6 meses que puede ampliarse a 12 meses. Según datos proporcionados por la SEM (datos no publicados), el promedio de estancia en los dispositivos es de 87,25 días, tiempo suficiente para planificar adecuadamente la administración de, al menos, primeras y segundas dosis de algunas vacunas consideradas prioritarias.

### 3.3 Servicios sanitarios prestados por el PAH

El RD 7/2018 sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud constituye el marco legislativo que rige el acceso de esta población acogida en centros del PAH a los servicios sanitarios públicos en España. En base a esta norma, las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en nuestro país pueden recibir atención sanitaria en condiciones similares a las de las personas españolas, siempre que cumplan con ciertos requisitos (residencia demostrable en España, no exista un tercero obligado al pago o derecho de exportación de cobertura desde su país de origen, no disponer de capacidad económica para afrontar el gasto). Sin embargo, las comunidades autónomas desarrollan esta normativa básica mediante instrucciones y decretos que concretan requisitos (empadronamiento, acreditación de falta de cobertura, etc.) que suelen generar barreras o retrasos en el acceso efectivo a la asistencia sanitaria, por lo que se ha aprobado el Real Decreto 180/2026.

Las personas refugiadas y las solicitantes de protección internacional tienen derecho a la asistencia sanitaria pública en igualdad de condiciones que las españolas sin mayores requisitos. Este derecho está garantizado por la legislación nacional<sup>31,32</sup> y se aplica desde el momento en que solicitan protección internacional o adquieren el reconocimiento de refugiado, pero también puede perderse si la solicitud es revocada. Aunque las personas beneficiarias del PAH deben poder recibir asistencia sanitaria básica, esta no está bien definida y el acceso al sistema sanitario no es homogéneo en todas las regiones españolas. Es por ello por lo que se dictan estas recomendaciones que aplican de forma exclusiva a personas beneficiarias del PAH, sean solicitantes de protección internacional o no, dando flexibilidad para su aplicación en cada región, pero persiguiendo la homogeneización y la equidad en el acceso a vacunas esenciales en todo el territorio español.

Además, recientemente, se ha aprobado por parte del Congreso la nueva ley de universalidad del Sistema Nacional de Salud (Real Decreto 180/2026), un proyecto legislativo impulsado por el gobierno español para blindar y ampliar la cobertura sanitaria universal, eliminando exclusiones y estableciendo una cartera de servicios común, asegurando el acceso equitativo para todas las personas<sup>33</sup>.

El PAH, por definición, facilita el acceso a una atención sanitaria básica a personas vulnerables.

- **Sanidad básica y de urgencia** en el primer momento tras su llegada a las costas o en la entrada por frontera terrestre a las ciudades de Ceuta y Melilla, con atención de necesidades sanitarias agudas (heridas, infecciones, estado de salud deteriorado por deshidratación, hipotermia u otras, embarazo, etc.).
- **Derivación al sistema público de salud** para atenciones de urgencia, consultas especializadas, análisis, hospitalizaciones, vacunas y seguimiento médico.
- **Apoyo psicosocial y psicológico** con equipos propios y acceso a profesionales por convenio.
- **Atención a casos especialmente vulnerables:** salud mental, discapacidad, embarazadas (incluido parto y posparto), unidades familiares con menores, personas víctimas de trata, etc.
- **Acceso a farmacia y productos sanitarios básicos** prescritos por un facultativo.

Todas las prestaciones sanitarias se realizan bajo coordinación de la DGAHSAPI, en colaboración con los servicios de salud de las CCAA, procurando garantizar un mínimo de asistencia sanitaria a esta población tan vulnerable.

La atención a las necesidades de salud es abordada de forma diferente en cada comunidad autónoma, y facilitar el acceso a esa atención sanitaria básica corresponde a las entidades que gestionan la acogida (Cruz Roja Española, ACCEM, Fundación Cruz Blanca, etc.) en coordinación con los servicios sanitarios públicos de las CCAA.

En algunas ocasiones, se encuentran presentes equipos especializados proporcionados por la propia comunidad autónoma, como es el caso de Canarias, donde personal del Servicio Canario de la Salud desarrolla su actividad asistencial diaria *in situ* en algunos de los centros con mayor número de plazas del PAH. En cualquier caso, la coordinación entre las entidades y los servicios autonómicos de salud, creando circuitos que faciliten la equidad en la recepción de cuidados es la base de la atención sanitaria en este contexto. Actividades como la administración de vacunas requerirá, a su vez, de la participación de un tercer actor en todo el proceso: los servicios de salud pública de las comunidades autónomas, como responsables de la gestión del programa de vacunación. El diálogo y la coordinación entre las distintas entidades son fundamentales para garantizar el éxito del programa vacunal destinado a esta población.

Para una correcta colaboración entre instituciones, la entrada en los diferentes recursos ubicados en cada CA debe ser comunicada a la autoridad sanitaria competente para poder proceder. Esta comunicación no debe estar supeditada a casos concretos en los que pudiera hacer falta una actuación, sino que se debe realizar de forma dinámica y proactiva para poder responder ante cualquier contingencia. Es necesario que, para planificar la vacunación y para una posible actuación ante brotes de enfermedades transmisibles, se comunique a la autoridad sanitaria competente las altas y las bajas de las personas en cada recurso de acogida, al menos con nombre, apellido, NIE y edad.

## 4. Recomendaciones de vacunación

### 4.1 Líneas generales de actuación

Las personas, tanto niños como adultos, procedentes de otros países deben tener y/o recibir las mismas vacunas que su cohorte de nacimiento en España, según el calendario de vacunación vigente<sup>34,35,36,37</sup>. En población migrante itinerante, se deberían aplicar calendarios acelerados para administrar el mayor número de dosis que sea posible de, al menos, las vacunas consideradas prioritarias.

Para diseñar el calendario vacunal se tendrá en cuenta la edad en el momento del primer contacto, las vacunas y número de dosis que necesitaría tener según su edad, además del tiempo de estancia previsto en España.

- En aquellas personas que aporten una prueba documental (certificado o cartilla oficial) donde sean legibles tanto los productos de vacunación como las fechas, deberá asumirse que han recibido las vacunas que en ella consten. Si no fueran legibles o hubiera indicios o dudas sobre el registro, siempre será preferible vacunar para completar las dosis que faltan o sobre las que haya incertidumbre. Dado el alto perfil de seguridad de las vacunas sistemáticas es preferible, ante una situación de duda, vacunar, aunque suponga administrar alguna dosis extra.
- No se aconseja la realización de marcadores previos a la vacunación como prueba de inmunidad y no se deben retrasar las vacunaciones prioritarias esperando resultados de pruebas serológicas. La serología convencional, en ocasiones, carece de sensibilidad suficiente, y para algunas enfermedades no existe un patrón serológico subrogado de protección universalmente aceptado, a lo que se suma el coste económico, tiempo, estrés del pinchazo (factores culturales) y posibilidad de perder la oportunidad de vacunar<sup>38,39</sup>. En los casos en los que se haya realizado un cribado serológico con otros fines, podrá adecuarse la indicación a los resultados, pero en ningún momento supondrá el retraso en la administración de las vacunas consideradas prioritarias (triple vírica, Td y VPI)<sup>36</sup>.
- Es importante aprovechar al máximo las citas y administrar el mayor número de vacunas en una misma visita, respetando una distancia de al menos 2,5 centímetros si se administran en la misma extremidad.
- Las vacunas atenuadas parenterales deben administrarse simultáneamente. Si no es posible, se respetará un intervalo mínimo de 4 semanas entre ellas. Las vacunas atenuadas orales o intranasales pueden administrarse con cualquier intervalo respecto a las parenterales. Las vacunas inactivadas pueden administrarse simultáneamente o con cualquier intervalo temporal entre sí, así como respecto a las vacunas atenuadas.
- Se recomienda que todas las partes involucradas en el registro y/o consulta de la vacunación dispongan de acceso a los datos identificativos de la persona vacunada de forma unívoca (idealmente, NIE), así como las dosis, fechas y tipo de vacunas recibidas. Se deberá entregar por escrito a la persona migrante la información de las vacunas administradas. El documento debe incluir un número identificativo de la persona que permita su trazabilidad en el sistema de información.
- Antes de la administración de cualquier vacuna de virus atenuados (triple vírica o tetravírica, varicela) a una mujer en edad fértil debe interrogársele sistemáticamente, con apoyo de mediación intercultural, sobre la posibilidad de embarazo. Si existe duda razonable es necesario descartar la gestación tras informar a la mujer y, si no se dispone de prueba de gestación in situ o no quisiera realizársela se pospondrá la administración de vacunas atenuadas. Asimismo, a quienes las reciban, se les advertirá que deben evitar el embarazo

durante al menos 4 semanas tras la recepción de estas vacunas. Toda embarazada identificada en el PAH debe ser derivada de forma prioritaria al circuito ordinario de Atención Primaria (consulta de matrona/obstetricia) para la instauración de los controles de salud fetal y la administración de las vacunas indicadas en el embarazo según calendario vigente (especialmente Tdpa entre las semanas 27 y 36, además de la vacunación estacional frente a gripe y/o COVID-19, según recomendación).

- Ante la imposibilidad de solicitar serologías o recuentos linfocitarios (CD4) rutinarios en centros del PAH, se realizará una anamnesis dirigida sobre antecedentes de enfermedades graves, pérdida de peso extrema reciente o consumo crónico de medicamentos. Ante cualquier sospecha clínica fundamentada de inmunodepresión grave o infección por VIH no tratada, se contraindica temporalmente la administración de vacunas atenuadas. Estas personas deben ser derivadas a los servicios del sistema público de salud para evaluación clínica, analítica y toma de decisiones individualizada. Las personas con sospecha de inmunodepresión pueden y deben recibir de forma acelerada las vacunas inactivadas que les correspondan, aunque se asuma que la respuesta inmunogénica pueda ser menor.

#### 4.2 Vacunaciones prioritarias

El lugar idóneo para llevar a cabo la administración de vacunas debe ser aquel en el que las personas permanezcan un tiempo tras la llegada. La vacunación se realizará, cuanto antes mejor, idealmente en las primeras 3 semanas de estancia en España, en coordinación con los servicios públicos de salud y sujeto al volumen de llegadas. La vacunación no debe suponer un bloqueo en el tránsito entre centros del PAH a no ser que haya circunstancias que lo justifiquen (p. ej. en el manejo de un brote epidémico de una enfermedad inmunoprevenible).

Teniendo en cuenta la amplia rotación en los centros de estancia, se priorizarán aquellas frente a enfermedades de alta transmisión y/o que sean de especial atención por la situación epidemiológica actual<sup>40,41,42,43</sup>. Según esto, se deberá recibir al menos 1 dosis de cada una de las siguientes vacunas:

1. **Triple vírica.** Debido al aumento de brotes epidémicos a lo largo de todo el mundo, la pérdida del estatus de eliminación del sarampión en países de la UE, como España, y la alta incidencia en países de alto tránsito de viajeros. Cabe recordar que esta vacuna está contraindicada en embarazadas y en personas con inmunodepresión.
2. **Poliomielitis.** Puesto que se trata de una enfermedad en fase de erradicación, pero de la que hay un número importante de casos ocasionados por virus derivados de la vacuna que traspasan fronteras (Emergencia de Salud Pública de Interés Internacional).
3. **Tétanos/difteria.** Teniendo en cuenta el aumento de brotes de difteria en Europa (en centros de personas refugiadas y migrantes) y África.

Estas recomendaciones van especialmente dirigidas a adolescentes y adultos, ya que la vacunación de población infantil y en embarazadas es, en general, más accesible y abordable desde los servicios sanitarios. Aun así, se añaden como **anexo 2** algunas tablas que pueden orientar la pauta de vacunación acelerada en esta población a la que se le debe administrar un calendario de rescate al completo, en el menor tiempo posible y de forma prioritaria.

Si la estancia en España se prolonga, se recomienda aplicar el [calendario de vacunación a lo largo de toda la vida y para grupos de riesgo](#) con pautas aceleradas, no olvidando la vacunación estacional de gripe (personas institucionalizadas en centros), y atendiendo a factores de riesgo específicos que pudieran presentar, como puede ser el embarazo. En menores de 5 años, cuando no fuera posible

la realización de una serología previa, se deberá vacunar frente a la hepatitis A. A esta edad, la infección aguda es habitualmente asintomática y en ambientes de convivencia donde se acumula un gran número de personas procedentes de países endémicos, existe un alto riesgo de transmisión. En personas acogidas en centros del PAH, la obtención de un resultado negativo en la serología de hepatitis A, realizada por la razón que sea, será motivo de vacunación.

## 5. Barreras de acceso a los programas de vacunación

A pesar de los avances legislativos hacia la universalidad sanitaria en España, las personas migrantes en situación administrativa irregular siguen enfrentando importantes dificultades de acceso tanto al sistema sanitario como a la vacunación. Estas limitaciones tienen repercusiones directas en la equidad, la salud pública y el cumplimiento de los derechos fundamentales:

- Legales y administrativas
- Económicas
- Sociales, culturales y de información
- Específicas en vacunación

Las barreras descritas en este apartado se han elaborado a partir de los siguientes informes: *REDER. Sanidad Universal: Informe sobre barreras de acceso al Sistema Nacional de Salud para personas migrantes y en situación de vulnerabilidad (2021)*<sup>44</sup>; *Médicos del Mundo. III Informe de barreras al Sistema Nacional de Salud en poblaciones vulnerabilizadas (2024)*<sup>45</sup> y *Gentium. Informe jurídico: barreras de acceso a la salud pública (2025)*<sup>46</sup>, y coinciden con las principales causas de reticencia a la vacunación en población migrante europea, identificadas en una reciente revisión sistemática<sup>47</sup>.

Estos obstáculos que se han identificado para los programas de vacunación pueden estar presentes en otros ámbitos de la asistencia sanitaria, y afectan a todas las personas migrantes en situación administrativa irregular, independientemente de la vía que hayan empleado para entrar en territorio español.

### 5.1. Barreras legales y administrativas

Tras la aprobación del nuevo Real Decreto, es esperable que muchas de estas barreras desaparezcan, aunque podría tardarse un tiempo hasta la ejecución en todos los ámbitos.

- **Requisitos de empadronamiento y residencia:** Hasta el momento, muchas comunidades autónomas exigían un periodo mínimo de empadronamiento (normalmente 90 días) para acceder a la tarjeta sanitaria, lo que excluía a quienes no podían acreditar residencia estable, vivían en alquileres informales o infraviviendas, o en situación de itinerancia.
- **Interpretación restrictiva de la normativa:** Aunque actualmente se reconoce el derecho a la asistencia sanitaria, y se ha ampliado con el nuevo Real Decreto, en la práctica existen instrucciones y procedimientos administrativos que restringen el acceso, especialmente en la tramitación de la tarjeta sanitaria para personas en situación irregular, y que pueden tardar un tiempo en adaptarse a la nueva legislación.
- **Inseguridad jurídica y variabilidad territorial:** La falta de criterios homogéneos y la interpretación dispar de la normativa, ha generado, hasta el momento, confusión e inseguridad jurídica, tanto para los usuarios como para los profesionales sanitarios, lo que ha derivado en exclusión efectiva del sistema.
- **Dificultad para conseguir citas:** La dificultad para conseguir cita para determinados trámites administrativos, como es el caso de la renovación o expedición de documentos de identidad para

solicitantes de protección internacional, Tarjeta de Identificación de Extranjeros -TIE-, etc., supone una traba administrativa añadida a las propias del sistema sanitario.

- **Carencias en la colaboración y el trabajo en red entre organizaciones y el resto del sistema.** Se necesita de educación en inmunizaciones, incluyendo a los trabajadores de las ONG de acogida. Los servicios sanitarios pueden colaborar para transmitir la importancia de la vacunación en este colectivo (formación comunitaria) y estandarizar la atención sanitaria en estos centros.

## 5.2. Barreras económicas

- **Facturación indebida y copagos:** Se han documentado casos de facturación de consultas médicas y de enfermería asociadas al acto vacunal a personas sin recursos, por clasificación errónea, así como dificultades para acceder a medicamentos esenciales por motivos económicos.
- **Costes indirectos:** Los gastos de transporte, la imposibilidad de asumir pagos informales y la falta de recursos para desplazarse a los centros sanitarios pueden afectar al conjunto de la población, pero lo hacen de forma especialmente intensa en la población migrante en situación de vulnerabilidad.
- **Dificultad para la financiación interna de vacunas:** En aquellas comunidades con mayor número de centros, plazas y tasa de recambio, lo cual general costes adicionales y dificulta el ajuste y la planificación de recursos extraordinarios.

## 5.3. Barreras sociales, culturales y de información

- **Desconocimiento de derechos:** Muchas personas migrantes desconocen su derecho efectivo a la atención sanitaria y a la vacunación, lo que los lleva a no solicitar servicios por miedo a ser identificados o sancionados. Esta falta de información también puede afectar al personal sanitario, dificultando la continuidad de las pautas vacunales.
- **Idioma y mediación intercultural:** La ausencia de información en lenguas comprensibles y la falta de mediadores culturales dificultan la comunicación y la comprensión de los procedimientos sanitarios.
- **Desconfianza y miedo:** El temor a la discriminación, al trato hostil o a la denuncia ante las autoridades migratorias supone una barrera psicológica relevante.
- **Reticencia por motivos religiosos o culturales.** En ocasiones podría presentarse un rechazo a la vacunación de forma temporal (por ejemplo, durante el Ramadán) o permanente (menos frecuentemente) por motivos religiosos y/o culturales.

## 5.4. Barreras específicas en vacunación

- **Dificultad para la identificación y el registro correcto (errores y duplicidades en datos personales)** de las vacunas administradas, y su impacto para la continuidad de pautas de vacunación en diferentes territorios de su ruta migratoria, también en relación con las barreras sociales, culturales y de información.
- **Dificultad para acreditar historial vacunal:** La falta de documentación sobre vacunas recibidas en el país de origen y la ausencia de registros dificultan la integración de posibles vacunas administradas con anterioridad en los calendarios vacunales españoles.
- **Obstáculos para menores y embarazadas:** Se han detectado trabas administrativas para la vacunación de menores y embarazadas por exigencia de documentación o residencia mínima, a pesar de que la ley reconoce su derecho a la atención sanitaria.
- **Falta de campañas adaptadas:** Las campañas y la información sobre recomendaciones de vacunación no siempre llega a la población migrante en situación irregular, ni está adaptada cultural y lingüísticamente.

- **Alta movilidad/itinerancia:** Se ha detectado que la carencia de una residencia estable supone habitualmente una barrera en la vacunación, especialmente en las vacunas multidosis.

### 5.5. Impacto y consecuencias

- **Desigualdad en la cobertura vacunal:** Las barreras descritas generan bolsas de población no vacunada, con riesgo de brotes de enfermedades prevenibles y consecuencias negativas para la salud pública.
- **Retrasos en diagnóstico y tratamiento:** La exclusión sanitaria incluye demoras en las actuaciones preventivas como la vacunación, lo que agrava la morbimortalidad en estos colectivos.
- **Vulneración de derechos:** La persistencia de estas barreras supone una vulneración de los compromisos internacionales asumidos por España en materia de derechos humanos y salud pública.

## 6. Estrategias para la implementación

Para ayudar a los distintos países a diseñar intervenciones específicas y basadas en la evidencia, la oficina regional para Europa de la OMS desarrolló la metodología TIP (por sus siglas en inglés), que puede traducirse como adaptación de los programas de inmunización<sup>48</sup>. Para el desarrollo de este enfoque es fundamental contar con distintos perfiles en el grupo de implementación a nivel regional, entre los que se incluyan no solo representantes del programa de inmunizaciones a nivel local y del sistema sanitario, sino también autoridades del PAH responsables de su identificación y personal de las asociaciones que las atienden, teniendo en cuenta la importancia de los líderes comunitarios para el éxito de esta. Cabe recordar que estas estrategias que aquí se proponen van dirigidas exclusivamente a las personas usuarias del PAH, alineándose con los objetivos de este documento de recomendaciones.

En base a las barreras definidas en el apartado anterior, se proponen las siguientes estrategias a implementar (figuras 2, 3, 4 y 5):

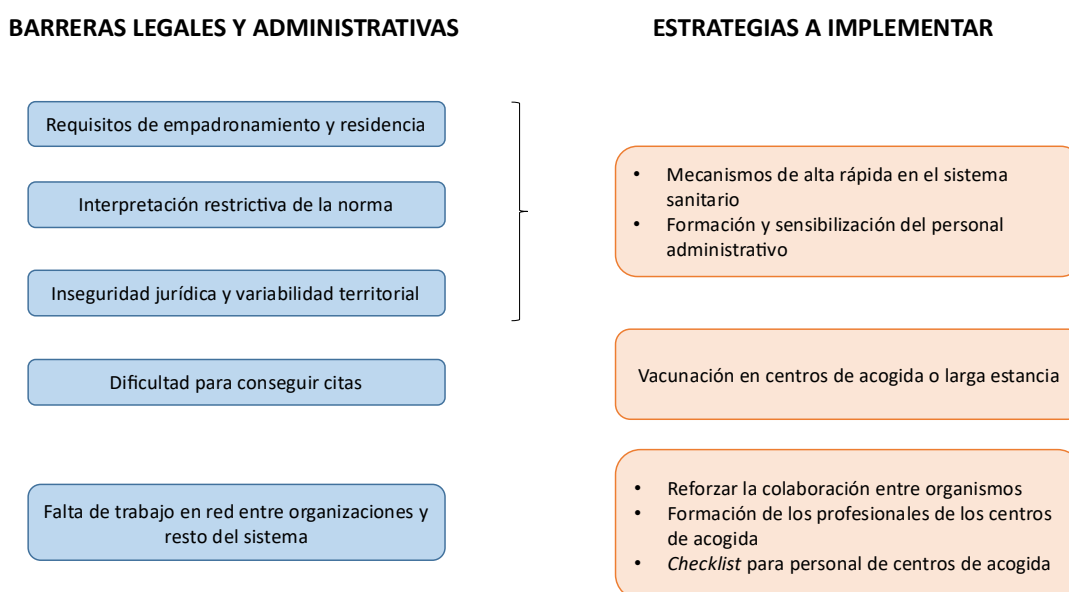
### 6.1. Estrategias para salvar las barreras legales y administrativas

- **Requisitos de empadronamiento y residencia, interpretación restrictiva de la normativa e inseguridad jurídica con variabilidad territorial:** Es fundamental establecer mecanismos para altas rápidas en el sistema sanitario y evitar trabas administrativas para poder dar atención humanitaria a estas personas vulnerables. Esto requiere formación y sensibilización también del personal administrativo de los centros de salud.
- **Accesibilidad a la vacunación:** Según Immordino et al.<sup>49</sup>, se propone aprovechar las lecciones aprendidas y las buenas prácticas llevadas a cabo con la población migrante o refugiada durante el proceso de vacunación masiva frente a COVID-19. Entre estas buenas prácticas se indica la implementación de estrategias de vacunación de mayor accesibilidad fuera de los puestos habituales de vacunación durante esta misma campaña de vacunación masiva. La puesta en marcha de estrategias de mayor accesibilidad en población migrante y refugiada para cualquier vacuna de calendario también ha sido propuesta como un factor impulsor de una mayor vacunación en otras publicaciones<sup>50</sup>, como puede ser la actualización de vacunación en centros de acogida o larga estancia por parte del personal sanitario disponible en estos centros. Algo similar es lo que se viene desarrollando por parte del personal sanitario de los centros penitenciarios para su población interna<sup>51</sup>. Es fundamental que el sistema sanitario y de vacunación sea lo suficientemente flexible como para acomodar estos formatos “adicionales” de

vacunación que ya han demostrado su eficiencia, siempre que sea necesario, para llegar a las personas de más difícil acceso<sup>52</sup>.

- **Reforzar la colaboración y el trabajo en red entre organizaciones y el resto del sistema.** Es necesario priorizar la formación e inclusión de los profesionales de los centros de acogida para aumentar su sensibilización y compromiso con la vacunación, para después informar y sensibilizar a la población diana. Junto con la formación, sería recomendable que los profesionales de los centros de acogida puedan disponer de una guía que puedan asegurar el cumplimiento de las recomendaciones mediante “listados de buenas prácticas” (Figuras 7 y 8) en el proceso de vacunación de la población diana de este documento.

**Figura 2. Resumen de estrategias a implementar en base a las barreras legales y administrativas.**

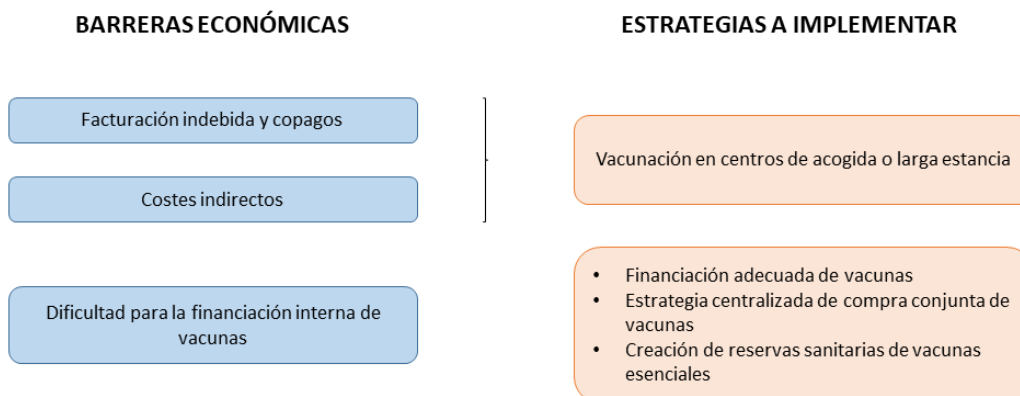


## 6.2. Estrategias para salvar las barreras económicas

- **Abordaje de la facturación indebida y copagos:** El conocimiento de la normativa del PAH por parte de todo el personal del sistema sanitario, especialmente el personal administrativo, es fundamental para evitar estas barreras para la vacunación, aunque la administración de vacunas en centros de primera acogida evitaría estos problemas, así como los costes indirectos (gastos de transporte o falta de recursos para desplazarse a los centros sanitarios) para la población migrante en situación de vulnerabilidad a vacunar.
- **Mecanismos de financiación interna de vacunas:** En el momento actual, la adquisición de vacunas, excepto frente a COVID-19 y mpox, se hace por parte de las comunidades autónomas con una estimación de dosis de vacunas necesarias base a la población residente. Sin embargo, la población migrante en situación irregular y refugiada que llega a cada una de ellas es muy variable y en una cantidad prácticamente impredecible. Además, esta población en muchas ocasiones llega a una comunidad autónoma en el marco de los traslados de los programas de acogida o a otros países, por lo que su vacunación excede al ámbito autonómico, siendo necesaria una estrategia nacional o incluso de la Unión Europea. Para esto es fundamental una adecuada financiación de las vacunas necesarias para llevar a cabo campañas de captación y actualización del calendario a lo largo de toda la vida de esta población, proponiéndose un enfoque como se ha hecho hasta ahora desde la campaña de primovacunación frente a COVID-19 y en otras situaciones de crisis. Durante la pandemia por COVID-19, la UE desarrolló una

estrategia centralizada de compra conjunta de vacunas y creación de reservas sanitarias, lo que permitió una respuesta más eficiente ante una crisis sanitaria. Disponer de una reserva estratégica de las vacunas esenciales, priorizadas en este documento, podría ayudar a dar respuesta a la vacunación de refugiados, ante una situación de crisis humanitaria.

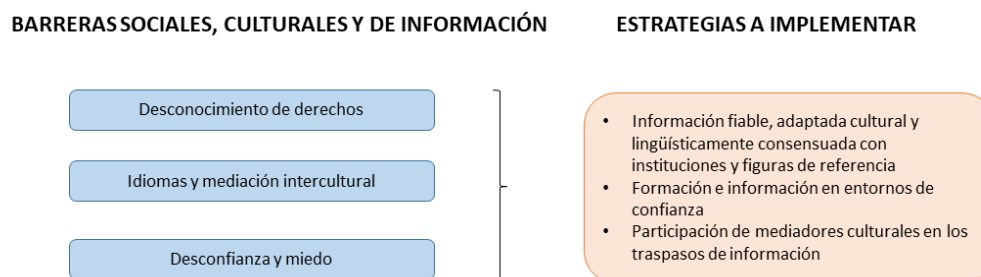
**Figura 3. Resumen de estrategias a implementar en base a las barreras económicas.**



### 6.3. Estrategias para salvar las barreras sociales, culturales y de información

- Implementación de campañas adaptadas para salvar el desconocimiento de derechos, desconfianza, miedo y la barrera idiomática:** Es fundamental dar a la población migrante y refugiada información fiable, adaptada cultural y lingüísticamente de manera consensuada entre las instituciones<sup>53</sup> y sus figuras de referencia<sup>54</sup>. La formación e información en entornos de confianza con la participación de mediadores culturales, siempre que sea posible, o en centros de primera acogida<sup>55,56,57</sup>, como es el caso de personas recién llegadas pendientes de vacunar y que en ocasiones pueden estar en los centros durante un período corto de tiempo. A pesar de que este tipo de intervenciones han mostrado un impacto pequeño en el aumento de coberturas, éste puede ser prometedor<sup>58</sup>. En relación con las barreras idiomáticas, y en ausencia de mediadores, podrían ser de utilidad herramientas de apoyo a la comunicación ampliamente disponibles, como aplicaciones de traducción en dispositivos móviles que incorporan funciones de audio y conversación bidireccional en múltiples idiomas (p. ej., urdú, árabe o francés). Estas soluciones facilitan una interacción básica inmediata y resultan especialmente útiles en contextos de alta movilidad o ausencia puntual de intérprete, sin perjuicio de recurrir a servicios profesionales de traducción cuando la complejidad de la información lo requiera.
- Mediación intercultural:** A menudo, se considera que los profesionales sanitarios son la principal fuente de información esperada entre refugiados y migrantes. Sin embargo, profesionales sanitarios que trabajan con migrantes a menudo sienten que las barreras de comunicación, y la incapacidad para abordar inquietudes culturales o religiosas, les limitan a la hora de informar sobre vacunas a población migrante. Por ello y sumado a lo anterior, la presencia de mediadores en todos los trasposos de información, incluida la cooperación con ONG especializadas en mediación intercultural, puede ser de gran ayuda en la mejora de las barreras comunicativas entre la persona a vacunar y el profesional sanitario.

Figura 4. Resumen de estrategias a implementar en base a las barreras sociales, culturales y de información.



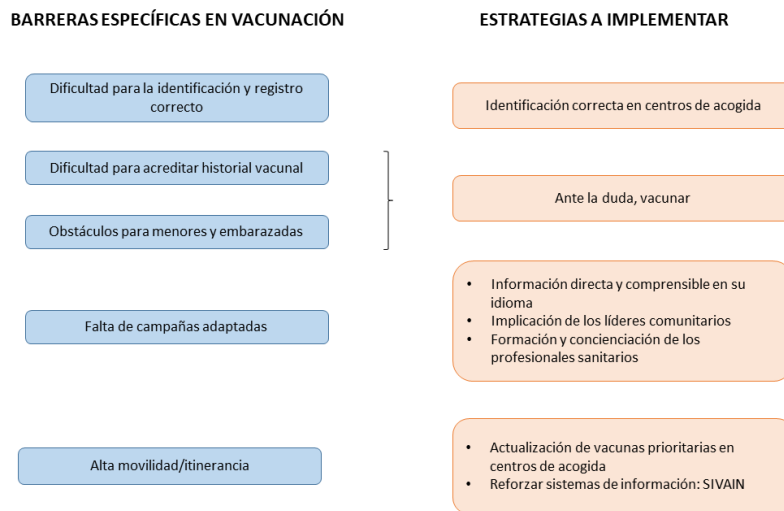
#### 6.4. Estrategias para salvar las barreras específicas en vacunación

- **Facilitar la identificación y el registro correcto** de las vacunas administradas, así como historial vacunal: Es fundamental trabajar con las autoridades competentes una correcta identificación en los centros de acogida (identificación inequívoca disponible, preferentemente el NIE), para poder registrar correctamente las vacunas que se administren y que se pueda hacer un seguimiento de la pauta en caso de cambio de comunidad en su trayecto dentro del territorio español. La dificultad para la obtención de antecedentes vacunales o la ausencia de estos no debe ser una barrera, por lo que es preferible vacunar para completar las dosis que faltan o sobre las que haya incertidumbre, dado el alto perfil de seguridad de las vacunas sistemáticas, aunque esto pueda suponer administrar alguna dosis extra.

Cuando se realiza la vacunación fuera del centro sanitario (centro de acogida) puede ser de gran utilidad disponer de instrumentos para realizar el registro electrónico *in situ*.
- **Implementación de campañas adaptadas:** La información directa y comprensible a través de, por ejemplo, intervenciones comunitarias de educación para la salud grupal han demostrado ser de utilidad en aumentar la información a la población migrante y refugiada y, por tanto, las tasas de vacunación, como se ha evidenciado en relación con la vacunación frente a hepatitis A<sup>59</sup>. La implicación de líderes comunitarios y/o religiosos, tal y como se ha indicado anteriormente, es fundamental, además de las campañas de información estén adaptadas y se apoyen en valores religiosos específicos de la población diana<sup>60</sup>. Esta información no solo tiene que estar adaptada desde el punto de vista de su cultura y diseñada para contrarrestar bulos y prejuicios, sino que también es recomendable que se encuentre en distintos idiomas y formatos (visual, oral, impreso...)<sup>50</sup>. Además, no solo es importante la formación e información a las personas migrantes, sino también una mayor formación y concienciación de los profesionales sanitarios en relación con este tema, tanto las adaptaciones de calendario como en ser capaces de solucionar dudas de personas reticentes<sup>61</sup> o estrategias que aumenten la equidad en vacunación, ya que son estrategias que han demostrado aumentos de coberturas en la vacunación de la población migrante y refugiada<sup>62</sup>. En caso de ser posible, para estancias más prolongadas, las sesiones informativas, además de tener un enfoque transcultural, es importante que se realicen en entornos de confianza, como pueden ser sus lugares de culto.
- **Trazabilidad de la información durante la movilidad e itinerancia:** Como se ha indicado anteriormente, la actualización de las vacunas que se han determinado como prioritarias en centros de acogida o larga estancia por parte del personal sanitario disponible en estos centros puede ser de utilidad para vencer esta barrera. La puesta en marcha de sistemas de información a escala nacional o incluso supranacional<sup>63</sup>, como lo que se está haciendo en España con SIVAIN, debe ser una herramienta que, con una correcta identificación de la persona, nos permita registrar las vacunas administradas en las comunidades de entrada en aquellas personas que

continúen con su ruta migratoria hacia otras regiones, para poder evitar administración de dosis innecesarias. Siempre que sea posible, se deberá entregar por escrito un certificado de las vacunas administradas, para facilitar la trazabilidad.

**Figura 5. Resumen de estrategias a implementar en personas acogidas dentro del PAH en base a las barreras específicas en vacunación.**



Como cualquier estrategia a implementar, hay que evaluar su puesta en marcha y periódicamente, intentando mejorar en las debilidades que se detecten. La cobertura de vacunación desagregada por género y otras variables sociodemográficas, así como otros datos que permitan el análisis e identificación de inequidades en la inmunización deben estar disponibles. Es fundamental tratar de considerar la sostenibilidad en el tiempo de las intervenciones para su integración en el programa de inmunizaciones rutinario, para que así sean efectivas y exitosas<sup>52</sup>.

A continuación, se incluye un **flujo de vacunación y listados de buenas prácticas** a implementar en los centros de acogida para garantizar la adecuada vacunación de su población diana:

**Figura 6: Flujo de vacunación a aplicar en centros del programa de acogida**



Figura 7. Listado de buenas prácticas para garantizar la vacunación de personas migrantes y refugiadas llegadas por vía irregular a España ([trabajadores de centros de acogida](#))

### Listado de buenas prácticas para trabajadores del centro de acogida

- 1. Formación del personal** del centro de acogida en vacunas y su importancia.
- 2. Vacunas = salud.** Las vacunas son uno de los instrumentos preventivos más efectivos de los que disponemos para preservar el estado de salud de la población. Es prioritario actualizar los calendarios.
- 3. Coordinación con los servicios sanitarios de referencia.** Alta rápida en tarjeta sanitaria o traslado de expediente. Altas/bajas del recurso. Estimación rápida y actualizada de las dosis necesarias.
- 4. Información clara y adaptada al idioma, cultura y nivel educativo.** Información impresa, adaptada culturalmente y en idioma comprensible. Presencia de sanitarios que van a vacunar para aclarar dudas en compañía de mediadores interculturales.
- 5. Colaboración en el acto vacunal.** Habilitar espacios seguros y limpios, convocatoria previa y acompañamiento para facilitar el proceso de vacunación en el recurso que acoge.
- 6. Identificación inequívoca de la persona a vacunar.** Nombre, apellidos, fecha de nacimiento y NIE/pasaporte.
- 7. ¿Vacunas ya recibidas? ¿Contraindicación?** Obtener información individual para cada persona: certificado de vacunas previas, enfermedades o situaciones que contraindiquen la vacunación.
- 8. Entiende y consiente.** Asegurar la comprensión de la información y obtención del consentimiento verbal para recibir la vacunación.
- 9. Seguridad del acto vacunal.** El personal de la organización está presente en el proceso, habilita un lugar para que las personas permanezcan 15-30 minutos tras la vacunación y avisa a los sanitarios en caso de aparición de cualquier síntoma (mareo, manchas en la piel, dificultad para respirar, hinchazón).
- 10. Certificación por escrito.** El personal facilita el certificado oficial que recoja las vacunas recibidas en ese acto.

Figura 8. Listado de buenas prácticas para garantizar la vacunación de personas migrantes y refugiadas llegadas por vía irregular a España ([profesionales sanitarios](#))

### Listado de buenas prácticas para profesionales sanitarios que vacunan en centros de acogida

- 1. Formación y actualización** sobre calendarios vacunales acelerados.
- 2. Priorización de la vacunación** de la persona migrante o refugiada de centros de acogida de la zona de influencia del centro sanitario.
- 3. Coordinación fluida con los centros de acogida** para alta rápida en tarjeta sanitaria de las personas migrantes o refugiadas.
- 4. Trabajar localmente** con los centros de acogida en facilitar la **actualización de la información relacionada con las vacunas** que pueda precisar, para trabajadores o personas migrantes a las que se da atención.
- 5. Colaboración con los centros de acogida en jornadas informativas específicas con mediadores.**
- 6. Evitar retrasos** de la vacunación por pruebas serológicas innecesarias.
- 7. Control de stock y cadena de frío.** Estimación de número de dosis necesarias en función de stock disponible para evitar retrasos de vacunación y control de la cadena de frío.
- 8. Optimización del número de visitas** en función de las vacunas a administrar, evitando visitas innecesarias o demoras.
- 9. Registro** preciso de vacunas administradas, así como documentadas que aporte la persona.
- 10. Certificación por escrito.** Facilitar el certificado vacunal impreso y actualizado tras cada acto.

## 7. Conclusiones y recomendaciones finales

- Considerando las barreras de acceso a los servicios sanitarios de las personas refugiadas y migrantes por vía irregular acogidas dentro del PAH y la heterogeneidad en la atención recibida, es necesario garantizar el acceso equitativo a la vacunación y a la protección frente a enfermedades inmunoprevenibles, independientemente de su origen, edad o situación administrativa.
- Las coberturas de vacunación en estos países de origen son inferiores a los objetivos fijados por la OMS para las principales enfermedades inmunoprevenibles, lo que genera una protección insuficiente y aumenta el riesgo de aparición de brotes epidémicos. Por otro lado, sigue existiendo una considerable variabilidad en las políticas vacunales para migrantes en Europa, una gran disparidad en su acceso, y grandes diferencias en los calendarios, lo cual aumenta la inequidad en salud.
- El PAH en España se encuentra constituido por un conjunto de servicios financiados por la Secretaría de Estado de Migraciones SEM a través de la Dirección General de Atención Humanitaria y del Sistema de Acogida de Protección Internacional (DGAHSAPI). Este programa actualmente se encarga, entre otras cuestiones, de cubrir las necesidades sanitarias básicas de esta población, entre las que se incluyen aspectos relacionados con la salud pública. Con la futura aplicación del Pacto Europeo de Migración y Asilo, el PAH podría verse afectado, pero, de cualquier forma, la vacunación deberá desarrollarse de forma precoz, adaptada a la realidad de cada comunidad autónoma y siguiendo pautas aceleradas en los centros donde se acoja a esta población, teniendo en cuenta el papel primordial que han demostrado las vacunas en preservar la salud humana.
- Para garantizar el éxito de esta estrategia, es necesaria la coordinación entre las entidades de acogida y los servicios autonómicos de salud, incluidos los servicios de salud pública gestores de los programas de vacunación. Para ello, se aplicarán protocolos de actuación comunes y circuitos que faciliten la equidad en la recepción de vacunas, pero dando flexibilidad a las autoridades locales para atender a la peculiaridad regional de cada territorio.
- El lugar idóneo para llevar a cabo la administración de vacunas son los centros de acogida en los que las personas permanezcan un mínimo de tiempo a la llegada, preferentemente en los centros de titularidad pública estatal. En los dispositivos de acogida que no lo sean (dentro del PAH), se trabajará conjuntamente con las entidades para la aplicación de este protocolo y facilitar el acceso a la vacunación en coordinación con el servicio de salud correspondiente. La vacunación se realizará de la forma más precoz posible, **idealmente en las primeras 3 semanas de estancia** en España, en coordinación con los servicios públicos de salud y dependiendo del volumen de llegadas.
- Se priorizarán aquellas vacunas frente a enfermedades de alta transmisión y/o que sean de especial atención por la situación epidemiológica actual. **Se deberá recibir al menos 1 dosis de vacuna de triple vírica, de poliomielitis y de tétanos/difteria** (y se completará la pauta siempre que la duración de la estancia lo permita, siguiendo pautas aceleradas).
- Estas recomendaciones van **especialmente dirigidas a adolescentes y adultos**, ya que la vacunación de población infantil y en embarazadas es, en general, más accesible y abordable, si bien debe asegurarse su realización
- En los casos en los que sea posible, se completará de forma acelerada el **calendario de vacunación a lo largo de toda la vida y para grupos de riesgo**, insistiendo en la vacunación

estacional frente a la gripe y atendiendo a factores de riesgo específicos, como el embarazo. En menores de 5 años, cuando no sea posible el cribado serológico que permita la individualización de la indicación, se administrará también la vacuna frente a la hepatitis A. Las personas de cualquier edad seronegativas para hepatitis A que se encuentren acogidas en centros del PAH deben ser vacunadas.

- Se seguirán otras recomendaciones generales de vacunación como: vacunar siempre si no hay prueba documental, utilizar preparados combinados siempre que se pueda, evitar realizar serologías de forma sistemática, administrar el mayor número de vacunas en cada contacto con el sistema sanitario, asegurar el registro de las inmunizaciones y aportar un certificado en mano con las vacunas recibidas a cada persona.
- Con respecto a las barreras de acceso a los programas de vacunación, se propone la aplicación de las siguientes estrategias:
  - Barreras legales y administrativas: **formación y sensibilización del personal sanitario**: aplicar el nuevo RD, no realizando una interpretación restrictiva de la normativa y asegurando las altas en el sistema sanitario; actualización de la vacunación en centros de acogida o larga estancia (“listados de buenas prácticas” en centros de acogida); puntos y/o estrategias de vacunación alternativos para personas con dificultad de acceso al sistema;
  - Barreras económicas: articular estrategias de financiación, compra conjunta y reservas estratégicas de vacunas consideradas prioritarias específicas para estas poblaciones.
  - Barreras sociales, culturales y de información: **facilitar información fiable a través de mediadores socioculturales**, adaptada cultural y lingüísticamente en entornos de confianza y consensuada entre instituciones y figuras de referencia.
  - Barreras específicas de vacunación: campañas a través de líderes comunitarios o religiosos, sensibilización específica en vacunación prioritaria en el personal sanitario de acogida, asegurar el acceso a **sistemas de información interoperables (SIVAIN) que permitan el registro y trazabilidad** de la información de vacunación.

Anexos

**Anexo 1. Información adicional sobre el número de plazas, distribución geográfica y datos de ocupación en el marco de los programas de acogida**

**Tabla 1. Personas atendidas en el Programa de Atención Humanitaria (2022-2025)**

Fuente: Informe del Sistema de Protección Internacional en España. Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones

	2022	2023	2024	2025
<b>Mayores de edad</b>	29.957	48.800	67.352	37.743
<b>Menores de edad</b>	1.370	1.478	2.127	1.054
<b>Totales</b>	<b>31.327</b>	<b>50.278</b>	<b>69.479</b>	<b>38.797</b>

**Tabla 2. Características de los centros del Programa de Atención Humanitaria y ocupación media (2025)**

Fuente: Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones

CCAA	Número de centros según su capacidad (desagregados por rango de plazas)						Ocupación media (junio 2025)
	< 10	10-50	50-100	100-500	> 500	Total	
Andalucía	32	23	13	13		81	88%
Aragón		2	4	3		9	94%
Asturias	1	2	1			4	87%
Balears, Illes		1				1	89%
Canarias	7	12	5	5	3	32	56%
Castilla La Mancha	4	3	1			8	90%
Castilla y León	1	2	1			4	95%
Cataluña		4	2	3		9	86%
Ceuta					1	1	119%
C. Valenciana	3	1	3	3		10	95%
Extremadura					1	1	84%
Galicia			2	3		5	84%
C. Madrid	8	2	3	1	2	16	94%
Melilla					1	1	81%
R. Murcia	5	3	1	1	1	11	78%
País Vasco		1				1	76%
<b>Total</b>	<b>61</b>	<b>56</b>	<b>36</b>	<b>32</b>	<b>9</b>	<b>194</b>	

**Tabla 3. Distribución geográfica de las plazas en centros de titularidad pública estatal del Programa de Atención Humanitaria (enero 2026)**

Fuente: Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones

<b>Provincia</b>	<b>CAED</b>	<b>CPLL</b>	<b>CETI</b>	<b>Total</b>
Badajoz	894			<b>894</b>
Madrid	3.186			<b>3.186</b>
Murcia	680			<b>680</b>
Las Palmas	312	850		<b>1.162</b>
Santa Cruz de Tenerife	185	3.500		<b>3.685</b>
Ceuta			512	<b>512</b>
Melilla			686	<b>686</b>
<b>Total</b>	<b>5.257</b>	<b>4.350</b>	<b>1.198</b>	<b>10.805</b>

## Anexo 2. Pauta de inmunización acelerada en personas migrantes acogidas en el PAH según edad de inicio

(Estas pautas están sujetas a las sucesivas actualizaciones del calendario para toda la vida, para grupos de riesgo y acelerado)

**Tabla 1. Vacunas e intervalos a partir de los 18 años.**

Visita 1	Visita 2	Visita 3
Td <sup>1,2</sup>	Td (Al mes de la 1ª dosis)	Td (A partir de los 6 meses tras la 2ª dosis)
Triple vírica <sup>1,3</sup>	Triple vírica (Al mes de la 1ª dosis) <sup>3</sup>	
Varicela <sup>3</sup>	Varicela (Al mes de la 1ª dosis) <sup>3</sup>	
Polio (VPI) <sup>1,2</sup>	Polio (VPI) (al mes de la 1ª dosis)	Polio (VPI) (A partir de los 6 meses tras la 2ª dosis)
Hepatitis B <sup>4</sup>	Hepatitis B (Al mes de la 1ª dosis)	Hepatitis B (A partir de los 6 meses tras la 1ª dosis)

<sup>1</sup>Vacunas consideradas prioritarias. Debe garantizarse su administración en la primera visita.

<sup>2</sup>Como alternativa, podría utilizarse el preparado dTpa-VPI (baja carga antigénica de difteria y tosferina)

<sup>3</sup>Vacunas de virus vivos atenuados, contraindicadas en el embarazo y en personas inmunodeprimidas. Se puede valorar el uso de vacuna tetravírica.

<sup>4</sup>Hepatitis B. Si proceden de países de prevalencia alta/intermedia<sup>39</sup> con serología negativa, no se ha realizado o no está disponible.

**Tabla 2. Inmunizaciones e intervalos recomendados entre los 2 y 11 meses de vida**

Visita 1	Visita 2 (al mes de la 1ª)	Visita 3 (al mes de la 2ª)	A partir de los 11-12 meses de edad (según vacuna)
Hexavalente		Hexavalente	Hexavalente <sup>1</sup>
	Meningococo C <sup>2</sup>		Meningococo C <sup>2</sup>
Meningococo B <sup>3</sup>		Meningococo B	Meningococo B
Neumococo <sup>4</sup>	Neumococo	Neumococo	Neumococo
Rotavirus <sup>5</sup>	Rotavirus	Rotavirus	
VRS <sup>6</sup>			
Gripe <sup>6</sup>			

<sup>1</sup>Intervalo mínimo de 6 meses con respecto a la segunda dosis.

<sup>2</sup>Según vacuna incluida en calendario de la comunidad autónoma a esta edad.

<sup>3</sup>MenB. Si la vacunación se inicia antes de los 6 meses, la tercera dosis debe administrarse a partir de los 12 meses de edad y con una separación mínima de la anterior de 6 meses. Si se inicia con 6 meses ya cumplidos, se administrarán también 3 dosis en total con una separación mínima entre ellas de 8 semanas, pero la tercera a partir de los 12 meses.

<sup>4</sup>Pautas diferentes según se utilice VNC20 (3 dosis con 1-2 meses de intervalo y un recuerdo a partir de los 11 meses y siempre al menos 2 meses desde la última dosis) o VNC15 (2 dosis con 1-2 meses de intervalo y un recuerdo a partir de los 11 meses y siempre al menos 2 meses desde la última dosis). Si el comienzo es a partir de los 7 meses, las dos primeras dosis se administrarán con un intervalo mínimo de 4 semanas. Se recomienda una tercera dosis (de refuerzo) a partir de los 12 meses de edad, separada de la segunda dosis por al menos 2 meses.

<sup>5</sup>Pautas diferentes de 2 o 3 dosis según la vacuna empleada. Son aceptables (aunque no deseables) pautas que combinen ambas vacunas, las cuales deberán respetar edades especificadas en ficha técnica y conllevarán la administración de tres dosis siempre.

<sup>6</sup>Solo en temporada a la edad correspondiente para cada producto de inmunización (vacuna frente a gripe y anticuerpo monoclonal frente a VRS).

**Tabla 3. Vacunas e intervalos entre los 12 y 23 meses**

Visita 1	Visita 2 (Al mes de la 1ª)	Visita 3 (Al mes de la 2ª)	Visita 4 (A los 6 meses de la 3ª visita)
Hexavalente		Hexavalente	Hexavalente <sup>1</sup>
	Meningococo C <sup>2</sup>		
Meningococo B <sup>3</sup>		Meningococo B <sup>3</sup>	
Neumococo		Neumococo	
Triple vírica <sup>4</sup>	Triple vírica <sup>4</sup>		
Varicela <sup>4</sup>	Varicela <sup>4</sup>		
	Hepatitis A <sup>5</sup>		Hepatitis A (A los 6 meses de la dosis anterior)
Gripe <sup>6</sup>			

<sup>1</sup>Intervalo mínimo de 6 meses con respecto a la segunda dosis.

<sup>2</sup>Según vacuna incluida en calendario de la comunidad autónoma a esta edad.

<sup>3</sup>La tercera dosis a los 12 meses de la segunda.

<sup>4</sup>Triple vírica y Varicela. Administrar por separado.

<sup>5</sup>Hepatitis A. Si proceden de países de prevalencia alta/intermedia<sup>37</sup> y con serología negativa, no realizada o no disponible.

<sup>6</sup>Solo en temporada.

**Tabla 4. Vacunas e intervalos entre los 2 y 9 años**

Visita 1	Visita 2 (Al mes de la 1ª)	Visita 3 (Al mes de la 2ª)	Visita 4 (A los 6 meses de la 3ª visita)
Hexavalente <sup>1</sup>		Hexavalente	Hexavalente <sup>1</sup>
	Meningococo C <sup>2</sup>		
Meningococo B <sup>3</sup>		Meningococo B	
	Neumococo <sup>4</sup>		
Triple vírica <sup>5</sup>	Triple vírica <sup>5</sup>		
Varicela <sup>5</sup>	Varicela <sup>5</sup>		
Hepatitis A <sup>6</sup>			Hepatitis A (A los 6 meses de la 1ª dosis)
	Gripe <sup>7</sup>		

<sup>1</sup>La vacuna hexavalente puede administrarse hasta los 10 años incluidos<sup>64,65</sup>. Intervalo mínimo de 6 meses con respecto a la segunda dosis.

<sup>2</sup>Según vacuna incluida en calendario de la comunidad autónoma a esta edad.

<sup>3</sup>Solo para nacidos a partir de la cohorte de nacimiento incluida en el calendario de vacunación autonómico, y siempre que tengan menos de 5 años, en ausencia de otros factores de riesgo.

<sup>4</sup>Solo en menores de 5 años, en ausencia de otros factores de riesgo.

<sup>5</sup>Triple vírica y varicela. Administrar vacunas individuales o como vacuna combinada tetravírica.

<sup>6</sup>Hepatitis A. Si proceden de países de prevalencia alta/intermedia<sup>37</sup> y con serología no realizada o no disponible (menores de 5 años) o negativa a cualquier edad.

<sup>7</sup>Solo en temporada y hasta los 59 meses de edad (puede haber variaciones locales).

**Tabla 5. Vacunas e intervalos entre los 10 y 18 años**

Visita 1	Visita 2	Visita 3 (al mes de la 1ª visita)	Visita 4
DTPa-VPI o VPI+Td/Tdpa <sup>1</sup>		DTPa-VPI o VPI+Td/Tdpa	DTPa-VPI o VPI+Td/Tdpa (A los 6 meses de la 2ª dosis)
Triple vírica <sup>2</sup>		Triple vírica	
Varicela <sup>2</sup>		Varicela	
MenACWY			
	VPH		
	Hepatitis A <sup>4</sup>		Hepatitis A (A partir de los 6 meses tras la 2ª visita)
	Hepatitis B <sup>5</sup>	Hepatitis B (Al mes de la 1ª dosis)	Hepatitis B (A partir de los 6 meses tras la 1ª dosis)

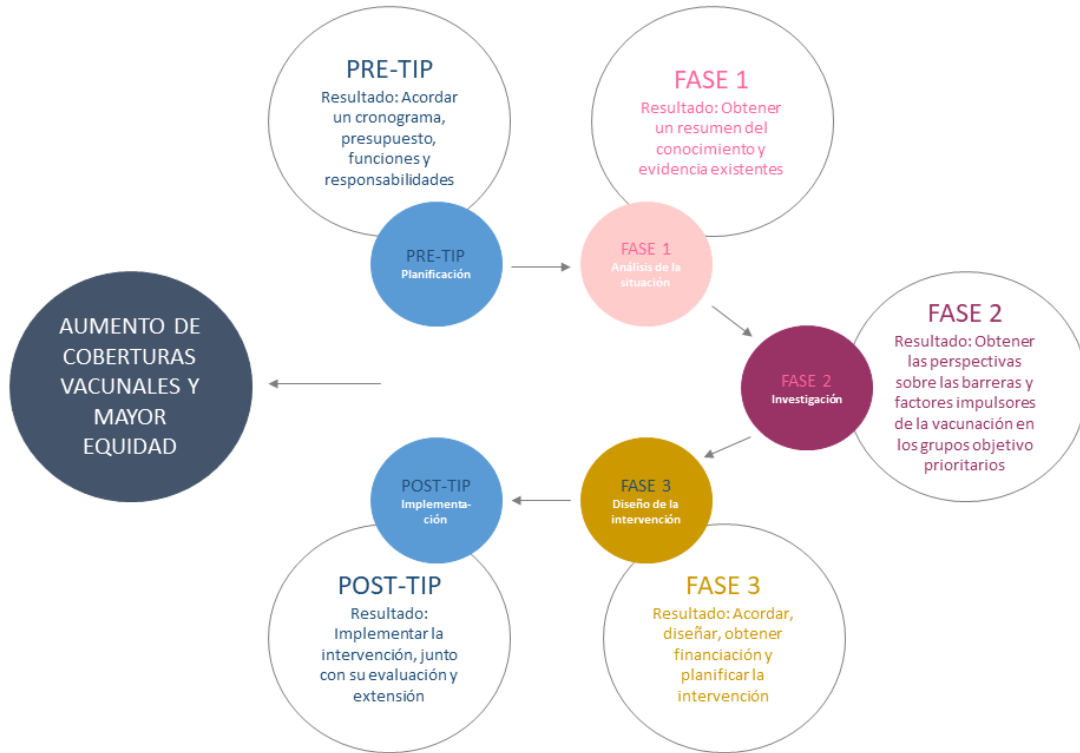
<sup>1</sup>DTPa/VPI hasta que cumplan los 14 años. Con 14 o más años se utilizará Td o Tdpa y VPI por separado, o si hay disponible Tdpa-VPI, según calendario regional.

<sup>2</sup>Administrar vacunas individuales o como vacuna combinada tetravírica.

<sup>4</sup>Hepatitis A. Si proceden de países de prevalencia alta/intermedia<sup>41</sup> y con serología negativa.

<sup>5</sup>Hepatitis B. Si proceden de países de prevalencia alta/intermedia<sup>39</sup> con serología negativa, no realizada o no disponible.

**Anexo 3. Resumen de las fases de la metodología TIP de la OMS.**



## 8. Bibliografía

---

<sup>1</sup>World Health Organization. World report on the health of refugees and migrants. Geneva: WHO; 2022. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240054462>. Última consulta: 14 oct 2025

<sup>2</sup>Hoefer S, Seth-Smith H, Palma F et al. Corynebacterium diphtheriae Outbreak in Migrant Populations in Europe. N Eng J Med 2025;392:2334-2345.

<sup>3</sup>Anca V, Veronica C, Krista S. Shifting tuberculosis dynamics in the EU/ EEA: geographical and drug resistance trends among people of foreign origin, 2019 to 2023. Euro Surveill. 2025;30(11):pii=2500173

<sup>4</sup>Reyes-Uruena J, Stoppa G, Pizzolato F, the EU/EEA HIV network. Trends in new HIV diagnoses and factors contributing to late diagnosis among migrant populations in EU/EEA countries, 2014 to 2023. Euro Surveill. 2024;29(48):pii=2400759

<sup>5</sup>Leong W, Wilder-Smith A, Measles Resurgence in Europe: Migrants and Travellers are not the Main Drivers. J Epidemiol Glob Health 2019 Dec;9(4):294–299

<sup>6</sup> Martín-Sanz M, Martín-Segarra O, Palacios-Ceña D et al. Real-world experience of barriers to diagnosis, early detection and disease management among migrants living with HIV in Spain: a qualitative study. Ann Med 2025;57: 2543520

<sup>7</sup>Asociación Española de Vacunología. Determinantes sociales y vacunación. Manifiesto sobre vacunología social de la AEV. Disponible en: <https://vacunas.org/wp-content/uploads/2024/03/Manifiesto-Determinantes-Sociales-1.pdf>

<sup>8</sup>Carreras-Abad C, Oliveira-Souto I, Pou-Ciruelo D. Health and Vaccination Status of Unaccompanied Minors After Arrival in a European Border Country: A Cross-sectional Study (2017–2020). Pediatr Infect Dis 2022;41:872-877

<sup>9</sup>Halliday R, Morais B, Bouaddi O, Deal A, Fajue D, Bojang S, Hargreaves S. Vaccine-preventable diseases in migrants in Europe: a systematic review. Eur J Public Health. 2025 Oct 24;65: 127788

<sup>10</sup>World Health Organization – Regional Office for Europe. European Immunization Agenda 2030 (EIA2030). Copenhagen: WHO/Europe; 2021. Disponible en: <https://www.who.int/europe/initiatives/the-european-immunization-agenda-2030> Consultado: 14 oct 2025

<sup>11</sup>Agència de Salut Pública de Catalunya. Actuacions per al cribatge clínic i epidemiològic de les persones migrants que arriben a Catalunya. Barcelona: Departament de Salut; 2022. Disponible: [https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/\\_Professionals/Vigilancia\\_epidemiologica/documents/arxiu/actuacions-migrants.pdf](https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_Professionals/Vigilancia_epidemiologica/documents/arxiu/actuacions-migrants.pdf) Consultado: 14 oct 2025.

<sup>12</sup>Servicio Canario de la Salud. Protocolo de atención sanitaria a menores migrantes (Infancia en movimiento). Actualización feb 2025. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocumento=a7c24781-e00c-11ed-9fa3-c59472cce41e&idCarpeta=61e907e3-d473-11e9-9a19-e5198e027117> Consultado: 14 oct 2025

<sup>13</sup>Asociación Española de Pediatría. Comité Asesor de Vacunas (CAV-AEP). Inmunizaciones de niños migrantes, refugiados y adoptados. Manual de inmunizaciones en línea de la AEP. Actualizado enero 2026. Disponible en: <https://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-12>.

<sup>14</sup>World Health Organization. Disease Outbreak News (DONs) [Internet]. Geneva: WHO; 2025 [cited 2025 Sep 29]. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news>.

<sup>15</sup>Burki T. Spike in diphtheria in Africa raises concerns. Lancet Microbe. 2026 Feb 6:101348. doi: 10.1016/j.lanmic.2026.101348. Epub ahead of print. PMID: 41662858.

<sup>16</sup>World Health Organization. Immunization data. Disponible en: <https://immunizationdata.who.int/global?topic=Vaccination-schedule&location=>

<sup>17</sup>World Health Organization. WHO Vaccine Position Papers. Disponible en: <https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/policies/position-papers>

<sup>18</sup>Dimitrova A, Carrasco-Escobar G, Richardson R, Benmarhnia T. Essential childhood immunization in 43 low- and middle-income countries: Analysis of spatial trends and socioeconomic inequalities in vaccine coverage. PLOS Medicine [Internet]. 1 de enero de 2023;20. Disponible en: <https://consensus.app/papers/essential-childhood-immunization-in-43-low-and-carrasco-escobar-richardson/b404c93312065772a7d5660ac785d14c/>

<sup>19</sup>Cata-Preta B, Santos T, Mengistu T, Hogan D, Barros A, Victora C. Zero-dose children and the immunisation cascade: Understanding immunisation pathways in low and middle-income countries. Vaccine [Internet]. 17 de marzo de 2021;39:4564-70. Disponible en: <https://consensus.app/papers/zerodose-children-and-the-immunisation-cascade-victora-cata-preta/6ce7a2c405c3548285d6c27f271d8e7c/>

<sup>20</sup>Slam MR, Rahman MM, Rahman MS, Abe S, Akmatov M, Hashizume M. Trends and projections of age-appropriate vaccination coverage in 41 low- and middle- income countries in Asia and Sub-Saharan Africa, 2000–2030. Frontiers in Public Health [Internet]. 9 de mayo de 2024;12. Disponible en: <https://consensus.app/papers/trends-and-projections-of-ageappropriate-vaccination-islam-akmatov/3c78c7ac89b3565fad49738de7ff8142/>

<sup>21</sup>Organización Mundial de la Salud. Routine vaccination coverage – worldwide, 2024. Weekly epidemiological record. 2025; 100: 627–642. Disponible en: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/641eaa3c-5815-4c7c-8717-e9902dfdbf05/content>

<sup>22</sup>Organización Mundial de la Salud. Indicadores [Internet]. Ginebra: OMS; 2025 [citado 2025 sep 29]. Disponible en: <https://data.who.int/es/indicators>.

<sup>23</sup>Rojas-Venegas M, Cano-Ibáñez N, Khan K. Vaccine coverage among migrants: A systematic review and metaanalysis. Semergen 2022;48:96-105

<sup>24</sup>Hargreaves S, Nellums LB, Ravensbergen SJ, Friedland JS, Stienstra Y; ESGITM Working Group on Vaccination in Migrants. Divergent approaches in the vaccination of recently arrived migrants to Europe: a survey of national experts from 32 countries, 2017. Euro Surveill. 2018 Oct;23(41):1700772

<sup>25</sup>Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones. Atención Humanitaria - Migraciones [Internet]. Madrid: Gobierno de España; 2025 [consultado 29 Sep 2025]. Disponible en: <https://www.inclusion.gob.es/web/migraciones/atencion-humanitaria>

<sup>26</sup>Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones. Informe Sistema de Protección Internacional Español. 20 jun 2025 [Internet]. [citado 29 Sep 2025]. Disponible en: <https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/inclusion/Documents/2025/200625-Informe-Sistema-Proteccion-Internacional-Espanol-jun25.pdf>

<sup>27</sup> Manual de Atención Humanitaria. Julio 2025 (documento interno de la Secretaría de Estado de Migraciones)

<sup>28</sup> Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones. Resolución de 2 de enero de 2025, de la Dirección General de Atención Humanitaria y del Sistema de Acogida de Protección Internacional, por la que se establece la planificación de prestaciones, actuaciones o servicios estructurales para el programa de atención humanitaria. BOE núm. 26, 30 enero 2025 [Internet]. [citado 29 Sep 2025]. Disponible en: [https://noticias.juridicas.com/base\\_datos/Privado/945457-resolucion-de-2-de-enero-de-2025-de-la-direccion-general-de-atencion-humanitaria.html](https://noticias.juridicas.com/base_datos/Privado/945457-resolucion-de-2-de-enero-de-2025-de-la-direccion-general-de-atencion-humanitaria.html)

<sup>29</sup> Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones. Informe del Sistema de Protección de España. Hasta junio de 2025 Disponible en: <https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/inclusion/Documents/2025/200625-Informe-Sistema-Proteccion-Internacional-Espanol-jun25.pdf>

- 
- <sup>30</sup> Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones. Resolución de 20 de diciembre de 2023, de la Dirección General de Atención Humanitaria y del Sistema de Acogida de Protección Internacional, por la que se establece la planificación de prestaciones, actuaciones y servicios en materia de acción concertada. BOE núm. 303, 20 diciembre 2023 [Internet]. [citado 29 Sep 2025]. Disponible en: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2023-20749](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2023-20749)
- <sup>31</sup> Boletín Oficial del Estado. Ley 12/2009, de 30 de octubre, reguladora del derecho de asilo y de la protección subsidiaria. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2009/10/30/12/con>
- <sup>32</sup> Boletín Oficial del Estado. Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rdl/2018/07/27/7>
- <sup>33</sup> Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 180/2026, de 11 de marzo, por el que se regula el reconocimiento del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos de las personas extranjeras que encontrándose en España no tengan su residencia legal en el territorio español. Disponible en: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2026-5714](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2026-5714)
- <sup>34</sup> Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Calendario acelerado de vacunaciones. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, 12 julio 2023 (actualizado enero 2025). Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/calendario/docs/Calendario\\_Acelerado\\_Vacunaciones.pdf](https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/calendario/docs/Calendario_Acelerado_Vacunaciones.pdf)
- <sup>35</sup> Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2025. Rattrapage vaccinal chez les migrants primo-arrivants. Ministère chargé de la Santé et de l'Accès aux soins. Direction générale de la santé. Disponible en: [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/pdf\\_calendrier\\_vaccinal-12-2025.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/pdf_calendrier_vaccinal-12-2025.pdf)
- <sup>36</sup> Manual de vacunaciones e inmunizaciones 2025. Departamento de Salud. Gobierno Vasco. Disponible en <https://www.euskadi.eus/informacion/manual-de-vacunaciones/web01-a2gaixo/es/>
- <sup>37</sup> Servicio Canario de Salud. Guía rápida para vacunación fuera de norma en la infancia y adolescencia. Dirección General de Salud Pública. Febrero 2025. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/88f464c1-2fd6-11f0-b6c5-d718f32cbce3/GuiaInmunizacionFueraNorma.pdf>
- <sup>38</sup> Patel C, Wang X, Giles M et al. The role of serological testing for vaccination with a focus on immunocompromised patients: a synthesis of current evidence. *Vaccine* 2025;63:127659
- <sup>39</sup> European Centre for Disease Prevention and Control. Public health guidance on screening and vaccination for infectious diseases in newly arrived migrants within the EU/EEA. Stockholm: ECDC; 2018. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/public-health-guidance-screening-and-vaccination-infectious-diseases-newly>
- <sup>40</sup> Global Polio Eradication Initiative. Update September 25, 2024. Presented at the Strategic Advisory Group of Expert (SAGE)- September 2024. Disponible en: [https://terrance.who.int/mediacentre/data/sage/SAGE\\_Slidedeck\\_September-2024.pdf](https://terrance.who.int/mediacentre/data/sage/SAGE_Slidedeck_September-2024.pdf)
- <sup>41</sup> European Centre for Disease Prevention and Control. Diphtheria strain involved in outbreaks among vulnerable populations across Europe between 2022 and 2025. 5 June 2025. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/diphtheria-strain-involved-outbreaks-among-vulnerable-populations-across-europe-between>
- <sup>42</sup> European Centre for Disease Prevention and Control. Protecting the most vulnerable: ECDC recommendations to address the ongoing local transmission of diphtheria. 8 June 2025. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/protecting-most-vulnerable-ecdc-recommendations-address-ongoing-local-transmission>

---

<sup>43</sup>European Centre for Disease Prevention and Control. Measles on the rise in the EU/EEA: considerations for public health response. 16 February 2024. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/threat-assessment-brief-measles-rise-eueea-considerations-public-health-response>

<sup>44</sup>REDER. Sanidad Universal: Informe sobre barreras de acceso al Sistema Nacional de Salud para personas migrantes y en situación de vulnerabilidad. 2021. Disponible en: [https://www.reder162012.org/wp-content/uploads/2022/03/Informe\\_Sanidad\\_Universal\\_2021-1.pdf](https://www.reder162012.org/wp-content/uploads/2022/03/Informe_Sanidad_Universal_2021-1.pdf)

<sup>45</sup>Médicos del Mundo. III Informe de barreras al Sistema Nacional de Salud en poblaciones vulnerabilizadas. 2024. Disponible en: <https://www.medicosdelmundo.org/app/uploads/2024/12/III-INFORME-DE-BARRERAS.pdf>

<sup>46</sup>Gentium. Informe jurídico: barreras de acceso a la salud pública. Análisis jurídico de barreras de acceso a servicios de salud identificadas en poblaciones vulnerables. 2025. Disponible en: <https://gentium.org/wp-content/uploads/2025/01/Informe-juridico-barreras-de-acceso-salud-publica.-31.1.25-GENTIUM-1.pdf>

<sup>47</sup>Khoo E, Moussaoui S, Vignier N, Bonello K, Archer E. Vaccine hesitancy among migrant populations in Europe: A mixed-methods systematic review. *Vaccine*. 2025;68: 127954

<sup>48</sup>World Health Organization. Regional Office for Europe. TIP- Tailoring Immunization Programmes [Internet]. 2019. Disponible en: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289054492>

<sup>49</sup>Immordino P, Graci D, Casuccio A, Restivo V, Mazzucco W. COVID-19 Vaccination in Migrants and Refugees: Lessons Learnt and Good Practices. *Vaccines Basel*. 2022;10(11):1965

<sup>50</sup>Deal A, Crawshaw AF, Carter J, et al. Defining drivers of under-immunisation and vaccine hesitancy in refugee and migrant populations globally to support strategies to strengthen vaccine uptake for COVID-19: a rapid review. *J Travel Med*. 2023;30(5):taad084

<sup>51</sup>Moazen B, Fantozzi MT, De Vita E, et al. Vaccines and vaccination in prison settings: availability and model of service delivery in 20 European countries. *BMC Public Health*. 2024;24(1):2716

<sup>52</sup>Vaccine-Preventable Diseases and Immunization (VIF), WHO Europe. Programmatic considerations on identifying, addressing and monitoring immunization inequities in the WHO European Region. Report No.: WHO/EURO:2025-11873-51645-78958.

<sup>53</sup>Bouaddi O, Seedat F, Hasaan Mohammed HE, et al. Vaccination coverage and access among children and adult migrants and refugees in the Middle East and North African region: a systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine*. 2024;78:102950.

<sup>54</sup>Tjaden J, Haarmann E, Savaskan N. Experimental evidence on improving COVID-19 vaccine outreach among migrant communities on social media. *Sci Rep*. 2022;12(1):16256.

<sup>55</sup>Koku EF, Johnson-Yengbeh N, Muhr A. Addressing COVID-19 Vaccine Hesitancy and Uptake Among African Immigrants: Lessons from a Community-Based Outreach Program. *J Racial Ethn Health Disparities*. 2025;12(2):1124-38.

<sup>56</sup>Dickson K, Aboltins C, Pelly J, Leigh Jessup R. Effective communication of COVID-19 vaccine information to recently-arrived culturally and linguistically diverse communities from the perspective of community engagement and partnership organisations: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2023;23(1):877.

<sup>57</sup>Daniels D, Imdad A, Buscemi-Kimmins T, et al. Vaccine hesitancy in the refugee, immigrant, and migrant population in the United States: A systematic review and meta-analysis. *Hum Vaccin Immunother*. 2022;18(6):2131168.

<sup>58</sup>Hui C, Dunn J, Morton R, et al. Interventions to Improve Vaccination Uptake and Cost Effectiveness of Vaccination Strategies in Newly Arrived Migrants in the EU/EEA: A Systematic Review. *Int J Env Res Public Health*. 2018;15(10):2065.

<sup>59</sup>Navarro M, Santiago MC, Puerta F, et al. Intervención comunitaria con población magrebí en Crevillent (Alicante): prevención de hepatitis A en migrantes viajeros. *Comunidad*. 2023;25(1):18-22.

<sup>60</sup>Brooke D, Omeri A. Beliefs about childhood immunisation among Lebanese Muslim immigrants in Australia. *J Transcult Nurs*. 1999;10(3):229-36.

<sup>61</sup>Vaccine-Preventable Diseases and Immunization (VIF), WHO Europe. A practical guide to identifying, addressing and tracking inequities in immunization. Report No: WHO/EURO:2024-9917-49689-74446

<sup>62</sup>Chauhan B. Quality improvement project: understanding and improving health outcomes for unaccompanied asylum seeking children (UASC) in Harrow. *Adopt Foster*. 2019;43(2):225-30.

<sup>63</sup>Vaccine-Preventable Diseases and Immunization (VIF), WHO Europe. A practical guide to identifying, addressing and tracking inequities in immunization. Report No.: WHO/EURO:2024-9917-49689-74446.

<sup>64</sup>UK Health Security Agency. The hexavalent DTaP/IPV/Hib/HepB combination vaccine. Information for healthcare practitioners, June 2025. Disponible en: <https://www.gov.uk/government/publications/hexavalent-combination-vaccine-programme-guidance/hexavalent-dtapipvhbhepb-combination-vaccine-information-for-healthcare-practitioners>

<sup>65</sup>AEMPS. Informe sobre el uso de vacunas hexavalentes para la inmunización activa de personas de 10 años y menores. Mayo 2026. Disponible en:

[https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/comoTrabajamos/docs/vacunasHexavalentes\\_menores10anos.pdf](https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/comoTrabajamos/docs/vacunasHexavalentes_menores10anos.pdf)