

**REPASO RÁPIDO:****RETICENCIA A LAS VACUNAS Y DESARROLLO DE LA  
CONFIANZA EN LA VACUNACIÓN CONTRA EL COVID-19**

Se ha formado la idea de una vacuna contra el COVID-19 como la solución definitiva necesaria para poner fin a la pandemia. Se está desarrollando una cantidad importante de vacunas candidatas, y muchas están en la fase de ensayos clínicos; con los primeros resultados prometedores publicados recientemente.<sup>1</sup> Mientras esto brinda esperanzas como parte de una solución a la pandemia, también genera inquietudes sobre cómo se implementarán y aceptarán las vacunas. Un desafío es la “reticencia a las vacunas”. Evidencia sugiere que los beneficios para la salud pública de las vacunas contra el COVID-19 aprobadas, se verán opacados por la reticencia de las poblaciones a vacunarse.<sup>2-9</sup> Como puede notarse en el surgimiento de la nueva disciplina de “infodemiología” y de los “debates sobre infodemia de datos falsos”<sup>10,11</sup>, se asume que esta reticencia se debe principalmente a la exposición de las personas a información falsa y que puede contrarrestarse “inoculando” a la audiencia con hechos.<sup>12</sup>

Este resumen se basa en documentos de ciencias sociales y entrevistas informales con expertos para demostrar que la reticencia a las vacunas es más compleja y depende del contexto, incluso a menudo refleja las diversas preocupaciones cotidianas, y no solo (ni principalmente) la exposición a la desinformación o las campañas antivacunas. En base a esto, el resumen propone estrategias para guiar a legisladores, funcionarios de la salud pública, desarrolladores de vacunas, trabajadores de la salud, investigadores, defensores, comunicadores, actores de los medios de comunicación y otras personas involucradas en el desarrollo, la comunicación y la implementación de vacunas con el fin de generar confianza en las vacunas contra el COVID-19. Este resumen es parte de la [serie de Social Science in Humanitarian Action Platform \(SSHAP\)](#) sobre consideraciones inherentes a las ciencias sociales en relación a la vacuna contra el COVID-19, y fue escrito por Tabitha Hrynick, Santiago Ripoll y Megan Schmidt-Sane. El informe es responsabilidad de SSHAP.

# RETICENCIA Y CONFIANZA EN LAS VACUNAS

## RETICENCIA A LAS VACUNAS

Si bien las vacunas se reconocen como una de las medidas más exitosas de la salud pública, cada vez más personas creen que las vacunas son inseguras o innecesarias. Esto es una amenaza creciente para el éxito de los programas de inmunización, ya que las tasas de cobertura de las vacunas están disminuyendo a nivel mundialmente.<sup>14</sup> En 2019, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró que este problema es una amenaza importante para la salud mundial.<sup>17</sup> La OMS define la reticencia a las vacunas como la “demora en la aceptación o el rechazo de las vacunas a pesar de la disponibilidad de servicios de vacunación”.<sup>18</sup> Es una constante que abarca desde una aceptación total a un rechazo total.<sup>13, 15, 19</sup> Un Grupo de Trabajo en Reticencia a las Vacunas del Grupo de Expertos en Asesoramiento Científico en Emergencias del Reino Unido, define este fenómeno como: *Un comportamiento, influenciado por una serie de factores que incluyen cuestiones de confianza (no confiar en la vacuna o el proveedor), complacencia (no percibir la necesidad de una vacuna, no valorar la vacuna) y conveniencia (acceso).*<sup>19</sup>

El grupo de trabajo clasificó los determinantes de la reticencia a las vacunas en tres dominios:

Influencias individuales y grupales	Percepciones personales de las vacunas o influencias del entorno social
Influencias contextuales	Factores históricos, socioculturales, ambientales, institucionales/del sistema de salud, económicos o políticos
Vacuna y vacunación	Cuestiones relacionadas con las características de la vacuna, el desarrollo de la vacuna o el proceso de vacunación

Otros factores de comportamiento también pueden influir la aceptación de la vacuna, como la complacencia (percepción de riesgo, gravedad de la enfermedad), fuentes de información<sup>20</sup>, características sociodemográficas<sup>5</sup>, nivel de compromiso de las personas para poner en riesgo la cultura y su nivel de confianza en las autoridades de la salud y la medicina tradicional.<sup>21</sup>

## CONFIANZA EN LAS VACUNAS

Por el contrario, la confianza en las vacunas es la creencia de que la vacunación y los proveedores, el sector privado y los actores políticos que la respaldan, sirven a los mejores intereses de salud pública.<sup>22</sup> Al igual que la “reticencia”, es extremadamente variable y está arraigada en el contexto político y económico.<sup>23, 24</sup> Proporcionar información coherente y científicamente precisa puede mediar algo en la reticencia a las vacunas, pero la confianza en las vacunas puede no mejorar a menos que se intente incrementar la confianza pública en la eficacia y seguridad de la vacuna, en la respuesta de la salud pública y en los sistemas de salud y el gobierno en general.<sup>23, 24</sup>

La reticencia a las vacunas no es nueva; de hecho, es tan antigua como la vacunación misma.<sup>13-16</sup> En la Europa del siglo XVIII, muchos consideraban la vacunación como “contra el plan de Dios”. El siguiente siglo, en Gran Bretaña nació una Liga Antivacunación.<sup>25</sup> A principios del siglo XX, en algunos contextos africanos, las autoridades coloniales forzaron la vacunación de las poblaciones, provocando resistencia.<sup>26</sup> Para la década de 1970, el movimiento antivacunación tomó impulso en el mundo occidental después de un informe<sup>27</sup> (más adelante refutado) sobre las reacciones adversas a la vacuna contra la tos ferina. Desde fines de la década de 1990, la reticencia ha aumentado aún más por la controversia sobre supuestas (ya que se refutaron científicamente) relaciones entre la vacuna triple vírica y el autismo.<sup>28, 29</sup> En la década de 1990 y a principios de la década de 2000, surgieron rumores que vinculaban las vacunas con la infertilidad, lo que desbarató los esfuerzos de vacunación en África occidental.<sup>30</sup> Desde una perspectiva histórica, emergen dos patrones: primero, las vacunas se han percibido como causantes de más daño que las enfermedades que intentan prevenir; y segundo, que gran parte de esta preocupación se basa en tensiones entre ciudadanos y autoridades, a menudo como resultado de políticas de vacunación obligatoria.<sup>31-33</sup>

A pesar de la gran cantidad de datos científicos sobre la seguridad y eficacia de las vacunas existentes, en el siglo XXI han seguido surgiendo discursos alternativos que nutren la reticencia a las vacunas.<sup>34</sup> A menudo, estos son impulsados por ciertos tipos de información negativa usada para analizar cuestiones de vacunas. En términos generales, se pueden categorizar de la siguiente manera:

**Información falsa:** información errónea o imprecisa, que incluye rumores, ya sea con intención de engañar o no<sup>35, 36</sup>; **desinformación:** información intencionalmente falsa, difundida para obtener un beneficio político, económico o social y **teorías de conspiración:** explicaciones alternativas de los hechos<sup>37, 38</sup>. Estos tipos de información generalmente proliferan en tiempos de incertidumbre (como durante las epidemias), se han asociado a una menor probabilidad de adoptar comportamientos de salud pública, incluida la vacunación, y a menudo se diseminan con rapidez, en particular a través de las redes sociales.<sup>13, 14, 36, 37</sup> Las personas a veces usan información falsa para intentar resolver problemas colectivamente ante la falta de información de calidad, incluso cuando la información de las autoridades es contradictoria o incoherente.<sup>36</sup>

## ENSEÑANZAS DE LAS CIENCIAS SOCIALES SOBRE LA RETICENCIA A LAS VACUNAS

En epidemias anteriores, los investigadores de ciencias sociales han descubierto que la reticencia a las vacunas está determinada por dimensiones adicionales y complejas más allá de la información. Será fundamental considerar las comunidades y los contextos en los que se implementa la vacunación y las motivaciones de las poblaciones para participar, en el marco de la vacuna contra el COVID-19.

**Información y conocimiento.** Los debates sobre la reticencia a las vacunas a menudo ignoran las realidades socioculturales y políticas. Consideran ignorantes a las audiencias, víctimas de la desinformación o la información falsa y, por lo tanto, necesitadas de información “correcta”. Sin embargo, es importante comprender los contextos más amplios en los que emergen y se desarrollan las diferentes formas de información. Éstas no surgen en vacíos, sino que provienen de ecosistemas de “cultura, política, experiencias personales, creencias e historias”.<sup>36</sup> La interpretación limitada de las audiencias como “pizarras en blanco” deja de lado las razones por las que las personas interpretan la información de determinadas formas. Las personas son diversas, y tienen experiencias personales políticas, sociales y de salud que afectan la manera en que se sienten respecto de la vacunación. Por ejemplo, las personas pueden aceptar algunas vacunas y rechazar otras, pueden tener preocupaciones genuinas sobre la credibilidad de la respuesta del gobierno y la salud pública<sup>39</sup>, pueden sentir escepticismo de la función de los “expertos científicos”<sup>40</sup>, pueden tener experiencias históricas de marginalización<sup>41</sup> o militarización de la implementación de las vacunas<sup>42</sup>, etcétera.

**Nociones sociales y culturales del cuerpo, la inmunidad y la fortaleza.** Diferentes grupos sociales también tienen distintas nociones de inmunidad y fortaleza, lo que influye en su relación con la vacunación. Esto varía mucho entre países y dentro de un mismo país. Por ejemplo, las vacunas pueden percibirse como demasiado “fuertes” o que atacan al cuerpo e impiden una inmunidad natural.<sup>43</sup> También pueden surgir inquietudes sobre los antígenos y adyuvantes de las vacunas, que pueden percibirse como tóxicos o demasiado inmunógenos, como sucedió en Canadá durante la pandemia de gripe H1N1 2009.<sup>44</sup> Existen ejemplos de campañas y ensayos de vacunación exitosos que tuvieron en cuenta estas nociones y usaron términos y conceptos locales con resultados positivos para la confianza en la vacuna y su aceptación.<sup>30</sup> Por ejemplo, los trabajadores de primera línea usaron conceptos locales de “soldados en la sangre” y “fortaleza” para explicar cómo funcionan las vacunas a posibles participantes de ensayos en Gambia.<sup>30</sup>

**Dimensiones comunitarias de la confianza.** Los actores locales de confianza modelan las percepciones de las personas sobre las vacunas y los programas de vacunación. Por ejemplo, los proveedores locales de salud a menudo son los indicados para aplicar las vacunaciones de maneras que generan confianza. En cambio, las campañas masivas de vacunación dirigidas por actores externos y desconocidos han provocado miedo y reticencia, como sucedió, por ejemplo, durante las vacunaciones contra la polio en Nigeria<sup>30</sup> y los ensayos de vacunas contra el ébola en la República Democrática del Congo (RDC).<sup>45</sup> Sin embargo, las personas también pueden desconfiar de los servicios de salud en general. En Sierra Leona, las experiencias de humillación y marginalización en centros de salud, junto con las preocupaciones sobre costos financieros, hicieron que las personas evitaran a toda costa los centros de salud, e incluso escondieran a sus hijos durante las campañas de inmunización.<sup>46</sup>

Especialmente en los países de ingresos medianos y bajos (PIMB), es probable que las personas confíen y dependan de una variedad de proveedores de salud no biomédicos (sanadores tradicionales, religiosos o herboristas, vendedores de medicamentos, etc.), algunos de los cuales pueden sentirse amenazados por la

vacunación y, por lo tanto, también pueden desaconsejarla. Algunas autoridades religiosas también han desalentado la vacunación entre sus seguidores, a veces abogando por la sanación religiosa. No obstante, cuando los líderes religiosos y los sanadores tradicionales han participado en los programas de vacunación desde el inicio, se han convertido en defensores positivos de la vacunación en sus comunidades.<sup>47, 48</sup>

## INFLUENCIAS CONTEXTUALES: ECONOMÍA POLÍTICA Y CONFIANZA

---

Las experiencias históricas y políticas de negligencia, discriminación y abuso proporcionan un terreno fértil para que la desinformación gane popularidad y se vuelva "plausible".<sup>49</sup> Es más probable que la reticencia a las vacunas se desarrolle en contextos con una elevada inequidad y falta de participación ciudadana en el gobierno y los sistemas de salud, ya que las personas perciben que el estado (y sus socios) tienen motivos secretos (y dañinos) para la vacunación.<sup>39</sup>

**Divisiones políticas o sociales.** Se ha percibido que la vacunación causa un daño intencional a ciertos grupos o como un medio para controlarlos. En el norte de Nigeria y Níger, por ejemplo, los líderes islámicos interpretaron la vacunación contra la polio como una manera de esterilizar a los musulmanes y relacionaron esto con la represión del gobierno central y con intentos "occidentales" de detener el crecimiento de sus poblaciones.<sup>23, 50, 51</sup>

**Militarización de las campañas de vacunación.** Muchas campañas de vacunación se han militarizado, reflejando o involucrando activamente acciones militares (o policiales) para implementar vacunas.<sup>30, 52</sup> Si bien esto puede ser logísticamente efectivo, también puede exacerbar el miedo y la desconfianza, en particular en contextos donde las fuerzas armadas se asocian a represión y abuso.<sup>53</sup>

**Vacunación obligatoria.** Las poblaciones que han tenido experiencias con vacunación obligatoria (u otras medidas coercitivas de salud pública) o que han sido víctimas de maltrato o explotación en ensayos de medicamentos, son menos propensas a confiar en programas de vacunación futuros.<sup>30</sup> Si bien la aceptabilidad de la vacunación coercitiva varía según el contexto, la vacunación obligatoria puede mejorar su adopción general, pero también puede arraigar la desconfianza en poblaciones reacias a las vacunas.<sup>54, 55</sup> Las historias sobre compañías farmacéuticas que buscan ganancias y que se asocian a gobiernos pueden incrementar esa desconfianza.

## VACUNAS Y VACUNACIÓN

---

**Accesibilidad.** Resulta importante distinguir entre la falta de acceso a servicios de vacunación o la inadecuación de estos y la reticencia a las vacunas. Detrás de lo que puede parecer una falta de demanda de vacunación puede estar el tiempo que le exige a las personas el trabajo o la atención, la falta de acceso físico a puestos de vacunación, una logística inadecuada, las limitaciones de recursos, los conflictos o inseguridad. En contextos de pobreza extrema, por una carga elevada de otras enfermedades o, por el contrario, una carga baja de la enfermedad epidémica, la vacunación puede no ser una prioridad para las personas.<sup>19, 56</sup>

**Percepciones del riesgo de la enfermedad y de la vacuna.** En situaciones de incertidumbre, es probable que las personas hagan elecciones en función del riesgo percibido de una enfermedad en sí frente a los riesgos de la vacunación. La dinámica de un brote de una enfermedad (por ejemplo, las tasas de transmisión y exposición reales y percibidas) serán diferentes según el contexto, y determina las evaluaciones de riesgo de las personas.

Diferentes vacunas tienen distintos grados de efectividad respecto del porcentaje de reducción de la incidencia de la enfermedad en el grupo vacunado en comparación con un grupo no vacunado en condiciones óptimas; nunca es total. Esto puede provocar confusión sobre por qué algunos se infectan a pesar de estar vacunados.<sup>57</sup> La confianza en una vacuna también puede disminuir si las personas consideran que tiene una baja eficacia (por ejemplo, la vacuna contra la gripe H1N1 en Europa y los Estados Unidos).<sup>58</sup>

Los informes sobre eventos adversos, por inusuales que sean, pueden generar desconfianza o profundizarla. Las personas pueden atribuir a la vacuna otras enfermedades o problemas de salud no relacionados que surgen durante el período de vacunación. Las personas también pueden dudar de si una vacuna es insegura para algunos grupos (por ejemplo, adultos mayores, bebés, niños, embarazadas, diferentes grupos étnicos).

La reticencia a las vacunas a veces surge entre el personal médico, en particular en el caso de vacunas desarrolladas con rapidez ante una emergencia. Por ejemplo, parte del personal médico de la RDC desconfió de la vacuna contra el ébola o la rechazó, y el personal médico de Europa dudó sobre la seguridad de la vacuna H1N1 2009 contra la gripe.<sup>45, 59</sup>

**Percepciones sobre la introducción de las vacunas.** Quién califica y quien tiene prioridad para recibir las vacunas ha generado desconfianza en los programas de vacunación en el pasado. Investigaciones de la epidemia del ébola en la RDC (2018-2019), demostraron que cuando solo el personal médico recibió vacunas, otras personas expresaron un deseo contundente de ser vacunados y les causó molestia haber sido excluidos.<sup>60</sup>

El modo de prestación del servicio (clínicas móviles o fijas, vacunación combinada con otros servicios de salud humana o animal) modela la confianza y aceptación, y diferentes grupos tendrán distintas preferencias.<sup>61</sup> Los servicios de vacunación han sido más exitosos cuando se han tenido en cuenta consideraciones locales culturales y de género.<sup>62</sup> Los incentivos para la asistencia pueden incrementar la participación, pero también pueden resultar contraproducentes si no se distribuyen de manera equitativa, lo que alimenta percepciones preexistentes de injusticia.<sup>51</sup>

La coexistencia de varias vacunas en un mismo contexto pueden generar desconfianza. En el brote de ébola en Kivu del Norte (RDC), se lanzaron dos vacunas diferentes de manera simultánea; hubo diferentes requisitos para el transporte y la administración, cantidad de dosis y elegibilidad, así como diferentes protocolos de vacunación (vacunación masiva versus vacunación en anillo). Esto generó confusión y ansiedad.<sup>63, 64</sup>

# VACUNACIÓN CONTRA EL COVID-19

## PRUEBAS DE LA RETICENCIA A LA VACUNA CONTRA EL COVID-19

Para que una vacuna contra el COVID-19 contenga la pandemia, los expertos sugieren que entre un 80 % y 90 % de la población deberá vacunarse.<sup>5</sup> Sin embargo, las encuestas que surgen de diversos contextos muestran una reticencia generalizada a las vacunas contra el COVID-19, con diferencias amplias entre países y dentro de ellos.<sup>3, 5-7, 9</sup> En estudios recientes en 19 países, se ha encontrado que la proporción de las personas que dicen que aceptarían una “vacuna comprobada, segura y eficaz” varió del 90 % en China al 55 % en Rusia.<sup>3</sup> En otro estudio, el 36 % de los encuestados en Reino Unido y el 51 % de los encuestados en los EE. UU. informaron que “dudaban” sobre vacunarse o probablemente no lo harían.<sup>5</sup>

La compleja variedad de factores sociales, políticos, económicos y culturales que siempre ha influido en la aceptación de vacunas también afectará a las vacunas contra el COVID-19, junto con muchos nuevos desafíos. Si bien existen algunos factores clave que probablemente alimenten las dudas de manera similar en todos los entornos, estas dinámicas también son muy específicas de cada contexto.

## DESAFÍOS PARA LA CONFIANZA EN LA VACUNA CONTRA EL COVID-19

### Desarrollo acelerado y novedad de las vacunas contra el COVID-19

- **Pruebas de seguridad y eficacia de las vacunas.** La velocidad del desarrollo y los ensayos de las vacunas es una causa principal de la reticencia a la vacuna contra el COVID-19, ya que socava la confianza de algunas personas respecto de si se están realizando las pruebas suficientes de eficacia y seguridad antes de la aprobación para el uso en poblaciones.
- **Plataformas nuevas.** Muchas vacunas contra el COVID-19 se están desarrollando sobre plataformas totalmente nuevas<sup>65</sup>, lo que quizás profundiza las dudas de las personas sobre la seguridad. Las plataformas de ADN y ARNm en particular pueden generar ansiedad y preocupación.<sup>66</sup>
- **Falta de registros de seguridad de las vacunas aprobadas.** Una vez aprobadas, las vacunas contra el COVID-19 no tendrán registros de seguridad a largo plazo, lo que podría generar nerviosismo entre las personas sobre si no colocárselas hasta que hayan tenido un uso seguro durante un tiempo. Los eventos adversos producidos por una vacuna, o que parecen ser causa de una vacuna, también pueden dañar la confianza en la vacuna.<sup>67, 68</sup>
- **Incertidumbres sobre el COVID-19.** Aún quedan muchas incógnitas sobre el virus SARS-CoV-2 y la enfermedad COVID-19. Esto puede socavar la confianza de las personas sobre la posibilidad de desarrollar con éxito vacunas seguras y eficaces cuando aún no se comprenden algunas cuestiones sobre el virus, su transmisión y la enfermedad.
- **Incertidumbres sobre nuevas vacunas.** Aún se desconoce la duración de la inmunidad brindada por las nuevas vacunas. Asimismo, a medida que se aprueben nuevas vacunas, habrá una demora en la

información sobre el tipo de protección (prevención de la enfermedad o prevención de la transmisión, incluso en diferentes grupos demográficos).<sup>5, 69</sup>

- **Falta de transparencia en el desarrollo y los ensayos de vacunas.** Las compañías farmacéuticas no publican con frecuencia los protocolos de ensayos ni divulgan los resultados, ya que esto puede comprometer la metodología del ensayo (por ejemplo, el enmascaramiento) o afectar su competitividad comercial. La falta de transparencia puede afectar la confianza, lo que da a lugar a teorías de conspiración y refuerza la falta de confianza ya existente de las personas respecto de la industria farmacéutica.<sup>70</sup>
- **Desarrolladores pequeños y desconocidos.** Si bien muchas personas pueden desconfiar de las grandes compañías farmacéuticas, muchas de las cientos de vacunas contra el COVID-19 en desarrollo son producidas por fabricantes más pequeños y menos conocidos, lo que también podría afectar la confianza.<sup>71</sup>

### **Entornos y esfuerzos de información y comunicación**

- **Redes sociales y exposición a información falsa.** La expansión del uso de las redes sociales brinda oportunidades para la diseminación de la vacuna contra el COVID-19 y la información falsa.<sup>72</sup> Esto ocurre paralelamente a la diseminación en canales fuera de Internet, especialmente en contextos donde hay acceso limitado a la conectividad. Algunos investigadores han demostrado que la exposición a la información falsa puede resultar en una disminución en la intención reportada de vacunarse contra el COVID-19, incluso entre personas que previamente reportaban “definitivamente” tener la intención de vacunarse en Reino Unido y los EE. UU..<sup>8</sup> En lugares del África, rumores de que los africanos son utilizados como 'conejillos de indias' o son envenenados con las vacunas occidentales se están divulgando por las redes sociales.<sup>73, 74</sup> Como se indicó, pueden surgir diferentes discursos y generar una ansiedad particular en distintos contextos y grupos.
- **Narrativas y emociones versus hechos y autoridad tradicional.** Muchas personas se sienten más atraídas a las “historias rápidas, emocionantes e memorables”, cada vez más favorecidas por los proveedores de medios modernos que al material basado en hechos y las apelaciones a las formas tradicionales de autoridades.<sup>68, 75</sup>
- **Autoridad científica.** La información falsa que parece científica o la reticencia expresada por personas con conocimientos médicos especializados, como el personal médico, pueden afectar la confianza en la vacuna. Por ejemplo, el personal médico puede pasar su reticencia a las vacunas contra el COVID-19<sup>76, 77</sup> explícita o implícitamente a los pacientes (como al no responder las preguntas de manera oportuna).<sup>78</sup>
- **El desafío de comunicar las complejidades de las vacunas.** Es probable que haya diversas vacunas contra el COVID-19 disponibles, con diferentes niveles de eficacia, perfiles de riesgo, modos de administración, esquemas de priorización, cronogramas de vacunación y requisitos de seguridad. Las complejidades de introducir diferentes vacunas en un período breve pueden ocasionar confusión y frustración si no se comunican de manera eficaz.<sup>5</sup>

## La politización del desarrollo y de la implementación de las vacunas contra el COVID-19

- **Politización dañina del desarrollo de las vacunas.** El desarrollo de las vacunas se ha enredado con la política nacional e internacional con algunos gobiernos deseando ser vistos como los primeros en desarrollar y entregar vacunas viables contra el COVID-19.<sup>75, 79, 80</sup> Esto puede socavar la confianza, incluso al generar inquietudes sobre el desarrollo acelerado.
- **Intentos políticos de controlar los discursos sobre el COVID-19.** Para mantener cierta tranquilidad en la audiencia o dar una sensación de control, algunos gobiernos han restado importancia a la pandemia y reprimido noticias o rumores sobre el COVID-19 incluso aunque fueran ciertos (por ejemplo, respecto de la existencia o del alcance de un brote y transmisión comunitaria).<sup>81</sup> Estas acciones pueden afectar la confianza pública y, por lo tanto, la confianza en la vacuna.
- **El manejo previo de la respuesta al COVID-19 por parte de los gobiernos** puede socavar la confianza en la vacuna. Por ejemplo, medidas coercitivas, el nivel de apoyo a las personas para satisfacer sus necesidades básicas a pesar de las pérdidas financieras, la conducta de los funcionarios de gobierno, la claridad de la información, el éxito de las intervenciones como las pruebas o seguimiento de contactos, o sospechas del enriquecimiento con las actividades de respuesta por parte de funcionarios de gobierno o entidades privadas relacionadas.
- **Comunidades marginadas.** Las comunidades marginadas (por ejemplo, minorías étnicas o religiosas y los pobres) que han sido víctimas de negligencia o abuso por parte del estado o del sistema de salud pueden tener menos confianza en las vacunas contra el COVID-19 y las instituciones y los expertos que las presentan y administran. Esto se exagera cuando la información de salud no se adapta a los idiomas locales o las personas tienen poco acceso a servicios de salud, como es el caso de los refugiados. Por ejemplo, en los EE. UU., la reticencia a la vacuna contra el COVID-19 es más elevada en las comunidades de afroamericanos.<sup>2, 7</sup> Los rumores y las teorías de conspiración pueden tener más fuerza entre grupos marginados debido a que las experiencias previas de exclusión los hacen más plausibles.
- **Otras comunidades.** No todas las comunidades con una baja confianza en la vacuna son marginadas. Muchas personas de diferentes grupos de ingresos, niveles educativos y contextos desconfían de la biomedicina o prefieren métodos “naturales” o “tradicionales” y pueden rechazar las vacunas contra el COVID-19, al igual que otras.
- **Preocupación de servir como 'conejillo de indias'.** Algunos datos sugieren que a las personas de ciertos lugares de África les preocupa que se experimente en ellos con las vacunas.<sup>6</sup> Probablemente contribuyan a esta idea comentarios como el de un investigador a principios de la pandemia, que las vacunas contra el COVID-19 deberían probarse primero en las poblaciones africanas.<sup>13</sup>

# MANERAS DE INCREMENTAR LA CONFIANZA EN LA VACUNA CONTRA EL COVID-19

A la fecha, los gobiernos y los actores de la salud pública se han enfocado más en el desarrollo de la vacuna que en aumentar la confianza en esta. A continuación, se mencionan estrategias y enfoques que pueden ayudar a los legisladores, funcionarios de la salud pública, desarrolladores de vacunas, personal médico, investigadores, defensores, comunicadores, actores de los medios y otros a lograr y mantener la confianza pública y, por lo tanto, la futura adopción de una vacuna contra el COVID-19. Los enfoques multidimensionales, adaptados a contextos sociopolíticos, grupos sociales específicos e incluso individuos, probablemente tengan los mejores resultados.<sup>78</sup>

## DESARROLLO Y APROBACIÓN

Es fundamental desarrollar la confianza pública a medida que el creciente número de vacunas que se someten a ensayos y etapas de aprobación se acercan a la implementación.

- **Adoptar una 'buena política'** en torno al desarrollo y la aprobación de vacunas (y su implementación). Es imposible evitar la “politización”, ya que las decisiones políticas son necesarias para actuar. Sin embargo, estas deben tomarse con transparencia, responsabilidad y compromiso democrático y participativo respecto a la vacunación, y la respuesta de la salud pública más amplia.
- **Sea lo más transparente posible en los procesos de ensayos.** Comunique claramente la información y los datos en formatos accesibles. Comparta los protocolos y resultados de los ensayos siempre que sea posible (incluidas explicaciones cuando se producen eventos adversos). Informe sobre la composición de las vacunas y cómo deberían funcionar.
- **Comprométase con la seguridad de las vacunas.** Nueve fabricantes de vacunas se comprometieron recientemente a no presentar vacunas para su aprobación en los EE. UU. hasta que se compruebe su seguridad en grandes ensayos clínicos para mitigar el temor sobre la presión política para acelerar el desarrollo.<sup>82</sup> Esto podría ampliarse y/o adaptarse, incluso entre diferentes grupos de partes interesadas para incorporar un nivel adicional de certeza para el público.

## COMUNICACIÓN CREATIVA Y DIÁLOGO HONESTO

- **Sea creativo y cautivante con las comunicaciones;** incluya historias (por ejemplo, historias personales con las que las personas puedan relacionarse), emociones, apelaciones a la empatía y al altruismo, así como memes para transmitir la información clave de maneras atractivas.<sup>75, 83</sup> Esto requiere una evaluación específica del contexto para identificar las preferencias de comunicación y las necesidades lingüísticas. El material accesible puede permitirles a las personas darle sentido a las cosas en estos tiempos esencialmente inciertos y tensos.

- **Use una variedad amplia de plataformas**, tanto en línea como fuera de Internet, incluidas las redes sociales, para una comunicación clara sobre los tipos de vacunas y el proceso de implementación. Use todos los idiomas hablados e imágenes visuales de plataformas confiables para las personas.
- **Construya terminologías y conceptos locales** de vitalidad, fortaleza e inmunidad en las comunicaciones sobre la vacunación.
- **Recuérdelo a la audiencia que debe actuar con responsabilidad y pensar en la precisión** antes de publicar o compartir información verbalmente o en las redes sociales en línea.<sup>84</sup>
- **Use un diálogo abierto**, es importante abordar las preguntas y ansiedades de las personas y escuchar sus preocupaciones y prioridades. Se debe responder a estas en otras actividades relacionadas con la vacunación.<sup>85</sup> En Sierra Leona, se realizaron modelos exitosos en el contexto de los ensayos de la vacuna contra el ébola.<sup>39</sup>
- **Sea honesto sobre las incertidumbres**, lo que se conoce y lo que no, y no asuma que la audiencia solo puede procesar información simple. La comunicación de asuntos complejos puede lograrse a través del diálogo, y de estos debates también pueden surgir maneras localmente adecuadas de diseñar y difundir mensajes.
- **Las técnicas motivacionales centradas en los pacientes** en los encuentros entre pacientes y personal médico (respecto de enfoques más confrontativos) pueden permitir generar confianza en la vacuna con una escucha empática y evitar rechazos por “opiniones falsas”.<sup>78</sup>

## ACCIÓN CONJUNTA

---

- **Trabaje con personas influyentes de confianza** dentro y fuera del ámbito de la salud pública (desde famosos internacionales y nacionales, influyentes de Internet, a líderes y proveedores de salud alternativos confiables localmente) para difundir la información y facilitar el diálogo de maneras llamativas. Recuerde que no siempre es evidente quién es de confianza a nivel local.
- **Diseñe y analice las estrategias de vacunación en conjunto con los ciudadanos**, incluido cómo priorizar el acceso una vez que las vacunas estén disponibles. La priorización debe hacerse por lugar geográfico (por ejemplo, donde haya una transmisión o un riesgo más elevado), por grupo laboral (por ejemplo, priorizar al personal de primera línea) o por edad o condición médica (por ejemplo, los adultos mayores, las personas con afecciones preexistentes). Esto será importante para lograr y mantener la confianza y certidumbre pública, en especial cuando ya hay poca confianza en la vacuna. Los jurados populares son un modelo útil que se usó en otras epidemias.<sup>86, 87</sup>
- **Trabaje con el personal médico de primera línea, incluidos los proveedores de salud no biomédicos**, para abordar la reticencia a las vacunas entre ellos, y así garantizar la confianza para comunicar con eficacia sobre las vacunas contra el COVID-19.<sup>78</sup>

## MONITOREO DE LA CONFIANZA EN LA VACUNA

---

Diferentes tipos de esfuerzos de monitoreo deben reforzarse entre sí, y en conjunto informar directamente la movilización comunitaria.

- **Realice encuestas cuantitativas constantes** para evaluar regularmente la reticencia y la confianza, y monitoree las encuestas para detectar cambios, incluso por grupo social (género, edad, grupo étnico, ubicación, etc.). En los PIMB, se requieren enfoques y recursos adicionales para las encuestas.
- **Las investigaciones cualitativas sobre la reticencia** y la confianza son fundamentales para informar estrategias y políticas. Una investigación de ciencias sociales rápida, formativa y profunda puede permitir una comprensión contextual de las causas raíces, las características y las trayectorias de la reticencia.
- **Recopile y analice constantemente los comentarios de las comunidades** para entender las ideas erróneas, los rumores y las inquietudes emergentes y cambiantes. De forma paralela, monitoree las percepciones de las campañas de vacunación y las experiencias de vacunación.
- **Rastree (y aborde) la desinformación y la información falsa en línea y fuera de Internet** y evalúe sus riesgos para la confianza en la vacuna, por ejemplo, teniendo en cuenta si las comunidades en las que circula esta información son marginadas. Equilibre esfuerzos independientes para lograrlo dentro de regiones o áreas.

## IMPLEMENTACIÓN DE LAS VACUNAS

---

- **Incremente la comunicación, el diálogo y la planificación con las comunidades con rapidez y lo antes posible** sobre cómo será la implementación de la vacuna, en especial donde haya complejidades de múltiples vacunas, de implementación y funcionamiento diferentes.
- **Maneje las expectativas** de la probable eficacia de la vacuna, a quien se le dará prioridad y acerca de la probabilidad de que la vida no vuelva “a la normalidad” durante un tiempo después de la implementación.<sup>69</sup>
- **Evite usar estrategias coercitivas**, ya que pueden ser contraproducentes y dañar la confianza, inducir la reticencia y arraigar la resolución contra la vacunación.
- **Asegúrese que las vacunas sean colocadas por actores confiables**, como proveedores de salud locales, incluidos profesionales no biomédicos cuando sea apropiado, y evite utilizar las fuerzas militares. Aproveche las infraestructuras vigentes en la mayor medida posible (como las usadas para la colocación de vacunas de rutina), ya que esto probablemente inspire más confianza y seguridad.<sup>5</sup>
- **Asegúrese de que todos los que necesitan la vacuna sean incluidos en los planes de vacunación.** Asegúrese de incluir a las comunidades minoritarias y marginadas, los refugiados y los migrantes cuya condición pueda poner en riesgo su acceso a los servicios de salud.

- **Administre vacunas en lugares donde las personas se sientan cómodas**, como centros comerciales, lugares de trabajo, escuelas, sitios religiosos, etc., en especial en las comunidades minoritarias que podrían rehusarse a asistir a centros de salud.
- **Garantizar que haya sistemas de vigilancia para eventos médicos adversos** que podrían ser causados por la vacuna o que podrían percibirse como tal. Involucre a organismos de monitoreo independientes nacionales y regionales, y establezca protocolos claros de comunicación para informar a la audiencia sobre los eventos adversos.<sup>67</sup>

## RECURSOS ADICIONALES

---

El **Vaccine Confidence Project** (Proyecto de Confianza en las Vacunas) tiene como objetivo monitorear y desarrollar la confianza pública en los programas de inmunización, incluso para el COVID-19, a través de su iniciativa CONVINCE (Participación y Comunicación de la Información sobre la Nueva Vacuna contra el COVID-19) <https://www.vaccineconfidence.org/>.

**Investigación de ciencias sociales para la implementación de vacunas en brotes epidémicos**  
<https://opendocs.ids.ac.uk/opendocs/bitstream/handle/20.500.12413/15431/PracApproach%206.pdf?sequence=2&isAllowed=y>.

**Consideraciones culturales para la introducción de la vacuna y la participación comunitaria**  
<https://shsebola.hypotheses.org/files/2018/09/Anthrologica-key-considerations-for-vaccine-introduction-in-DRCIRDRAEE.pdf>.

**Ensayos clínicos y de vacunas contra el COVID-19: consideraciones clave de las ciencias sociales**  
<https://www.socialscienceinaction.org/resources/clinical-and-vaccine-trials-for-covid-19-key-considerations-from-social-science/>.

**Kit de herramientas para la participación y la responsabilidad comunitaria (IFRC)**  
<https://media.ifrc.org/ifrc/document/community-engagement-and-accountability-toolkit/>.

**Recomendación sobre la planificación nacional de la implementación y la vacunación (OMS)**  
[https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Vaccine\\_deployment-2020.1](https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Vaccine_deployment-2020.1).

**Herramienta de evaluación de la preparación para la introducción de la vacuna contra el COVID-19 (OMS)**  
<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Vaccine-introduction-RA-Tool-2020.1>.

**Información, información falsa y desinformación en línea en el contexto del COVID-19 (SSHAP)**  
<https://www.socialscienceinaction.org/resources/key-considerations-online-information-mis-disinformation-context-covid-19/>.

## REFERENCIAS

1. Boseley, S., & Oltermann, and P. (9 de noviembre de 2020). Covid-19 vaccine candidate is 90% effective, says manufacturer. *The Guardian*. <https://www.theguardian.com/world/2020/nov/09/covid-19-vaccine-candidate-effective-pfizer-biotech>
2. Baum, M. A., Ognyanova, K., Chwe, H., Quintana, A., Perlis, R. H., Lazer, D., Druckman, J., Santillana, M., Lin, J., Della Volpe, J., Simonson, M., & Green, J. (2020). *The state of the nation: A 50-state survey report 14: Misinformation and vaccine acceptance*. The COVID-19 Consortium for Understanding the Public's Policy Preferences Across States.
3. Lazarus, J. V., Ratzan, S. C., Palayew, A., Gostin, L. O., Larson, H. J., Rabin, K., Kimball, S., & El-Mohandes, A. (2020). A global survey of potential acceptance of a COVID-19 vaccine. *Nature Medicine*, 1–4. <https://doi.org/10.1038/s41591-020-1124-9>
4. Roozenbeek, J., Schneider, C. R., Dryhurst, S., Kerr, J., Freeman, A. L. J., Recchia, G., van der Bles, A. M., & van der Linden, S. (s. f.). Susceptibility to misinformation about COVID-19 around the world. *Royal Society Open Science*, 7(10), 201199. <https://doi.org/10.1098/rsos.201199>
5. The Royal Society, & The British Academy. (2020). COVID-19 vaccine deployment: Behaviour, ethics, misinformation and policy strategies [Preimpreso].
6. Partnership for Evidence-Based COVID-19 Response (PERC). (s. f.). *Responding to COVID-19 in Africa: Using Data to Find a Balance* (Part II). Consultado el 16 de noviembre de 2020, en [https://preventepidemics.org/wp-content/uploads/2020/09/PERC\\_RespondingtoCovidData.pdf](https://preventepidemics.org/wp-content/uploads/2020/09/PERC_RespondingtoCovidData.pdf)
7. Tyson, A., Johnson, C., & Funk, C. (17 de septiembre de 2020). *U.S. Public Now Divided Over Whether To Get COVID-19 Vaccine*. Pew Research Center Science & Society. <https://www.pewresearch.org/science/2020/09/17/u-s-public-now-divided-over-whether-to-get-covid-19-vaccine/>
8. Loomba, S., Figueiredo, A. de, Piatek, S. J., Graaf, K. de, & Larson, H. J. (2020). Measuring the Impact of Exposure to COVID-19 Vaccine Misinformation on Vaccine Intent in the UK and US. *MedRxiv*, 2020.10.22.20217513. <https://doi.org/10.1101/2020.10.22.20217513>
9. Johns Hopkins Center for Communication Programs. (2020). *KAP COVID Global View*. Johns Hopkins Center for Communication Programs. <https://ccp.jhu.edu/kap-covid/kap-covid-global-view-2/>
10. McGinty, M., & Gyenes, N. (2020). A dangerous misinfodemic spreads alongside the SARS-COV-2 pandemic. *Harvard Kennedy School (HKS) Misinformation Review*, 1(3). <https://misinforeview.hks.harvard.edu/article/a-misinfodemic-as-dangerous-as-sars-cov-2-pandemic-itself/>
11. Meedan. (s. f.). *2020 Misinfodemic Report: COVID-19 in Emerging Economies*. Meedan. Consultado el 12 de noviembre de 2020, en </reports/2020-misinfodemic-report-covid-19-in-emerging-economies/>
12. van der Linden, S., Roozenbeek, J., & Compton, J. (2020). Inoculating Against Fake News About COVID-19. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.566790>
13. Bhopal, S., & Nielsen, M. (2020). Vaccine hesitancy in low- and middle-income countries: Potential implications for the COVID-19 response. *Archives of Disease in Childhood*. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2020-318988>
14. Dubé, E., Laberge, C., Guay, M., Bramadat, P., Roy, R., & Bettinger, J. A. (2013). Vaccine hesitancy. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 9(8), 1763–1773. <https://doi.org/10.4161/hv.24657>
15. Dubé, E., Vivion, M., & MacDonald, N. E. (2015). Vaccine hesitancy, vaccine refusal and the anti-vaccine movement: Influence, impact and implications. *Expert Review of Vaccines*, 14(1), 99–117. <https://doi.org/10.1586/14760584.2015.964212>
16. Szasz, G. (2020). *Vaccine hesitancy: As old as vaccines | British Columbia Medical Journal*. <https://bcmj.org/blog/vaccine-hesitancy-old-vaccines>
17. OMS. (2019). *Ten health issues WHO will tackle this year*. <https://www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019>
18. Burki, T. (2019). Vaccine misinformation and social media. *The Lancet Digital Health*, 1(6), e258–e259. [https://doi.org/10.1016/S2589-7500\(19\)30136-0](https://doi.org/10.1016/S2589-7500(19)30136-0)
19. Dubé, E., Gagnon, D., Nickels, E., Jeram, S., & Schuster, M. (2014). Mapping vaccine hesitancy—Country-specific characteristics of a global phenomenon. *Vaccine*, 32(49), 6649–6654. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2014.09.039>
20. Edelman. (2020). *Edelman Trust Barometer 2020. Global Report*. Edelman. [https://cdn2.hubspot.net/hubfs/440941/Trust%20Barometer%202020/2020%20Edelman%20Trust%20Barometer%20Global%20Report.pdf?utm\\_campaign=Global:%20Trust%20Barometer%202020&utm\\_source=Website](https://cdn2.hubspot.net/hubfs/440941/Trust%20Barometer%202020/2020%20Edelman%20Trust%20Barometer%20Global%20Report.pdf?utm_campaign=Global:%20Trust%20Barometer%202020&utm_source=Website)
21. Peretti-Watel, P., Larson, H. J., Ward, J. K., Schulz, W. S., & Verger, P. (2015). Vaccine Hesitancy: Clarifying a Theoretical Framework for an Ambiguous Notion. *PLoS Currents*, 7. <https://doi.org/10.1371/currents.outbreaks.6844c80ff9f5b273f34c91f71b7fc289>

22. *The Vaccine Confidence Project*. (s. f.). The Vaccine Confidence Project. Consultado el 9 de noviembre de 2020, en <https://www.vaccineconfidence.org/vcp-mission>
23. Larson, H. J., Cooper, L. Z., Eskola, J., Katz, S. L., & Ratzan, S. (2011). Addressing the vaccine confidence gap. *The Lancet*, 378(9790), 526–535. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60678-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60678-8)
24. Larson, H. J., Schulz, W. S., Tucker, J. D., & Smith, D. M. D. (2015). Measuring Vaccine Confidence: Introducing a Global Vaccine Confidence Index. *PLOS Currents Outbreaks*. <https://doi.org/10.1371/currents.outbreaks.ce0f6177bc97332602a8e3fe7d7f7cc4>
25. Hussain, A., Ali, S., Ahmed, M., & Hussain, S. (2018). The Anti-vaccination Movement: A Regression in Modern Medicine. *Cureus*, 10(7). <https://doi.org/10.7759/cureus.2919>
26. Schneider, W. H. (2009). Smallpox in Africa during Colonial Rule. *Medical History*, 53(2), 193–227.
27. Kulenkampff, M., Schwartzman, J. S., & Wilson, J. (1974). Neurological complications of pertussis inoculation. *Archives of Disease in Childhood*, 49(1), 46–49.
28. Kolodziejski, L. R. (2014). Harms of Hedging in Scientific Discourse: Andrew Wakefield and the Origins of the Autism Vaccine Controversy. *Technical Communication Quarterly*, 23(3), 165–183. <https://doi.org/10.1080/10572252.2013.816487>
29. Rao, T. S. S., & Andrade, C. (2011). The MMR vaccine and autism: Sensation, refutation, retraction, and fraud. *Indian Journal of Psychiatry*, 53(2), 95–96. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.82529>
30. Leach, M., & Fairhead, J. (2007). Vaccine Anxieties: Global Science, Child Health and Society. Earthscan.
31. Durbach, N. (2004). Bodily Matters: The Anti-Vaccination Movement in England, 1853–1907. Duke Univ.
32. Schwartz, J. L. (2012). New Media, Old Messages: Themes in the History of Vaccine Hesitancy and Refusal. *AMA Journal of Ethics*, 14(1), 50–55. <https://doi.org/10.1001/virtualmentor.2012.14.1.mhst1-1201>.
33. Wolfe, R. M., & Sharp, L. K. (2002). Anti-vaccinationists past and present. *BMJ*, 325(7361), 430–432. <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7361.430>
34. Geoghegan, S., O’Callaghan, K. P., & Offit, P. A. (2020). Vaccine Safety: Myths and Misinformation. *Frontiers in Microbiology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fmicb.2020.00372>
35. Center for Strategic and International Studies. (2020). *The Risks of Misinformation and Vaccine Hesitancy within the Covid-19 Crisis*. <https://www.csis.org/analysis/risks-misinformation-and-vaccine-hesitancy-within-covid-19-crisis>
36. Larson, H. J. (2020). Stuck: How Vaccine Rumors Start -- and Why They Don’t Go Away. OUP
37. Wilson, S. L., & Wiysonge, C. (2020). Social media and vaccine hesitancy. *BMJ Global Health*, 5(10), e004206. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-004206>
38. MacDonald, N. E. (2015). Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. *Vaccine*, 33(34), 4161–4164. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.04.036>
39. Enria, L., Lees, S., Smout, E., Mooney, T., Tengbeh, A. F., Leigh, B., Greenwood, B., Watson-Jones, D., & Larson, H. (2016). Power, fairness and trust: Understanding and engaging with vaccine trial participants and communities in the setting up the EBOVAC-Salone vaccine trial in Sierra Leone. *BMC Public Health*, 16(1), 1140. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3799-x>
40. Kennedy, J. (2019). Populist politics and vaccine hesitancy in Western Europe: An analysis of national-level data. *European Journal of Public Health*, 29(3), 512–516. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz004>
41. Kpanake, L., Sorum, P. C., & Mullet, É. (2018). Willingness to get vaccinated against Ebola: A mapping of Guinean people positions. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 14(10), 2391–2396. <https://doi.org/10.1080/21645515.2018.1480236>
42. Nichter, M. (2019). *Vaccinations in South Asia: False Expectations and Commanding Metaphors* (pp. 196–221). <https://doi.org/10.4324/9780429045936-14>
43. Smith, T. C. (2017). Vaccine Rejection and Hesitancy: A Review and Call to Action. *Open Forum Infectious Diseases*, 4(3), ofx146–ofx146. PubMed. <https://doi.org/10.1093/ofid/ofx146>
44. Henrich, N., & Holmes, B. (2011). What the Public Was Saying about the H1N1 Vaccine: Perceptions and Issues Discussed in On-Line Comments during the 2009 H1N1 Pandemic. *PLOS ONE*, 6(4), e18479. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0018479>
45. Carter, S. E., Mobula, L., Samaha, H., & Ahuka, S. M. (22 de octubre de 2020). Community engagement and vaccinations during the Ebola outbreak in Democratic Republic of Congo. *World Bank Blogs*. <https://blogs.worldbank.org/health/community-engagement-and-vaccinations-during-ebola-outbreak-democratic-republic-congo>
46. Enria, L., Bangura, J., Kanu, H., Kalokoh, J., Timbo, A., Kamara, M., Fofanah, M., Kamara, M., Suma, I. S., Kamara, O. M., Kamara, A., Kamara, A., Kamara, A. B., Kamara, E., Lees, S., Marchant, M., & Murray, M. (2020). Integrating community-led social science research into innovative strategies for tackling vaccine hesitancy: Findings from a pilot study with community health workers in Sierra Leone Enria. *Paper in Preparation*.
47. Anderson, N., Wilson, N., Moon, T., Kanem, N., Diop, A., & Gbodossou, E. (2015). Redefining Immunization: Not Just a Shot in the Arm. *Global Health Communication*, 1(1), 1–9. <https://doi.org/10.1080/23762004.2016.1161416>

48. Audet, C. M., Hamilton, E., Hughart, L., & Salato, J. (2015). Engagement of Traditional Healers and Birth Attendants as a Controversial Proposal to Extend the HIV Health Workforce. *Current HIV/AIDS Reports*, 12(2), 238–245. PubMed. <https://doi.org/10.1007/s11904-015-0258-8>
49. Ripoll, S., & Wilkinson, A. (s. f.). *Social Science in Epidemics: Cholera Lessons Learned*. Social Science in Humanitarian Action (SSHAP). Consultado el 16 de noviembre de 2020, en <https://opendocs.ids.ac.uk/opendocs/handle/20.500.12413/14200>
50. Larson, H. J., & Ghinai, I. (2011). Lessons from polio eradication. *Nature*, 473(7348), 446–447. <https://doi.org/10.1038/473446a>
51. Masquelier, A. (2012). Public Health or Public Threat?: Polio Eradication Campaigns, Islamic Revival, and the Materialization of State Power in Niger. In H. DILGER, A. KANE, & S. A. LANGWICK (Ed.), *Medicine, Mobility, and Power in Global Africa* (pág. 213–240). Indiana University Press; JSTOR. <http://www.jstor.org/stable/j.ctt16gzgfc.12>
52. Tengbeh, A. F., Enria, L., Smout, E., Mooney, T., Callaghan, M., Ishola, D., Leigh, B., Watson-Jones, D., Greenwood, B., Larson, H., & Lees, S. (2018). “We are the heroes because we are ready to die for this country”: Participants’ decision-making and grounded ethics in an Ebola vaccine clinical trial. *Social Science & Medicine*, 203, 35–42. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.03.008>
53. Benton, A. (2017). Whose security? Militarization and securitization during West Africa’s Ebola outbreak. *The Politics of Fear: Médecins sans Frontières and the West African Ebola Epidemic*, 25–50.
54. Bazylevych, M. (2011). Vaccination campaigns in postsocialist Ukraine: Health care providers navigating uncertainty. *Medical Anthropology Quarterly*, 25(4), 436–456.
55. Holzmann, H., & Wiedermann, U. (2019). Mandatory vaccination: Suited to enhance vaccination coverage in Europe? *Eurosurveillance*, 24(26), 1900376.
56. SAGE working group on vaccine hesitancy. (2014). *Report of the SAGE working group on vaccine hesitancy*. OMS. [https://www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/october/1\\_Report\\_WORKING\\_GROUP\\_vaccine\\_hesitancy\\_final.pdf](https://www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/october/1_Report_WORKING_GROUP_vaccine_hesitancy_final.pdf)
57. Heyerdahl, L. W., Ngwira, B., Demolis, R., Nyirenda, G., Mwesawina, M., Rafael, F., Cavallier, P., Bernard Le Gargasson, J., Mengel, M. A., Gessner, B. D., & Guillermet, E. (2018). Innovative vaccine delivery strategies in response to a cholera outbreak in the challenging context of Lake Chilwa. A rapid qualitative assessment. *Vaccine Hesitancy: Towards a Better Understanding of Drivers and Barriers to Awareness, Acceptance and Activation*, 36(44), 6491–6496. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2017.10.108>
58. Forster, P. (2012). *To Pandemic or Not? Reconfiguring Global Responses to Influenza* (STEPS Working Paper 51). STEPS Centre. <https://core.ac.uk/download/pdf/286038816.pdf>
59. Blasi, F., Aliberti, S., Mantero, M., & Centanni, S. (2012). Compliance with anti-H1N1 vaccine among healthcare workers and general population. *Clinical Microbiology and Infection*, 18, 37–41.
60. Kaawa-Mafigiri, D., & Schmidt-Sane, M. (2019). Strengthening Community Linkages to Ebola Virus Disease (EVD) Outbreak Preparedness in Uganda: Report on Anthropological Research on the Socio-Cultural Context of EVD in the Most-at-Risk Districts. UNICEF.
61. Porta, M. I., Lenglet, A., de Weerd, S., Crestani, R., Sinke, R., Jo Frawley, M., Van Herp, M., & Zachariah, R. (2014). Feasibility of a preventive mass vaccination campaign with two doses of oral cholera vaccine during a humanitarian emergency in South Sudan. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 108(12), 810–815.
62. Jalloh, M. F., Bennett, S. D., Alam, D., Kouta, P., Lourenço, D., Alamgir, M., Feldstein, L. R., Ehlman, D. C., Abad, N., Kapil, N., Vandenant, M., Conklin, L., & Wolff, B. (2019). Rapid behavioral assessment of barriers and opportunities to improve vaccination coverage among displaced Rohingyas in Bangladesh, January 2018. *Vaccine*, 37(6), 833–838. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2018.12.042>
63. Bardosh, K., Jones, T., & Tulloch, Olivia. (2019). *Social science and behavioural data compilation (#5), Ebola outbreak eastern DRC, September-November 2019*. Social Science in Humanitarian Action (SSHAP). <https://www.socialscienceinaction.org/resources/social-science-behavioural-data-compilation-5-ebola-outbreak-eastern-drc-september-november-2019/>
64. Child, D. (23 de septiembre de 2019). DRC: Roll-out of second Ebola vaccine confirmed amid criticism. *Al Jazeera News*. <https://www.aljazeera.com/news/2019/9/23/drc-roll-out-of-second-ebola-vaccine-confirmed-amid-criticism>
65. van Riel, D., & de Wit, E. (2020). Next-generation vaccine platforms for COVID-19. *Nature Materials*, 19(8), 810–812. <https://doi.org/10.1038/s41563-020-0746-0>
66. Reuters Staff. (19 de mayo de 2020). False claim: A COVID-19 vaccine will genetically modify humans. *Reuters*. <https://uk.reuters.com/article/uk-factcheck-covid-19-vaccine-modify-idUSKBN22U2BZ>
67. Kochhar, S., & Salmon, D. A. (2020). Planning for COVID-19 vaccines safety surveillance. *Vaccine*, 38(40), 6194–6198. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2020.07.013>
68. Salmon, D. A., & Dudley, M. Z. (2020). It is time to get serious about vaccine confidence. *The Lancet*, 396(10255), 870–871. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31603-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31603-2)

69. Peiris, M., & Leung, G. M. (2020). What can we expect from first-generation COVID-19 vaccines? *Lancet (London, England)*, 396(10261), 1467–1469. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31976-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31976-0)
70. Nature. (2020). COVID vaccine confidence requires radical transparency. *Nature*, 586(7827), 8–8. <https://doi.org/10.1038/d41586-020-02738-y>
71. Fadda, M., Albanese, E., & Suggs, L. S. (2020). When a COVID-19 vaccine is ready, will we all be ready for it? *International Journal of Public Health*, 65(6), 711–712. <https://doi.org/10.1007/s00038-020-01404-4>
72. Frenkel, S., Decker, B., & Alba, D. (2020). How the ‘Plandemic’ Movie and Its Falsehoods Spread Widely Online. *The New York Times*. <https://www.nytimes.com/2020/05/20/technology/plandemic-movie-youtube-facebook-coronavirus.html>
73. Africa Check. (14 de abril de 2020). *Bill Gates not testing Covid-19 vaccine in Africa*. Africa Check. <https://africacheck.org/fbcheck/bill-gates-not-testing-covid-19-vaccine-in-africa/>
74. Africa Check. (6 de abril de 2020). *No, former US president Obama didn’t warn Africans against coronavirus vaccines*. Africa Check. <https://africacheck.org/fbcheck/no-former-us-president-obama-didnt-warn-africans-against-coronavirus-vaccines/>
75. Cornwall, W. (2020). Officials gird for a war on vaccine misinformation. *Science*, 369(6499), 14–15. <https://doi.org/10.1126/science.369.6499.14>
76. Dror, A. A., Eisenbach, N., Taiber, S., Morozov, N. G., Mizrachi, M., Zigran, A., Srouji, S., & Sela, E. (2020). Vaccine hesitancy: The next challenge in the fight against COVID-19. *European Journal of Epidemiology*, 35(8), 775–779. <https://doi.org/10.1007/s10654-020-00671-y>
77. Grech, V., Gauci, C., & Agius, S. (2020). Vaccine hesitancy among Maltese healthcare workers toward influenza and novel COVID-19 vaccination. *Early Human Development*, 105213. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2020.105213>
78. Verger, P., & Dubé, E. (2020). Restoring confidence in vaccines in the COVID-19 era. *Expert Review of Vaccines*, 0(0), 1–3. <https://doi.org/10.1080/14760584.2020.1825945>
79. Burki, T. (2020). The online anti-vaccine movement in the age of COVID-19. *The Lancet Digital Health*, 2(10), e504–e505. [https://doi.org/10.1016/S2589-7500\(20\)30227-2](https://doi.org/10.1016/S2589-7500(20)30227-2)
80. Kramer, A. E. (11 de agosto de 2020). Russia Approves Coronavirus Vaccine Before Completing Tests. *The New York Times*. <https://www.nytimes.com/2020/08/11/world/europe/russia-coronavirus-vaccine-approval.html>
81. Larson, H. J. (2020). Blocking information on COVID-19 can fuel the spread of misinformation. *Nature*, 580(7803), 306–306. <https://doi.org/10.1038/d41586-020-00920-w>
82. Chappel, B. (8 de septiembre de 2020). 9 Drugmakers Sign Safety Pledge In Rush To Develop Coronavirus Vaccine. *NPR*. <https://www.npr.org/sections/coronavirus-live-updates/2020/09/08/910671322/9-drugmakers-sign-safety-pledge-in-race-to-develop-covid-19-vaccine>
83. Pfattheicher, S., Petersen, M. B., & Böhm, R. (2020). *Information about herd immunity and empathy promote COVID-19 vaccination intentions* [Preimpreso]. <https://doi.org/10.31234/osf.io/wzu6k>
84. Pennycook, G., McPhetres, J., Zhang, Y., Lu, J. G., & Rand, D. G. (2020). Fighting COVID-19 Misinformation on Social Media: Experimental Evidence for a Scalable Accuracy-Nudge Intervention. *Psychological Science*, 31(7), 770–780. <https://doi.org/10.1177/0956797620939054>
85. IFRC. (2016). *A Red Cross Red Crescent Guide to Community Engagement and Accountability (CEA)*. <https://media.ifrc.org/ifrc/wp-content/uploads/sites/5/2017/12/IFRC-CEA-GUIDE-0612-LR.pdf>
86. Subbarao, K. (2020). COVID-19 vaccines: Time to talk about the uncertainties. *Nature*, 586(7830), 475–475. <https://doi.org/10.1038/d41586-020-02944-8>
87. Braunack-Mayer, A. J., Street, J. M., Rogers, W. A., Givney, R., Moss, J. R., Hiller, J. E., & Flu Views team. (2010). Including the public in pandemic planning: A deliberative approach. *BMC Public Health*, 10(1), 501. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-501>

## AGRADECIMIENTOS

Quisiéramos agradecer a Heidi Larson (Vaccine Confidence Project) y Alex Bowmer (LSHTM) por sus conocimientos expertos, así como también a Luisa Enria (LSHTM), Magdalena Issauralde (RCCE Collective Service), Caroline Austin, Monica Posada y Diana Manilla Arroyo (todas de IFRC) y los miembros del equipo de SSHAP por sus revisiones.

## CONTACTO

Si tiene una solicitud directa acerca de la respuesta a la COVID-19, un informe, herramientas, experiencia técnica adicional o análisis remoto, o le interesaría ser considerado para la red de asesores, comuníquese con Social Science in Humanitarian Action Platform enviando un correo electrónico a Annie Lowden ([a.lowden@ids.ac.uk](mailto:a.lowden@ids.ac.uk)) o a Olivia Tulloch ([oliviattulloch@anthrologica.com](mailto:oliviattulloch@anthrologica.com)). Los puntos clave de enlace de la plataforma incluyen: UNICEF ([nnagvi@unicef.org](mailto:nnagvi@unicef.org)), IFRC ([ombretta.baggio@ifrc.org](mailto:ombretta.baggio@ifrc.org)) y el Grupo de Ciencias Sociales para la Investigación de GOARN ([nina.gobat@phc.ox.ac.uk](mailto:nina.gobat@phc.ox.ac.uk)).



Social Science in Humanitarian Action es una alianza entre el Institute of Development Studies, Anthrologica y London School of Hygiene and Tropical Medicine. El financiamiento para promover la respuesta al COVID-19 de la plataforma ha sido proporcionado por Wellcome Trust y DFID. Las opiniones expresadas son las de sus autores y no reflejan necesariamente las opiniones ni las políticas de IDS, Anthrologica, LSHTM, Wellcome Trust ni el gobierno del Reino Unido.

**Cita sugerida:** Hrynich, T., Ripoll, S. y Schmidt-Sane, M. (2020) “Repaso rápido: Reticencia a las vacunas y desarrollo de la confianza en la vacunación contra el COVID-19”, *Briefing*, Brighton: Social Science in Humanitarian Action (SSHAP).

Publicado en noviembre de 2020 © Institute of Development Studies 2020



Este es un documento de acceso abierto distribuido según los términos de la licencia de Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0) de Creative Commons, que permite el uso, la distribución y la reproducción sin restricciones en cualquier medio, siempre que se dé crédito a la fuente y los autores originales, y que se señalen las modificaciones o adaptaciones. <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/legalcode>.