

Estudio sobre
**actitudes, barreras
y prácticas en
relación a la
vacunación**
en residentes
de la Argentina

Informe final

Marzo de 2022

Datos de edición y autoría

Se permite la reproducción total o parcial de este material y la información contenida en él siempre que se cite la fuente y sea utilizado sin fines de lucro. Agradecemos que se nos envíe copia de los materiales donde dicha información se reproduzca a:

Fundación Huésped
Peluffo 3932 – C 1202 ABB Ciudad de Buenos Aires, Argentina
www.huesped.org.ar info@huesped.org.ar

FUNDACIÓN HUÉSPED

Actividad financiada por el apoyo desinteresado de Sanofi.



Agradecimientos

Agradecemos a todas y cada una de las personas que completaron la encuesta y a Juan Antonio García Martín, de la Universidad de Castilla-La Mancha, España, por sus aportes en el análisis de datos.

Equipo de investigación

Fundación Huésped

Dirección de investigaciones

Virginia Zalazar (investigadora – coordinadora)

Romina Caballero

Pablo Radusky

Inés Arístegui

Dirección de programas

Didier Oliva

Mariana Villegas

Constanza Lupi

Cecilia Valeriano

Equipo de recolección de datos en los barrios socioeconómicamente vulnerables

Carolina Salas y Candela Vega, Organización Agendas de Género (Santiago del Estero)

Dora Corvalán, Organización Tiu Chacra (Santiago del Estero)

Salomé Cura y Teresita Roca, Organización Evita (Corrientes)

Martín Carrillo, Cartonera del Sur Coop. (Bs. As.)

Lucas Jaime, Edgardo Consoli y Estela Estigarribia, Asociación Civil El Arca (Bs. As.)

Tamara Barrionueva, Recuperadores Urbanos (Bs. As.)

Alejandra Clavijo, Cooperativa La Nuestra (CABA)

Sandra Do Santo y Paz Ochoteco, Fundación Temas, Villa 21-24 (CABA)

Orieta, Migrantes por Migrantes (CABA)

Máxima Pérez Matos, Casa del Dominicano (CABA)

Mariana Santanal Martínez, Merendero Lucha y Fuerza, barrio Padre Mugica (CABA) y Cooperativa de Artesanos La 10 de Marzo (CABA y Bs. As.)

Alejandra Martínez, organización La Poderosa (Nacional)

Verónica Velázquez, Las Madres Selvas (CABA y Bs. As.)

Dirección de comunicación

Débora Fiore
Florencia Gadea
Cecilia Tangir
Gabriela Krieger

Sociedad Argentina de Vacunología y Epidemiología (SAVE)



Florencia Cahn (investigadora)
Clara López Colmano

Centro de Estudios para la Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles (CEPyCET), Universidad ISALUD



Analía Urueña (investigadora)
Belén Giménez

Índice

Introducción	6
Metodología	8
Resultados	10
Conclusión	23
Recomendaciones para campañas de comunicación	23
Bibliografía	27
Anexo	29

Introducción

Las vacunas son la intervención de salud pública que, junto con el agua potable, han salvado más vidas, disminuyendo la incidencia, morbilidad y mortalidad de las enfermedades infecciosas a nivel mundial (1). En la Argentina, el acceso a la vacunación es gratuito e incluye a todas las personas que las necesitan, independientemente de la cobertura de salud o estatus de residencia en el país.

El Calendario Nacional de Vacunación (CNV) incluye 20 vacunas obligatorias para todas las etapas de la vida y es el más completo de la región. Se trata de un programa que muestra una importante aceptabilidad en la población, en particular entre las mujeres embarazadas (2), logrando más del 95% de cobertura de la vacuna antigripal pocos años después de la pandemia H1N1 y más del 90% entre las madres de adolescentes, que apoyan la vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) (3). Sin embargo, las coberturas de vacunación han descendido de manera gradual, presentando una disminución promedio de 10 puntos en la última década, especialmente en las vacunas de la infancia y la adolescencia (4).

A nivel global, la “indecisión frente a las vacunas” (*vaccine hesitancy*) (5), definida como la renuencia, retraso o rechazo a recibir las vacunas recomendadas cuando están disponibles, ya había sido considerada en 2019 como una de las diez principales amenazas para la salud (6). Al año siguiente, en paralelo al surgimiento de la pandemia de COVID-19 y a la incesante búsqueda de las vacunas para combatirlo, se observó un aumento de la desconfianza en las vacunas. El Índice de Confianza y Acceso a Vacunas en la Argentina (ICAV) fue de 86,9% en 2020, disminuyendo 7,2% respecto a 2019 (7). A su vez, también respecto a 2019, las coberturas nacionales de vacunación bajaron 10 puntos más, profundizando aún más la situación de descenso de la última década (4).

La indecisión frente a las vacunas es promovida tanto por factores individuales (por ejemplo, emociones, valores, percepción de riesgo, conocimientos erróneos o creencias) como por factores sociales, culturales, políticos e históricos. La pandemia de COVID-19 ha aumentado la conciencia sobre la importancia de las vacunas para muchas personas que aceptan vacunarse, pero puede haber influido negativamente en quienes dudaban o carecían de información (6). Además, las vacunas nuevas suelen generar mayor indecisión que las ya conocidas. La desinformación sobre el desarrollo de las vacunas, el uso político de la información, el resurgimiento de grupos antivacunas y de teorías conspirativas, además de las dificultades en la producción, compra y gestión de las vacunas por parte de los gobiernos, produjeron nuevos mitos y creencias e incentivaron el temor hacia la vacunación (8).

Asimismo, los usos de las redes sociales pueden impactar en la percepción de riesgo. La difusión de información falsa entre personas agrupadas por perfiles sociodemográficos similares o intereses está ampliamente extendida en las redes sociales (9). Este, como otros procesos sociales, influye de manera importante en la toma de decisiones sobre vacunación a nivel individual, por lo que es necesario que las investigaciones sobre actitudes hacia la vacunación identifiquen patrones de creencias y barreras en diferentes segmentos sociales. Comprender cuáles son los grupos que subyacen dentro de la indecisión hacia las vacunas y cómo se diferencian entre sí podría impulsar campañas de comunicación focalizadas y con mayor impacto (10).

El presente estudio se propuso identificar cuáles son las actitudes y prácticas en relación a las vacunas del CNV y para el COVID-19 en diferentes grupos poblacionales que residen en la Argentina, con el objeto de generar estrategias comunicacionales que favorezcan el acceso de esta población a las vacunas.

Propósito del proyecto de investigación

El estudio se realizó en colaboración con la Sociedad Argentina de Vacunología y Epidemiología (SAVE) y la Universidad ISALUD, que participaron en el diseño del instrumento y el análisis y difusión de resultados. Las actividades de investigación constituyen un insumo fundamental para el diseño e implementación de intervenciones. La información recabada en esta investigación permitirá orientar las campañas de información, los recursos a elaborar y el diseño del *chatbot* para consultas de Fundación Huésped.

Objetivo general

- Identificar las actitudes, barreras y prácticas con relación a las vacunas en residentes de la Argentina.

Objetivos específicos

- Identificar las barreras y prácticas en relación a la vacunación en grupos poblacionales específicos (adolescentes, adultos, personal de salud, grupos etarios, residentes en barrios populares, personas con enfermedades crónicas y personas embarazadas/lactancia).
- Describir las fuentes de información que utilizan para tomar decisiones en relación a la vacunación.
- Identificar las actitudes hacia la vacunación del calendario y las vacunas para el COVID-19.
- Identificar los perfiles de las personas encuestadas por sus prácticas de vacunación y su relación a la indecisión frente a las vacunas del calendario en los grupos específicos.

Metodología

Tipo de estudio

Se desarrolló un estudio descriptivo de corte transversal utilizando una estrategia cuantitativa.

Instrumentos

Se utilizó un cuestionario estructurado *online* diseñado *ad hoc*, tomando como base escalas existentes, que incluyó variables referidas a actitudes y prácticas sobre vacunación.

Las escalas utilizadas para evaluar actitudes sobre vacunación fueron las siguientes:

- **Vaccination Attitudes Examination (VAX)** (11): Likert 1-5 puntos (1- Completamente en desacuerdo a 5- Completamente de acuerdo). Subescalas: 1) Confianza en los beneficios (ítems 1, 2, 3; debe invertirse el puntaje de estos tres ítems para el score final); 2) Preocupaciones sobre los efectos futuros (ítems 4, 5, 6); 3) Preocupaciones por el lucro comercial (ítems 7, 8, 9); 4) Preferencia por la inmunidad natural (ítems 10, 11, 12). Score final: suma los puntajes de las subescalas, a mayor puntaje, mayor actitud antivacunas.
- **Vaccine Hesitancy Scale (VHS)** (12): Likert 1-5 puntos (1- Completamente en desacuerdo a 5- Completamente de acuerdo). Subescalas: 1) Falta de confianza (ítems 1 a 7; se debe invertir el puntaje de estos ítems); 2) Riesgos (ítems 8 y 9). Score final: suma los puntajes de las subescalas, a mayor puntaje, mayor actitud antivacunas.
- **Actitudes positivas hacia las vacunas para el COVID-19**. Adaptación de cuatro ítems del cuestionario de Insights and Beliefs of the UK Population on Vaccines During the COVID-19 Pandemic (13). Likert 1-5 puntos (1- Completamente en desacuerdo a 5- Completamente de acuerdo). A mayor puntaje, mayor aceptación de las vacunas para el COVID-19.
- **Actitudes negativas hacia las vacunas para el COVID-19**. Adaptación de cuatro ítems del cuestionario de Beliefs and barriers associated with vaccination among the general population in India (14) más 2 ítems *ad hoc*. Likert 1-5 puntos (1- Completamente en desacuerdo a 5- Completamente de acuerdo). Un ítem del cuestionario original ("Si estuviera disponible en el sistema privado estaría dispuesta/o a pagar") fue descartado del análisis al disminuir la consistencia interna de esta escala.

Muestra y recolección de datos

Se utilizó un muestreo de tipo no probabilístico por conveniencia. Al ser una encuesta *online*, no se buscaron criterios de representatividad en sentido estadístico u otro, con capacidad de inferencia a los grupos poblacionales de interés.

Para la aplicación del cuestionario se utilizó un *software* de encuestas *online* (www.surveymonkey.com), el cual permite el diseño del cuestionario y el análisis de los resultados obtenidos. Se optó por la realización de una encuesta por internet dado que la posibilidad del anonimato y la inmediatez provista por este medio resulta útil para responder sobre temáticas sensibles. Asimismo, permite llegar a una mayor cantidad de personas en un tiempo más acotado. Para resguardar la confidencialidad de las personas encuestadas, el *software* de internet utilizado no guardó ningún tipo de información personal vinculante.

Los criterios de inclusión fueron: aceptación del consentimiento informado *cliqueando* en el botón "aceptar", edad mayor a 12 años y residencia en la Argentina. Si las personas que comenzaban la encuesta respondían de forma contraria a estos criterios se las excluía de forma automática.

Entre el 13 de mayo y el 21 de junio de 2021, la encuesta fue diseminada por redes sociales (con pauta publicitaria en Facebook e Instagram) con el mensaje "¿Qué pensás de las vacunas?". Debido a que inicialmente ingresaron más de 19.000 mujeres cisgénero y en su mayoría mayores de 18 años, y a pesar de no haber establecido cuotas por grupos específicos, se diseñaron pautas en redes sociales para alcanzar a un mayor número de hombres cisgénero y adolescentes, con el objetivo de tener una muestra mínima para analizar.

Asimismo, en paralelo se llevó a cabo una estrategia de recolección de datos específica para las y los residentes de barrios socioeconómicamente vulnerables que tienen un acceso a internet reducido y no suelen responder encuestas *online*. Se diseñó una estrategia de relevamiento liderada por referentes comunitarios, a quienes se capacitó para difundir, explicar consignas y brindar dispositivos electrónicos a las y los vecinos de sus barrios.

Análisis de datos

Una vez recabados los datos, los mismos fueron analizados con el *software* SPSS versión 24 y se optó por un análisis estadístico descriptivo univariado de frecuencia de las variables y medias y desviación estándar de los puntajes de las escalas.

Además, se realizó un análisis de perfiles latentes. Los parámetros del modelo se estimaron utilizando Latent Gold® 5.1 y se seleccionó el modelo que mejor se ajustaba mediante los índices BIC y CAIC. Estos perfiles se diferenciaron considerando las siguientes variables: si referían haberse aplicado todas las vacunas del calendario, haberse vacunado para el COVID-19 o tener intención de hacerlo. También se consideraron razones para no haberse vacunado, como barreras estructurales/contextuales (falta de disponibilidad en centros vacunatorios, pocos horarios en los centros, dificultades económicas, lejanía con respecto al centro vacunatorio) y psicosociales (no fueron indicadas por los médicos, desconocimiento, no querer vacunarse, las familias no los/as han llevado, etc.).

Resultados

Características sociodemográficas

Un total de 23.264 personas completaron la encuesta *online*. La tasa de respuesta, calculada en base a los cuestionarios completos de quienes los iniciaron (n=29.140), fue de 79,8%. Como se puede observar en la Tabla 1, las personas participantes tienen una mediana de edad de 35 años (RIQ 29-43). La mayor parte de quienes respondieron la encuesta son personas adultas (96,6%), mujeres cisgénero (83,6%), de nacionalidad argentina (97,9%) y con nivel educativo de secundario completo o superior (97,4%). A su vez, más de un tercio tiene residencia en el interior del país (37,6%), menos del 2% vive en un barrio económicamente vulnerable (1,8%), la mitad tiene un trabajo a tiempo completo (52,9%), la mayoría accede a obra social (47,2%) o prepaga (42,5%), el 15,8% es personal de salud, el 21,5% tiene condiciones crónicas de salud y el 13,9% estaba gestando o amamantando al momento de la encuesta.

Tabla 1. Características de la muestra (n=23.264)

Variante	N (%)
Edad, mediana (RIQ)	35 (29-43)
Grupos de edad	
13 a 19 años	789 (3,4)
20 a 29 años	5421 (23,3)
30 a 39 años	9224 (39,6)
40 a 49 años	4584 (19,7)
50 a 59 años	2102 (9,0)
60 a 69 años	938 (4,0)
70 a 79 años	190 (0,8)
80 a 89 años	16 (0,1)
Adolescentes	
Sí	789 (3,4)
No	22.475 (96,6)

Género	
Mujeres cis	19.426 (83,6)
Hombres cis	3714 (16,0)
Personas trans, travestis y no binarias	100 (0,4)
Nacionalidad	
Argentina	22.764 (97,9)
Otra	488 (2,1)
Nivel educativo	
Secundario completo o superior	21.873 (97,4)
Hasta secundario incompleto	593 (2,6)
Lugar de residencia	
CABA	7121 (30,6)
Conurbano	7402 (31,8)
Interior de país	8741 (37,6)
Vive en barrio socioeconómicamente vulnerable	
Sí	414 (1,8)
No	22.850 (98,2)
Situación ocupacional	
Solo estudiante	2506 (10,9)
Ama de casa	1864 (8,0)
Trabajo medio tiempo	4463 (19,4)
Trabajo tiempo completo	12.189 (52,9)
Sin empleo, buscando trabajo	1133 (4,9)
Sin empleo, no buscando trabajo	181 (0,8)
Jubilado/a	718 (3,1)
Cobertura de salud	
Prepaga	9774 (42,5)
Obra social	10.864 (47,2)

PAMI	224 (1,0)
Sistema público	2146 (9,3)
<hr/>	
Personal de salud	
Sí	3646 (15,8)
No	19.498 (84,2)
<hr/>	
Personas con enfermedades crónicas	
Sí	4951 (21,5)
No	18.086 (78,5)
<hr/>	
Personas gestando o amamantando	
Sí	3240 (13,9)
No	20.024 (86,1)
<hr/>	

Nota: porcentajes obtenidos sobre total de respuestas válidas.

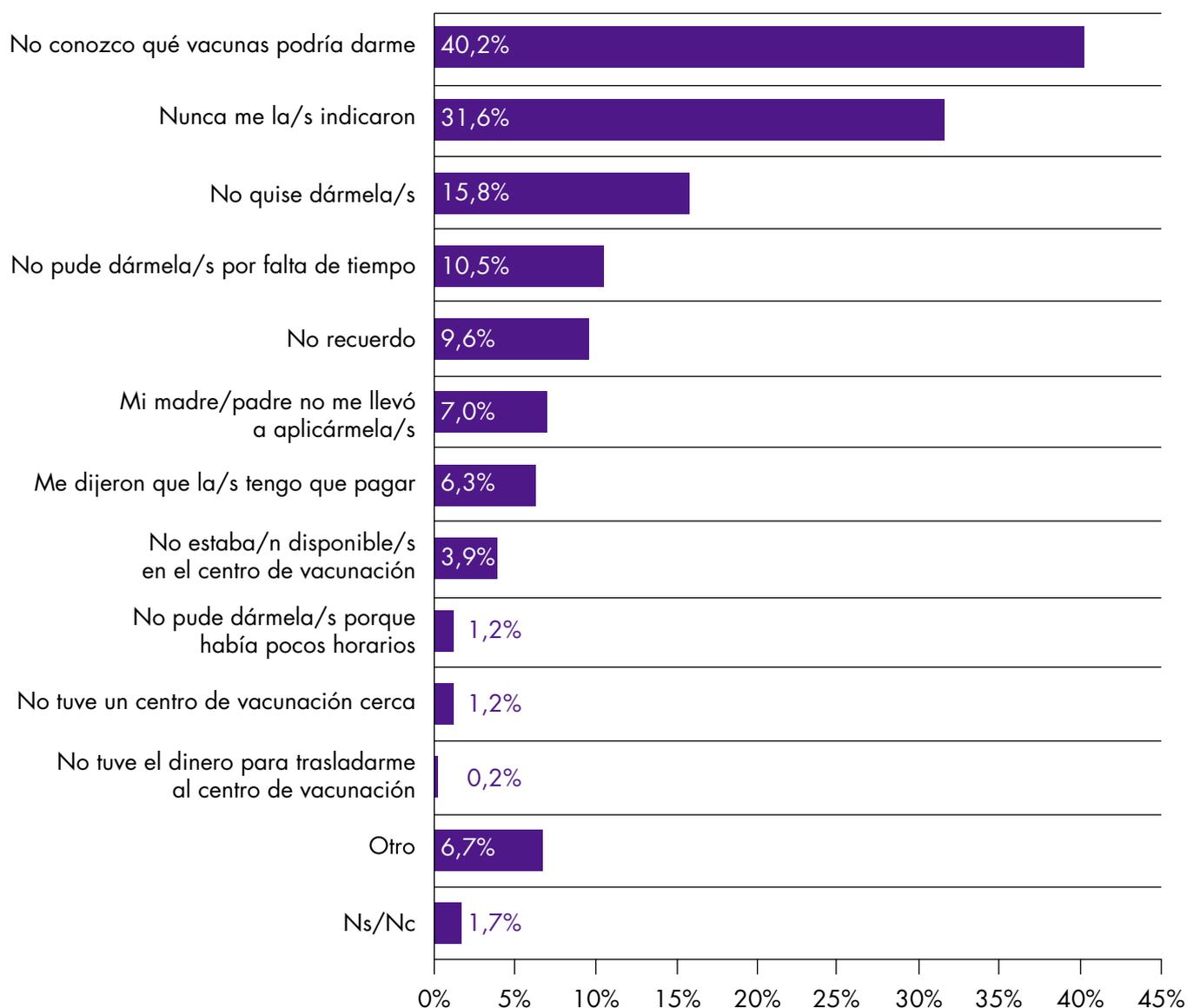
Barreras y prácticas en relación a la vacunación

Con respecto a las prácticas de vacunación, se les preguntó a las personas participantes si habitualmente se aplicaban todas las vacunas del CNV. Se observaron diferencias en las frecuencias de vacunación por grupos específicos (grupo etario, personal de salud, residentes en barrios socioeconómicamente vulnerables, personas con enfermedades crónicas y personas gestando/amamantando). Al igual que el resto de las preguntas de la encuesta, estas respuestas se basan en lo que refieren y recuerdan quienes participaron y no están basadas en un registro verificado.

En términos generales, se observó que 7 de cada 10 de las 23.264 personas encuestadas respondieron que habían recibido todas las vacunas recomendadas en el calendario nacional. El 19,1% dice haber recibido algunas vacunas, el 2,3% no lo recuerda y solo el 6,4% refiere que no se aplica las vacunas del calendario habitualmente.

Las razones más frecuentes para no haber recibido todas las vacunas del calendario (Gráfico 1, n=6445) fueron: desconocer las vacunas que podrían aplicarse (40,2%), nunca se las indicaron (31,6%) y no poder dárselas por falta de tiempo (10,5%). El 15,8% (n=1024) refirió que no quiso darse la o las vacunas correspondientes.

Gráfico 1. Motivos por los que no recibieron todas las vacunas recomendadas en el calendario de vacunación (n= 6445)



Por grupos de edad, entre los y las **adolescentes** (n=789), 8 de cada 10 señala haber recibido todas las vacunas. El 16,1% dice haber recibido algunas vacunas, el 2,3% no lo recuerda y solo el 2,6% refiere que no se da las vacunas del calendario habitualmente. Entre quienes indican no haber recibido todas las vacunas (n=164), los motivos más frecuentes fueron: "No conozco qué vacunas podría darme" (34,8%), "Mi madre/padre no me llevó a aplicármela/s" (29,3%), "Nunca me la/s indicaron" (21,3%), "No pude dármela/s por falta de tiempo" (12,8%), "No recuerdo" (12,8%). Solo el 12,2% (n=20) refiere que no quiso darse la o las vacunas correspondientes.

Como sucede con los y las adolescentes, entre las personas **adultas** (n=22.386), 7 de cada 10 refiere tener todas las vacunas del calendario. Además, el 19,1% señala haber recibido algunas, el 2,3% no lo recuerda y solo el 6,5% manifiesta que no se da las vacunas del calendario habitualmente. Entre las personas adultas que dicen no haber recibido todas las vacunas (n=6281),

los motivos más nombrados fueron: "No conozco qué vacunas podría darme" (40,3%), "Nunca me la/s indicaron" (31,9%) y "No pude dármela/s por falta de tiempo" (10,5%). Solo el 15,9% (n=1004) refiere que no quiso darse la o las vacunas correspondientes.

Entre quienes residen en **barrios socioeconómicamente vulnerables** (n=414), 6 de cada 10 responden que han recibido todas las vacunas recomendadas en el calendario nacional, marcando una diferencia notoria con el resto de los grupos poblacionales. Además, el 23,4% señala haber recibido algunas, el 9,8% no lo recuerda y solo el 7,1% indica que no se da las vacunas habitualmente. Las razones más frecuentes para no recibir todas las vacunas del calendario (n=165) fueron: desconocer las vacunas que podrían darse (35,8%), no recordar qué vacunas recibieron (24,8%) y no vacunarse por falta de tiempo (17%). Solo el 9,7% (n=16) refiere que no quiso darse la o las vacunas correspondientes.

Si se selecciona solo al **personal de salud** (n=3646), se observa que 8 de cada 10 personas señalan haberse colocado todas las vacunas del calendario. Además, el 15,4% indica haber recibido algunas, el 0,8% no lo recuerda y solo el 3,3% refiere que no se aplica las vacunas habitualmente. Entre quienes señalan no haber recibido todas las vacunas (n=710), los motivos más frecuentes fueron: "Nunca me la/s indicaron" (28%), "No conozco qué vacunas podría darme" (27,9%), y "No pude dármela/s por falta de tiempo" (14,8%). El 22,1% (n=158) refiere que no quiso darse la o las vacunas correspondientes, siendo este porcentaje el más alto de negativa entre los grupos poblacionales estudiados.

Al centrarse en las **personas con enfermedades crónicas** (n=4951), se aprecia que 7 de cada 10 responden que han recibido todas las vacunas recomendadas en el calendario nacional. Además, el 20,4% recibió algunas, el 1,8% no lo recuerda y solo el 6,7% refiere que no se da las vacunas del calendario de manera habitual. Las razones más frecuentes para no recibir todas las vacunas del calendario (n=1410) fueron: desconocer las vacunas que podrían darse (36,8%), que nunca se la/s indicaron (32,6%) y no vacunarse por falta de tiempo (10,8%). Solo el 14,8% (n=210) indica que no quiso darse la o las vacunas correspondientes.

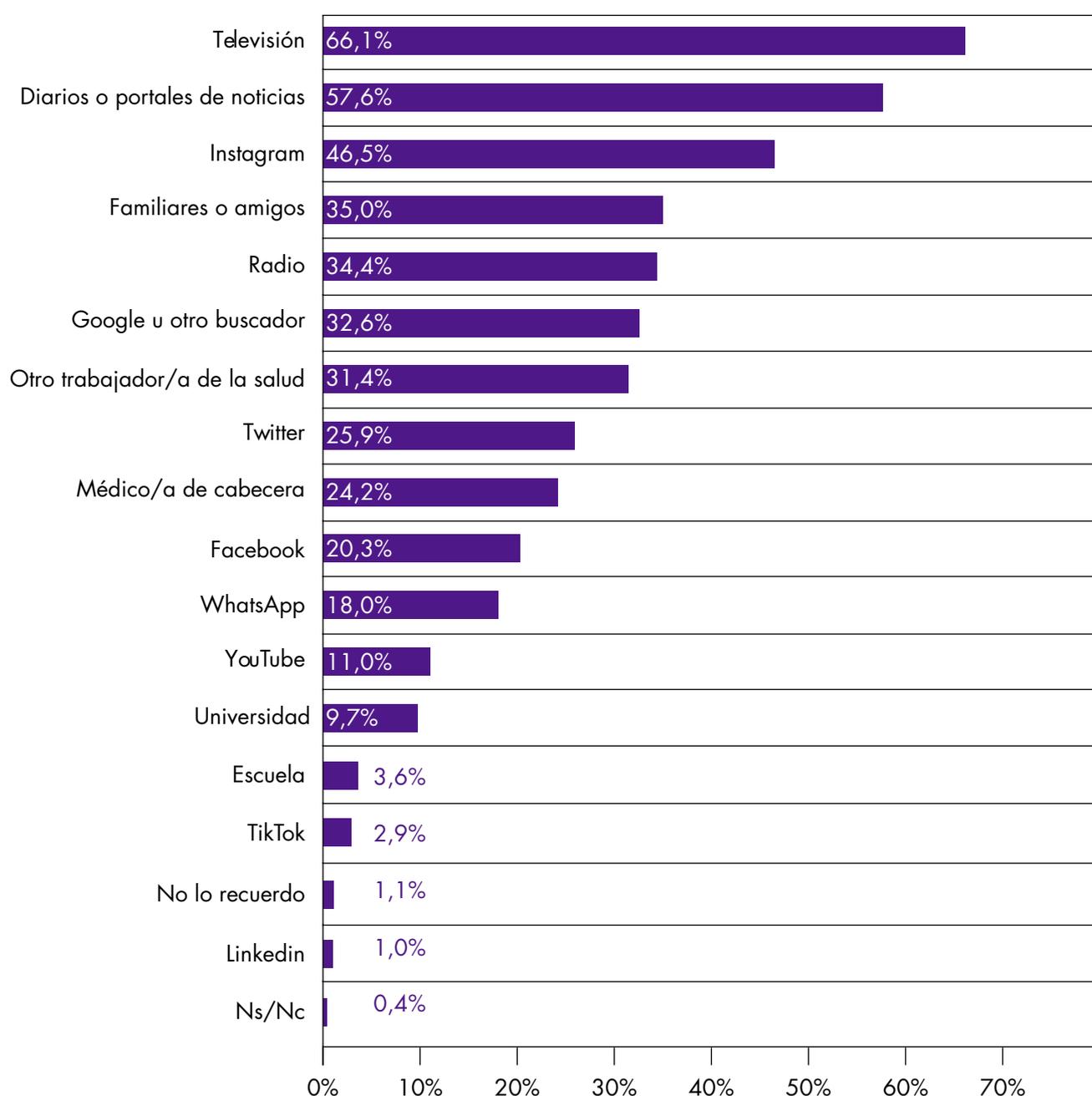
Entre las **personas que estaban gestando o amamantado** en el momento de la encuesta (n=3240), 8 de cada 10 expresa haber recibido todas las vacunas del calendario nacional. Además, el 13,1% indica que no recibió algunas, el 0,9% no lo recuerda y solo el 3,4% señala que no se da las vacunas de manera habitual. Entre quienes dicen no haber recibido todas las vacunas (n=562), las razones más nombradas fueron: "No conozco qué vacunas podría darme" (37,8%), "Nunca me la/s indicaron" (30,9%), y "No pude dármela/s por falta de tiempo" (10,5%). El 20,8% (n=119) refiere que no quiso darse la o las vacunas correspondientes.

Fuentes de información utilizadas en el último año para tomar decisiones en relación a la vacunación

Son múltiples las fuentes de información que las personas utilizan para tomar decisiones en relación a la vacunación. Sobre este tema, quienes participaron podían seleccionar una o más opciones de respuesta en el cuestionario para indicar las fuentes por las que se informaron en el último año.

Del total de las personas encuestadas (Gráfico 2), el 66,1% nombró a la televisión como su mayor fuente de información. Además, el 57,6% recibió información a través de diarios y portales de noticias. Otras fuentes nombradas fueron: Instagram (46,5%), familiares y amigos (35%), radio (34,4%), Google y otros buscadores (32,6%), Twitter (25,9%), Facebook (20,3%), WhatsApp (18%) y YouTube (11%). En menor medida recurrieron a los trabajadores de la salud: médico/a de cabecera (24,2%) y otros (médico/a, enfermeros/as, etc.) (31,4%). En el ámbito educativo, solo un 3,6% refiere haber recibido información de la escuela y un 9,7% de la universidad. Al preguntar por las campañas de vacunación en el último año, el 72,3% menciona haber visto la del Ministerio de Salud. Además, en menor porcentaje accedieron a otras campañas, como las de Fundación Huésped (21,5%), SADI (14,7%) y SAVE (13,6%). El 17,8% refiere no haber visto ninguna campaña.

Gráfico 2. Fuentes por las que se informaron sobre vacunas en el último año (n=23.264)



Entre los y las **adolescentes**, la mayor parte (72,4%) recibió información de la televisión. El 53,6% se informó por sus familiares y amigos. También, alrededor de la mitad nombró medios digitales como: Instagram (49,4%), diarios y otros portales de noticias (46,3%), Google y otros buscadores (38,9%) y Twitter (38,7%). Es menor el porcentaje que se informó directamente a través de trabajadores de la salud: médico/a de cabecera (13,6%) y otros/as (25,7%). En el ámbito educativo, solo un 20% refiere haber recibido información de la escuela y un 13,6% de la universidad. En cuanto a las campañas de vacunación en el último año, el 67,2% dice haber visto la del Ministerio de Salud. Además, en menor porcentaje accedieron a otras campañas, como las de Fundación Huésped (17,2%), SAVE (11,4%) y SADI (11,2%). El 21% refiere no haber visto ninguna campaña.

De modo similar, entre las personas **adultas**, la televisión fue una de las principales fuentes de información (65,8%). En segundo lugar, el 58% eligió los diarios y los portales de noticias para informarse. Otro medio muy utilizado fue Instagram (46,4%). Un tercio de las menciones fueron para la radio (35,1%), familiares y amigos (34,3%) y Google y otros buscadores (32,4%). Solo el 31,6% se informó a través de trabajadores de la salud y 24,6% por su médico/a de cabecera. El porcentaje de quienes recibieron información en el ámbito educativo fue menor (9,6% en la universidad y 3% en la escuela). En relación a campañas de vacunación en el último año, el 72,5% refiere haber visto la del Ministerio de Salud. Además, señalan haber visto otras, como las de Fundación Huésped (21,6%), SADI (14,8%) y SAVE (13,7%) y solo el 17,7% refiere no haber visto ninguna.

Si se pone el foco en las personas que residen en **barrios socioeconómicamente vulnerables**, se observa que también la televisión fue una de las principales fuentes de información (73,2%). Además, un tercio de las menciones fueron para Facebook (33,8%), diarios y portales (31,9%), amigos y familiares (31,6%), WhatsApp (28,7%), radio (23,2%) e Instagram (20%). Solo el 25,8% se informó a través de trabajadores de la salud y el 8% por su médico/a de cabecera. El porcentaje de quienes recibieron información en el ámbito educativo fue bajo (4,6% en la universidad y 8,2% en la escuela). Acerca de las campañas de vacunación, el 67,9% señala haber visto la del Ministerio de Salud. Además, en menor medida manifiestan haber visto otras, como las de Fundación Huésped (8,7%), SAVE (5,6%) y SADI (4,3%) y el 21,3% refiere no haber visto ninguna.

Entre el **personal de salud**, también la televisión fue una de las principales fuentes de información (60,9%). A diferencia de otros grupos, el 59,1% refiere que además se informa por otros trabajadores/as de la salud. Otras fuentes de información fueron: diarios y portales de noticias (54,7%), Instagram (45,7%) y Google y otros buscadores (34%). El 24,7% señala que recibió información de su médico/a de cabecera. El porcentaje de quienes recibieron información en el ámbito educativo fue más alto que para otros grupos (18,7% en la universidad y 1,4% en la escuela). Sobre las campañas de vacunación, el 79,2% señala haber visto la del Ministerio de Salud. En mayor medida que otros grupos mencionaron haber visto otras, como las de SADI (30,2%), Fundación Huésped (25,3%) y SAVE (21,7%) y el 11,7% refiere no haber visto ninguna.

De las **personas con enfermedades crónicas**, la mayor parte (70,1%) coincidió en nombrar a la televisión como la principal fuente de información. Además, el 57,5% recibió información de diarios y portales y el 44,5% se informó a través de Instagram. Un tercio señaló que se informó por los trabajadores de la salud: médico/a de cabecera (32,4%) y otros trabajadores/as de la salud (29,8%). En el ámbito educativo, solo un 3,4% refiere haber recibido información de la escuela y un 8,6% de la universidad. Asimismo, en relación a las campañas de vacunación en el último año, el 74,1% de las personas con enfermedades crónicas dicen haber visto la del Ministerio de Salud.

Además, en menor porcentaje accedieron a otras campañas, como las de Fundación Huésped (21,1%), SADI (15,7%) y SAVE (14,5%). El 16,1% refiere no haber visto ninguna campaña.

En el grupo de las **personas que estaban gestando o amamantando**, nuevamente aparece la televisión como una de las principales fuentes de información (61,8%). El 56,2% señala a Instagram y el 49,8% diarios y portales como fuente. Además, en este caso fue más alto que otros grupos el porcentaje que se informó por su médico/a de cabecera (47,5%) y otros trabajadores/as de salud (34,8%). El porcentaje de quienes recibieron información en el ámbito educativo fue bajo (4,4% en la universidad y 2,9% en la escuela). Acerca de las campañas de vacunación, el 68,6% señala haber visto la del Ministerio de Salud, en menor medida indican haber visto otras, como las de SAVE (16,6%), Fundación Huésped (13,4%) y SADI (11,5%) y el 21,1% refiere no haber visto ninguna.

Actitudes sobre las vacunas

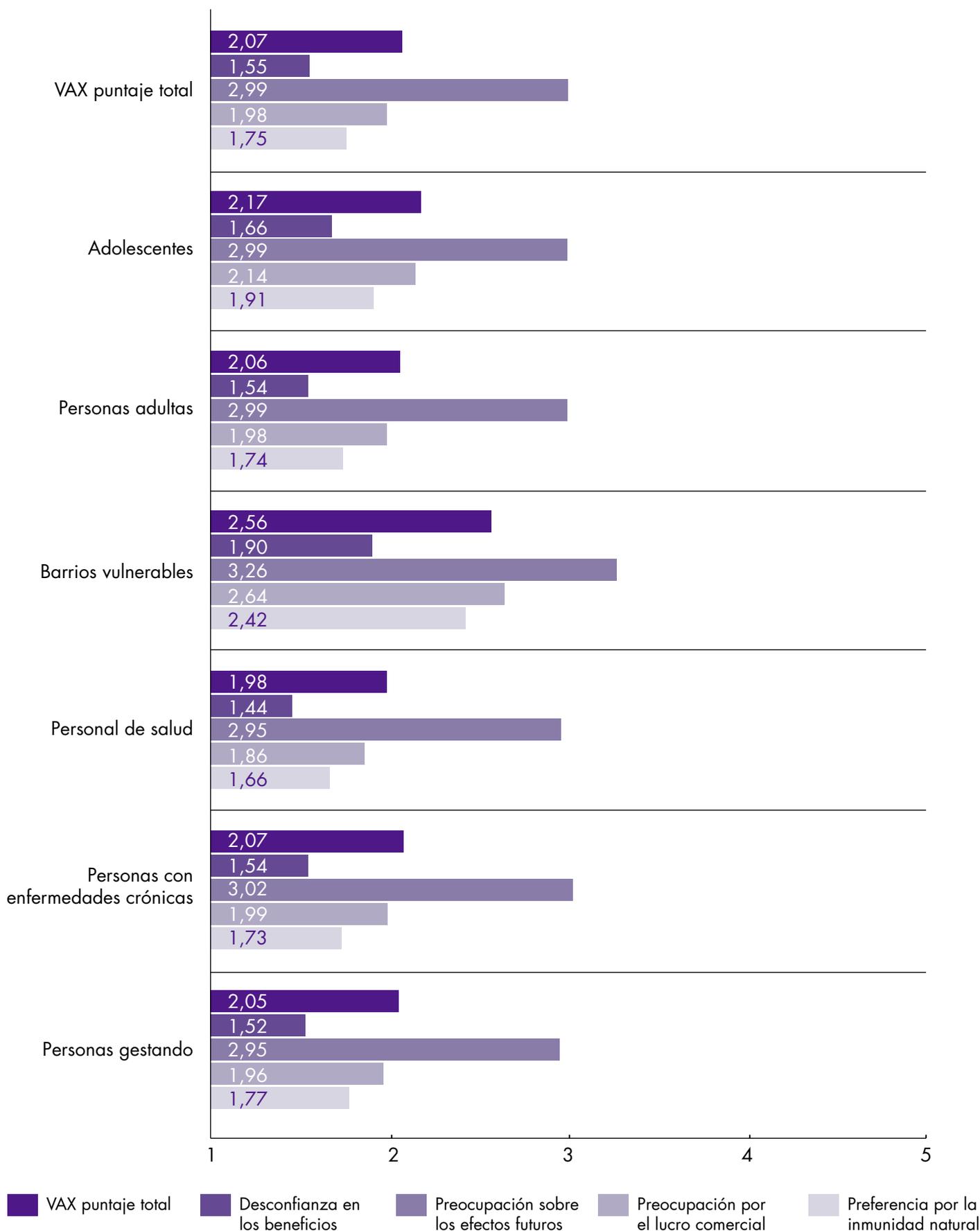
Escala Vaccination Attitudes Examination (VAX)

Los 12 ítems de la escala Vaccination Attitudes Examination (VAX) fueron administrados para evaluar la actitud general hacia la vacunación (para un detalle de los ítems y porcentajes del total de la muestra ver la Tabla 1 en el Anexo). A mayor puntaje en la escala (del 1 al 5), mayor es la actitud negativa hacia las vacunas. Como se puede observar en el Gráfico 3 (y Tabla 2 del Anexo), el puntaje es medio-bajo (2,07) para el total de encuestados/as, por lo que se puede inferir una actitud positiva hacia la vacunación.

La subescala de "Desconfianza en los beneficios" tiene un puntaje de 1,55, el más bajo de todas las subescalas, revelando mayor confianza hacia las vacunas y sus beneficios. La segunda subescala, de "Preocupación sobre los efectos futuros", tiene un puntaje de 2,99 para la totalidad de la muestra y es la de mayor puntaje, lo cual resalta que esta preocupación es lo que lleva a una mayor actitud negativa hacia las vacunas. Las subescalas de "Preocupación por el lucro comercial (de los laboratorios)" y "Preferencia por la inmunidad natural" tienen un puntaje medio-bajo de 1,98 y 1,75 respectivamente.

Entre los grupos poblacionales, las diferencias son mínimas. Aun así, las personas que viven en barrios socioeconómicamente vulnerables son quienes tienen el mayor puntaje total (2,56) y en las subescalas. En contraposición, el personal de salud presenta un puntaje total menor al resto de los grupos (1,98) y en las subescalas.

Gráfico 3. Puntajes de la escala Vaccination Attitudes Examination (VAX) y subescalas, por grupo poblacional

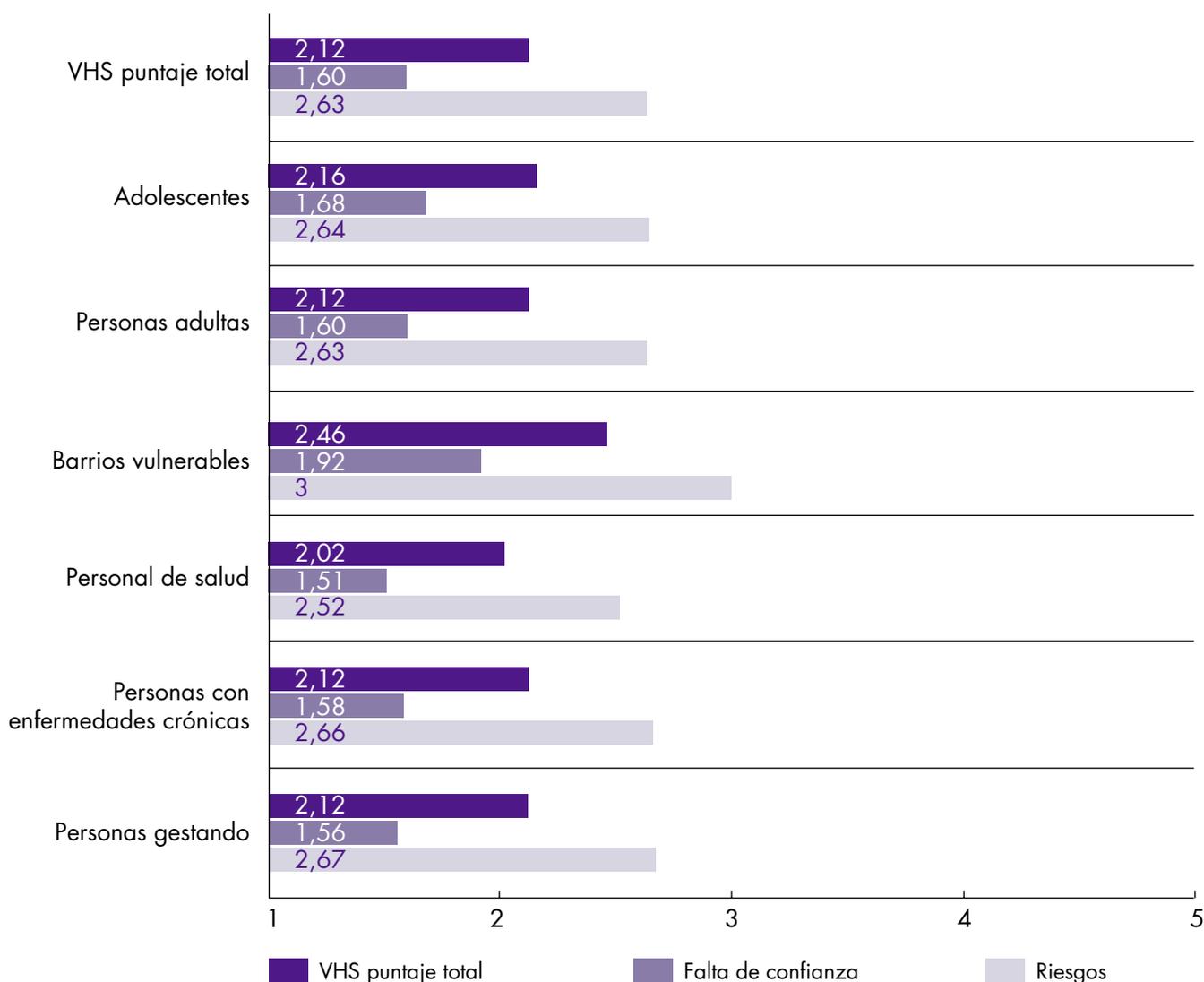


Vaccine Hesitancy Scale (VHS)

Esta escala evalúa, en sus 9 ítems, la indecisión (*hesitancy*) frente a las vacunas (para un detalle de los ítems y porcentajes del total de la muestra ver la Tabla 3 en el Anexo). A mayor puntaje (del 1 al 5), mayor es la indecisión frente a las vacunas. Como se puede observar en el Gráfico 4 (y Tabla 4 del Anexo), el puntaje total en esta escala también es medio-bajo (2,12) para el total de las personas encuestadas, señalando una actitud de baja indecisión hacia las vacunas. La subescala de "Falta de confianza" sobre las vacunas obtuvo un puntaje bajo (1,60) y la de preocupación por los "Riesgos" un puntaje mayor (2,63), coincidiendo con los resultados de la escala VAX.

Entre los grupos poblacionales, las diferencias también fueron mínimas. Aun así, fueron las personas que viven en barrios socioeconómicamente vulnerables quienes obtuvieron un mayor puntaje total (2,46), y a diferencia del resto también presentan un aumento del puntaje en la subescala "Riesgos" (3,00). Por el contrario, el personal de salud presentó un puntaje total menor al resto de los grupos (2,02) en esta escala. Se observaron puntajes menores en ambas subescalas en este grupo, en especial en "Falta de confianza" (1,51).

Gráfico 4. Puntajes de la escala Vaccine Hesitancy Scale (VHS) y subescalas, por grupo poblacional



Intención de vacunación contra el COVID-19

Al preguntarles a las personas encuestadas sobre la vacuna contra el COVID-19 (periodo de la encuesta 13/5 al 21/7 de 2021), 9 de cada 10 tuvo una intención positiva hacia la vacunación. El 45,3% respondió que la recibiría y el 45,4% que ya se había vacunado. Solo el 6,5% no estaba seguro/a y el 2,8% no lo haría.

Del total de **adolescentes** (n=789), 8 de cada 10 tuvo una intención positiva hacia la vacunación. El 74% señaló que la recibiría y el 10,1% que ya se había vacunado. Solo el 11,2% no estaba seguro/a y el 4,7% no lo haría.

Entre las personas **adultas** (n=2286), 9 de cada 10 tuvo una intención positiva hacia la vacunación. El 44,4% mencionó que se daría esta vacuna y el 46,6% que ya se había vacunado. Solo el 6,3% no estaba seguro/a y el 2,8% no lo haría.

En el grupo de residentes de **barrios socioeconómicamente vulnerables** (n=414), 8 de cada 10 tuvo una intención positiva hacia la vacunación. El 48,8% contestó que se vacunaría y el 34,5% que ya se había vacunado. Solo el 11,7% no estaba seguro/a y el 5,1% no lo haría.

Con respecto al **personal de salud** (n=3646), 9 de cada 10 tuvo una intención positiva hacia la vacunación. El 12,3% señaló que la recibiría y el 83,2% que ya se había vacunado (83,2%). Solo el 3,2% no estaba seguro/a y el 1,3% no lo haría.

En el grupo de personas con **enfermedades crónicas** (n=4951), 9 de cada 10 tuvo una intención positiva hacia la vacunación. El 18,4% respondió que se vacunaría y el 76,2% que ya se había vacunado (76,2%). Solo el 4% no estaba seguro/a y el 1,3% no lo haría.

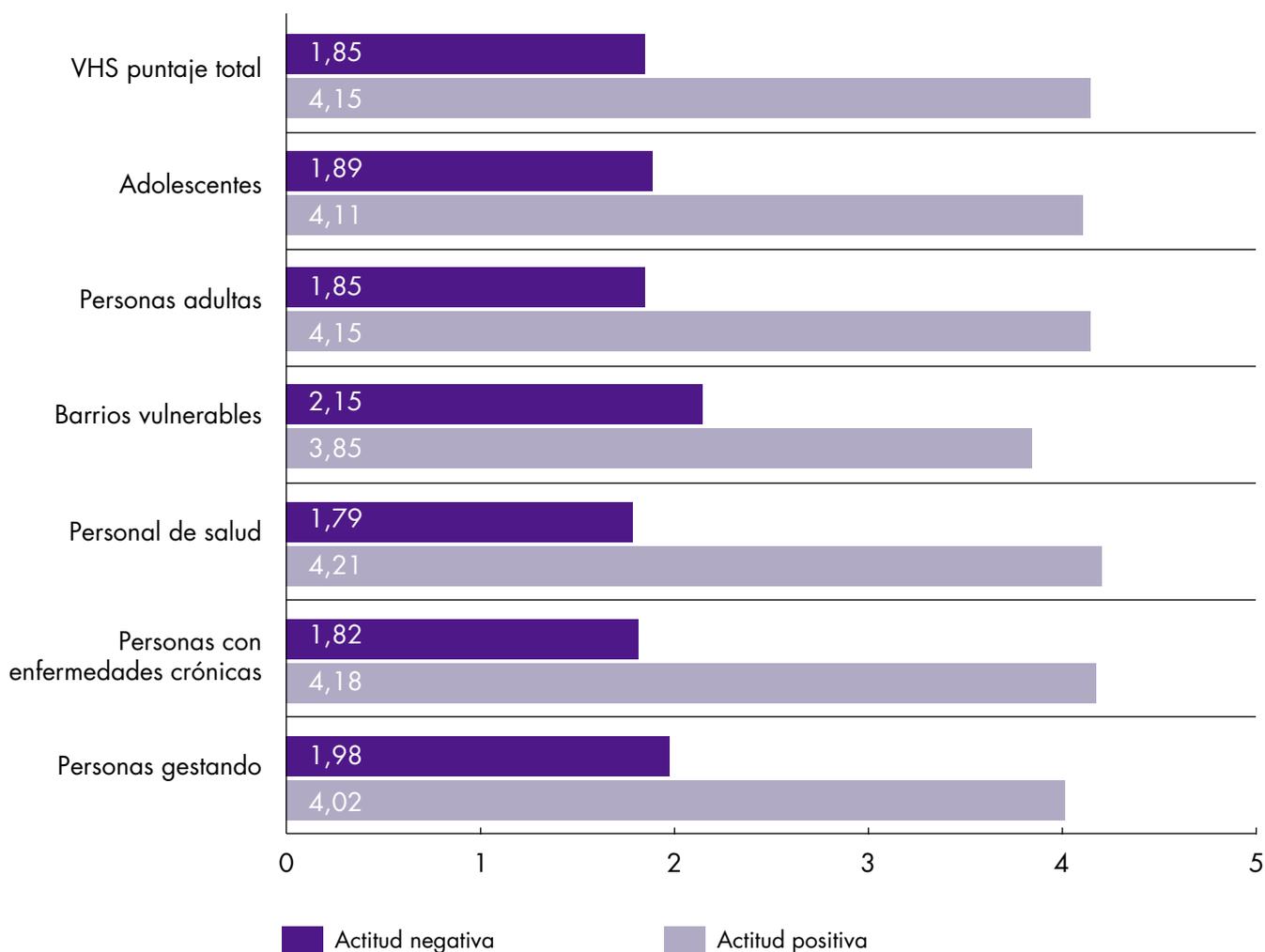
Entre las **personas que estaban gestando o amamantando** en el momento de la encuesta (n=3240), 8 de cada 10 tuvo una intención positiva hacia la vacunación. El 48,2% señaló que la recibiría y el 36,9% que ya se había vacunado (36,9%). Solo el 11,8% no estaba seguro/a y el 3,1% no lo haría.

Actitudes hacia las vacunas contra el COVID-19

De un conjunto de ítems diseñados *ad hoc*, se obtuvieron dos escalas, una de actitud negativa hacia las vacunas contra el COVID-19 (ítems del 4 al 9; a mayor puntaje, mayor es la actitud negativa; Alfa de Cronbach 0,712) y otra de actitud positiva hacia las vacunas para el COVID-19 (ítems del 1 al 4, a mayor puntaje, mayor es la actitud positiva; Alfa de Cronbach 0,863) (para un detalle de los ítems y porcentajes del total de la muestra ver la Tabla 5 en el Anexo). En el Gráfico 5 (y Tabla 6 del Anexo) se pueden observar que los puntajes totales son 1,85 y 4,15 respectivamente, mostrando una actitud predominantemente positiva hacia estas vacunas.

Entre los grupos poblacionales, las personas que viven en **barrios socioeconómicamente vulnerables** fueron quienes obtuvieron un mayor puntaje total (2,15) en actitud negativa y, a diferencia del resto, también presentan una disminución de la actitud positiva (3,85). Por el contrario, el personal de salud obtuvo un puntaje total menor al resto de los grupos en actitud negativa (1,79) y un puntaje mayor en actitud positiva (4,21).

Gráfico 5. Puntajes de las escalas de actitud hacia las vacunas contra el COVID-19 y subescalas, por grupo poblacional



Perfiles de adherencia a la vacunación

De acuerdo al análisis de perfiles latentes se encontraron cinco perfiles con los mejores indicadores de ajuste (BIC: 564346019, CAIC: 565476019, Entropía: 0,0592), con cinco patrones en términos de actitudes hacia la vacunación definidos: de adherencia total a la vacunación (perfil 1), de distintos patrones de adherencia (perfiles 2, 3, 4) y de no adherencia a la vacunación en general (perfil 5).

A continuación se presenta una síntesis de cada uno:

- Perfil 1: adhesión a las vacunas total, sin barreras (71,8%).** Este primer perfil representa a gran parte de la población encuestada y es el más importante. Obtiene puntuaciones bajas en las escalas VAX, VHS y Actitud negativa hacia la vacuna para el COVID-19 y sus subescalas, indicando una actitud positiva hacia la vacunación en general. Además, obtiene puntuación alta en la escala Actitud positiva hacia la vacuna para el COVID-19, con un 70% que se la ha aplicado o se la aplicaría.

Lo que caracteriza a estas personas que adhieren a la vacunación en general es que refieren tener la totalidad de las vacunas del calendario y no manifiestan barreras estructurales/contextuales ni psicosociales que limiten la conducta de vacunarse. Además, de los cinco perfiles, este es el que tiene mayor cantidad de amas de casa, residentes del conurbano, personal de salud, mujeres cis y personas gestando/amamantando.

- **Perfil 2: adhesión a las vacunas casi total, no recibieron algunas vacunas porque no se las indicaron** (9%). En este perfil se incluye a aquellas personas que obtuvieron puntuaciones más elevadas en actitudes positivas hacia las vacunas dentro de los perfiles que no adhieren totalmente a la vacunación. Tiene un puntaje bajo en las escalas VAX, VHS y Actitud negativa hacia la vacuna para el COVID-19 y sus subescalas. La barrera que mayormente refieren es no haberse aplicado las vacunas porque no se lo han indicado (98%). Además, es el perfil que tiene más representación de personas con mayor nivel educativo y enfermedades crónicas.
- **Perfil 3: no adhesión a las vacunas por menor edad y decisión de otros/as, preocupación por efectos de las vacunas** (8,9%). Es el segundo perfil más preocupado por los “efectos futuros de las vacunas”, de acuerdo a esta subescala de la VHS. La barrera que mayormente refieren es no haber sido llevados/as por madre/padre a vacunarse (11,7%). Asimismo, tiene mayor porcentaje de adolescentes y mayor frecuencia de personas que viven en barrios socioeconómicamente vulnerables y que no trabajan.
- **Perfil 4: no adhesión a las vacunas casi total por desconocimiento** (6,6%). La barrera que mayormente refieren es desconocimiento sobre cuáles son las vacunas del calendario (98,4%). Se caracteriza por tener mayor cantidad de hombres cis jóvenes adultos (entre 20 y 59 años).
- **Perfil 5: no adhesión a las vacunas casi total por decisión propia** (3,7%). Posee las puntuaciones más elevadas de actitudes negativas hacia las vacunas y bajas en actitudes positivas. Es el perfil que puntúa más alto en las escalas VAX, VHS y Actitud negativa hacia la vacuna para el COVID-19 y sus subescalas. La barrera que mayormente refieren es su propia decisión de no vacunarse (97,7%). Se caracteriza por tener mayor número de personas de edad más elevada (60 años o más), jubilados y con mayor nivel educativo. También se encuentra el segundo conjunto con más cantidad de personas gestando o amamantando y personal de salud.

Conclusión

En general, en la encuesta se observó una actitud positiva hacia las vacunas del calendario y para el COVID-19. No obstante, estos resultados acentúan la necesidad de adaptar los mensajes a cada grupo específico para aumentar la aceptación de la vacunación. Las futuras campañas de comunicación deben abordar el desconocimiento de las vacunas del calendario y la seguridad de las vacunas, ya que esas parecen ser las principales preocupaciones, particularmente entre las personas residentes de barrios socioeconómicamente vulnerables.

Recomendaciones para campañas de comunicación

A continuación, se propone una serie de recomendaciones en vistas a guiar las campañas destinadas a diferentes grupos poblacionales.

Recomendaciones generales

- Crear campañas de información sobre las vacunas y el Calendario Nacional de Vacunación para cada etapa de la vida, ya que la desinformación es una de las principales barreras de acceso a la vacunación.
- Generar mensajes de promoción de la vacunación con hincapié en la seguridad y los beneficios de las vacunas.
- Utilizar la televisión y las redes sociales como canales principales para la difusión de campañas de promoción de la vacunación.
- Generar multiplicadores de mensajes en redes sociales. La mayor parte de la población es adherente a la vacunación y puede replicar el mensaje como *"inmunoinfluencers"*. Esto es invitarles a que repliquen el mensaje favorable sobre la vacunación entre aquellos conocidos/as que no adhieren.
- Diseñar campañas dirigidas a fomentar que la población recurra en mayor medida a los/as trabajadores/as de salud como una fuente veraz de información sobre vacunas.

Vacunación contra el COVID-19

Generar campañas para reforzar la vacunación contra el COVID-19 en todos los grupos poblacionales, en particular en personas que habitan barrios socioeconómicamente vulnerables y con el foco en disipar temores y desestimar información falsa. Se observó una muy alta aceptación de la vacunación para el COVID-19 en todos los grupos, en especial en el personal de salud. Sin embargo, es necesario continuar transmitiendo mensajes que disipen dudas acerca de los riesgos a corto y largo plazo y hagan hincapié en la seguridad de las vacunas. Es importante señalar los beneficios que tienen para proteger a niños/as, personas gestantes, adultos/as mayores, personal de salud y a la comunidad en general. También se debe reforzar la creencia en la población de que la vacunación para el COVID-19 es una necesidad para enfrentar y controlar la pandemia, en particular en los barrios socioeconómicamente vulnerables en donde la actitud negativa fue mayor.

Adultos

Realizar campañas dirigidas a informar sobre el CNV y fortalecer el vínculo de las y los adultos con el personal de salud. En este grupo se observa una buena adherencia a la vacunación del calendario y para el COVID-19 y es mayor la presencia de mujeres cisgénero adultas (Perfil 1: adhesión a las vacunas total, sin barreras). Por el contrario, entre las personas adultas que dicen no haber recibido todas las vacunas, los motivos más nombrados fueron no conocer qué vacunas podrían darse y que nunca se las indicaron (Perfil 4: no adhesión a las vacunas casi total por desconocimiento). En este grupo hay una mayor presencia de hombres cisgénero jóvenes. Las fuentes más consultadas por las y los adultos son la televisión y las redes sociales. Por lo tanto, es preciso reforzar la información sobre las vacunas y el vínculo de este segmento etario con sus proveedores de salud, brindándoles información y preguntas disparadoras para que consulten y disipen sus dudas.

Adolescentes

Realizar campañas dirigidas a adolescentes para que les pidan a sus madres, padres y tutores que los/as vacunen y que faciliten el vínculo con el sistema de salud, utilizando las redes sociales. En este grupo se observa una alta adherencia a la vacunación del calendario y para el COVID-19. No obstante, entre aquellos/as adolescentes que refieren no tener todas las vacunas del CNV la razón más frecuente fue que sus madres, padres o tutores no los/as llevaron (Perfil 3: no adhesión a las vacunas por menor edad y decisión de otros/as, preocupación por efectos de las vacunas). Además de fuentes de información como la televisión, es frecuente el uso de redes sociales, pero baja la consulta con trabajadores de la salud.

Personal de salud

Realizar campañas dirigidas a reforzar y mantener la alta tasa de vacunación entre el personal de salud en general. Este grupo tiene una alta adherencia a las vacunas del calendario y para el COVID-19 y presenta el puntaje más bajo de actitud negativa hacia las vacunas en todas las escalas. Además, estas personas se informan con mucha más frecuencia con otros/as trabajadores/as de la salud, probablemente a través de guías de tratamiento, asociaciones de profesionales, cursos de actualización, congresos, etc. (Perfil 1: adhesión a las vacunas total, sin barreras). No obstante, entre el personal de salud que no se aplicó todas las vacunas del calendario hay un porcentaje considerable que refiere no haber querido hacerlo (Perfil 5: no adhesión a las vacunas casi total por decisión propia). Es necesario desarrollar estudios dirigidos a conocer las razones por las cuales algunos/as trabajadores/as de la salud eligen no vacunarse.

Trabajar en conjunto con el personal de salud brindándoles herramientas que puedan facilitar la conversación sobre la vacunación con sus pacientes. Una de las principales barreras que refieren todas las personas encuestadas es que no les indicaron la vacunación o desconocen qué vacunas podrían darse. No se puede saber con certeza si estos resultados son consecuencia del desconocimiento sobre el calendario de vacunación o de no recordar si tienen todas las vacunas aplicadas, pero es sumamente importante que estas dudas sean disipadas por el personal de salud. Las campañas de comunicación hacia la ciudadanía deberían contar con médicos/as como voceros/as o bien articular con otras instituciones que los nucleen, así como visibilizar por medios digitales y cartelera la información del calendario nacional en hospitales, centros de salud y consultorios.

Personas con enfermedades crónicas

Realizar campañas dirigidas a informar a personas con diferentes enfermedades crónicas sobre las vacunas existentes y reforzar su vínculo con el personal de salud tratante. En este grupo se observa una baja actitud negativa hacia la vacunación del calendario y para el COVID-19. Además de fuentes de información como la televisión, diarios y redes sociales, refieren que consultan al personal de salud para evacuar sus dudas. Aun así, la principal barrera frente a la vacunación es la falta de conocimiento y de indicaciones sobre qué vacunas podrían darse (Perfil 2: adhesión a las vacunas casi total, no recibieron algunas vacunas porque no se las indicaron).

Personas que están gestando o amamantando

Diseñar estudios que exploren en profundidad los temores y creencias en torno a la vacunación durante la gestación y lactancia, realizar campañas focalizadas y reforzar el vínculo con el personal de salud que acompaña. De acuerdo a los resultados reportados por este grupo, se puede ver una alta adherencia a las vacunas del calendario y para el COVID-19. Las fuentes de información más habituales son las redes sociales, diarios y portales, y también, en mayor proporción que otros grupos, el personal de salud (Perfil 1: adhesión a las vacunas total, sin barreras). Sin embargo, entre quienes refieren no tener todas las vacunas del calendario hay un porcentaje bajo pero no menos notable que no quiere vacunarse (Perfil 5: no adhesión a las vacunas casi total por decisión

propia). También manifiestan desconocer cuáles son las vacunas que deben aplicarse y aseguran que no se las indicaron. Por lo tanto, es necesario estudiar en profundidad cuáles son las razones para negarse a la vacunación y desarrollar campañas que disipen posibles preocupaciones sobre efectos adversos a corto y largo plazo de las vacunas, con énfasis en los beneficios que tienen para la persona gestante y para el feto en desarrollo, en contraposición con la exposición natural a las infecciones.

Personas que residen en barrios socioeconómicamente vulnerables

Crear campañas orientadas al cambio de las actitudes negativas hacia la vacunación en las personas que habitan los barrios socioeconómicamente vulnerables. A partir de los resultados se puede advertir que presentan los indicadores actitudinales y de acceso más negativos. En este grupo no solo hay posibles barreras geográficas o económicas sino también simbólicas, que aún perduran dentro de las comunidades. Se observa en todas las escalas una elevada preocupación por la seguridad de las vacunas del calendario y para el COVID-19 (Perfil 3: no adhesión a las vacunas por menor edad y decisión de otros/as, preocupación por efectos de las vacunas).

A partir de la información recolectada por las notas de campo de los/as referentes se pudieron obtener diferentes razones para estas actitudes. Además, muchas veces son los/as referentes barriales quienes responden a las dudas sobre salud y vacunación. En estas instancias, identifican varios de los factores que pueden incidir en las creencias sobre la vacunación. Por citar algunos ejemplos: la pertenencia a algunos grupos religiosos, los mitos urbanos y la exposición a la información falsa en la televisión y redes sociales como WhatsApp y Facebook. Estas últimas cobraron especial importancia por los grupos de “compra-venta”, que funcionaron como medio de sustento económico durante la pandemia de COVID-19.

Así, también, a partir de las observaciones de los/as referentes, se advierte que históricamente hay mayor intención de vacunación cuando esta es un requisito de acceso a cuestiones de primera necesidad como trabajo, educación o subsidios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Greenwood B. The contribution of vaccination to global health: past, present and future. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.* 2014 May 12;369(1645):20130433. doi: 10.1098/rstb.2013.0433. PMID: 24821919; PMCID: PMC4024226.
2. Vizzotti C, Neyro S, Katz N, Juárez MV, Perez Carrega ME, Aquino A, Kaski Fullone F. Maternal immunization in Argentina: A storyline from the prospective of a middle income country. *Vaccine.* 2015 Nov 25;33(47):6413-9. doi: 10.1016/j.vaccine.2015.07.109. Epub 2015 Aug 13. PMID: 26277071.
3. Alder S, Gustafsson S, Perinetti C, Mints M, Sundström K, Andersson S. Mothers' acceptance of human papillomavirus (HPV) vaccination for daughters in a country with a high prevalence of HPV. *Oncol Rep.* 2015 May;33(5):2521-8. doi: 10.3892/or.2015.3817. Epub 2015 Feb 25. PMID: 25738832.
4. DiCEI. Informe sobre el impacto de la pandemia SARS-CoV-2 en las coberturas nacionales de vacunación de Argentina. 2021. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/informe-sobre-el-impacto-de-la-pandemia-sars-cov-2-en-las-coberturas-nacionales-de>
5. Larson HJ. Negotiating vaccine acceptance in an era of reluctance. *Hum Vaccin Immunother.* 2013 Aug;9(8):1779-81. doi: 10.4161/hv.25932. Epub 2013 Jul 29. PMID: 23896582; PMCID: PMC3906281.
6. Dubé E, MacDonald NE. How can a global pandemic affect vaccine hesitancy? *Expert Rev Vaccines.* 2020 Oct;19(10):899-901. doi: 10.1080/14760584.2020.1825944. Epub 2020 Oct 5. PMID: 32945213.
7. Fundación Bunge y Born. Índice de Confianza y Acceso a Vacunas 2020.2021 Feb 2. Disponible en: https://2aae479d-fbd5-403b-ac51-fd029db4d92f.usrfiles.com/ugd/2aae47_e5a3cde4a70d47c2ad5e4c9c4f8a5787.pdf
8. Chou WS, Budenz A. Considering Emotion in COVID-19 Vaccine Communication: Addressing Vaccine Hesitancy and Fostering Vaccine Confidence. *Health Commun.* 2020 Dec;35(14):1718-1722. doi: 10.1080/10410236.2020.1838096. Epub 2020 Oct 30. PMID: 33124475.
9. Puri N, Coomes EA, Haghbayan H, Gunaratne K. Social media and vaccine hesitancy: new updates for the era of COVID-19 and globalized infectious diseases. *Hum Vaccin Immunother.* 2020 Nov 1;16(11):2586-2593. doi: 10.1080/21645515.2020.1780846. Epub 2020 Jul 21. PMID: 32693678; PMCID: PMC7733887.
10. Hornsey MJ, Edwards M, Lobera J, Díaz-Catalán C, Barlow FK. Resolving the small-pockets problem helps clarify the role of education and political ideology in shaping vaccine scepticism. *Br J Psychol.* 2021 Nov;112(4):992-1011. doi: 10.1111/bjop.12500. Epub 2021 Mar 14. PMID: 33715151.

- 11.** Martin LR, Petrie KJ. Understanding the Dimensions of Anti-Vaccination Attitudes: the Vaccination Attitudes Examination (VAX) Scale. *Ann Behav Med.* 2017 Oct;51(5):652-660. doi: 10.1007/s12160-017-9888-y. PMID: 28255934.
- 12.** Shapiro GK, Tatar O, Dube E, Amsel R, Knauper B, Naz A, Perez S, Rosberger Z. The vaccine hesitancy scale: Psychometric properties and validation. *Vaccine.* 2018 Jan 29;36(5):660-667. doi: 10.1016/j.vaccine.2017.12.043. Epub 2017 Dec 27. PMID: 29289384.
- 13.** Sethi, Sonika and Kumar, Aditi and Mandal, Anandadeep and Shaikh, Mohammed and Hall, Claire Anne and Kirk, Jeremy MW and Moss, Paul and Brookes, Matthew James and Basu, Supratik, The Uptake Study: Insights and Beliefs of the UK Population on Vaccines During the COVID-19 Pandemic. Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=3723667> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3723667>
- 14.** Sharun K, Faslu Rahman CK, Haritha CV, Jose B, Tiwari R, Dhama K. Covid-19 vaccine acceptance: Beliefs and barriers associated with vaccination among the general population in India. *Journal of Experimental Biology and Agricultural Sciences.* 2020 Jan 1;8(Special Issue 1). <https://doi.org/10.18006/2020.8>

Anexo

Tabla 1. Ítems de la escala Vaccination Attitudes Examination (VAX) y porcentajes totales

	Completamente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo
1. Me siento seguro/a después de ser vacunado/a	2,3%	1,2%	7,7%	29,3%	59,6%
2. Puedo confiar en las vacunas para detener las enfermedades infecciosas graves	2,6%	0,8%	4,3%	27,1%	65,2%
3. Me siento protegido/a después de ser vacunado/a	2,0%	1,2%	7,1%	32,6%	57,1%
4. A pesar de que la mayoría de las vacunas parecen seguras, puede haber problemas que aún no fueron descubiertos	3,5%	10,4%	24,8%	48,4%	13,0%
5. Las vacunas pueden causar problemas no previstos en niños/as	14,0%	29,7%	37,0%	15,4%	3,9%
6. Me preocupan los efectos desconocidos que las vacunas puedan generar en el futuro	16,2%	29,1%	26,1%	21,0%	7,7%
7. Las vacunas generan mucho dinero para las empresas farmacéuticas, pero no benefician a la gente común	21,6%	41,0%	23,4%	9,1%	4,9%
8. Las autoridades promueven la vacunación por las ganancias económicas, no por la salud de la gente	36,9%	38,0%	16,0%	5,8%	3,2%

9. Los programas de vacunación son una estafa	55,0%	33,9%	8,7%	1,5%	1,0%
10. Es preferible la inmunidad natural porque dura más que la de la vacunación	54,9%	30,4%	11,4%	2,1%	1,1%
11. La exposición natural a los virus y gérmenes da una protección más segura	42,0%	33,3%	20,1%	3,6%	1,0%
12. Estar expuesto/a a las enfermedades naturalmente es más seguro para el sistema inmune que estar expuesto/a por la vacunación	48,5%	34,4%	13,9%	2,4%	0,8%

Tabla 2. Escala Vaccination Attitudes Examination (VAX) por grupo poblacional

Variable	VAX puntaje total M (DE)	Desconfianza en los beneficios M (DE)	Preocupación sobre los efectos futuros M (DE)	Preocupación por el lucro comercial M (DE)	Preferencia por la inmunidad natural M (DE)
VAX puntaje total	2,07 (0,62)	1,55 (0,77)	2,99 (0,86)	1,98 (0,81)	1,75 (0,78)
Grupo etario					
Adolescentes	2,17 (0,68)	1,66 (0,80)	2,99 (0,88)	2,14 (0,87)	1,91 (0,86)
Personas adultas	2,06 (0,62)	1,54 (0,78)	2,99 (0,86)	1,98 (0,81)	1,74 (0,78)
Barrios vulnerables	2,06 (0,59)	1,54 (0,69)	2,99 (0,77)	1,97 (0,86)	1,74 (0,91)
Personal de salud	1,98 (0,56)	1,44 (0,70)	2,95 (0,86)	1,86 (0,74)	1,66 (0,71)
Personas con enfermedades crónicas	2,07 (0,60)	1,54 (0,75)	3,02 (0,85)	1,99 (0,82)	1,73 (0,77)
Personas gestando	2,05 (0,61)	1,52 (0,77)	3,95 (0,86)	1,96 (0,78)	1,77 (0,76)

Tabla 3. Ítems de la escala Vaccine Hesitancy Scale (VHS) y porcentajes totales

	Completamente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo
1. La vacunación es importante para mi salud	1,3%	0,8%	3,3%	27,9%	66,6%
2. Las vacunas son una buena manera de protegerme de las enfermedades	1,2%	0,8%	2,9%	29,6%	65,5%
3. Las vacunas son eficaces para prevenir enfermedades	1,1%	1,1%	4,7%	32,4%	60,7%
4. Vacunarme es importante para mi salud y la salud de las demás personas de mi comunidad	1,2%	0,6%	2,7%	24,8%	70,6%
5. Todas las vacunas del calendario son importantes para la buena salud	1,3%	1,7%	6,3%	28,6%	62,1%
6. La información que recibo sobre las vacunas de parte de las autoridades sanitarias es confiable y segura	2,6%	7,3%	22,3%	43,6%	24,3%
7. Generalmente hago lo que recomienda mi médico/a en cuanto a las vacunas para mi salud	1,0%	2,0%	10,3%	47,5%	39,2%
8. Las vacunas nuevas tienen más riesgos que las vacunas más antiguas	13,1%	30,7%	40,0%	12,9%	3,3%
9. Me preocupan los graves efectos adversos de las vacunas	15,3%	33,6%	27,8%	18,0%	5,2%

Tabla 4. Vaccine Hesitancy Scale (VHS) por grupo poblacional

Variable	VHS puntaje total M (DE)	Falta de confianza M (DE)	Riesgos generales M (DE)
VHS puntaje total	2,12 (0,65)	1,60 (0,62)	2,63 (0,90)
Grupo etario			
Adolescentes	2,16 (0,69)	1,68 (0,65)	2,64 (0,95)
Personas adultas	2,12 (0,65)	1,60 (0,62)	2,63 (0,90)
Barrios vulnerables	2,46 (0,63)	1,92 (0,90)	3,00 (0,64)
Personal de salud	2,02 (0,60)	1,51 (0,55)	2,52 (0,87)
Personas con enfermedades crónicas	2,12 (0,63)	1,58 (0,61)	2,66 (0,90)
Personas gestando	2,12 (0,63)	1,56 (0,61)	2,67 (0,87)

Tabla 5. Ítems de las escalas de actitud negativa y positiva hacia las vacunas contra el COVID-19 y porcentajes totales

	Completamente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo
1. Las vacunas son eficaces para prevenir el COVID-19	2,5%	6,9%	17,4%	42,5%	30,6%
2. Las vacunas aprobadas para el COVID-19 son seguras	2,0%	3,6%	22,0%	44,9%	27,5%
3. Las vacunas son una necesidad para enfrentar al COVID-19	1,6%	1,2%	4,1%	31,4%	61,8%
4. Las vacunas son la mejor herramienta para controlar al COVID-19	1,6%	3,0%	11,0%	37,6%	46,8%

5. La aprobación de las vacunas para el COVID-19 depende más de otros intereses que de razones científicas/sanitarias	13,8%	27,9%	29,4%	19,4%	9,4%
6. Las vacunas para el COVID-19 son innecesarias si se siguen las medidas de prevención rigurosamente	46,2%	41,1%	7,0%	3,7%	2,1%
7. Me vacunaría contra el COVID-19 solo si mi médico me lo recomendará	24,2%	39,4%	19,8%	12,8%	3,8%
8. Me vacunaría contra el COVID-19 si más estudios mostraran que es seguro y eficaz	21,6%	30,9%	22,1%	17,1%	8,4%
9. Solo me vacunaría si fuese un requisito obligatorio para volver a trabajar, viajar, concurrir a espacios públicos, cines, teatros, etc.	44,5%	38,7%	9,0%	5,5%	2,3%

Tabla 6. Escalas de actitud hacia vacunas contra el COVID-19 por grupo poblacional

Variable	Actitud negativa M (DE)	Actitud positiva M (DE)
Puntajes totales	1,85 (0,75)	4,15 (0,75)
Grupo etario		
Adolescentes	1,89 (0,81)	4,11 (0,75)
Personas adultas	1,85 (0,75)	4,15 (0,75)
Barrios vulnerables	2,15 (0,73)	3,85 (0,73)
Personal de salud	1,79 (0,67)	4,21 (0,67)
Personas con enfermedades crónicas	1,82 (0,71)	4,18 (0,71)
Personas gestando	1,98 (0,75)	4,02 (0,75)