

Fomentar la aceptación y la demanda de vacunas en América Latina

Dr. Angus Thomson, PhD

Consultor Científico Social Senior, UNICEF Demand for Immunization, UNICEF HQ, NYC, USA; director, Irimi Company; Profesor Clínico Adjunto, Departamento de Estudios de Comunicación y Centro de Comunicación de Salud Global, Indiana University School of Liberal Arts at IUPUI, USA

Mayo 2022

Contenido

Recomendaciones clave para mejorar la confianza, la aprobación y la aceptación de la vacuna.....	3
1. Introducción.....	4
1.1 Las altas tasas de inmunización protegen a las personas y a las comunidades	4
1.2 El impacto de COVID-19 en la aceptación de la vacunación	4
2. Aceptación de la vacuna: el lado humano de la vacunación.....	5
2.1 Reticencia a la vacunación en el personal sanitario.....	7
2.2 Determinantes de la aceptación de la vacuna: Comprender la aceptación en su contexto ...	7
3. El impacto de COVID-19 en la aceptación de la vacuna.....	8
3.1 Determinantes emergentes de la aceptación de la vacuna.....	10
3.1.1 Confianza.....	10
3.1.2 Desinformación.....	11
3.1.3 Valores morales.....	13
3.1.4 Percepción de la amenaza.....	14
3.1.5 Duda selectiva sobre las vacunas	14
4. Estrategias eficaces para fomentar la aceptación de las vacunas	15
4.1 Medición y seguimiento de la aceptación de la vacuna.....	16
4.2 Rendición de cuentas	17
4.3 Acceso	18
4.4 Asequibilidad	18
4.5 Sensibilización	19
4.6 Aceptación	20
4.7 Activación	22
5. Conclusiones.....	23
Anexo 1: Barreras y facilitadores probados de la aceptación de la vacuna.....	24
6. Referencias.....	27

Recomendaciones clave para mejorar la confianza, la aprobación y la aceptación de la vacuna.

1. **Los países deberían establecer una estrategia nacional para la aceptación de la vacuna.** Ésta debería basarse en una comprensión local de las barreras y los facilitadores para las 6A, desarrollada y asumida como propia por un grupo de trabajo de múltiples partes interesadas. Los NITAG deberían incorporar expertos en ciencias del comportamiento y de la comunicación, y coordinarse con estos expertos para garantizar que las recomendaciones estén bien informadas por una comprensión del contexto local actual.
2. **Invertir en escuchar y comprender las actitudes de la gente hacia las vacunas en tiempo real.** Los programas deben integrar mecanismos como la escucha social y las encuestas sobre el pulso del comportamiento para permitir la comprensión en tiempo real de las actitudes y la confianza en las vacunas, así como también la desinformación que circula. El lado humano de la vacunación es complejo, está influenciado por un sinnúmero de factores psicológicos y sociales, y debe entenderse a nivel local y en tiempo real para que las comunicaciones sobre las vacunas y el compromiso de la comunidad sean apropiados, accesibles y aceptables para la gente. Estas acciones podrían llevarse a cabo a nivel nacional y/o subregional y regional.
3. **Comprometerse con las personas allí donde obtienen la información, sobre lo que les importa, a través de voces dignas de confianza.** Las comunicaciones deben ser proactivas, contener mensajes destacados basados en la comprensión de la identidad, la visión del mundo o los valores culturales y sociales que puedan estar influyendo en las decisiones de la comunidad sobre la vacunación, y deben proceder de fuentes fiables. La desinformación debe ser evaluada y abordada cuando corresponda, y las respuestas reactivas a los problemas deben ser informadas por un plan de comunicación de riesgos.
4. **Hacer que la vacunación sea lo más fácil posible.** La vacunación debe estar disponible en lugares convenientes, familiares y accesibles con una prestación de servicios equitativa y empática. Comprender el itinerario de vacunación de las comunidades y eliminar iterativamente los puntos de fricción.
5. **Las autoridades sanitarias deben establecer objetivos sobre las tasas de cobertura de vacunación (TCV) para cada programa de vacunación.** El seguimiento y la comunicación anual de las tasas de vacunación para cada grupo objetivo pueden garantizar la responsabilidad de todas las partes interesadas en el rendimiento de un programa.
6. **Construir una coalición de múltiples partes interesadas.** Una estrecha coordinación de las acciones de todas las partes interesadas y una comunicación coherente pueden contribuir a aumentar las tasas de inmunización.

1. Introducción

1.1 Las altas tasas de inmunización protegen a las personas y a las comunidades

La inmunización es la piedra angular de una sólida atención primaria de salud y de la Atención Sanitaria Universal (ASU), que ofrece a todos los niños la oportunidad de tener una vida sana. Las vacunas ayudan a los niños a sobrevivir y prosperar, contribuyendo a la transformación de las comunidades y las sociedades. Cada minuto de inmunización evita al menos 5 muertes infantiles en el mundo por enfermedades mortales como la difteria, la hepatitis B, el sarampión, la tos ferina, la poliomielitis y el tétanos.

Las vacunas también protegen la salud y el bienestar, permitiendo que los niños se desarrollen sin la carga de muchas enfermedades infecciosas. Hay más de 16 millones de personas que caminan hoy en día porque las vacunas les protegieron de la poliomielitis paralítica. Las vacunas favorecen el desarrollo infantil más allá de la salud, ya que estudios recientes demuestran que la vacunación está asociada a un mejor desarrollo físico y cognitivo y a un mayor nivel educativo. La inmunización evita que millones de personas caigan en la pobreza a causa de los costes sanitarios.

Sin embargo, los grandes beneficios que han aportado los programas de inmunización son intrínsecamente frágiles. Casi 1 de cada 7 niños, unos 19,9 millones de bebés en todo el mundo, sigue sin recibir las vacunas básicas.¹ La inmensa mayoría de los niños sub inmunizados viven en entornos con pocos recursos, donde el escaso acceso a los servicios de inmunización y las desigualdades de género, geográficas y de riqueza son los motores de la sub-inmunización. Si bien las barreras de acceso y asequibilidad explican gran parte de estas brechas de inmunización, la concienciación y la aceptación siguen siendo también obstáculos importantes.² Este documento se centrará en la aceptación de la vacuna por parte del público como un determinante clave del éxito de los programas de inmunización, pero subrayará la importancia de entender la aceptación en el contexto más amplio de los otros determinantes de la aceptación de la vacunación, como el acceso. La pandemia de COVID-19 ha tenido un impacto amplio y variable en la aceptación de la vacuna en todo el mundo, que se revisa en detalle aquí.

1.2 El impacto de COVID-19 en la aceptación de la vacunación

La pandemia de COVID-19 también ha tenido un impacto dramático en los programas de inmunización de rutina, **con un marcado aumento de las brechas de inmunización**. El cierre de los servicios de extensión de la inmunización, la ausencia de personal sanitario en los centros y el miedo del público a la infección han socavado la demanda de vacunación y la confianza en los servicios gubernamentales. La interrupción de los servicios de inmunización durante la pandemia ha dado lugar a que millones de niños no reciban la inmunización rutinaria y al aumento del número de niños sin dosis y se cree una cohorte potencialmente perdida de niños sub vacunados que no han recibido la inmunización infantil básica.

Datos recientes de la OMS/UNICEF estiman que 23 millones de niños no recibieron las vacunas básicas a través de los servicios de inmunización de rutina en 2020, un aumento de 3,7 millones con respecto a 2019. Los importantes avances logrados en los últimos 10 años se han perdido por completo, con un retorno a las tasas de inmunización de 2009 para vacunas clave como la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (DTP) y el sarampión (MCV) en muchos países. En comparación con 2019³, 3,7 millones de niños más no recibieron su primera dosis de DTP-1, y 3 millones más no recibieron su primera dosis de sarampión. Un reciente estudio de modelización encontró una interrupción aún mayor de la inmunización rutinaria, estimando que 30 millones de niños perdieron la DTP3 en 2020.⁴ Además de las interrupciones en la inmunización rutinaria, en 2021 UNICEF identificó que 57 campañas de vacunación masiva en 66 países, para el sarampión, la poliomielitis, la fiebre amarilla y otras enfermedades, habían sido pospuestas. El primer informe de esta serie describe en detalle el preocupante panorama en la Región de las Américas de la OPS/OMS, donde la pandemia ha ampliado aún más las brechas de inmunización que ya habían disminuido progresivamente durante muchos años.⁵

2. Aceptación de la vacuna: el lado humano de la vacunación

La indecisión ante las vacunas no es un fenómeno nuevo; hubo una resistencia organizada a la primera campaña de vacunación contra la viruela. La aceptación de las vacunas se manifiesta como un continuo que va desde la demanda y la aceptación activas, pasando por la indecisión, hasta el rechazo de las vacunas (Figura 1). La mayoría de las personas aceptan la vacunación rutinaria, y solo una pequeña minoría las rechaza activamente (normalmente solo el 1-2%). Las personas que tienen dudas sobre las vacunas pueden vacunarse de todos modos, pueden retrasar la vacunación o rechazar una vacuna. Las personas que aceptan todas las vacunas pueden verse influidas por la desinformación o la pérdida de confianza en los servicios sanitarios y retroceder en el continuo. El objetivo de cualquier estrategia de promoción de las vacunas debe ser crear una demanda de vacunación, por la que los individuos y las comunidades busquen, apoyen y/o defiendan las vacunas y los servicios de inmunización.

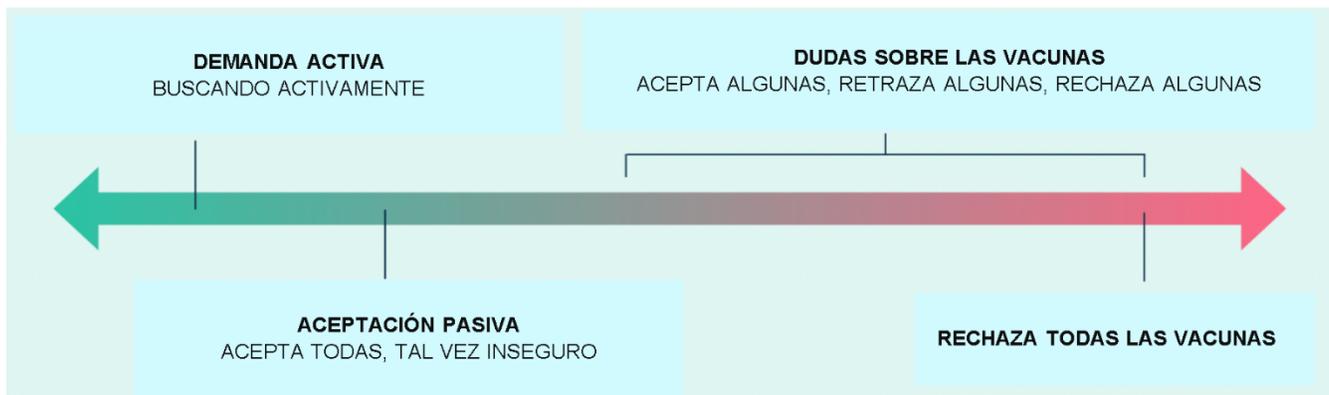


Figura 1: La aceptación de la vacuna se manifiesta a lo largo de un continuo.

Para lograr una aceptación óptima de las vacunas, los sistemas sanitarios deben garantizar que la gente tenga acceso a ellas y las conozca a un precio asequible. Sin embargo, incluso cuando este es el caso, hay una gran cantidad de factores sociopsicológicos que pueden afectar la aceptación de la vacunación. La aceptación de la vacuna es un fenómeno complejo, específico del contexto y de la vacuna. Puede estar influida por una amplia gama de factores sociopsicológicos que incluyen actitudes, experiencias pasadas, pensamientos y sentimientos, sesgos cognitivos y valores morales⁶ de confianza subyacentes², creencias o visión del mundo⁷ (Figura 2). Estos determinantes pueden ser desencadenados o alimentados por la desinformación sobre las vacunas, que puede difundirse rápidamente a través de las redes sociales para llegar a nuevas comunidades, a menudo geográficamente distantes.

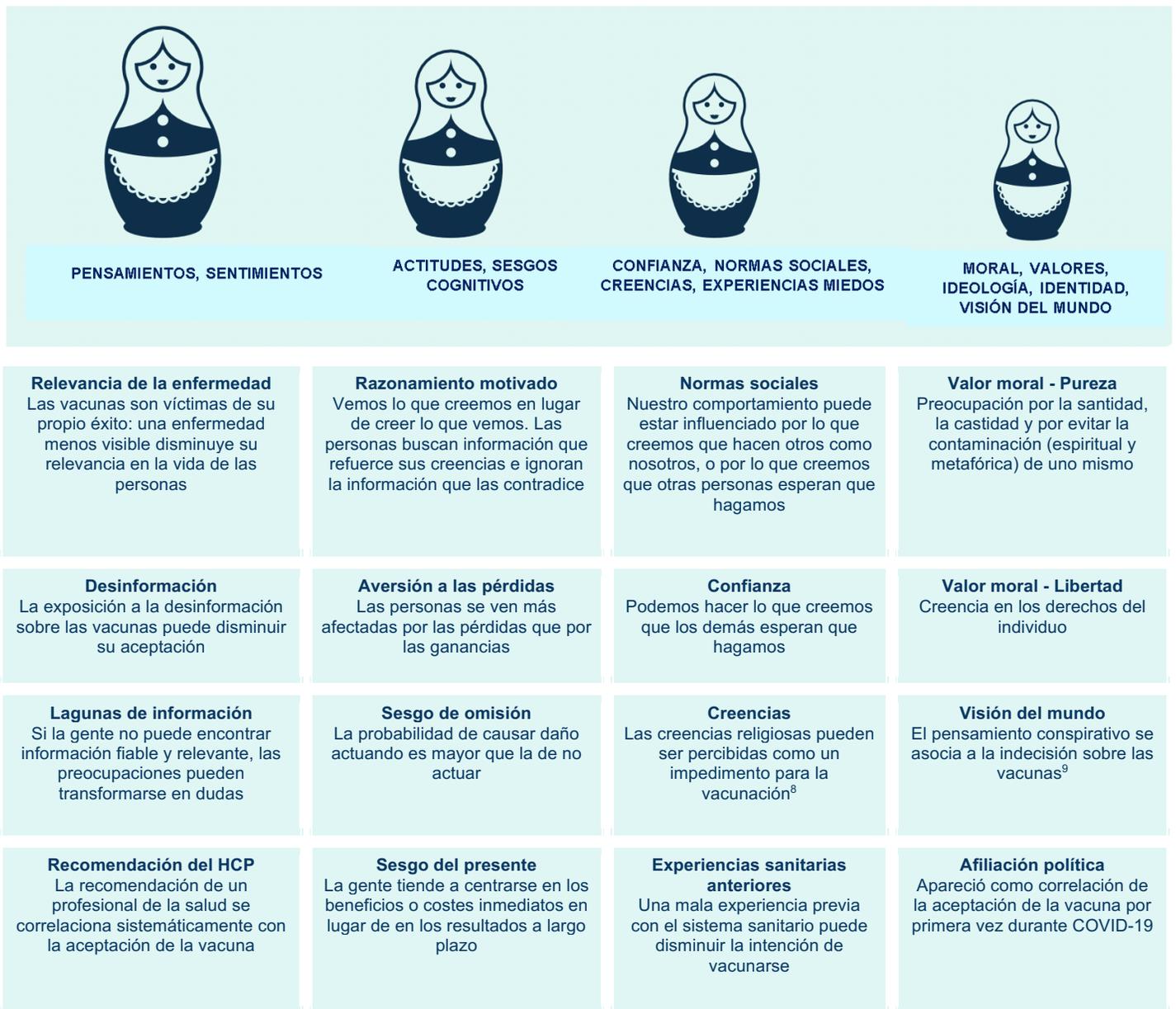


Figura 2: Determinantes sociopsicológicos de la aceptación de la vacuna

2.1 Reticencia a la vacunación en el personal sanitario

Los trabajadores sanitarios son multiplicadores de la confianza en la vacunación. Se ha comprobado que la recomendación de un profesional de la salud se correlaciona con la aceptación de la vacuna,¹⁰ aunque los trabajadores sanitarios también pueden ser reacios a vacunar. Dependiendo del contexto, los trabajadores sanitarios pueden mostrar niveles de aceptación de la vacuna similares a los de la población general,¹¹ o incluso pueden ser más reticentes, como se vio en la República Democrática del Congo.¹² En 2021, un estudio de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que evaluó las actitudes de vacunación de 1.200 trabajadores sanitarios de 14 países del Caribe descubrió que el 23% no tenía intención de vacunarse contra el COVID-19, una tasa que aumentaba al 34% entre las enfermeras.¹³ Dado el papel fundamental de los trabajadores sanitarios en la creación de confianza en la vacunación, el autor y sus colegas desarrollaron dos escalas para medir la indecisión de los trabajadores sanitarios y su autopercepción de la agencia para defender la vacunación.¹⁴

2.2 Determinantes de la aceptación de la vacuna: Comprender la aceptación en su contexto

En los últimos años, los programas nacionales, los responsables políticos y los medios de comunicación han tendido a atribuir la falta de vacunación a una demanda vacilante o al rechazo de los padres. Sin embargo, el camino de un individuo hacia la vacunación puede verse afectado por muchas otras barreras, por lo que las razones de una cobertura subóptima son multifactoriales. Un estudio realizado en varios países a principios de 2021 descubrió que la conveniencia, el consejo de los proveedores de salud y los costes de las vacunas eran factores importantes en la decisión de las personas de aceptar las vacunas COVID-19.¹⁵ La taxonomía 6As recoge todos los determinantes identificados de la aceptación de las vacunas en 6 categorías: Acceso, Asequibilidad, Conciencia, Aceptación, Activación y Responsabilidad.²

Los factores dentro de estas diferentes categorías pueden interactuar, por ejemplo, si es difícil llegar a un lugar de vacunación, o si la vacunación conlleva costes financieros o de oportunidad, las personas pueden ser más reacias a vacunarse. Por lo tanto, no podemos considerar la concienciación y la aceptación fuera del contexto de las otras categorías. El autor ha utilizado esta taxonomía intuitiva para facilitar la comprensión mutua de los principales determinantes de la cobertura subóptima dentro de un grupo de trabajo intersectorial en México y varios otros países. Este fue un primer paso hacia una estrategia nacional con soluciones específicas y eficaces. Teniendo en cuenta esta aplicación práctica, utilizamos esta taxonomía para organizar las intervenciones probadas y prometedoras para aumentar la concienciación y la aceptación de la vacunación (Anexo 1).



Figura 3: La taxonomía 6A de los condicionantes de la aceptación de la vacuna

3. El impacto de COVID-19 en la aceptación de la vacuna

El único camino para salir de la pandemia de COVID-19 consiste en que los países logren altas tasas de vacunación con las nuevas vacunas desarrolladas en adultos, trabajadores de la salud, adolescentes y niños; de hecho, todos los miembros de la sociedad. Una espectacular movilización de recursos, voluntad política, ciencia para el desarrollo de vacunas y medidas reguladoras permitieron el rápido desarrollo, prueba e introducción de una serie de nuevas vacunas contra el virus del SARS-CoV-2 que utilizan nuevas tecnologías como el ARN mensajero (ARNm). En este contexto, no es de extrañar que muchas personas tengan preguntas o preocupaciones sobre las vacunas, que si no son bien respondidas por parte de las autoridades pueden traducirse en dudas o incluso en un rechazo. La forma en que los países han aplicado las estrategias para gestionar la propagación del COVID-19 ha tenido un fuerte impacto tanto negativo como positivo en la confianza del público en general y en la demanda de vacunas.

En tiempos de elevada incertidumbre y ansiedad, algunas personas son más propensas a buscar y creer en teorías conspirativas, y durante esta pandemia no tuvieron que ir muy lejos para encontrar conspiraciones. La pandemia ha ido acompañada de una "infodemia", una epidemia de desinformación por lo cual las vacunas se han visto arrastradas a esta vorágine de rumores, teorías de la conspiración y demás desinformación. La organización *Public Good Projects*, que lleva más de 3 años haciendo un seguimiento de la desinformación sobre las vacunas en Estados Unidos, detectó que en 2020¹⁶ había triplicado el contenido crítico sobre las vacunas. Así mismo, la desinformación ha añadido nuevas preocupaciones infundadas y ha oscurecido la información fiable.

"No sólo estamos luchando contra una epidemia; estamos luchando contra una infodemia. Las noticias falsas se propagan más rápida y fácilmente que este virus, y son igual de peligrosas."

- **Tedros**, Director General de la Organización Mundial de la Salud.

Durante la pandemia de COVID-19 se han iniciado varias encuestas sobre la aceptación y las intenciones de vacunación, incluidas algunas encuestas longitudinales que han permitido el seguimiento de las tendencias. Una encuesta de casi 1,5 millones de usuarios de Facebook de 23 países, que recogió datos en 18 oleadas desde julio de 2020 hasta marzo de 2021, encontró niveles generalmente altos de intención de vacunación que a menudo aumentaron a lo largo de la pandemia, aunque hubo algunos países que fueron excepciones a estas tendencias.¹⁷ En América Latina, un estudio que se ha llevado a cabo a lo largo de la pandemia encontró una alta aceptación inicial en la mayoría de los países,¹⁸ lo que concuerda con otro estudio realizado en toda la región al principio de la pandemia.¹⁹ Un estudio longitudinal global mostró un punto de inflexión a mediados de 2021 con un posterior descenso en la aceptación y un aumento en el rechazo de COVID-19. Sin embargo, esto parece estar relacionado con el rápido aumento de la aceptación en ese momento y ello pone de manifiesto el hecho de que, a medida que un programa comienza a alcanzar mayores tasas de inmunización, habrá una mayor proporción de personas indecisas y que se niegan entre las que siguen sin vacunar (Figuras 4, 5, 6).

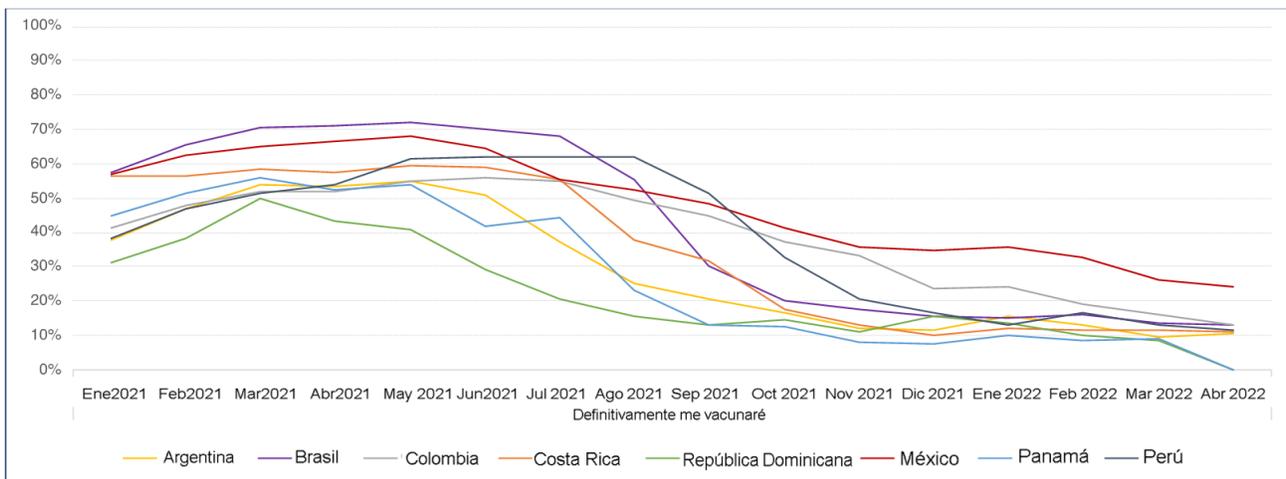


Figura 4: Aceptación de la vacuna COVID-19 en los países de LatAm - Datos oficiales recogidos por Nuestro Mundo en Datos - Última actualización 29 de mayo de 2022

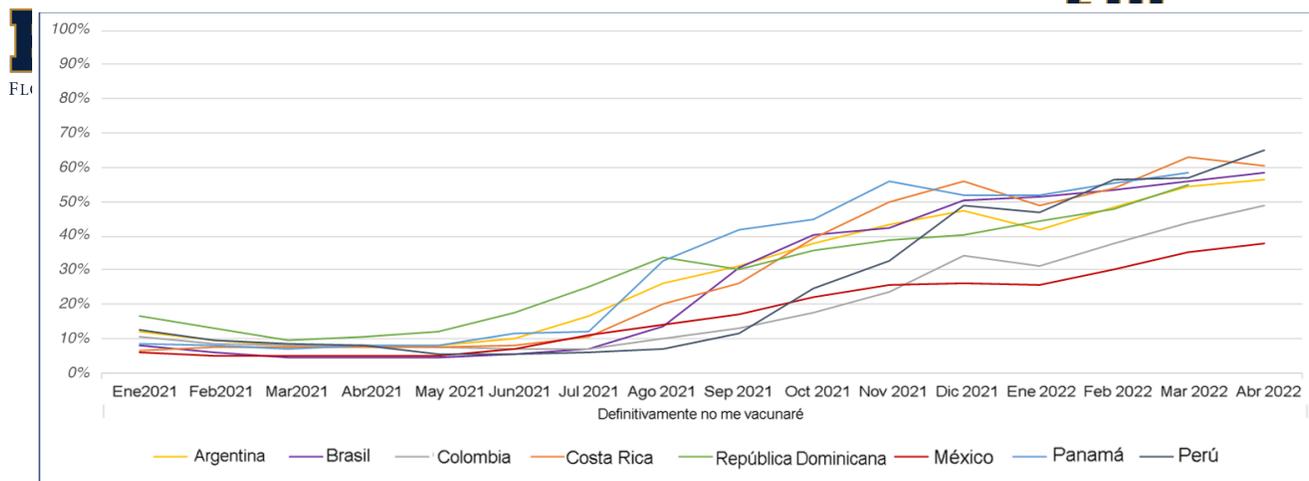


Figura 5: Rechazo de vacunas COVID-19 en los países de LatAm - Datos oficiales recogidos por Nuestro Mundo en Datos - Última actualización 31 de mayo de 2022

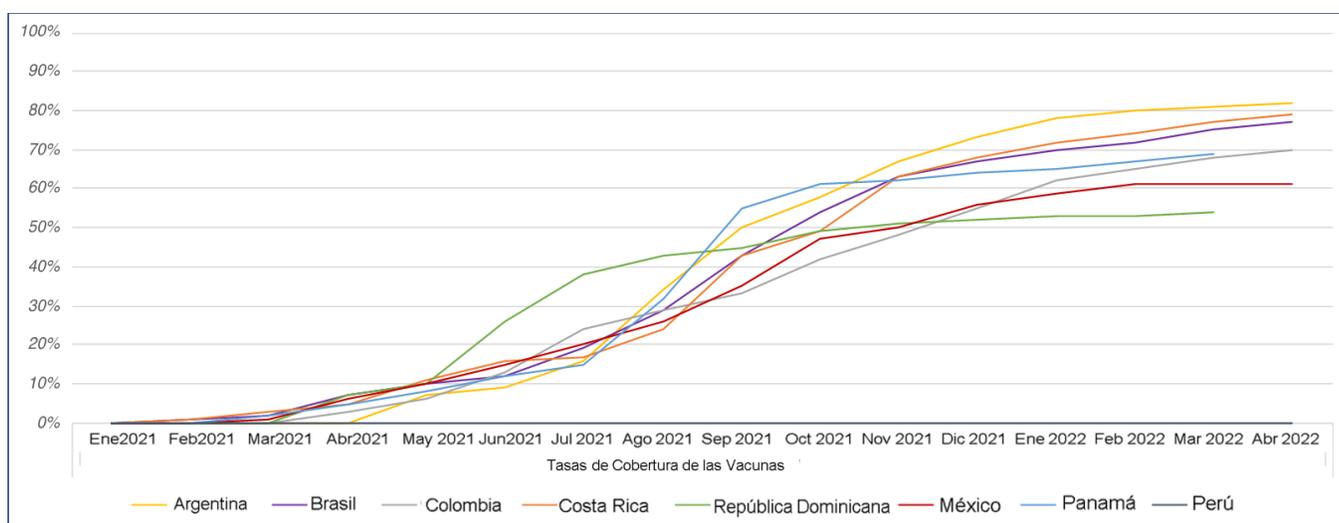


Figura 6: Tasas de cobertura de vacunas COVID-19 en los países de América Latina - Datos oficiales recogidos por Nuestro Mundo en Datos - Última actualización: 31 de mayo de 2022

3.1 Determinantes emergentes de la aceptación de la vacuna

Durante la pandemia de COVID-19 han surgido algunos nuevos determinantes de la aceptación de las vacunas y algunos otros han cobrado mayor importancia. La reticencia a vacunar contra el COVID-19 se ha asociado con la reticencia a otras vacunas, incluida la inmunización rutinaria. A continuación se analizan con más detalle algunos de estos determinantes emergentes.

3.1.1 Confianza

La base de la aceptación de la vacunación es la confianza del público; confianza en las vacunas y en los productores de vacunas, en la profesión sanitaria y en el gobierno.²⁰ La confianza se ha identificado sistemáticamente como un factor determinante de las dudas en diferentes vacunas y contextos. Las respuestas nacionales a la pandemia de COVID-19 no solían ir acompañadas de una comunicación de riesgos clara, coherente y regular al público. Implicaron la imposición de medidas de salud pública,

como la restricción de movimientos o el uso obligatorio de mascarillas, que nunca se habían aplicado a escala nacional. Continuamente en el punto de mira, las intervenciones de salud pública como la vacunación se politizaron a menudo. Por primera vez se ha descubierto que la afiliación política está asociada a la aceptación. En los Estados Unidos, la pertenencia al partido demócrata y la disminución del nivel de religiosidad predijeron la aceptación de la vacuna contra el COVID-19,²¹ y los demócratas autoidentificados tenían una probabilidad significativamente mayor de vacunarse (73%) que los republicanos (59%).²²

La confianza en el gobierno ha surgido en la pandemia como un importante factor determinante de las decisiones de vacunación de las personas. Un estudio descubrió que la confianza institucional -medida mediante un índice que combinaba el nivel de desconfianza en el jefe de Estado, el parlamento, el sistema electoral, los tribunales y el gobierno local- se correlacionaba con las tasas de vacunación infantil en 22 países africanos.²³ La baja confianza en las autoridades sanitarias y en el gobierno se ha correlacionado con la indecisión sobre la vacuna COVID-19 en América Latina y el Caribe.²⁴ En Trinidad y Tobago, la confianza en las autoridades sanitarias y en los profesionales de la salud se asoció con una mayor aceptación de la vacuna COVID-19 y una menor aceptación de la desinformación sobre la vacuna.²⁵ La falta de aceptación de la vacuna se asoció con la falta de confianza en las autoridades y los científicos en 8 países europeos.²⁶ Un estudio realizado en el Reino Unido e Irlanda descubrió que una mayor desconfianza en las fuentes autorizadas de información sobre las vacunas, incluidos los profesionales sanitarios, los científicos y el gobierno, estaba asociada a la indecisión sobre las vacunas.²⁷ La confianza del público puede ser el elemento más importante de un programa de vacunación en el contexto de una pandemia: Un análisis de los recursos destinados a la vacunación contra la COVID-19, los resultados sanitarios, las estrategias de vacunación y la confianza del público en el gobierno y los sistemas sanitarios de Estados Unidos, Canadá y Dinamarca, países con respuestas a la pandemia y tasas de vacunación contra la COVID-19 muy diferentes, reveló que la confianza por sí sola se correlacionaba con una alta aceptación.²⁸ La confianza en el gobierno y la confianza colectiva entre las personas se asoció con el cumplimiento de las directivas y la medida de salud pública al comienzo de la pandemia.²⁹

3.1.2 Desinformación

Durante la pandemia, el ecosistema informativo global en el que la gente busca información sobre las vacunas se ha caracterizado por la desinformación y la falta de información. Mientras que la desinformación son falsedades accidentales, que pueden distraer a la gente o distorsionar la información fiable, la desinformación también consiste en falsedades deliberadas diseñadas por malos actores, que circulan con intención maliciosa para servir a una agenda personal, política o económica.³⁰ Los vacíos informativos hacen que la gente no pueda encontrar la información fiable y accesible que necesita para tomar sus decisiones. La propagación de la desinformación se ve acelerada por los algoritmos utilizados por las plataformas sociales con el fin de promover los contenidos, que dan prioridad a los contenidos populares frente a los fiables o relevantes. Se ha demostrado que estos algoritmos promueven preferentemente la desinformación y polarizan el debate social.³¹ La desinformación sobre las vacunas se genera y difunde cada vez más deliberadamente en las redes sociales en un intento calculado de politizar o monetizar las vacunas o de polarizar a las sociedades.

La incertidumbre de un contexto pandémico y la ansiedad asociada así como los sentimientos de impotencia o desconfianza en las autoridades pueden hacer que las personas sean más susceptibles a las teorías conspirativas. Éstas pueden ayudar a la gente a simplificar situaciones complejas e

inciertas,³² y creer en una narrativa conspirativa aumenta la probabilidad de que la gente crea en otras narrativas conspirativas.³³

Cada vez hay más pruebas de que la prevalencia de la desinformación sobre las vacunas en las redes sociales puede correlacionarse con una menor intención de vacunar e incluso con las tasas de cobertura de vacunación. La incidencia de la desinformación extranjera en twitter se asoció con menores tasas de vacunación contra la COVID-19 en un estudio multinacional,³⁴ y un estudio ecológico en los EE.UU. encontró que los niveles de desinformación en línea se asociaron con las dudas sobre la vacuna y las tasas de inmunización contra la COVID-19. La exposición a la desinformación puede aumentar las dudas sobre las vacunas en los individuos.³⁵

América Latina no se ha librado de la infodemia, con las primeras oleadas de desinformación relacionadas con temas como el uso de medicamentos no probados para tratar la COVID-19,³⁶ como la hidroxiquina y la ivermectina. Las noticias falsas se propagaron rápida y fácilmente a través de las fronteras de la región.³⁷ Un estudio realizado en 6 países de la región encontró una correlación entre las mayores tasas de mortalidad por COVID-19 y el mayor uso de los medios sociales y la confianza en los contenidos relacionados con la salud en las redes sociales.³⁸ Perú, el país con la tasa de mortalidad por COVID-19 más alta de la región a principios de 2022, también tenía el Índice de Riesgo Infodémico (IRI; 0,998) más alto, lo que sugiere que alguien en Perú tendría una probabilidad superior al 75% de leer una publicación en línea con un enlace a un sitio web con información potencialmente engañosa sobre la COVID-19, así como una probabilidad de entre el 51% y el 75% de volver a compartir o comentar esa información.³⁹ En Costa Rica, se comprobó que las decisiones de vacunación de las personas ya indecisas eran más susceptibles a la desinformación.⁴⁰ Sin embargo, en un estudio global de personas que encontraron grandes diferencias regionales en la percepción del riesgo de desinformación, los niveles más altos de preocupación por la desinformación se dieron en América Latina.⁴¹

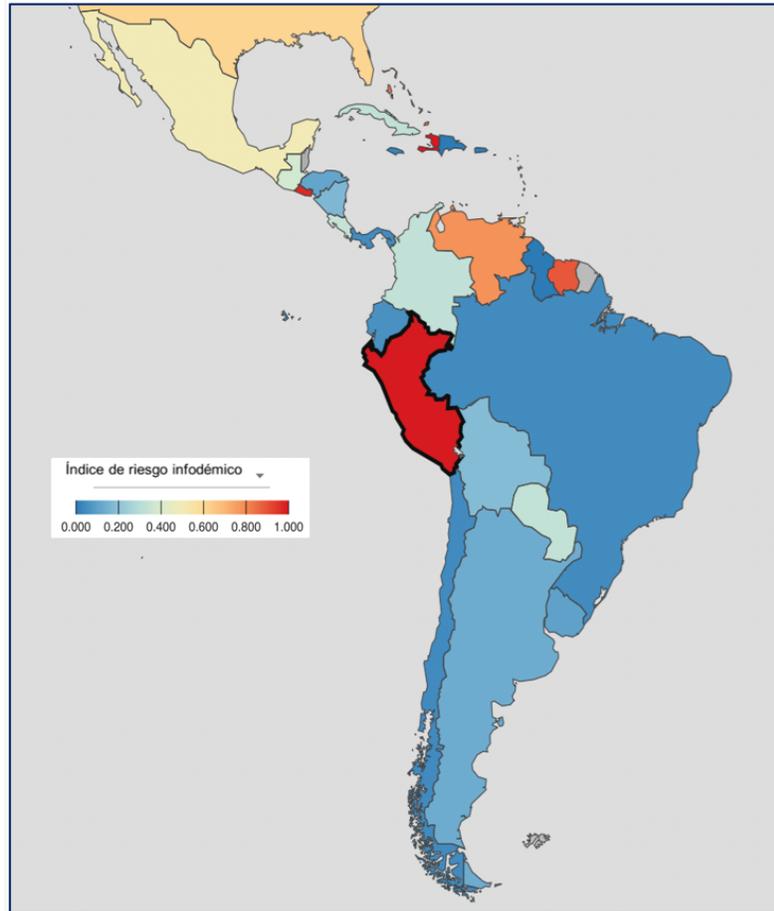


Figura 7: Índice de riesgo infodémico (IRI) para la región de América Latina (30 de abril de 2022).

El IRI, desarrollado por el Observatorio de Infodemics de COVID-19, estima la posibilidad de que un usuario de una plataforma de medios sociales se dirija a una posible información errónea o desinformación sobre COVID-19.³⁷

3.1.3 Valores morales

Se han propuesto seis valores morales casi universales que pueden influir en las decisiones de las personas, a menudo de forma subconsciente. Mientras que los mensajes de promoción de las vacunas han enfatizado constantemente los valores morales de cuidado/daño (enfatan el cuidado de los demás y la protección de los mismos contra el daño) o justicia/tratamiento (apelan al altruismo), un estudio seminal demostró que, al menos en los EE.UU., estos estudios no están asociados con la aceptación de las vacunas.⁶ Sin embargo, en este estudio, y posteriormente en otros, se encontraron asociaciones significativas de los valores morales de pureza (evitar la contaminación del cuerpo) y libertad (creer en los derechos del individuo) con la indecisión de los padres.⁴² La pureza, según la cual

las personas desapruaban los actos considerados "repugnantes" o "antinaturales", se asoció especialmente con una elevada indecisión o rechazo de las vacunas en estos dos estudios.

La desinformación sobre las vacunas es elaborada por malos actores que a menudo prueban muchos temas y formatos diferentes por su capacidad de atraer la atención y provocar que se compartan en las redes sociales. La pureza ha sido un tema común en la desinformación sobre las vacunas: un análisis temático pre-pandémico de tuits contrarios a las vacunas descubrió que los ingredientes de las vacunas eran un elemento importante de gran parte de la desinformación.⁴³ Sin embargo, hay evidencias de un giro de la temática de la pureza a las narrativas críticas a la vacuna con temática de la libertad que sugieren que los programas de vacunación COVID-19 pueden afectar a las libertades civiles y a la libertad personal.^{44, 45} Los autores de la desinformación tienen motivaciones maliciosas que suelen ser el lucro financiero. Un informe reciente, que identificó a 12 personas activas en la crítica a las vacunas que representaban la mayor parte de la desinformación sobre las vacunas en los Estados Unidos, y que han creado una industria con un valor de más de mil millones de dólares, descubrió que un tema muy común que estos especuladores utilizaban era la "libertad de salud".⁴⁶

3.1.4 Percepción de la amenaza

Hay pruebas que en el caso de la inmunización rutinaria, las vacunas pueden ser víctimas de su propio éxito. La drástica reducción de la carga de las enfermedades gracias a los programas de vacunación ha hecho que disminuya la importancia de las enfermedades para las personas e incluso para los proveedores de atención sanitaria. Sin embargo, durante la actual pandemia hubo una enfermedad nueva, desconocida y debilitante el COVID-19 que estuvo en el primer plano de la conciencia pública en todo el mundo. Un estudio realizado en 8 países de ingresos bajos y medianos, incluido Brasil, cuando los países estaban empezando a aplicar la vacunación, descubrió que la preocupación por la enfermedad COVID-19 estaba asociada con la aceptación de la vacuna.⁴⁷ Una revisión identificó la confianza en la seguridad y eficacia de las vacunas y la alta percepción del riesgo de la enfermedad de COVID-19 como facilitadores de la aceptación de la ésta.⁴⁸

La Teoría de la Motivación de la Protección (TMP) postula que las personas evalúan paralelamente una amenaza para la salud y su capacidad para hacer frente a esa amenaza. En el caso de las vacunas, esta valoración de la amenaza implica sentimientos de susceptibilidad personal a una enfermedad a través de la vulnerabilidad percibida y la probabilidad de que uno pueda contraer la enfermedad, y una valoración más racional de la gravedad de la misma.⁴⁹ La valoración del afrontamiento incluye la eficacia percibida de la vacuna, los costes (o el riesgo) de la misma y la autoeficacia para vacunarse. Si alguien considera que sus valoraciones de amenaza y de afrontamiento son equivalentes, es más probable que esté motivado para protegerse. Si no es así, puede adoptar conductas de afrontamiento inadaptadas. Se ha demostrado que el TMP predice la intención de vacunarse contra el sarampión,⁵⁰ la gripe^{47, 51}, la gripe pandémica H1N1⁵² y el COVID-19.⁵³ En la siguiente sección se discute cómo estos hallazgos pueden aplicarse a estrategias de comunicación más efectivas.

3.1.5 Duda selectiva sobre las vacunas

Aunque los determinantes de la indecisión ante las vacunas pueden variar dentro de un individuo para diferentes tipos de vacunas (por ejemplo, una vacuna infantil como la triple vírica frente a una vacuna para adolescentes como la del VPH), antes de la pandemia había pocas pruebas de preferencias entre

el público por vacunas del mismo tipo que proceden de diferentes fabricantes. Sin embargo, con la producción de múltiples vacunas nuevas contra el COVID-19 por parte de fabricantes occidentales, China, Rusia y otros países, hay cada vez más pruebas de la indecisión selectiva sobre las vacunas. Un estudio realizado en Francia reveló que la actitud de la gente era más positiva hacia las vacunas fabricadas en Europa que en China.⁵⁴ La confianza también puede ser la base de las dudas selectivas sobre las vacunas. Un estudio sobre personas que dudan de las vacunas en toda América Latina descubrió que la duda sobre las vacunas disminuía a medida que aumentaba la confianza en el gobierno del país productor de la vacuna, y los encuestados mostraban una preferencia por las vacunas producidas en Occidente.⁵⁵ Este estudio descubrió que la confianza en las vacunas COVID-19 estaba a veces mediada por la eficacia percibida de las vacunas, y que la indecisión aumentaba en las personas que eran informadas de la eficacia del 50% de la vacuna Sinovac.

4. Estrategias eficaces para fomentar la aceptación de las vacunas

Aunque este documento se centra en la aceptación de las vacunas, existen barreras y facilitadores para los otros elementos de la taxonomía de las 6As (responsabilidad, acceso, asequibilidad, sensibilización, activación) que pueden tener un impacto en la aceptación de la vacunación por parte de la población. Esta sección destaca y organiza estas barreras utilizando la taxonomía intuitiva de las 6As (Figura 3), y describe las intervenciones probadas que corresponden a estas barreras, basándose en revisiones sistemáticas de la evidencia.^{2, 56, 57}

Abordar la subvacunación requiere una comprensión matizada y en tiempo real de las causas fundamentales del problema.² Las estrategias para aumentar la aceptación de las vacunas deben tener varios niveles, estar basadas en la evidencia, ser culturalmente apropiadas y estar adaptadas al contexto.⁵⁸ Las intervenciones deben dirigirse a las barreras definidas localmente para la aceptación y a los problemas relacionados con la sensibilización y la aceptación. También deben estar orientadas al nivel de aceptación o de indecisión de las comunidades o poblaciones. Por ejemplo, para las personas que están dispuestas a vacunarse, las intervenciones deben centrarse en hacer que la vacunación sea lo más asequible (en términos de costes financieros y de oportunidad) y lo más fácil posible, reduciendo el esfuerzo y el tiempo necesarios para vacunarse. Incluso una persona dispuesta a vacunarse probablemente tenga que hacer malabarismos con múltiples prioridades en su vida diaria, por lo que son importantes las estrategias que activan a las personas para que actúen.

Es posible que se necesiten diferentes estrategias para las personas que tienen inquietudes (pero que, por lo demás, las aceptan) y las que tienen dudas o desconfianza. Las intervenciones deben centrarse, por ejemplo, en fomentar la confianza en las vacunas y en los programas de vacunación, proporcionando de forma proactiva información y recursos que sean relevantes y tengan resonancia y que procedan de fuentes fiables, y contrarrestando la información errónea mediante la pre-falsificación y el desmentido. Aquellos que rechazan activamente las vacunas, y los pocos detractores de las mismas, pueden ser muy difíciles de alcanzar y cualquier programa de defensa de las vacunas debería considerar en quiénes podría tener el mayor impacto.

4.1 Medición y seguimiento de la aceptación de la vacuna

Para desarrollar intervenciones específicas efectivas, es crucial medir y hacer un seguimiento de la aceptación de la vacuna y de las barreras que la impiden. El seguimiento rutinario de la aceptación de la vacuna a través de encuestas periódicas sobre el pulso, que utilizan elementos que han sido validados con respecto a las intenciones y los comportamientos, permitiría a los gestores de programas y a los especialistas en comunicación identificar las señales de aumento de las dudas, adaptar las estrategias de generación de demanda y medir el impacto de las intervenciones. Actualmente se dispone de herramientas validadas que miden la aceptación de las vacunas para la inmunización infantil,⁵⁹ los trabajadores sanitarios (incluye una escala para la promoción de las vacunas),¹⁵ y los adultos.⁶⁰ Durante la pandemia de COVID-19, una encuesta de este tipo hizo un seguimiento de la aceptación en más de 100 países, pero no empleó una escala validada.⁶¹

Las evaluaciones rápidas también deberían utilizarse para identificar las verdaderas barreras a la aceptación de las vacunas para informar cualquier estrategia de intervención. Una encuesta de este tipo realizada por el autor en México refutó claramente el consenso de que la aceptación era una barrera para la adopción temprana de la vacuna contra la gripe. Se identificó que los verdaderos retos estaban relacionados con el acceso y la concienciación, ya que la gente no sabía que había una vacuna gratuita a su disposición (Figura 8). Esto permitió a un grupo de trabajo intersectorial triangular las intervenciones empleadas con las barreras reales y aumentar efectivamente la aceptación en las primeras etapas de la temporada.^{62, 63}

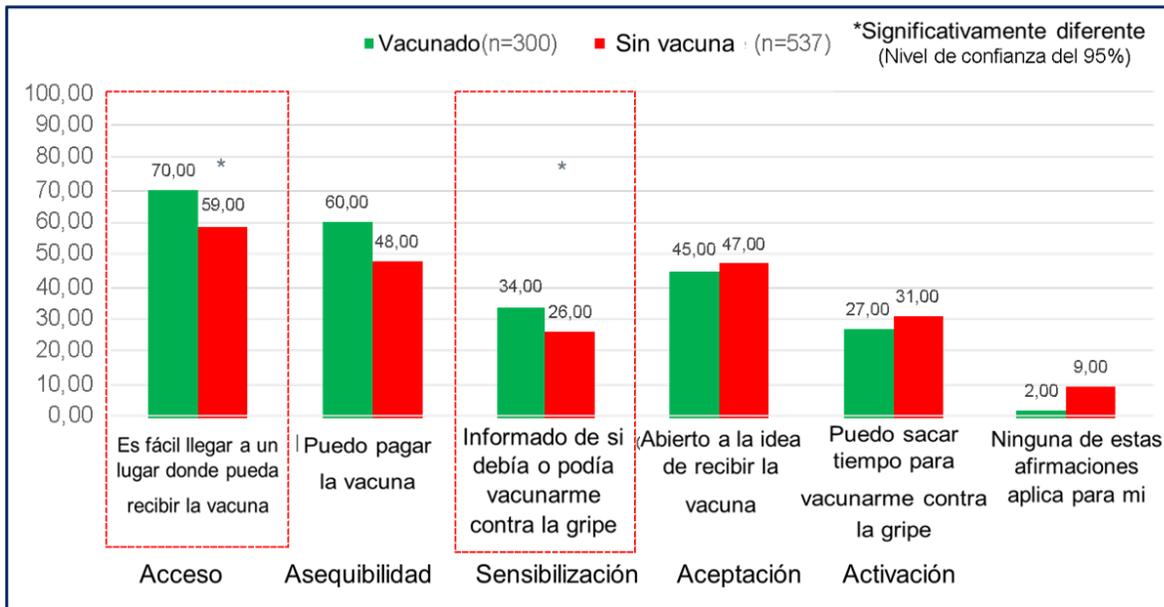


Figura 8: Resultados de la encuesta 5As en México que evalúa las posibles barreras para la adopción de la vacuna contra la gripe temprana en México en 2015.

4.2 Rendición de cuentas

La rendición de cuentas se refiere a la obligación o la voluntad de aceptar la responsabilidad de las tasas de vacunación por parte de una organización gubernamental o una persona. Un programa de vacunación requiere algo más que una recomendación y financiación para tener impacto. Los líderes políticos y técnicos de alto nivel deben estar comprometidos y muy implicados en la movilización de recursos y la implementación de acciones para fomentar la confianza del público y la aceptación de las vacunas. La responsabilidad de las autoridades sanitarias se identificó como un pilar de los programas de vacunación contra la gripe de alto rendimiento.⁶⁴ Esto se manifestó en múltiples políticas y acciones, incluyendo a los líderes políticos o sanitarios que defienden la vacunación, los objetivos de VCR establecidos para las poblaciones recomendadas y la generación y el uso de datos epidemiológicos, de cobertura y económicos. Una característica de los PBMI que han logrado una buena aceptación de las vacunas COVID-19 fue la alineación de los líderes políticos con sus estrategias de vacunación, y algunos incluso lanzaron estrategias con la vacunación pública de los Jefes de Estado.⁶⁵ Los grupos consultivos de inmunización regionales y nacionales podrían añadir la demanda y la aceptación de las vacunas a sus competencias.⁶⁶ Los mandatos de vacunación, que deben aplicarse con un fuerte compromiso político, son eficaces, pero deben aplicarse con el nivel adecuado de coerción para garantizar que no se erosione la confianza del público.⁶⁷ La responsabilidad también se refiere a la voluntad de poner en práctica múltiples intervenciones, como las que se enumeran a continuación para el otro As, en una Estrategia Nacional de Despliegue de Vacunas integrada.

En el anexo 1 ("Barreras y facilitadores probados para la aceptación de las vacunas") se enumeran las barreras específicas y las intervenciones probadas o muy prometedoras que pueden abordar estas barreras.

Buenas prácticas: Programa de vacunación COVID-19 en Marruecos

Expertos políticos o técnicos defensores de la vacunación. Marruecos había alcanzado una cobertura de vacunación contra COVID-19 del 63% a mediados de mayo de 2022. A principios de 2021 se estaba siguiendo un plan nacional de despliegue de vacunas, que establecía claramente las funciones y responsabilidades de los distintos departamentos gubernamentales, con un Comité Directivo Nacional presidido por el Ministro de Sanidad. La confianza del público se construyó a través de un defensor al más alto nivel político; el Rey Mohamed VI fue la primera persona en ser vacunada.⁶⁷

La mejor práctica: Cumbre Nacional de Vacunación de Adultos y Gripe de los Estados Unidos (NAIIS).

Se necesita una aldea para construir una tasa alta de TCV en un programa de vacunación. La movilización y coordinación de las múltiples partes interesadas es una característica clave de los programas de vacunación contra la gripe de alto rendimiento. La NAIIS, dedicado a abordar y resolver problemas de vacunación de adultos y de la gripe, moviliza a más de 700 socios que representan a más de 130 organizaciones públicas y privadas. Entre ellas se encuentran los CDC y las agencias federales, grupos de hospitales y farmacias, fabricantes de vacunas, sociedades médicas y organizaciones de la sociedad civil. La NAIIS celebra una cumbre sobre la gripe al principio de cada temporada de gripe, en la que se establecen objetivos comunes entre los socios.

4.3 Acceso

El acceso se refiere a la capacidad de las personas de llegar a las vacunas recomendadas o de alcanzarlas.

Los centros de vacunación deben ser fácilmente accesibles y localizables (la gente debe saber dónde están), con tiempos de espera mínimos. Ofrecer servicios de vacunación de forma continua, con cita previa o sin cita previa puede mejorar la aceptación. La vacunación in situ, en la que las vacunas se suministran en lugares donde la gente ya está presente como lugares de trabajo, de culto o incluso en casa,⁶⁸ es una forma eficaz de facilitar la vacunación.

El acceso también se refiere a la experiencia que alguien puede tener con los servicios sanitarios que proporcionan las vacunas. Un estudio cualitativo realizado en Gabón descubrió que la falta de adherencia a la vacunación en las clínicas de atención materno-infantil se debía a problemas de acceso (distancia a la clínica, costes de transporte) y a los sentimientos de vergüenza de las madres, que surgían de las reacciones de los proveedores de salud ante cuestiones asociadas a la pobreza, como acudir a la clínica con un niño sucio o mal vestido.⁶⁹

Estudio de caso

Un proyecto piloto de 6 semanas de duración en Portugal, que ofrecía la vacunación gratuita contra la gripe a los adultos mayores sin cita previa en las farmacias comunitarias, dio lugar a un aumento del 30% en la aceptación.⁷⁰ Este acceso facilitado formaba parte de un programa multicomponente que también incluía una campaña de comunicación que informaba de la facilidad de acceso a la vacunación.

4.4 Asequibilidad

La asequibilidad se refiere a la capacidad de las personas para pagar la vacunación en términos de costes financieros o de oportunidad. Proporcionar vacunas libres de costes financieros elimina una importante barrera para la aceptación. Sin embargo, los costes de oportunidad también pueden ser una barrera importante para la aceptación de la vacunación. En las zonas rurales de Sudán del Sur, las largas distancias que las mujeres deben recorrer a pie hasta los lugares de vacunación se identificaron como una barrera clave para la inmunización rutinaria.⁷¹ Tanto en los países de ingresos altos como en los de ingresos bajos, otras barreras de asequibilidad pueden incluir el coste del transporte, los tiempos de espera y el cuidado de otros niños.⁵⁶ Estos costes de oportunidad pueden convertir la vacunación en una experiencia negativa.⁵⁷ Hay buenas pruebas de que la provisión de pequeños incentivos no financieros aumenta eficazmente las tasas de vacunación al hacer que la experiencia de la vacunación sea una experiencia neta neutra o incluso neta positiva.⁵⁷ En Panamá, Argentina y Filipinas, se ofreció al público transporte gratuito a los centros de vacunación para fomentar la aceptación de la vacuna COVID-19.⁷²

Buenas prácticas: Pequeños incentivos en la India

Un estudio seminal en la India rural mostró un modesto aumento de las tasas de vacunación con la provisión de un campamento de vacunación mensual fiable en las aldeas (Access), pero una duplicación de las tasas de vacunación asociada a la provisión de pequeños incentivos no financieros. Cada vez que un padre llevaba a su hijo a vacunar, recibía un paquete de lentejas (suficiente para una comida) y un plato de metal cuando el niño completaba todas las vacunas requeridas.⁷³

4.5 Sensibilización

La sensibilización es el conocimiento de los individuos, las comunidades y las sociedades sobre la necesidad y la disponibilidad de las vacunas recomendadas. La información y el conocimiento por sí solos rara vez son suficientes para motivar a la gente a actuar, pero son una base esencial para cualquier decisión de vacunación. Si alguien no sabe que hay enfermedades graves a las que es vulnerable, o que hay vacunas que pueden prevenir estas enfermedades, simplemente atenderá otras prioridades.

La sensibilización incluye saber que hay vacunas accesibles y asequibles: el análisis que se muestra en la Figura 8 descubrió que una de las principales barreras para la aceptación de la vacuna contra la gripe en México era la falta de conocimiento sobre la posibilidad de recibir una vacuna gratuita. La desinformación puede afectar a la sensibilización al ocultar la información fiable sobre la vacuna que puede estar disponible. Los déficits de datos, en los que hay una gran demanda pero una escasa oferta de información precisa, "suelen producirse cuando las autoridades sanitarias y los expertos científicos no son conscientes de la demanda de información sobre un aspecto específico de la vacunación o no proporcionan la información de forma accesible y convincente.⁷⁴ Así, las personas que buscan información sobre las vacunas pueden encontrar información insuficiente, inexacta o inapropiada, o estar insatisfechas con el contenido que encuentran.

Cualquier estrategia para la gestión de la desinformación y los mensajes a favor de las vacunas debe incluir un estrecho vínculo entre **la escucha y el análisis social** y las actividades de comunicación de riesgos y compromiso con la comunidad (RCCE, por sus siglas en inglés), las comunicaciones, la promoción y la movilización social. La escucha social de las conversaciones, tanto en línea como fuera de ella, es una forma esencial de entender las lagunas de información locales, las preocupaciones y preguntas, y la desinformación. **La Guía de campo para la gestión de la desinformación sobre vacunas** ofrece una orientación detallada para establecer o reforzar un programa nacional de escucha social de vacunas.



Observatorio para la Demanda de Vacunación

El Observatorio para la Demanda de Vacunación, una colaboración entre UNICEF, *Public Good Projects* y el Instituto de Salud Global de Yale, proporciona herramientas, formación y apoyo técnico a los países para desarrollar una estrategia de escucha social de las vacunas. El Observatorio también está consolidando informes sobre la desinformación y las necesidades de información de todo el mundo en un único repositorio. Consulte estos informes y obtenga más información aquí: <https://www.thevdo.org/>.

4.6 Aceptación

La aceptación es la intención de vacunarse cuando se tiene acceso a una vacuna asequible y se conoce su existencia. En consonancia con el amplio abanico de factores socio-psicológicos que pueden influir en la toma de decisiones sobre las vacunas, descritos en la sección 2, se han identificado una serie de barreras para la aceptación de las vacunas.⁵⁶

Aunque muchas intervenciones de comunicación se han centrado en factores específicos de las vacunas y las enfermedades, hay pruebas sólidas de que la confianza es fundamental para la aceptación de las vacunas; la confianza en las vacunas y en los proveedores de servicios sanitarios, y la confianza institucional (autoridades sanitarias, gobierno).¹⁰ Las experiencias sanitarias pasadas, como una mala experiencia con las agujas o un encuentro sanitario, también pueden ser la base de algunas decisiones sobre la vacuna.¹⁰

Existen datos contradictorios sobre el impacto de las campañas educativas, que pueden mejorar tanto la concienciación como la aceptación.⁷³ Los contenidos de promoción de las vacunas bien intencionados pueden resultar contraproducentes, disminuyendo la intención de vacunarse, sobre todo en las personas que ya son reticentes.^{75, 76} Las campañas eficaces de comunicación pública sobre las vacunas deben ser específicas para el contexto, apropiadas para la cultura y basadas en el comportamiento y la percepción local.⁵⁸

Por ejemplo, una colaboración entre UNICEF, el Instituto de Salud Global de Yale y Meta ha puesto a prueba los mensajes de promoción de las vacunas en 4 países. Los mensajes se diseñaron sobre la base de los conocimientos locales sobre el uso de los medios de comunicación social y las dudas sobre las vacunas, así como de la ciencia del comportamiento. Descubrimos que el contenido debe ser relevante a nivel local, de modo que los mensajes basados en valores y normas sociales funcionaron bien en algunos países pero no en otros, y que el mensajero era muy importante.⁷⁷ Como se ha comentado en la sección anterior sobre la percepción de la amenaza, los mensajes que destacan los riesgos de la enfermedad también deben hacer hincapié en la autoeficacia y la eficacia de la respuesta (vacuna).



La Guía de mensajes sobre vacunas, escrita por el Dr. Thomson y sus colegas del Instituto de Salud Global de Yale, es una guía de inicio rápido que ofrece recomendaciones basadas en pruebas para desarrollar mensajes sobre vacunas centrados en el comportamiento.⁷⁸ Ofrece una visión detallada de los determinantes socio psicológicos de la toma de decisiones en materia de vacunas y muchos consejos y ejemplos.

Una parte esencial de una campaña eficaz de comunicación sobre vacunas son los mensajeros de confianza. Los campeones de las vacunas (movilizadores de la comunidad), voces que son consideradas dignas de confianza por la comunidad objetivo, como los líderes religiosos o de la comunidad, las celebridades o los pares, deben ser movilizados para apoyar cualquier campaña. Los proveedores de servicios de salud son siempre la voz más fiable en lo que respecta a las vacunas, y la recomendación de un proveedor es un fuerte impulsor de la aceptación y la aceptación de las vacunas.⁷³ Sin embargo, los proveedores a menudo necesitan apoyo para gestionar las conversaciones sobre vacunas con sus pacientes. El método AIMS para las conversaciones sobre vacunas, que enseña a los profesionales de la salud cómo hablar con los pacientes y qué decir, se está extendiendo a nivel mundial en un programa de formación en línea dirigido por la Asociación Internacional de Pediatría.⁷⁹



La Guía de campo para la gestión de la desinformación sobre vacunas, escrita por el Dr. Thomson y publicada por UNICEF, ayuda a las organizaciones a hacer frente a la infodemia mundial mediante el desarrollo de planes de acción nacionales estratégicos y bien coordinados para contrarrestar rápidamente la desinformación sobre vacunas y fomentar la demanda de vacunación que se basan en la escucha social.⁸⁴ Está disponible en inglés, español, francés y árabe.

Contrarrestar eficazmente la desinformación y garantizar que la gente pueda encontrar información fiable y de confianza sobre las vacunas sigue siendo un reto importante para los programas de vacunación. Uno de los pilares de cualquier estrategia para gestionar la desinformación debería ser llenar las lagunas informativas con información fiable, resonante y relevante. En Dinamarca, tras el descenso de las tasas de vacunación contra el VPH que se asoció a la desinformación, una campaña nacional de información con amplio alcance en las redes sociales permitió aumentar las tasas de vacunación.⁸⁰

Hay investigaciones muy prometedoras que demuestran que las personas pueden inmunizarse contra la desinformación. Los enfoques de inoculación psicológica pueden ser preventivos (**pre-bunking**) o terapéuticos (debunking). El pre-bunking implica que las personas pueden ser "inoculadas" contra la desinformación si se les muestra cómo identificar las tácticas engañosas utilizadas en la desinformación o los motivos ocultos de los autores de la desinformación y se les expone a una versión refutada del mensaje de antemano.⁸¹ El autor está codirigiendo una colaboración para desarrollar un

módulo de vacunas para **el juego Cranky Uncle**⁸² que promete llevar el debunking a escala, con un despliegue inicial en África Oriental y Occidental.

El debunking, para proporcionar una inmunidad específica contra una narrativa de desinformación concreta, puede utilizarse si la escucha social ha identificado y evaluado un rumor como de riesgo medio o alto (véase la Guía de Campo para la Gestión de la Desinformación para más información sobre la evaluación de rumores). Un desmentido eficaz pone de relieve que un mensaje es falso, explica por qué es falso y muestra qué puede haber llevado a la gente a creer la falsedad en primer lugar, e incluye los hechos en términos simples y claros.⁸⁴

La mejor práctica: Divulgación de confianza a través de microinfluenciadores en EE.UU. Public Good Projects construyó una campaña digital empleando contenidos generados por los usuarios a partir de "microinfluenciadores" de las redes sociales que son seguidos predominantemente por afroamericanos e hispanos durante dos temporadas de gripe para difundir información positiva sobre las vacunas contra la gripe. Esta campaña condujo a un gran aumento de la información positiva en las comunidades online objetivo y se asoció con un aumento significativo de las creencias positivas sobre la vacuna contra la gripe, y una disminución significativa de las actitudes negativas de la comunidad hacia la vacuna.⁸³

4.7 Activación

La activación se refiere a los estímulos o empujones que activan a las personas para que se vacunen. El camino hacia la vacunación suele estar lleno de fricciones y las personas siempre están gestionando prioridades que compiten entre sí. Un estímulo conductual es una intervención que facilita la toma de una buena decisión y funciona ajustando cualquier aspecto de la arquitectura de elección que altere el comportamiento de las personas de forma predecible (sin prohibir ninguna opción). Los avisos y los recordatorios son formas eficaces de activar a las personas para que hagan algo que tenían previsto hacer, pero que no han llegado a hacer. Hay muchas pruebas que demuestran que las intervenciones de recordatorio y de recordación pueden aumentar la aceptación de las vacunas tanto en los países de ingresos altos como en los de ingresos bajos, especialmente si están vinculadas a los registros de vacunación.^{57, 84}

Buenas prácticas: Recordatorios en Kenia

Las intervenciones multicomponentes pueden ser más eficaces para aumentar la aceptación. En Kenia, que ya cuenta con altos niveles de inmunización infantil completa (>80%), un ensayo aleatorizado descubrió que los recordatorios por SMS producían aumentos marginales en las tasas de inmunización. Sin embargo, cuando los padres recibían tanto un SMS como un pequeño incentivo monetario, se producía un aumento significativo en el número de niños totalmente inmunizados.⁸⁵

5. Conclusiones

El objetivo final de cualquier estrategia para aumentar la aceptación de las vacunas es mejorar las tasas de inmunización. Las autoridades sanitarias deben asumir la responsabilidad de los resultados de los programas nacionales de vacunación, medidos por la RCV. Los estudios para entender las causas fundamentales de la cobertura subóptima, incluyendo cada una de las 6As, pueden informar el desarrollo de estrategias nacionales específicas por parte de grupos de trabajo de múltiples partes interesadas. La metodología de los talleres de RVC de las 6As fue desarrollada por el autor para facilitar la convocatoria de tales grupos de trabajo y el desarrollo de estrategias nacionales.

Los Programas Nacionales de Inmunización deben establecer mecanismos sólidos para escuchar y comprender las preocupaciones de las personas relacionadas con las vacunas, los determinantes subyacentes de sus decisiones sobre las vacunas y sus experiencias relacionadas con la vacunación. Estos conocimientos pueden servir de base para los enfoques multimodales y centrados en las personas de las políticas e intervenciones programáticas.

Anexo 1: Barreras y facilitadores probados de la aceptación de la vacuna

BARRERAS	FACILITADORES
Falta de voluntad política y de responsabilidad	Activar a los expertos políticos y técnicos defensores de la vacunación
	Los grupos consultivos de inmunización regionales y nacionales añaden a sus competencias la demanda y la aceptación de vacunas
	Planes nacionales de despliegue de vacunas
	Mandatos de vacunación o recomendaciones institucionales
	Inversión en la preparación para la pandemia
	Sistema de adquisición sostenible para garantizar un suministro adecuado de vacunas
No priorizar el rendimiento del programa	Objetivos de RVC establecidos a nivel nacional y regional para las poblaciones recomendadas, incluidos los trabajadores sanitarios
	Control regular a nivel nacional del RVC del paciente en el centro de vacunación
	Registro de vacunación
	Red estructurada y sólida de vigilancia de enfermedades
	Incentivos para los trabajadores de la salud
Escasa coordinación entre los socios	Coalición de múltiples partes interesadas en apoyo de la inmunización
Lugares de vacunación limitados o de difícil acceso	Vacunación in situ en el lugar de trabajo, lugares de culto, etc.
	Jornada de vacunación sencilla
Ubicación u horario inconveniente del lugar de vacunación	Horario flexible para la vacunación
	Acceso a múltiples escenarios de vacunación
Costes financieros de las vacunas o de la prestación de servicios	Suministro gratuito de vacunas
	Pequeños incentivos no financieros

Costos de oportunidad	Transporte gratuito a los centros de vacunación
Falta de conocimiento sobre las enfermedades o las vacunas	Campañas de comunicación coordinadas entre las distintas partes interesadas
	Generación de datos sobre la carga de la enfermedad y los trastornos relacionados con ella en el sistema sanitario
Desconocimiento del derecho a las vacunas	
Información insuficiente o inadecuada	Escucha social sistemática y comunicaciones a medida
	Grupo de Trabajo de Comunicación sobre Vacunas
Información incorrecta	Escucha social sistemática
	Intervenciones de inoculación psicológica - debunking y prebunking
Baja confianza	Recomendación de un profesional sanitario de confianza
	Los campeones de las vacunas
	Las asociaciones de pacientes respaldan la vacunación
Normas sociales	Comunicar normas sociales positivas para la vacunación
Percepción del riesgo	Las autoridades sanitarias siguen los principios probados de comunicación de riesgos cuando se comunican al público y a los profesionales de la salud
Experiencia sanitaria anterior	Garantizar una experiencia de vacunación segura y tranquilizadora
Pensamientos y sentimientos; creencias y valores	Diseño de comunicaciones a medida, incluyendo el encuadre del mensaje, la respuesta y la autoeficacia
Baja visibilidad de la enfermedad (susceptibilidad percibida)	
Baja visibilidad de la enfermedad (susceptibilidad percibida)	
Desinformación	Inoculación psicológica

Prioridades que compiten entre sí	Envío de recordatorios a todas las poblaciones objetivo (preferiblemente por parte de múltiples interesados)
	Notificación emergente del HCP para vacunar a los pacientes elegibles
Limitaciones de tiempo	Acceso a múltiples escenarios de vacunación
	Horario flexible de vacunación

6. Referencias

- ¹ https://www.who.int/immunization/newsroom/2018_infants_worldwide_vaccinations/en/
- ² Thomson A, Robinson K, Vallée-Tourangeau G. (2015) The 5As: A practical taxonomy for the determinants of vaccination uptake. *Vaccine*. 34;1018-1024.
- ³ <https://www.unicef.org/press-releases/covid-19-pandemic-leads-major-backsliding-childhood-vaccinations-new-who-unicef-data>
- ⁴ Causey K, Fullman N, Sorensen RJD, et al. Estimating global and regional disruptions to routine childhood vaccine coverage during the COVID-19 pandemic in 2020: a modelling study. *Lancet*. 2021;398(10299):522-534.
- ⁵ Morice A. et.al. Impact of the COVID-19 Pandemic on Immunization Programs in the Region of the Americas.
- ⁶ Amin AB, Bednarczyk RA, Ray CE, et al. Association of moral values with vaccine hesitancy. *Nat Hum Behav*. 2017;1(12):873-880
- ⁷ Brewer NT, Chapman GB, Rothman AJ, et al. Increasing Vaccination: Putting Psychological Science Into Action. *Psychol Sci Public Interest*. 2017;18(3):149-207
- ⁸ Ahmed A et al. Outbreak of vaccine-preventable diseases in Muslim majority countries. *J Infect Public Health*. 2018;11(2):153-155.
- ⁹ Hornsey MJ, Harris EA, Fielding KS. The psychological roots of anti-vaccination attitudes: A 24-nation investigation. *Health Psychol*. 2018;37(4):307-315.
- ¹⁰ Wheelock A, Thomson A, Sevdalis N. Social and psychological factors underlying adult vaccination behavior: lessons from seasonal influenza vaccination in the US and the UK. *Expert Rev Vaccines* 2013;12:893–901.
- ¹¹ Bono SA, FariadeMoura Villela E, Siau, CS et al. Factors Affecting COVID-19 Vaccine Acceptance: An International Survey among Low- and Middle-Income Countries. *Vaccines* 2021, 9, 515.
- ¹² Ditekemena, JD, Nkamba, DM, Mutwadi, A, et al. COVID-19 Vaccine Acceptance in the Democratic Republic of Congo: A Cross-Sectional Survey. *Vaccines* 2021, 9, 153.
- ¹³ Puertas EB, Velandia-Gonzalez M, Vulcanovic L, et al. Concerns, attitudes, and intended practices of Caribbean healthcare workers concerning COVID-19 vaccination: A cross-sectional study. *Lancet Reg Health Am*. 2022;9:100193.
- ¹⁴ Kassianos G, Kuchar E, Nitsch-Osuch A, et al. Motors of influenza vaccination uptake and vaccination advocacy in healthcare workers: A comparative study in six European countries. *Vaccine*. 2018. pii: S0264 410X(18)30205-6.
- ¹⁵ Marzo RR, Ahmad A, Islam MS, et al. (2022) Perceived COVID-19 vaccine effectiveness, acceptance, and drivers of vaccination decision-making among the general adult population: A global survey of 20 countries. *PLoS Negl Trop Dis* 16(1): e0010103.
- ¹⁶ Personal communication, March 2021.
- ¹⁷ Kothari A, Pfuhl G, Schieferdecker D et al. The Barrier to Vaccination Is Not Vaccine Hesitancy: Patterns of COVID-19 Vaccine Acceptance over the Course of the Pandemic in 23 Countries. *medRxiv* 2021.04.23.21253857
- ¹⁸ Babalola, S., Krenn, S., Rosen, JG., et al. COVID Behaviors Dashboard. Johns Hopkins Center for Communication Programs in collaboration with Facebook Data for Good, Delphi Group at Carnegie Mellon University, University of Maryland Social Data Science Center, Global Outbreak Alert and Response Network. Published September 2021. <https://covidbehaviors.org/>
- ¹⁹ Urrunaga-Pastor D, Bendezu-Quispe G, Herrera-Añazco P, et al. Cross-sectional analysis of COVID-19 vaccine intention, perceptions and hesitancy across Latin America and the Caribbean. *Travel Med Infect Dis*. 2021; 41:102059.
- ²⁰ Wheelock A, Thomson A, Rigole B, et al. Trust and adult vaccination: what matters most? *Eur J Public Health* 2014;24(Suppl. 2).
- ²¹ Milligan MA, Hoyt DL, Gold AK, et al. COVID-19 vaccine acceptance: influential roles of political party and religiosity. *Psychol Health Med*. 2021;18:1-11.
- ²² Neely SR, Eldredge C, Ersing R, Remington C. Vaccine Hesitancy and Exposure to Misinformation: a Survey Analysis. *J Gen Intern Med*. 2022;37(1):179-187.
- ²³ Stoop N, Hirvonen K, Maystadt J. Institutional mistrust and child vaccination coverage in Africa. *BMJ Global Health* 2021;6:e004595.

- ²⁴ Rodriguez-Morales AJ, Franco OH. Public trust, misinformation and COVID-19 vaccination willingness in Latin America and the Caribbean: today's key challenges. *Lancet Reg Health*. 2021.
- ²⁵ De Freitas L, Basdeo D, Wang HI. Public trust, information sources and vaccine willingness related to the COVID-19 pandemic in Trinidad and Tobago: an online cross-sectional survey. *Lancet Reg Health Am*. 2021;100051.
- ²⁶ Lindholt MF, Jørgensen F, Bor A, Petersen MB. Public acceptance of COVID-19 vaccines: cross-national evidence on levels and individual-level predictors using observational data. *BMJ Open*. 2021;15:11(6):e048172.
- ²⁷ Murphy, J, Vallières, F, Bentall, RP et al. Psychological characteristics associated with COVID-19 vaccine hesitancy and resistance in Ireland and the United Kingdom. *Nat Commun* 12, 29 (2021).
- ²⁸ Falkenbach M, Willison C. Resources or trust: What matters more in the vaccination strategies of high income liberal democracies? *Health Policy Technol*. 2022:100618.
- ²⁹ COVID-19 National Preparedness Collaborators. Pandemic preparedness and COVID-19: an exploratory analysis of infection and fatality rates, and contextual factors associated with preparedness in 177 countries, from Jan 1, 2020, to Sept 30, 2021. *Lancet*. 2022; 16;399(10334):1489-1512.
- ³⁰ United Nations Children's Fund. Vaccine Misinformation Management Field Guide. New York, 2020.
- ³¹ Sirbu A, Pedreschi D, Giannotti F, Kertész J (2019) Algorithmic bias amplifies opinion fragmentation and polarization: A bounded confidence model. *PLoS ONE* 14(3): e0213246.
- ³² Jolley D, Douglas KM. The effects of anti-vaccine conspiracy theories on vaccination intentions. *PLOS ONE* 2014;9(2):e89177.
- ³³ Bessi A, Zollo F, Del Vicario M, Scala A, Caldarelli G, Quattrociocchi W. Trend of narratives in the age of misinformation. *PLOS ONE* 2015;10(8):e0134641.
- ³⁴ Wilson SL, Wiysonge C. Social media and vaccine hesitancy. *BMJ Global Health* 2020;5:e004206.
- ³⁵ Loomba S, de Figueiredo A, Piatek SJ, et al. Measuring the impact of COVID-19 vaccine misinformation on vaccination intent in the UK and USA. *Nat. Hum. Behav*. 2020
- ³⁶ Schwalb A, Seas C. The COVID-19 Pandemic in Peru: What Went Wrong? *Am J Trop Med Hyg*. 2021
- ³⁷ Ceron W, Gruszynski Sanseverino G, de-Lima-Santos MF, Quiles MG. COVID-19 fake news diffusion across Latin America. *Soc Netw Anal Min*. 2021;11(1):47.
- ³⁸ Nieves-Cuervo GM, Manrique-Hernández EF, Robledo-Colonia AF, Grillo AEK. Infodemia: noticias falsas y tendencias de mortalidad por COVID-19 en seis países de América Latina. *Rev Panam Salud Publica*. 2021 May 13;45:e44. Spanish.
- ³⁹ Fondazione Bruno Kessler. COVID-19 Infodemics Observatory. <https://covid19obs.fbke.eu> [accessed 2 May, 2022]
- ⁴⁰ Faerron Guzmán CA, Montero-Zamora P, Bolaños-Palmieri C, et al. (2021) Willingness to Get a COVID19 Vaccine and Its Potential Predictors in Costa Rica: A Cross-Sectional Study. *Cureus* 13(10): e18798
- ⁴¹ Knuutila, A, Neudert, L.-M, Howard, PN. (2022). Who is afraid of fake news? Modeling risk perceptions of misinformation in 142 countries. *Harvard Kennedy School (HKS) Misinformation Review*, 3(3).
- ⁴² Rossen I, Hurlstone MJ, Dunlop PD, Lawrence C. Accepters, fence sitters, or rejecters: Moral profiles of vaccination attitudes. *Soc Sci Med*. 2019;224:23-27.
- ⁴³ Bonnevie E, Goldbarg J, Gallegos-Jeffrey AK, et al. Content Themes and Influential Voices Within Vaccine Opposition on Twitter, 2019. *Am J Public Health*. 2020;110(S3):S326-S330.
- ⁴⁴ Jamison A, Broniatowski DA, Smith MC, et al. Adapting and Extending a Typology to Identify Vaccine Misinformation on Twitter. *Am J Public Health*. 2020;110(S3):S331-S339.
- ⁴⁵ Smith, R., Cubbon, S. & Wardle, C. (2020). Under the surface: Covid-19 vaccine narratives, misinformation & data deficits on social media. First Draft. <https://firstdraftnews.org/vaccine-narratives-full-report-november-2020>
- ⁴⁶ Pandemic Profiteers: The business of anti-vaxx. (2021) Centre for Countering Digital Hate. [www.counterhate.com]
- ⁴⁷ Bono SA, FariadeMoura Villela E, Siau CS et al. Factors Affecting COVID-19 Vaccine Acceptance: An International Survey among Low- and Middle-Income Countries. *Vaccines* 2021, 9, 515.
- ⁴⁸ Steffens MS, Bullivant B, Bolsewicz K, et al (2022) Factors Influencing COVID-19 Vaccine Acceptance in High Income Countries Prior to Vaccine Approval and Rollout: A Narrative Review. *Int J Public Health* 67:1604221
- ⁴⁹ Wheelock A, Miraldo M, Thomson A, et al. Evaluating the importance of policy amenable factors in explaining influenza vaccination: a cross-sectional multinational study. *BMJ Open*. 2017 12;7:e014668
- ⁵⁰ Camerini AL, Diviani N, Fadda M, Schulz PJ. Using protection motivation theory to predict intention to adhere to official MMR vaccination recommendations in Switzerland. *SSM Popul Health*. 2018;7:005-5.
- ⁵¹ Ling M, Kothe EJ, Mullan BA. Predicting intention to receive a seasonal influenza vaccination using Protection Motivation Theory. *Soc Sci Med*. 2019;233:87-92. 51

- ⁵² Bish A, Yardley L, Nicoll A, Michie S. Factors associated with uptake of vaccination against pandemic influenza: a systematic review. *Vaccine*. 2011;29(38):6472-84
- ⁵³ Griffin B, Conner M, Norman P. Applying an extended protection motivation theory to predict Covid-19 vaccination intentions and uptake in 50-64 year olds in the UK. *Soc Sci Med*. 2022;298:114819
- ⁵⁴ Schwarzingler M, Watson V, Arwidson P, et al. COVID-19 vaccine hesitancy in a representative workingage population in France: a survey experiment based on vaccine characteristics. *Lancet Public Health*. 2021;6(4):e210-e221.
- ⁵⁵ Argote P, Barham E, Daly SZ, et al. The shot, the message, and the messenger: COVID-19 vaccine acceptance in Latin America. *NPJ Vaccines*. 2021;6(1):118.
- ⁵⁶ Kaufman J, Tuckerman J, Bonner C, et al. Parent-level barriers to uptake of childhood vaccination: a global overview of systematic reviews. *BMJ Global Health* 2021;6:e006860.
- ⁵⁷ Yale Institute for Global Health. iVaccinate: Behavioral Insights for Vaccination. New Haven, CT, USA: Yale University; 2022
- ⁵⁸ Thomson A, Vallée-Tourangeau G, Suggs LS. Strategies to increase vaccine acceptance and uptake: From behavioral insights to context-specific, culturally-appropriate, evidence-based communications and interventions. *Vaccine*. 2018;36(44):6457-6458
- ⁵⁹ Opel DJ, Taylor JA, Zhou C, et al. The relationship between parent attitudes about childhood vaccines survey scores and future child immunization status: a validation study. *JAMA Pediatr*. 2013;167:1065–1071
- ⁶⁰ Ellingson, MK, Omer SB, Sevdalis N, Thomson A. Validation of the Vaccination Trust Indicator (VTI) in a Multi-Country Survey of Adult Vaccination Attitudes. (2022). Submitted for publication.
- ⁶¹ Babalola, S., Krenn, S., Rosen, JG., et al. COVID Behaviors Dashboard. Johns Hopkins Center for Communication Programs in collaboration with Facebook Data for Good, Delphi Group at Carnegie Mellon University, University of Maryland Social Data Science Center, Global Outbreak Alert and Response Network. Published September 2021. <https://covidbehaviors.org>
- ⁶² <https://www.fondation-merieux.org/wp-content/uploads/2017/02/demand-side-interventions-to-increaseand-sustain-vaccination-uptake-2015-romeo-rodriguez.pdf>
- ⁶³ Thomson A. (2015) Vaccine Acceptance: The human side of vaccination uptake. In “Envejecimiento y Dependencia: Realidades y Prevision para los proximos anos”. Mexican Academy Medicine
- ⁶⁴ Kassianos G, Banerjee A, et al. Key policy and programmatic factors to improve influenza vaccination rates based on the experience from four high-performing countries. *Drugs in Context* 2021; 10: 2020-9-5.
- ⁶⁵ Accelerating COVID-19 Vaccine Deployment. Removing obstacles to boost coverage levels and protect those at high-risk 2022. World Bank, WHO, UNICEF.
- ⁶⁶ Thomson A, Watson M. (2016) Vaccine hesitancy: a vade mecum v1.0. *Vaccine*. 34;1989-1992.
- ⁶⁷ Attwell K, Navin MC, Lopalco PL, et al. Recent vaccine mandates in the United States, Europe and Australia: A comparative study. *Vaccine*. 2018;36(48):7377-7384.
- ⁶⁸ Arthur, A. J., Matthews, R. J., Jagger, C., et al (2002). Improving uptake of influenza vaccination among older people: a randomised controlled trial. *British Journal of General Practice*, 52(482), 717-722
- ⁶⁹ Schwarz NG, Gysels M, Pell C, et al. Reasons for non-adherence to vaccination at mother and child care clinics in Lambaréné, Gabon. *Vaccine*. 2009;27(39):5371-5.
- ⁷⁰ <https://www.vaccinestoday.eu/stories/pharmacy-pilot-project-increases-flu-vaccination-by-32/>
- ⁷¹ Internal data, UNICEF
- ⁷² <https://www.diarosustentable.com/2021/02/didi-invertira-mas-de-500-millones-para-entregar-viajes-gratisa-todos-quienes-acudan-a-vacunarse/>
- ⁷³ Banerjee AV, Duflo E, Glennerster R, Kothari D. Improving immunisation coverage in rural India: clustered randomized controlled evaluation of immunisation campaigns with and without incentives. *BMJ*. 2010;340:c2220
- ⁷⁴ Smith, R., Cubbon, S. & Wardle, C. (2020). Under the surface: Covid-19 vaccine narratives, misinformation & data deficits on social media. First Draft. <https://firstdraftnews.org/vaccine-narrativesreport-summary-november-2020>
- ⁷⁵ Pluviano S, Watt C, Ragazzini G, Della Sala S. Parents’ beliefs in misinformation about vaccines are strengthened by pro-vaccine campaigns. *Cogn Process*. 2019;20(3):325-331
- ⁷⁶ Nyhan B, Reifler J, Richey S, Freed GL. Effective messages in vaccine promotion: a randomized trial. *Pediatrics*. 2014;133(4):e835-42
- ⁷⁷ <https://research.facebook.com/blog/2022/4/new-lessons-learned-in-building-covid-19-vaccine-acceptance/>
- ⁷⁸ Vaccine Messaging Guide. [<https://www.unicef.org/documents/vaccine-messaging-guide>]
- ⁷⁹ Vaccine trust masters training program: the international pediatrics association [<https://www.youtube.com/watch?v=fTEHp1BXyNQ&t=11s>]

⁸⁰ Hansen PR, Schmidtlaicher M, Brewer NT. Resilience of HPV vaccine uptake in Denmark: Decline and recovery. *Vaccine*. 2020;38(7):1842-1848.

⁸¹ UNICEF. Vaccine Misinformation Management Field Guide. New York, 2020.
[<https://vaccinemisinformation.guide/>]

⁸² <https://crankyuncle.com/>

⁸³ Bonnevie E, Smith SM, Kummeth C, et al. Social media influencers can be used to deliver positive information about the flu vaccine: findings from a multi-year study. *Health Educ Res*. 2021;36(3):286-294

⁸⁴ Brown, VB, Oluwatosin, OA, Akinyemi, JO, & Adeyemo, AA. (2016). Effects of community health nurseled intervention on childhood routine immunization completion in primary health care centers in Ibadan, Nigeria. *Journal of Community Health*, 41(2), 265-273

⁸⁵ Gibson DG, Ochieng B, Kagucia EW, et al. Mobile phone-delivered reminders and incentives to improve childhood immunisation coverage and timeliness in Kenya (M-SIMU): a cluster randomised controlled trial. *Lancet Glob Health*. 2017;5(4):e428-e438.