

# Cómo facilitar la aceptación y la adopción de la vacunación contra la COVID-19 en la UE/EEE

15 de octubre de 2021

## Mensajes clave

- Un programa de vacunación contra la COVID-19 tendrá éxito siempre y cuando parta de la comprensión y la respuesta adecuada a las creencias, preocupaciones y expectativas que las personas y las comunidades tengan sobre la vacuna y la enfermedad. Se puede utilizar el modelo de las «5 C» (Confianza, Constricciones, Complacencia, Criterio y Corresponsabilidad social) como marco de trabajo para entender estas preocupaciones y diseñar estrategias que faciliten la aceptación y la adopción de la vacunación contra la COVID-19.
- Partiendo del modelo de las 5 C y mediante el análisis de datos transversales a nivel poblacional, se pueden diagnosticar cuáles son los factores condicionantes de la baja aceptación y adopción de la vacunación. La Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud ha desarrollado una herramienta de estudio para comprender el comportamiento relacionado con la COVID-19 que puede utilizarse con este objetivo. La colaboración con la sociedad civil también puede posibilitar el uso de datos operativos, tanto cuantitativos como cualitativos, que puede ofrecer una mayor comprensión sobre las creencias, preocupaciones y expectativas de los individuos y las comunidades en materia de vacunación.
- En la actualidad, los esfuerzos de vacunación en muchos países se centran en llegar a los focos de personas no vacunadas de los grupos de mayor edad y de las poblaciones socialmente vulnerables, al tiempo que se facilita la adopción entre los grupos de menor edad (incluidos niños y adolescentes que pueden ser vacunados). Los profesionales de la salud tienen un papel crucial que desempeñar en este contexto. Es necesario comprender y abordar adecuadamente los retos específicos a los que se enfrenta cada uno de estos grupos a la hora de aceptar y acceder a la vacunación (o en el caso del personal sanitario, a la hora de facilitarla).
- En este documento se abordan algunos ejemplos de las medidas que se están aplicando en distintos países para aumentar la aceptación y la adopción de las vacunas, en función de los factores condicionantes identificados en un contexto determinado. Es posible que deban adaptarse a nivel infranacional o local, ya que no existe un enfoque único. Los factores condicionantes también pueden cambiar con el tiempo, lo que significa que puede ser necesario realizar análisis diagnósticos de manera periódica.
- Muchas de las intervenciones examinadas en este informe se centraron en la prestación de servicios accesibles, a menudo acompañados de estrategias de comunicación de riesgo. Algunos países también han optado por medidas basadas en incentivos y sanciones. Por otro lado, se identificaron menos

estrategias destinadas a fomentar la confianza en el sistema sanitario y a establecer contacto con las comunidades.

- La evaluación de la eficacia de una intervención para facilitar la aceptación y la adopción de la vacunación supone un reto metodológico. Aun así, se pueden realizar evaluaciones fiables de estas intervenciones, utilizando tanto datos cuantitativos como cualitativos, aunque los resultados aportados por las evaluaciones de los procesos serán generalmente más fáciles de interpretar que los de las evaluaciones de los efectos.

## Ámbito de aplicación y objeto

Este informe técnico ofrece distintos elementos para su consideración por parte de los países de la Unión Europea/Espacio Económico Europeo (UE/EEE) a la hora de diagnosticar las dificultades para la aceptación y adopción de la vacunación COVID-19, y de diseñar y aplicar intervenciones para aumentar su adopción. El informe utiliza el modelo de las «5 C» para organizar y explicar las diversas causas de la baja aceptación y adopción de la vacunación, y para clasificar las posibles intervenciones. Los conceptos clave incluidos en el modelo de las 5 C son Confianza, Constricciones, Complacencia, Criterio y Corresponsabilidad social. Además de tratar el tema de cómo facilitar la vacunación contra la COVID-19 en la población general mediante este modelo, también se han incluido en el informe grupos de población específicos, como los profesionales de la salud y los grupos socioeconómicamente vulnerables. Dado que los criterios de selección para la vacunación se han ampliado a los niños y adolescentes en muchos países, también se incluye a los padres como grupo.

El informe subraya la importancia de hacer un diagnóstico de los factores que conducen a una aceptación y una adopción de las vacunas no óptimas en una población determinada, para garantizar la aplicación de las intervenciones adecuadas en respuesta a ello. También ofrece ejemplos de intervenciones realizadas en la UE/EEE, que podrían adaptarse para ponerse en marcha en otros escenarios en los que se hayan identificado factores condicionantes similares de la baja aceptación de la vacunación. Por último, el informe analiza la importancia de evaluar las intervenciones llevadas a cabo con el objeto de aumentar la aceptación de la vacuna COVID-19, así como algunos de las dificultades inherentes a dichas evaluaciones. También se incluyen en el informe recursos para el diagnóstico, la aplicación y la evaluación que pueden ser de utilidad para los países de la UE/EEE.

## Público objetivo

Este documento está dirigido a las autoridades nacionales y regionales de salud pública, a los especialistas en comunicación de riesgos y a los responsables políticos de los países de la UE/EEE.

## Antecedentes

A fecha de 12 de octubre de 2021, más del 74% de todos los adultos de 18 años o más de la UE/EEE han recibido la pauta completa de vacunación contra la COVID-19 [2]. Se trata de un logro notable en el transcurso de unos pocos meses, pero deja a más de una cuarta parte de los adultos sin protección completa. Además, aunque la adopción general de la vacuna ha sido impresionante a nivel de la UE/EEE, la cobertura en toda la UE/EEE dista mucho de ser uniforme, ya que oscila entre el 23,5% de pauta de vacunación completa de Bulgaria y el 92% de Irlanda [2]. Las consecuencias de las bajas tasas de vacunación en algunos países se reflejan actualmente en la sobrecarga de sus sistemas sanitarios y en las altas tasas de mortalidad [3]. Además, existen focos con una cobertura relativamente baja entre determinadas poblaciones de algunos Estados miembros [4], lo que ha motivado la introducción de la vacunación obligatoria para determinados grupos profesionales en ciertos escenarios [5].

Estas diferencias en la cobertura de la vacunación contra la COVID-19 se deben a múltiples razones, entre las que se incluyen la dinámica de la oferta y la prestación de servicios en los sistemas sanitarios, así como las creencias, actitudes y comportamientos de las personas. Los problemas subyacentes pueden combinarse y crear condiciones en las que la adopción de la vacunación es menor de la que sería deseable. Algunos ejemplos son la desconfianza en el gobierno; la percepción del riesgo de la enfermedad; los acontecimientos históricos, como ciertos episodios alarmistas en relación con las vacunas; la conveniencia de la vacunación; la incertidumbre sobre la seguridad y la eficacia de las vacunas, y la evolución de las decisiones políticas relacionadas con la gestión de la pandemia.

La provisión de vacunas de forma equitativa y pertinente para toda la ciudadanía de la UE requiere, por tanto, algo más que garantizar el suministro de vacunas seguras, eficaces y accesibles. El éxito de un programa de vacunación solo puede basarse en la comprensión y la respuesta adecuada a las preocupaciones y expectativas de las personas y las comunidades en relación con la vacuna, junto con sus percepciones y preocupaciones sobre la propia COVID-19.

## El modelo de las 5 C

El modelo de las 5 C se basa en cinco condiciones que pueden afectar al comportamiento en relación a la vacunación de un individuo: confianza, constricciones, complacencia, criterio y corresponsabilidad social. Se basa y complementa otros modelos teóricos existentes sobre la reticencia y la aceptación de las vacunas [5-7] y relaciona estos modelos con las teorías de la conducta que pueden ayudar a explicar el comportamiento sanitario [8]. A continuación se describen brevemente los cinco conceptos que componen el modelo de las 5 C.

La **confianza** tiene un carácter multifacético. Incluye la confianza en la eficacia y seguridad de las vacunas y, además, está relacionada con la confianza en el sistema sanitario que proporciona la vacunación, incluida la

profesionalidad y la calidad del personal sanitario que la administra. Por último, se relaciona con la confianza en los responsables políticos, que se perciben como los encargados de tomar las decisiones generales sobre las vacunas y la vacunación [9].

Las **constricciones** a la adopción de las vacunas pueden ser la disponibilidad física, la asequibilidad y la predisposición a pagar, la accesibilidad geográfica, la capacidad de comprensión (lenguaje y cultura sanitaria) y el atractivo de los servicios de inmunización[9]. Esto implica que las limitaciones a la vacunación pueden ser tanto estructurales como psicológicas.

**La complacencia** está relacionada con la percepción del riesgo de la enfermedad por parte del individuo. Si una persona tiene una baja percepción del riesgo que supone una enfermedad que puede prevenirse con la vacunación, también puede tener un bajo deseo e intención de vacunarse [10,11]. Así, esta condición está relacionada con una enfermedad específica, aunque factores individuales como la edad, la salud y las responsabilidades también pueden afectar a los niveles de complacencia. La complacencia también se ve afectada por la percepción de autosuficiencia del individuo, o de su percepción de su capacidad para actuar con el fin de vacunarse.

El **criterio** se refiere a la situación en la que alguien busca información sobre una vacuna y/o sobre la enfermedad en cuestión, y luego realiza su propio análisis individual de riesgo-beneficio sobre la conveniencia de vacunarse o no. Las personas con altos niveles de búsqueda y análisis de información pueden tener más aversión al riesgo que las que no lo hacen, por lo que pueden ser menos propensas a vacunarse debido a la alta disponibilidad de fuentes antivacunas en Internet [12].

La **corresponsabilidad social** se refiere a la voluntad de las personas de proteger a otras vacunándose, como parte de un esfuerzo colectivo para lograr la inmunidad de grupo. Debería correlacionarse positivamente con el colectivismo (en contraposición al individualismo), el interés por lo social y la empatía, apuntando a una voluntad de vacunarse en beneficio de otras personas [9].

Estas cinco condiciones se combinan para crear un estado psicológico que puede llevar a un individuo a vacunarse o no. Sin embargo, es importante tener en cuenta que cada una de estas condiciones puede cambiar con el tiempo [13], lo que significa que una persona puede fluctuar en un espectro entre no querer vacunarse y querer hacerlo. Una serie de factores facilitadores y barreras a la vacunación pueden influir en cómo los individuos se mueven a través de este espectro. Estos factores pueden darse a nivel individual y comunitario (por ejemplo, las creencias en la promoción de la salud, o la experiencia de los sistemas de salud y de sus profesionales), en un contexto nacional o regional (por ejemplo, la percepción de los líderes, los acontecimientos históricos, los mensajes y la comunicación), o relacionado con la propia vacuna (por ejemplo, la percepción de los riesgos frente a los beneficios, la novedad de la vacuna, el calendario, el método de administración, etc.) [10].

## **Poblaciones objetivo claves para la vacunación de la COVID-19**

Es necesario realizar un esfuerzo constante en todos los países para vacunar a todas las personas que reúnan las condiciones necesarias. Sin embargo, en los países con una baja cobertura general de vacunación contra la COVID-19, sigue siendo prioritario vacunar a los adultos mayores y a los grupos con condiciones de riesgo. En los países en los que se ha logrado una buena cobertura de vacunación general, sigue habiendo grupos poblacionales en las que la cobertura sigue siendo inferior a la deseada. Hay que tener en cuenta que, aunque estos grupos clave puedan ser considerados como grupos homogéneos, son extremadamente heterogéneos, algo a considerar a la hora de diseñar estrategias para promover la aceptación y la adopción de las vacunas. A continuación se identifican dos de las poblaciones objetivo claves.

**Poblaciones socialmente vulnerables y de difícil acceso:** las personas de minorías étnicas marginadas, los migrantes indocumentados, las personas sin hogar y los discapacitados se enfrentan a una serie de dificultades para vacunarse contra la COVID-19. Los principales motivos de preocupación para estos grupos de población pueden ser la desconfianza general en las autoridades, las barreras lingüísticas, las dificultades para acceder físicamente a los centros de vacunación y el miedo a la estigmatización [14,15]. Además, estas comunidades suelen estar expuestas a un riesgo elevado de infección, debido a las condiciones de vida de hacinamiento y, en ocasiones, de precariedad, lo que significa que su necesidad de vacunación es especialmente alta. A pesar de este elevado riesgo, no se dispone de datos desagregados sobre la situación de los migrantes, las minorías étnicas, etc., lo que significa que los retos concretos a los que pueden enfrentarse estos grupos siguen siendo imperceptibles para los responsables políticos [16].

**Niños y adolescentes aptos para la vacunación, y padres.** Varios países de la UE/EEE han comenzado a suministrar las vacunas COVID-19 a los niños y adolescentes mayores de 12 años [2]. Aunque lo más frecuente es que solo experimenten una enfermedad leve, las personas de este grupo de edad siguen corriendo el riesgo de desarrollar algún tipo de patología posterior a la COVID-19, y también pueden actuar como reservorio del virus. Vacunarles contra la COVID-19 conlleva una serie de retos muy particulares, principalmente por el hecho de que,

al ser legalmente dependientes, es probable que sus padres o tutores participen en cualquier decisión relativa a su vacunación, especialmente en el caso de los grupos de edad más jóvenes [17]. Por lo tanto, las opiniones y las preocupaciones de los padres tienen un peso fundamental en cualquier esfuerzo que se realice para vacunar a los niños y adolescentes contra la COVID-19. Sin embargo, es esencial que también se tengan en cuenta los puntos de vista y las experiencias de los propios jóvenes, que se respete su autonomía y que se les incluya en los debates sobre la vacunación de una manera adecuada a su edad [18].

Aunque no sea un colectivo que se considere, en general, con bajas tasas de vacunación, los profesionales de la salud representan, sin embargo, un grupo prioritario adicional para la vacunación contra la COVID-19 en países de todo el mundo, incluyendo la UE/EEE. Esto se debe a los altos niveles de exposición a la COVID-19 y a otras enfermedades infecciosas a las que se enfrentan, y al hecho de que pueden contagiar el virus con bastante facilidad a pacientes o compañeros de trabajo. Además, la confianza que la gente tiene en los profesionales de la salud les otorga un papel clave a la hora de influir en la percepción que tienen sus pacientes tanto de una vacuna como de la enfermedad asociada. Por lo tanto, pueden tener un impacto significativo en la decisión de las personas de vacunarse [19-21]. Dado que se sabe que algunos profesionales de la salud tienen dudas y se cuestionan la vacunación contra la COVID-19, [22,23], es importante apoyarlos y capacitarlos para aceptar y recibir la vacunación contra la COVID-19. Esto tendrá un efecto protector directo sobre ellos mismos y sobre la posible transmisión en centros de asistencia sanitaria. También puede facilitar la decisión de sus pacientes de vacunarse, protegiendo así a la población en general [24].

## Diagnóstico de los factores condicionantes de la aceptación y la adopción de la vacunación

Aunque todos los países de la UE/EEE hacen un seguimiento de la cobertura de vacunación contra la COVID-19 en sus países, y algunos hacen un seguimiento sobre la confianza de la población en las vacunas COVID-19, no todos tratan de identificar las razones de una cobertura de vacunación inferior a la deseada en diferentes grupos de población. En consecuencia, las estrategias pueden estar enfocadas sobre una composición errónea de las condiciones de las «5 C», lo que podría socavar la eficacia de los esfuerzos realizados para facilitar la adopción de la vacunación, con el consiguiente malgasto de recursos financieros y pérdida de tiempo en una situación de emergencia. La heterogeneidad que existe en las intenciones y el comportamiento de vacunación, incluso dentro de un grupo poblacional definido en un país determinado, también significa que no puede haber un enfoque único que sirva para todo. Las estrategias deben estar dirigidas a cada grupo concreto en función de sus necesidades específicas.

Durante la pandemia, algunos países de la UE/EEE han recogido datos transversales a gran escala sobre la aceptación y el cumplimiento de las intervenciones no farmacéuticas de la COVID-19 por parte de la población, así como sus percepciones, intenciones y comportamientos frente a la vacunación. La herramienta más utilizada para recopilar estos datos a nivel de población en la UE/EEE ha sido la herramienta de análisis del comportamiento sobre la COVID-19 puesta a disposición por la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Esta herramienta se ha adaptado para su uso según el país con el fin de hacer un seguimiento del comportamiento y las actitudes hacia diferentes medidas y políticas preventivas [25-27]. Los temas cubiertos por esta herramienta de análisis de la OMS han evolucionado a medida que las condiciones han cambiado en el curso de la pandemia, y ahora incluyen preguntas sobre el comportamiento y las intenciones de vacunación. La OMS y UNICEF también han elaborado unas directrices provisionales para llevar a cabo investigaciones de diagnóstico cuantitativas y cualitativas sobre los factores de comportamiento y sociales que condicionan la aceptación y la adopción de la vacunación contra la COVID-19 [28], pero todavía no tienen validez formal.

Existen otros instrumentos publicados que evalúan los factores que condicionan la confianza y la aceptación de las vacunas. Se trata de instrumentos genéricos y no específicos de la pandemia COVID-19. Entre ellos se incluyen el Índice de Confianza en las Vacunas [29], la Escala de Aceptación de las Vacunas [30], y las Actitudes de los Padres sobre las Vacunas Infantiles [31]. Obsérvese que estos instrumentos tienden a centrarse principalmente en la confianza, y tienen menos en cuenta las otras cuatro «C» [9]. Por lo tanto, es posible que no sean tan eficaces como la herramienta de encuesta de la OMS a la hora de proporcionar un diagnóstico del comportamiento y las intenciones frente a la COVID-19 de las personas y, por lo tanto, ayudar a definir las intervenciones más adecuadas para facilitar la adopción de la vacunación. En cambio, la herramienta de análisis de la OMS ofrece un método accesible, fácilmente adaptable y, lo que es más importante, comparable, que puede desplegarse rápidamente para facilitar el diseño y la aplicación de estrategias que se basen en un análisis del comportamiento [32].



## Diagnóstico de los factores que afectan a la aceptación y adopción de la vacunación en Finlandia

El Instituto Finlandés de Salud y Bienestar (THL) utilizó en tres ocasiones una versión adaptada de la herramienta de análisis del comportamiento de la OMS: una en primavera de 2020, otra en otoño de 2020 y otra en primavera de 2021. En cada ocasión participaron unos 1 000 entrevistados, seleccionados para asegurarse de que eran representativos de la población adulta en Finlandia en términos de edad, sexo y lugar de residencia. Las preguntas sobre la intención de vacunación se incluyeron en las primeras encuestas [1], y sobre el comportamiento real frente a la vacunación en la última. Los resultados fueron bien acogidos por los responsables políticos y constituyeron una buena base para los esfuerzos de comunicación de riesgos realizados en el país y para la estrategia más amplia de control de la COVID-19.

Sin embargo, debido al coste de la realización de la encuesta de la OMS como actividad independiente, algunas de las preguntas relacionadas con la vacunación se incorporaron posteriormente a la encuesta nacional en curso y más general, Pulso Ciudadano, que realiza cada tres o cuatro semanas la Oficina del Primer Ministro de Finlandia. Esto redujo sustancialmente los costes e hizo que la encuesta fuera más sostenible, a la vez que permitió controlar los niveles de aceptación de las vacunas con mayor regularidad. Además, al comparar los resultados de estas dos herramientas de análisis, fue posible evaluar la fiabilidad y la validez de los datos recabados mediante la encuesta basada en la herramienta de la OMS. Sin embargo, hay que tener en cuenta que el rápido despliegue y las circunstancias cambiantes del programa de vacunación COVID-19 hicieron necesario adaptar algunas de las preguntas, lo que dificulta la comparación en el tiempo. Por ejemplo, una de las preguntas iniciales que planteaba «¿Se pondría la vacuna si estuviera disponible?» quedó obsoleta, lo que pone de manifiesto la necesidad de mantener identificadas las preguntas que son relevantes en el contexto del momento.

Uno de los resultados más relevantes de este trabajo de diagnóstico es que los datos han mostrado claramente cómo la baja confianza en las vacunas en Finlandia es solo uno de los varios factores que constriñen la aceptación: las otras condiciones del modelo de las 5 C también desempeñan un papel importante. Esto ha facilitado la elaboración de un mensaje más apropiado que, a su vez, ha orientado el debate público para que no se centre únicamente en la baja confianza en las vacunas, y para que se produzcan discusiones más informadas sobre otras cuestiones igualmente importantes (por ejemplo, cómo se organizan los servicios de vacunación y cuestiones relacionadas con la complacencia y la percepción del riesgo). También ha permitido mejorar la toma de decisiones estratégicas en relación al programa de inmunización, a la vez que se ha apoyado el programa a nivel municipal proporcionando información sobre los factores que afectan al comportamiento de la población frente a la vacunación.

La investigación cualitativa debe considerarse siempre como un componente importante de cualquier análisis de diagnóstico exhaustivo sobre las intenciones y el comportamiento frente a la vacunación. Este tipo de investigación puede proporcionar información sobre matices potencialmente importantes, al tiempo que responde a las preguntas sobre el «cómo» y el «por qué», que no pueden dilucidarse con las encuestas habituales [33]. Además del componente cualitativo de la herramienta de la OMS/UNICEF mencionada anteriormente [28], se ha utilizado, en siete países y con profesionales de la salud, una herramienta de investigación cualitativa desarrollada por la Oficina Regional para Europa de la OMS. Esta herramienta explora los factores condicionantes positivos y negativos de la vacunación contra la COVID-19 en los profesionales de la salud, y el trabajo que realizan recomendando la vacunación a los pacientes. Esta herramienta permite abordar rápidamente el análisis de datos, de modo que las conclusiones obtenidas puedan utilizarse en intervenciones adaptadas a los grupos diana en el momento oportuno. Además, se ha seguido desarrollando para utilizarla con otros grupos diana de la vacunación contra la COVID-19. Esta herramienta se publicará en breve y para acceder a ella y recibir soporte se puede contactar con los desarrolladores escribiendo a [euvaccine@who.int](mailto:euvaccine@who.int).

Es probable que la mayoría de los países de la UE/EEE tengan la capacidad de llevar a cabo este tipo de investigación diagnóstica, ya sea cuantitativa o cualitativa, aun cuando es posible que no se disponga de esta capacidad actualmente en los institutos nacionales de salud pública u otros organismos estatales. Los científicos sociales de las universidades suelen tener los conocimientos técnicos necesarios para llevar a cabo este tipo de trabajo, al igual que algunas organizaciones de la sociedad civil, que también pueden aprovechar de manera más eficiente sus datos operativos así como la información proporcionada por los beneficiarios de los servicios. Cuando los recursos son limitados en el sector público, puede resultar de interés para los Estados miembros determinar e identificar a los expertos nacionales, y luego hacer uso de ellos contratando la investigación. Además de proporcionar datos de diagnóstico pertinentes sobre el comportamiento y las intenciones de vacunación contra la COVID-19, esta estrategia ayudaría a crear en el país una comunidad de práctica de ciencias sociales y del comportamiento que también podría aprovecharse para investigar otras cuestiones sanitarias en el futuro. Un ejemplo de este tipo de colaboración puede verse en Dinamarca, donde el estudio de diagnóstico del país ha sido realizado por la Universidad de Copenhague [27].

## **Estrategias para aumentar la aceptación y la adopción de la vacuna COVID-19**

En este apartado se presentan distintas estrategias aplicadas en diferentes países de la UE/EEE, dirigidas a cada una de las 5 C. Aunque las estrategias presentadas se han clasificado dentro de una «C» específica, muchas estrategias se enfocan en realidad a dos o más «C» simultáneamente. Por ejemplo, un enfoque basado en las comunidades que se centre en aumentar la confianza en el programa de vacunación también puede tratar de abordar las limitaciones de accesibilidad. Debido a este solapamiento, puede ser útil que los usuarios de este documento revisen todas las intervenciones descritas cuando busquen identificar posibles estrategias para poblaciones concretas. Hay que tener en cuenta también que las estrategias presentadas deben considerarse como una inspiración que puede adaptarse a diferentes escenarios, más que como un enfoque prescriptivo que deba seguirse rigurosamente.

Las estrategias que aquí se presentan fueron identificadas a través de una revisión del alcance que incluye una variedad de materiales y fuentes, y fueron seleccionadas para mostrar la diversidad de las poblaciones consideradas y las regiones geográficas representadas. La inclusión de una determinada estrategia en un país concreto no debe considerarse una indicación de que es «mejor» que otra aplicada en otro país. Del mismo modo, la exclusión de una estrategia concreta en un determinado país no implica en absoluto que sea «menos apropiada» que otra que se haya incluido. Además, aunque los países han adoptado indefectiblemente enfoques muy variados para facilitar la aceptación y la adopción de la vacunación contra la COVID-19, incluimos aquí ejemplos específicos de iniciativas, campañas o herramientas destinadas a destacar cómo se ha abordado una «C» concreta, ya sea para la población general o para un grupo poblacional. Estos ejemplos ofrecen una panorámica de algunos elementos de las iniciativas más globales que se están aplicando a nivel nacional.

**Confianza:** Estas estrategias tienen el objetivo de generar confianza: confianza en el sistema sanitario que proporciona la vacuna, confianza en los responsables políticos que deciden sobre la vacuna y confianza en la seguridad y eficacia de la propia vacuna [9].

Estado miembro	¿Quién es el objetivo?	Obstáculo tratado	Ejemplo de intervención
Bélgica	Comunidades vulnerables y población en general	Confianza en el sistema sanitario	Se trataba de un programa piloto en el que participaban profesionales de la salud de la comunidad a los que se les había encomendado la tarea de hacer que la población conociese mejor el sistema sanitario y aumentar su confianza en él, con el fin de incrementar la adopción de la vacunación contra la COVID-19 en poblaciones socialmente vulnerables de Flandes [34]. Se realizó un ejercicio de mapeo comunitario en cada zona de atención primaria de la región, durante el cual se identificaron profesionales de la salud de confianza en cada comunidad. El equipo trabajó con estos miembros de confianza de la comunidad, así como con otras asociaciones de atención primaria, de asistencia social y de pacientes para diseñar y aplicar una estrategia de vacunación [35]. Los propios miembros de las comunidades informaron a sus compañeros sobre la vacuna COVID-19, los pusieron en contacto con los servicios de vacunación y los acompañaron en su primera vacunación, además de realizar actividades de seguimiento tras la vacunación [35,36]. Estos equipos formados y dirigidos por miembros de la comunidad están conectados al cuadro de datos regional sobre cobertura, y también tienen acceso a los datos agregados y anónimos enviados por los médicos de cabecera de la región sobre las comorbilidades. Con esta información, pueden dirigirse a zonas con baja cobertura de vacunación y alto riesgo [35].
Irlanda	Jóvenes	Confianza en la seguridad de las vacunas y en el sistema sanitario	SciComm es una iniciativa que utiliza una red de comunicadores científicos para crear vías de diálogo y responder a las preguntas e inquietudes de los jóvenes, con el objetivo de fomentar la confianza y aumentar así la aceptación de las vacunas en los jóvenes [37]. La red fue creada por el Ministerio de Sanidad irlandés, mediante el envío de una solicitud a los estudiantes graduados que trabajan en el ámbito de las ciencias de la salud y la comunicación científica [37]. El objetivo era llegar a los jóvenes en las comunidades en línea en las que ya son activos, e involucrarlos en un asunto del que se han sentido excluidos [37,38]. La red de comunicadores científicos se reúne cada dos meses con funcionarios del Ministerio de Sanidad para responder a sus preguntas, y luego define mensajes semanales basados en las preocupaciones señaladas por los jóvenes (identificadas por el Ministerio de Sanidad a través de grupos de discusión y cuestionarios [38]), así como en los avances científicos actuales. La red publica activamente contenidos e interactúa en las redes sociales (Facebook, Instagram, Tik Tok), manteniendo contacto con los jóvenes de todo el país, compartiendo experiencias, respondiendo a preguntas y respondiendo a la información errónea/desinformación sobre la vacunación contra la COVID-19 [39].
Países Bajos	Profesionales sanitarios	Confianza en la seguridad de las vacunas	El Instituto Nacional Holandés de Salud Pública y Medio Ambiente (RIVM) ha creado un módulo de aprendizaje electrónico que se pone públicamente a disposición de los profesionales de la salud en los Países Bajos [40]. Ofrece formación sobre el desarrollo de las vacunas e información sobre su seguridad y eficacia. También proporciona diálogos y guiones sobre cómo hablar sobre la vacunación contra la COVID-19 con los pacientes [41]. El módulo está actualmente en proceso de validación para su acreditación.
Reino Unido (país no)	Población general	Confianza en la	Las universidades de Nottingham, Southampton y el Kings College de Londres se han asociado con el Instituto Nacional



perteneciente a la UE/EEE)		seguridad y la eficacia de las vacunas	de Investigación Sanitaria para crear un <i>chatbot</i> que trate y establezca un diálogo con los individuos interesados sobre sus preocupaciones acerca de la vacunación contra la COVID-19 [42,43]. El <i>chatbot</i> hace varias preguntas iniciales sobre las preocupaciones de la persona y, basándose en las respuestas, presenta pruebas científicas sin emitir juicios de valor [44]. Mientras este <i>chatbot</i> responde a las inquietudes sobre la vacunación recurriendo a respuestas preprogramadas, la Universidad Johns Hopkins e IBM han lanzado un <i>chatbot</i> similar que interactúa con los usuarios mediante inteligencia artificial. Este <i>chatbot</i> es más flexible, ya que permite a los usuarios escribir un texto libre, y ofrece respuestas a las preocupaciones que suscitan las vacunas [45].
----------------------------	--	--	---

**Constricciones:** las estrategias dirigidas a las constricciones se centran generalmente en aumentar la accesibilidad, la capacidad de las personas para comprender la información (cultura sanitaria y barreras del idioma), el atractivo de los servicios de inmunización y la eliminación de los obstáculos percibidos o reales en relación a la asequibilidad.

Estado miembro	¿Quién es el objetivo?	Obstáculo tratado	Ejemplo de intervención
Noruega	Minorías lingüísticas	Dificultades para comprender la información sobre la vacunación	La información sobre la vacunación se ha traducido y está disponible en más de 45 idiomas, y se utiliza en los esfuerzos que se realizan por llegar a las poblaciones vulnerables [46,47]. En Oslo, los «embajadores» de habla somalí de las comunidades, identificados por los profesionales de la salud en colaboración con las propias comunidades, han estado compartiendo información sobre la COVID-19 en lengua somalí [48]. Este trabajo se ha realizado en colaboración con organizaciones de la sociedad civil, el mundo académico y el Instituto Noruego de Salud Pública.
Italia	Migrantes	Atractivo de los servicios	En algunas regiones, los requisitos de registro se han modificado para que las personas que se vacunen no necesiten un número de la seguridad social. Por otro lado, se garantiza que los datos personales no se compartirán con autoridades no sanitarias (por ejemplo, policía o inmigración) [49]. En otras regiones, por ejemplo en la Toscana, se han utilizado puntos de vacunación para las personas que no tienen tarjeta sanitaria como forma de facilitar el acceso de los inmigrantes indocumentados [50]. En la región de Sicilia, las autoridades sanitarias nacionales se han asociado con organizaciones de la sociedad civil para la vacunación de los inmigrantes, y están utilizando mediadores culturales para informar sobre los servicios de vacunación [51].
Alemania	Población general	Accesibilidad física	Las autoridades pusieron en marcha una «Semana de la Vacunación» a nivel nacional en septiembre que coincidió con el final de las vacaciones de verano y la vuelta al colegio. La intervención «Semana de la Vacunación», que utilizó el hashtag «#HierWirdGeimpft» («se vacuna aquí»), se centró en facilitar la vacunación en zonas de acceso frecuente (por ejemplo, lugares de culto, clubes juveniles, clubes deportivos, mercados) para facilitar el acceso oportunista a la vacuna, y así aumentar la cobertura antes del otoño [52].
Chequia	Población general	Accesibilidad física	Los municipios provinciales tienen equipos móviles desplegados para llegar a las personas con movilidad limitada, así como en las comunidades que tienen dificultades para llegar a los centros de vacunación. Los médicos de cabecera de las zonas de baja cobertura

Estado miembro	¿Quién es el objetivo?	Obstáculo tratado	Ejemplo de intervención
			también han colaborado en los intentos de vacunar a sus pacientes ofreciendo una mayor accesibilidad [47].
España	Jóvenes y estudiantes	Dificultades de accesibilidad y limitaciones de tiempo para los jóvenes que pueden tener más movilidad debido a los estudios.	<i>Vacunabuses</i> es una colaboración entre la autoridad sanitaria de la Comunidad de Madrid y la Cruz Roja Española. La intervención consiste en 18 equipos móviles que trabajan en institutos de enseñanza superior públicos y privados [53,54], abiertos para la vacunación sin cita previa hasta el final del primer mes de clases. El objetivo es aumentar la cobertura en poblaciones con baja cobertura y no depender de la vacunación en los centros de los lugares de residencia principal de los estudiantes [55].

**Complacencia:** la complacencia está relacionada con una percepción de bajo riesgo frente a la enfermedad, que puede desmotivar a un individuo a la hora de vacunarse [56]. Por ejemplo, al principio de la pandemia, se entendía que los jóvenes y los niños tenía muy bajo riesgo de contraer la COVID-19 en comparación con los adultos mayores. Por tanto, puede que las estrategias que tengan que abordar la complacencia tengan que centrarse en explicar el riesgo de COVID-19 para los jóvenes y mejorar su conocimiento de la importancia subyacente de la vacunación en general.

Estado miembro	¿Quién es el objetivo?	Obstáculo tratado	Ejemplo de intervención
Alemania	Población general	Comprensión del riesgo-beneficio de la enfermedad COVID-19 y la vacunación.	El Instituto Robert Koch publica una serie de preguntas y respuestas semanales en función de las preguntas y preocupaciones identificadas en una encuesta realizada periódicamente sobre la COVID-19 (COVIMO) [26,57]. Las preguntas y respuestas utilizan se centran en la comunicación de riesgo, haciendo hincapié en los riesgos de la COVID-19 y los beneficios de la vacuna. También incluye preguntas orientadas hacia grupos vulnerables particulares (por ejemplo, mujeres embarazadas) o grupos de interés (por ejemplo, niños). Las respuestas contienen enlaces a información adicional.
Países Bajos	Padres, niños y jóvenes	Percepción del riesgo en niños y jóvenes a la COVID-19, riesgo y seguridad de la vacunación.	Se llevó a cabo un estudio para investigar los factores que contribuyen a las dudas sobre la vacuna COVID-19 en padres y niños [58]. A partir de los resultados del estudio, se realizó una entrevista en línea con un pediatra que preside la Asociación Holandesa de Pediatría y que participa en el Equipo de Gestión de Brotes del país. Abordó las preguntas sobre el riesgo de la COVID-19 y los beneficios de la vacunación [59]. También se han establecido colaboraciones entre los centros educativos, las asociaciones de enseñanza y los institutos de salud para informar sobre el riesgo de la COVID-19 en jóvenes y en niños, y los beneficios de la vacunación [47].
Polonia	Población general	Percepción del riesgo de la COVID-19	El Fondo Nacional de Salud creó un equipo para llamar a las personas que aún no han sido vacunadas, identificadas a través de los registros médicos. Se pregunta a las personas por qué no se han vacunado, y se les hace participar en un debate, centrado en los riesgos frente a los beneficios de la vacunación. Se trata de convencerlos de que la vacunación es beneficiosa para ellos, y entonces son capaces de ofrecerse y aceptar la inscripción para la vacunación [47].

**Criterio:** El criterio en el modelo 5 C se refiere al análisis de un individuo de su percepción riesgo-beneficio de la vacunación [9]. Las estrategias que abordan esta condición pueden tener como objetivo por tanto proporcionar información precisa en respuesta a fuentes críticas con la vacuna, incluyendo la información errónea y la desinformación, y hacer hincapié en la justificación y la importancia de la vacunación.

Estado miembro	¿Quién es el objetivo?	Obstáculo tratado	Ejemplo de intervención
Austria	Población general	Acceso a información precisa, refutando la información errónea	Se ha creado un sitio web que proporciona información actualizada sobre la estrategia de vacunación. Incluye enlaces sobre dónde y cómo vacunarse, con información general sobre la COVID-19 y la vacunación. El formato incluye vídeos cortos, entrevistas con personal sanitario (como fuente fiable), una serie llamada «Science Busters», y una serie llamada «Consultation Hour», en la que se entrevista a expertos y se aborda el tema de la vacunación [60]. Todos estos contenidos se adaptan a las preocupaciones particulares identificadas en diferentes comunidades. [47]. Estos recursos están disponibles tanto en el sitio web como en YouTube. En otra página se listan todos los médicos que participan en la iniciativa «Austria Vaccinates» y con los que se puede contactar para hacerles preguntas [61]. En otra página web se ofrece información regional sobre cómo localizar los servicios de vacunación.
España	Población general	Campañas en los medios de comunicación	En España se han lanzado varias campañas en los medios de comunicación para difundir información sobre los beneficios de la vacunación contra la COVID-19, y en ellas también se han abordado las preocupaciones más comunes. Una de estas campañas se centró en explicar la seguridad de las vacunas a través de defensores de la vacuna que trabajan en la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) [62] para instruir o hablar con personas que podrían no haberse vacunado debido a la información que circulaba sobre el hecho de que las vacunas COVID-19 se habían desarrollado demasiado rápido. Otra campaña, #yomevacunaseguro, presenta alegatos personales de jóvenes, adultos mayores y científicos sobre por qué es importante vacunarse [63].
Países Bajos	Población general	Desmentir la información errónea y la información errónea	El Instituto Nacional de Salud Pública y Medio Ambiente ha dedicado parte de su presupuesto al análisis de <i>big data</i> para identificar las preguntas más buscadas relacionadas con la vacunación y las vacunas, así como para analizar el contenido de los sitios web más relevantes sobre las vacunas. Utilizan estos análisis para producir información accesible y fácil de entender, destinada a contrarrestar las informaciones erróneas más comunes publicadas en línea. El equipo de vigilancia también responde directamente a la información errónea sobre la vacunación en línea, en función de su fuente y alcance. Por último, cuentan con un grupo de reflexión sobre la información errónea, coordinado por el Ministerio de Sanidad, en el que distintos expertos se ofrecen voluntariamente para desmentir la información errónea sobre las vacunas utilizando sus propias cuentas personales en las redes sociales [64].

**Corresponsabilidad social:** las estrategias dirigidas a la corresponsabilidad social podrían consistir en campañas de comunicación sobre la vacunación contra la COVID-19 que aborden los factores psicosociales asociados a la intención de vacunarse, como la creencia de que la vacunación personal protegerá a los demás (promoviendo así un sentido del deber moral), y que la vacunación es la clave para que la sociedad vuelva a la normalidad [65].

Comunicar el beneficio social de la vacunación puede conducir a un aumento de la intención de vacunarse. Sin embargo, las investigaciones sobre este tema destacan varios factores que pueden influir en la eficacia de estos mensajes: los contextos culturales y sociales (en algunas sociedades la vacunación ya se percibe como una responsabilidad colectiva); los valores prosociales de los receptores del mensaje; los formatos y canales de comunicación utilizados (por ejemplo, mostrar cómo se consigue la protección de una comunidad a través de una simulación interactiva puede ser más eficaz que limitarse a utilizar un texto breve) y el nivel de indecisión de los individuos [66]. En cuanto al último punto, es menos probable que las personas muy reticentes vean el beneficio colectivo de la vacunación, por lo que puede ser más eficaz destacar el beneficio personal en el caso de estas personas [67].

Estado miembro	¿Quién es el objetivo?	Obstáculo tratado	Ejemplo de intervención
Suecia	Población general	Mensajes que incluyen un llamamiento a la responsabilidad colectiva.	Al comienzo de la distribución de vacunas, la campaña de información de la autoridad sanitaria sueca, junto con otras organizaciones, incluyó mensajes basados en el principio de «Protégete a ti mismo y a los demás» en diversos medios de comunicación. La información también se tradujo a varios idiomas [68]. Otra campaña, con vídeos y carteles traducidos a varios idiomas, contenía el mensaje «Juntos hacia tiempos mejores» (por ejemplo, la alegría de reencontrarse con los amigos y la familia). Los materiales también incluían vídeos cortos con expertos en vacunación que explicaban la importancia de la vacunación como medio para controlar la propagación de la enfermedad, volver a la vida normal y acabar con la pandemia [69]. Cabe señalar que la corresponsabilidad social no fue la estrategia principal adoptada por las autoridades suecas, pero algunos elementos de la estrategia incluyeron esta «C» como eje.

## Estrategias adicionales para aumentar la aceptación de la vacuna

En algunos países, cuando otros tipos de intervenciones se han considerado insuficientes para lograr una elevada cobertura de vacunación, se han puesto en marcha medidas basadas en incentivos, exigencia de certificados y decretos de obligatoriedad. Sin embargo, es importante señalar que, aunque estas iniciativas pueden resultar eficaces para incitar a las personas indecisas o contrarias a la vacunación, lo que pretenden es modificar el comportamiento, más que cambiar la forma de pensar y sentir de las personas sobre la vacunación. Además, los incentivos o las sanciones pueden reducir las posibilidades de retrasar la vacunación al exigirla para que una persona consiga algo que quiere (por ejemplo, el acceso a la educación, el empleo, el ocio o los viajes) [70].

Sobre la base de este principio, y partiendo del reconocimiento de la lección aprendida de la pandemia de la COVID-19 de que puede haber componentes adicionales que ayuden a asegurar la vacunación de una población, se ha propuesto recientemente el «cumplimiento» como elemento adicional para el modelo de las 5 C [71]. El «cumplimiento» se refiere a las políticas de vacunación que van más allá de abordar los sentimientos de responsabilidad colectiva de las personas y se centran, en cambio, en el control social y la sanción de quienes no se vacunan. Se necesitarán más investigaciones para evaluar cómo han contribuido estas iniciativas a la adopción de la vacuna durante la pandemia de la COVID-19.

**Incentivos:** las investigaciones sobre la conducta realizadas en el pasado sugieren que, aunque los incentivos pueden reafirmar la importancia de la vacunación, también pueden poner de manifiesto que algunas personas deciden no vacunarse, lo que a su vez transmite el mensaje de que la vacunación no es un comportamiento estándar. Además, una recapitulación de estudios realizados sobre las estrategias de incentivos indica una divergencia en las recomendaciones, ya que algunos estudios afirman que el enfoque es eficaz, mientras que otros sostienen que las evidencias de eficacia no son concluyentes. Sin embargo, esto puede deberse a la heterogeneidad de las intervenciones y a la calidad de los estudios, así como al hecho de que puede ser difícil determinar los efectos de los incentivos cuando éstos se combinan con otras estrategias [70].

La investigación realizada durante la fase de introducción de la vacunación COVID-19 cuestionó la idea inicial de que los incentivos monetarios podrían fomentar la predisposición a vacunarse. Esta investigación advirtió que,

inicialmente, cuando una nueva vacuna esté disponible, el enfoque de las campañas debe ser el de aumentar la confianza, especialmente en lo que respecta a la seguridad de las vacunas. Una vez que las dudas respecto a la seguridad estén reducidas al mínimo, los incentivos monetarios podrían impulsar aún más la adopción de la vacuna, pero es necesario investigar más sobre este tema [72]. Un amplio ensayo controlado aleatorio realizado en Suecia de mayo a julio de 2021 demostró que incluso un pequeño incentivo económico puede aumentar las tasas de vacunación contra la COVID-19 (en 4,2 puntos porcentuales a partir de una tasa de referencia del 71,6%), independientemente del origen sociodemográfico de los participantes. Este estudio también puso de manifiesto otras cuestiones que hay que tener en cuenta: los aspectos éticos, las posibles variaciones del efecto en función de las tasas de vacunación de un país, quién da el incentivo (en este estudio fue el equipo investigador) y el riesgo potencial de que los incentivos socaven la voluntad de las personas de vacunarse en el futuro (por ejemplo, recibir vacunas de refuerzo) sin que se les pague [73]. Otros estudios destacan el hecho de que los incentivos económicos para «vacunarse» pueden parecer atractivos cuando van dirigidos a grupos con tasas de vacunación persistentemente bajas, produciendo posiblemente un aumento a corto plazo de la vacunación, pero no son la panacea. Seguirán siendo necesarias estrategias más globales y complementarias, como la identificación de las fuentes de resistencia, la eliminación de los obstáculos al acceso y la adopción, y la comunicación transparente para generar confianza en el público [74]. Los incentivos para grupos específicos, como los profesionales de la salud, deben planificarse y desarrollarse en colaboración con los representantes de esos grupos [24].

**Exigencia de certificados:** varios países de la UE/EEE han establecido la obligación de aportar la prueba de estar vacunado, mediante un certificado, certificado verde o pase sanitario, que también puede incluir la prueba de recuperación de la COVID-19 y la prueba de tener un resultado negativo en un test de diagnóstico. Las personas están obligadas a tener estos certificados para acceder a determinados eventos, realizar actividades recreativas, culturales o profesionales específicas, viajar o acceder a sus centros de trabajo. A efectos de este informe, separamos este tipo de exigencia de certificado de los «decretos de obligatoriedad» que se analizan a continuación, aunque en la literatura los términos pueden utilizarse indistintamente. Además, al centrarse no solo en la prueba de la vacunación, sino también en la prueba de la recuperación o en un resultado negativo de la prueba, estos certificados no están «obligando» específicamente a la vacunación. El Certificado COVID Digital de la UE es un ejemplo de requisito que, en este caso, pretende facilitar la libre circulación en la UE [75].

Los investigadores advierten que el impacto de las «propuestas de pasaporte» sobre las intenciones de vacunación puede variar en función de lo que cubran estos certificados (vacunación, prueba reciente, anticuerpos), del tipo de actividades a las que se apliquen (viajes internacionales, acceso a locales, empleo) y del momento en que se introduzcan (inmediatamente o después de que se haya ofrecido la vacunación a todo el mundo). Esto, a su vez, repercutirá en la percepción que los ciudadanos tienen de los certificados en cuanto a legitimidad, equidad y sensación de obligatoriedad [76]. Los investigadores indican que los «pasaportes de vacunación» pueden hacer que quienes ya tienen intención de vacunarse se muestren aún más positivos al respecto, pero pueden tener el efecto contrario en quienes tienen dudas sobre la vacuna. La exigencia de certificados ha provocado la oposición de algunos actores políticos y económicos, como pasó en Inglaterra cuando el gobierno dio marcha atrás en su plan de introducir un «pasaporte de vacunación» para quienes desearan acceder a clubes nocturnos y eventos multitudinarios, entre críticas por los problemas de aplicación y los costes [77]. Un estudio realizado en el Reino Unido e Israel concluyó que los pasaportes de vacunación nacionales pueden tener un efecto perjudicial sobre la autonomía, la motivación y la voluntad de las personas de vacunarse, y que en su lugar debería favorecerse la comunicación de mensajes sobre la autonomía y la interacción social, en lugar de la presión y el control [78]. Basándose en un estudio realizado en el Reino Unido, los investigadores señalan el posible efecto polarizador de los pasaportes de vacunación. Incluso si existe un apoyo generalizado en un país, puede haber grandes variaciones en el atractivo que puedan tener los pasaportes de vacunación según el grupo de población específico (por ejemplo, jóvenes, minorías étnicas, etc.), y esto puede suponer el riesgo de fomentar la no vacunación en poblaciones específicas y grupos geográficos [76]. Será necesario investigar más sobre las posibles consecuencias no deseadas de estos «pasaportes de vacunación».

**Requisitos sobre la vacunación/decretos de obligatoriedad.** Aunque los decretos de obligatoriedad pueden ser muy eficaces, los investigadores advierten que otras estrategias pueden ser suficientes o más aconsejables, dependiendo de las razones de la no vacunación. Sin embargo, en algunos grupos específicos, como los profesionales de la salud, se ha demostrado que la obligatoriedad aumenta la cobertura de las vacunas [70]. Los decretos de obligatoriedad señalan el apoyo político a la inmunización y, por tanto, pueden aumentar los recursos dedicados a la infraestructura de vacunación. Sin embargo, también pueden ser contraproducentes en cualquier población que no apoye ampliamente la vacunación [79]. Basándose en experiencias pasadas con decretos de vacunación obligatoria (por ejemplo, en EE.UU.) y en los retos que supuso la introducción de las nuevas vacunas COVID-19, los investigadores señalaron antes de la puesta en marcha de la vacunación que los decretos de obligatoriedad limitados, con apoyo social y en contextos específicos, podrían formar parte de un paquete global de intervenciones [79]. Sin embargo, los decretos de vacunación obligatoria requieren un marco legal que permita a las autoridades restringir las libertades personales por razones de salud pública, y aprobaciones a nivel político. Como tales, también pueden ser impugnadas en los tribunales, generar debates sobre la libertad personal y, aunque podrían animar a algunas de las personas reticentes a vacunarse, también pueden alimentar la resistencia

[80,81]. También es necesario ponderar cuidadosamente las consideraciones éticas en relación con los decretos de obligatoriedad, como destaca la OMS [82].

Algunos países de la UE/EEE han promulgado decretos de vacunación obligatoria contra la COVID-19, otros países están contemplando esta estrategia, mientras que otros favorecen un enfoque voluntario de la vacunación [47,83]. Varios países de la UE/EEE han implantado en el pasado decretos de vacunación obligatoria para vacunas y grupos de población específicos, en particular los niños pequeños [84], con el fin de hacer frente a la bajada en la tasa de vacunación, a las dudas sobre las vacunas y a los brotes recurrentes, en particular de sarampión. Por ejemplo, en 2017, Italia introdujo una ley que ampliaba una lista de vacunas obligatorias para los bebés de cuatro a diez vacunas (por ejemplo, polio, difteria, hepatitis B, sarampión, paperas, rubeola, varicela, etc.). La vacunación es obligatoria para que un niño pueda acceder a las escuelas, y su incumplimiento conlleva multas económicas. Un informe sobre esta política puso de manifiesto que la cobertura de vacunación había aumentado para todas las vacunas, aunque los autores reconocieron que las dudas sobre las vacunas seguían siendo un problema y que el debate político y social sobre la vacunación obligatoria seguía vigente [85].



### Ejemplos de incentivos, certificados y decretos de obligatoriedad

Estado miembro	Quién	Obstáculo tratado	Descripción de la estrategia
Polonia	Población general/ municipios	Incentivos para aumentar la adopción de las vacunas	En julio de 2021 se puso en marcha un sorteo con premios en especie y en metálico para quienes se vacunaran [86]. Los municipios también compitieron para lograr las mayores tasas de vacunación. Los 500 primeros municipios que consiguieran vacunar al 75% de su población recibirían premios en metálico, y los 49 municipios que alcanzaran la mayor tasa de vacunación en su propia región también recibirían un premio en metálico [87].
Bélgica – Región de Bruselas capital	Población general y grupos poblacionales específicos	Requisitos/certificados para aumentar la aceptación	En Bélgica se introdujo en agosto un Covid Safe Ticket (CST) para acceder a acontecimientos que contarán con más de 5.000 personas. Debido a que las tasas de vacunación en la región de Bruselas capital son más bajas que las de otras regiones del país, se ha previsto ampliar este ticket en Bruselas hasta otoño a fin de incluir el acceso a lugares como restaurantes, bares, gimnasios, eventos en los que participen más de 50 personas en el interior, y hospitales o residencias de ancianos. La duración de esta medida dependerá de la situación epidemiológica. El ticket certifica si la persona está totalmente vacunada, tiene una prueba COVID-19 negativa o tiene un certificado de recuperación. Se solicitará a toda persona mayor de 16 años, pero también a partir de los de 12 años en el caso de hospitales y residencias de ancianos [88,89].
Italia	Agrupaciones profesionales (asistencia sanitaria)	Decretos de obligatoriedad	El 1 de abril de 2021, Italia aprobó un decreto por el que la vacunación pasaba a ser obligatoria para los profesionales de la salud. A pesar de haber optado inicialmente por las recomendaciones, el Estado italiano adoptó el sistema obligatorio para lograr el mayor grado posible de vacunación entre los profesionales de la salud, con el fin de garantizar la seguridad del tratamiento y la protección de la salud de los pacientes [90]. Fue el primer país de Europa en hacerlo para las vacunas COVID-19. El decreto de obligatoriedad se aplica a los profesionales de la salud que ejercen su actividad en centros sanitarios, sociales o asistenciales, públicos o privados, y en farmacias, parafarmacias y consultas profesionales. Los que se nieguen a vacunarse serán trasladados a tareas que no supongan un riesgo de propagación del virus, o serán suspendidos sin sueldo durante un año como máximo. El decreto también protege a los médicos que administran las vacunas de cualquier responsabilidad penal, siempre que la inyección se haya realizado de acuerdo con las instrucciones del Ministerio de Sanidad [91].

## Evaluación de los programas destinados a aumentar la aceptación y la adopción de la vacuna COVID-19

Cualquier intervención de salud pública debería, si es posible, ser evaluada [92]. Idealmente, las evaluaciones se llevarán a cabo para determinar si una intervención se ha aplicado de manera aceptable, su eficacia (incluyendo, cuando sea pertinente, diferentes grupos poblacionales) y también si puede haber tenido algún impacto imprevisto o negativo [92]. Además, se necesitarían evaluaciones para determinar si el dinero público se está invirtiendo de forma rentable [93], lo que es especialmente importante en una situación de crisis, cuando los recursos deben ser cuidadosamente dirigidos hacia los objetivos.

Sin embargo, la realización de evaluaciones de intervenciones conductuales puede ser un reto metodológico, ya que es difícil establecer la causalidad entre una intervención que, por ejemplo, tiene como objetivo aumentar la

adopción de la vacuna COVID-19, y la adopción real por parte de la ciudadanía. Esto se debe a que muchos otros factores no relacionados pueden tener también un efecto sobre las tasas de vacunación, y no es fácil desentrañar qué factores han tenido un impacto real. La herramienta epidemiológica de referencia para determinar la eficacia de las intervenciones, el ensayo controlado aleatorio, es compleja desde el punto de vista logístico y exigente desde el punto de vista metodológico, por lo que es poco probable que sea viable para evaluar la mayoría de las intervenciones destinadas a facilitar la aceptación y adopción de la vacunación. La falta de una metodología rigurosa y de fácil aplicación para determinar la eficacia de estas intervenciones también significa que puede no ser posible establecer su eficiencia en términos de costes. No obstante, las evaluaciones previas y posteriores a la intervención pueden utilizarse para determinar si se han producido cambios en la adopción de la vacunación en una zona específica durante el periodo de la intervención, y también puede ser posible comparar la adopción de la vacunación en diferentes zonas geográficas o en poblaciones específicas en las que una ha sido objeto de la intervención y otra no. Sin embargo, hay que tener mucho cuidado con este tipo de análisis para evitar ver una relación causa-efecto entre la intervención y los niveles de adopción, ya que no puede ni debe suponerse [9].

A pesar de estas dificultades, todavía es posible realizar buenas evaluaciones de intervenciones que pretenden aumentar la adopción de la vacunación, aunque por las razones que acabamos de mencionar el enfoque principal de estas evaluaciones se limitará generalmente a una evaluación del proceso, incluyendo la aceptabilidad de la intervención y la identificación de posibles consecuencias no deseadas. Lo ideal es que estas evaluaciones del proceso incluyan datos cuantitativos y cualitativos relacionados con el proceso de aplicación. Los datos cuantitativos podrían basarse en lo que se ha realizado a través de la intervención (por ejemplo, el número de eventos de divulgación), y cómo esto ha sido recibido por la población diana (por ejemplo, los datos recogidos a través de encuestas en línea o fuera de línea). La investigación cualitativa (en forma de entrevistas semiestructuradas, observaciones, debates en grupos de discusión y seguimiento de los medios sociales en línea, etc.) permite comprender los «porqués» y los «cómos» de lo que ha ocurrido durante la implementación de la intervención [94]. Esto puede permitir descubrir cuestiones no identificadas hasta el momento que pueden no reflejarse en las conclusiones de los datos cuantitativos, lo que puede incluir consecuencias no deseadas. De este modo, también se pueden reconocer y abordar matices importantes dentro de una comunidad. Lo ideal es que las evaluaciones del proceso recaben datos desde el punto de vista tanto de los usuarios del servicio (por ejemplo, los que deberían recibir la vacuna) como de los proveedores del servicio (por ejemplo, los que administran la vacuna). En la medida de lo posible, las evaluaciones también deben contar con la participación de las organizaciones sociales y de aquellos colaboradores más significativos como forma de garantizar que el diseño de la investigación sea relevante de cara a las necesidades de las comunidades en las que se centra la investigación [95].

La Oficina Regional para Europa de la OMS ha desarrollado y está probando actualmente un marco de evaluación para las intervenciones conductuales y culturales de la COVID-19, incluidas las que tienen por objeto facilitar la aceptación y la adopción de la vacunación. Reconociendo que las intervenciones en sí mismas pueden tener efectos positivos y negativos no deseados, el marco de evaluación incluye un análisis de los efectos más amplios de la intervención, incluyendo el bienestar, la cohesión social y la confianza. Se puede conseguir este marco de investigación y más información escribiendo a [euinsights@who.int](mailto:euinsights@who.int).

Hay que tener en cuenta que muchos proveedores de servicios sanitarios tienen una capacidad limitada para realizar sus propias evaluaciones. Por lo tanto, es importante tener expectativas realistas sobre la extensión y profundidad de cualquier trabajo de este tipo. Sin embargo, también es posible que los servicios de salud colaboren con universidades u otros institutos de investigación que puedan tener tanto la capacidad técnica como los recursos humanos para realizar evaluaciones metodológicamente más avanzadas, utilizando métodos innovadores como la evaluación realista. Estos enfoques pueden ayudar a desentrañar los resultados previstos e imprevistos derivados de una intervención compleja [96,97].

## Evaluación de las intervenciones destinadas a aumentar la aceptación y la adopción de la vacunación contra la COVID-19 en los Países Bajos

En septiembre de 2021, los Países Bajos habían logrado una tasa global de vacunación contra la COVID-19 muy superior a la media de la UE [2], pero se sabía que existían bolsas de personas con bajas tasas de vacunación, muchas de ellas socialmente vulnerables. Por lo tanto, se hizo un esfuerzo adicional para vacunar a estas poblaciones; y en octubre de 2021, el Instituto Nacional Holandés de Salud Pública y Medio Ambiente (RIVM) lanzó una encuesta nacional, enviada a los servicios de salud municipales de todo el país, para determinar las actividades de promoción de la vacunación contra la COVID-19 implementadas para estas poblaciones con bajas tasas de vacunación. Las preguntas de la encuesta se centraron en una serie de cuestiones, como las poblaciones diana, los tipos de información sobre la vacunación facilitados a las diferentes poblaciones, el/los canal/es por el/los que se ha/n transmitido la información, el apoyo práctico prestado a las personas en los puntos de vacunación y cuándo (no si) se evaluarían las intervenciones. Dada la gran carga de trabajo de los servicios sanitarios municipales, el equipo del RIVM ha trabajado para encontrar un equilibrio entre la obtención de datos de alta calidad sobre los temas clave y, al no incluir demasiadas preguntas, tratar de garantizar una buena tasa de respuesta.

Este ejercicio de identificación supone una evaluación a nivel nacional de lo que se ha aplicado a nivel local, donde se espera que se realicen otras evaluaciones más específicas. El equipo del RIVM explica que los colegas que llevan a cabo las intervenciones a nivel local suelen conocer bien los problemas y los retos a los que se enfrentan las diferentes poblaciones a las que pretenden vacunar, y han adaptado sus intervenciones en consecuencia. Además, la evidencia que se utiliza a nivel local para ajustar sus intervenciones suele estar «basada en la práctica», en el sentido de que los colegas pueden ver por sí mismos lo que funciona en sus interacciones con las comunidades diana, en lugar de hacerlo a través de evaluaciones formales.

El RIVM ha puesto en marcha una iniciativa nacional de apoyo a los servicios sanitarios municipales para que compartan las buenas prácticas e ideas derivadas a nivel local, lo que ha dado lugar a numerosos intercambios informales y a la adaptación de intervenciones que se han considerado exitosas. Sin embargo, aunque esta iniciativa hace posible un valioso intercambio de experiencias prácticas e ideas entre los municipios sobre cómo llegar a los ciudadanos con la vacunación contra la COVID-19, hay poca o ninguna evidencia sobre la eficacia de las diversas intervenciones. Esto se debe a la falta de evaluación estructural o de seguimiento vinculado a las intervenciones. Sin embargo, ahora hay planes para vincular estas intervenciones con datos en detalle sobre la adopción de la vacunación, proporcionando así una visión sobre las asociaciones temporales entre las intervenciones y la adopción, aunque se entiende que cualquier asociación no es necesariamente causal.

## Conclusiones

A medida que nos acercamos al otoño y al invierno, existe un riesgo real de que se produzca un fuerte aumento de casos de COVID-19 y una alta tasa de mortalidad en las poblaciones no vacunadas de toda la UE/EEE [98]. Por lo tanto, facilitar la aceptación y la adopción de los servicios de vacunación de la COVID-19 es una prioridad urgente e inmediata. Las herramientas e intervenciones presentadas en este informe proporcionan a las autoridades materiales que pueden adaptarse y utilizarse en respuesta a este llamamiento. Sin embargo, la crisis actual también supone una oportunidad para identificar e institucionalizar las buenas prácticas en los programas de vacunación, y para poner de relieve las deficiencias de conocimiento que deben ser subsanadas. De este modo, podremos hacer frente a futuros brotes de enfermedades prevenibles por vacunación con mayor eficacia.

De lo presentado en este informe se pueden identificar dos áreas clave de buenas prácticas, y las autoridades nacionales pueden considerar la posibilidad de buscar formas de integrarlas en sus planes nacionales de vacunación. En primer lugar, las estrategias de participación a nivel de comunidad se adoptaron en relativamente pocas de las intervenciones examinadas. Dada la amplia y reconocida repercusión que pueden tener en el fomento de la confianza en los sistemas de salud, tal vez merezca la pena reflexionar sobre cómo podría utilizarse más ampliamente este enfoque en los esfuerzos por diagnosticar, aplicar y evaluar los programas de vacunación contra la COVID-19 [99]. En segundo lugar, los esfuerzos de las autoridades nacionales de algunos países para colaborar con los actores locales, regionales y de la sociedad civil han ayudado a diagnosticar los factores que condicionan la baja aceptación y adopción de la vacunación contra la COVID-19 en grupos poblacionales específicos. También han ayudado a diseñar y a aplicar estrategias dirigidas a estos factores condicionantes. Si bien hay que reconocer las dificultades para determinar la eficacia de estas intervenciones, las iniciativas para compartir experiencias y lecciones aprendidas podrían facilitar los procesos de implementación en otros escenarios, lo que podría aumentar su repercusión [15].

También se han detectado dos importantes deficiencias en los datos. En primer lugar, a menudo no existen datos desagregados sobre la cobertura de vacunación en los diferentes grupos poblacionales, lo que significa que los

bajos niveles de vacunación u otros problemas relacionados con la adopción de las vacunas pueden permanecer imperceptibles para los responsables políticos y, por tanto, sin resolver. Se han diseñado algunas estrategias para la recopilación de datos en poblaciones de refugiados y migrantes [100], y podrían considerarse enfoques similares para otras poblaciones socialmente vulnerables. En segundo lugar, existen limitaciones en las metodologías actualmente disponibles para evaluar el impacto de las intervenciones destinadas a facilitar la aceptación y la adopción de los servicios de vacunación. Sería muy positivo que los científicos sociales y de la conducta desarrollasen nuevas e innovadoras metodologías en este ámbito, especialmente si pudieran aplicarse en escenarios de capacidad financiera y técnica modesta.

## Expertos colaboradores

- Expertos del ECDC (por orden alfabético): John Kinsman, Gabrielle Schittecatte, Andrea Würz.
- Expertos externos (por orden alfabético): Marianna Baggio (Centro Común de Investigación, Comisión Europea), Marijn de Bruin (Instituto Nacional de Salud Pública y Medio Ambiente [RIVM], Países Bajos), Brett Craig (Oficina Regional para Europa de la OMS), Katrine Bach Habersaat (Oficina Regional para Europa de la OMS), Mattijs Lambooi (RIVM, Países Bajos), Siff Nielsen (Oficina Regional para Europa de la OMS) y Jonas Sivelä (Instituto Finlandés de Salud y Bienestar [THL], Finlandia).
- Los expertos externos han presentado una declaración de intereses y su revisión no ha revelado ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Hammer CC, Cristea V, Dub T, Sivelä J. High but slightly declining COVID-19 vaccine acceptance and reasons for vaccine acceptance, Finland April to December 2020. *Epidemiology and Infection*. 2021 May 11;149:e123.
2. European Centre for Disease Prevention and Control. Vaccine Tracker Stockholm: ECDC; 2021. Available at: <https://vaccinetracker.ecdc.europa.eu/public/extensions/COVID-19/vaccine-tracker.html#uptake-tab>
3. Furlong A. Romania suspends surgeries, asks EU for help as it battles coronavirus wave. *Politico*. 5 October 2021. Available at: <https://www.politico.eu/article/romania-surgeries-eu-coronavirus-help/>
4. Folkhalsomyndigheten (Sweden). Vaccinationstäckning per födelseland, inkomst och utbildningsgrad. 2021. Available at: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/vaccinationsstatistik/statistik-for-vaccination-mot-covid-19/uppfoljning-av-vaccination/vaccinationstackning-i-undergrupper/>
5. 'Insufficient uptake of COVID-19 Vaccines – Challenges and Practices'. Brussels: EU Commission, 2021 [Presentation given at Health Security Council].
6. Speciale A. Bloomberg News. Draghi Says Italy Will Eventually Make Vaccine Compulsory. 2 September 2021. Available at: <https://www.bloomberg.com/news/articles/2021-09-02/draghi-says-italy-will-eventually-make-vaccine-compulsory>
7. Thomson A, Robinson K, Vallée-Tourangeau G. The 5As: A practical taxonomy for the determinants of vaccine uptake. *Vaccine*. 2016 Feb 17;34(8):1018-24.
8. Betsch C, Böhm R, Chapman GB. Using Behavioral Insights to Increase Vaccination Policy Effectiveness. *Policy Insights from the Behavioral and Brain Sciences*. 2015;2(1):61-73. Available at: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/2372732215600716>
9. Betsch C, Schmid P, Heinemeier D, Korn L, Holtmann C, Böhm R. Beyond confidence: Development of a measure assessing the 5C psychological antecedents of vaccination. *PLOS ONE*. 2018;13(12):e0208601. Available at: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208601>
10. Larson HJ, Jarrett C, Eckersberger E, Smith DM, Paterson P. Understanding vaccine hesitancy around vaccines and vaccination from a global perspective: a systematic review of published literature, 2007-2012. *Vaccine*. 2014 Apr 17;32(19):2150-9.
11. SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. Report of the SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. Geneva: World Health Organization; 2014. Available at: [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)
12. Kata A. Anti-vaccine activists, Web 2.0, and the postmodern paradigm--an overview of tactics and tropes used online by the anti-vaccination movement. *Vaccine*. 2012 May 28;30(25):3778-89.
13. Siegler AJ, Luisi N, Hall EW, Bradley H, Sanchez T, Lopman BA, et al. Trajectory of COVID-19 Vaccine Hesitancy Over Time and Association of Initial Vaccine Hesitancy With Subsequent Vaccination. *JAMA Network Open*. 2021;4(9):e2126882-e. Available at: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.26882>
14. Tankwanchi AS, Bowman B, Garrison M, Larson H, Wiysonge CS. Vaccine hesitancy in migrant communities: a rapid review of latest evidence. *Current Opinion in Immunology*. 2021 Aug;71:62-8.
15. European Centre for Disease Prevention and Control. Webinar: Initiatives to increase access to and uptake of COVID-19 vaccination in socially vulnerable populations. Stockholm: ECDC; 2021. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/webinar-initiatives-increase-access-and-uptake-covid-19-vaccination-socially-vulnerable>
16. European Centre for Disease Prevention and Control. Reducing COVID 19 transmission and strengthening vaccine uptake among migrant populations in the EU/EEA. Stockholm: ECDC; 2021. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/covid-19-migrants-reducing-transmission-and-strengthening-vaccine-uptake>
17. McGuire K. Parental COVID-19 vaccine hesitancy may be next challenge for vaccination campaigns. *The Conversation*; 2021. Available at: <https://theconversation.com/parental-covid-19-vaccine-hesitancy-may-be-next-challenge-for-vaccination-campaigns-162742>
18. Morgan L, Schwartz JL, Sisti DA. COVID-19 Vaccination of Minors Without Parental Consent: Respecting Emerging Autonomy and Advancing Public Health. *JAMA Pediatrics*. 2021;175(10):995-6. Available at: <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.1855>
19. Larson HJ, de Figueiredo A, Xiaohong Z, Schulz WS, Verger P, Johnston IG, et al. The State of Vaccine Confidence 2016: Global Insights Through a 67-Country Survey. *EBioMedicine*. 2016 Oct;12:295-301.
20. Holzmann-Littig C, Braunisch MC, Kranke P, Popp M, Seeber C, Fichtner F, et al. COVID-19 Vaccination Acceptance and Hesitancy among Healthcare Workers in Germany. *Vaccines*. 2021;9(7):777. Available at: <https://www.mdpi.com/2076-393X/9/7/777>
21. Loubet P, Nguyen C, Burnet E, Launay O. Influenza vaccination of pregnant women in Paris, France: Knowledge, attitudes and practices among midwives. *PLOS ONE*. 2019;14(4):e0215251. Available at: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0215251>



22. Biswas N, Mustapha T, Khubchandani J, Price JH. The Nature and Extent of COVID-19 Vaccination Hesitancy in Healthcare Workers. *Journal of Community Health*. 2021 Apr 20:1-8.
23. Gilboa M, Tal I, Levin EG, Segal S, Belkin A, Zilberman-Daniels T, et al. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) vaccination uptake among healthcare workers. *Infection Control and Hospital Epidemiology*. 2021 Sep 23:1-6.
24. World Health Organization Regional Office for Europe. Health workers in focus: policies and practices for successful public response to COVID-19 vaccination: strategic considerations for member states in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2021. Available at: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/publications-and-technical-guidance/2021/health-workers-in-focus-policies-and-practices-for-successful-public-response-to-covid-19-vaccination-strategic-considerations-for-member-states-in-the-who-european-region-2021-produced-by-whoeurope>
25. Rodríguez-Blázquez C, Romay-Barja M, Falcón M, Ayala A, Forjaz MJ. The COSMO-Spain Survey: Three First Rounds of the WHO Behavioral Insights Tool. *Frontiers in Public Health*. 2021 May-31;9(664) Available at: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpubh.2021.678926>
26. Robert Koch Institute, . COVID-19 Vaccination Rate Monitoring in Germany (COVIMO) - 6th report. Berlin: Robert Koch Institute, August 2021.
27. Copenhagen Centre for Social Data Science. COVID-19 Snapshot Monitoring in Denmark (COSMO Denmark). Copenhagen: University of Copenhagen; 2021. Available at: <https://sodas.ku.dk/projects/covid-19-projects/cosmo/>
28. World Health Organization. Data for action: achieving high uptake of COVID-19 vaccines. Geneva: WHO, 2021. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-vaccination-demand-planning-2021.1>
29. Frew PM, Murden R, Mehta CC, Chamberlain AT, Hinman AR, Nowak G, et al. Development of a US trust measure to assess and monitor parental confidence in the vaccine system. *Vaccine*. 2019 Jan 7;37(2):325-32.
30. Sarathchandra D, Navin MC, Largent MA, McCright AM. A survey instrument for measuring vaccine acceptance. *Prev Med*. 2018 2018/04//;109:1-7. Available at: <http://europepmc.org/abstract/MED/29337069>
31. Opel DJ, Taylor JA, Zhou C, Catz S, Myaing M, Mangione-Smith R. The relationship between parent attitudes about childhood vaccines survey scores and future child immunization status: a validation study. *JAMA Pediatrics*. 2013 Nov;167(11):1065-71.
32. Betsch C, Wieler LH, Habersaat K. Monitoring behavioural insights related to COVID-19. *Lancet (London, England)*. 2020 Apr 18;395(10232):1255-6.
33. Lohiniva AL, Sane J, Sibenberg K, Puumalainen T, Salminen M. Understanding coronavirus disease (COVID-19) risk perceptions among the public to enhance risk communication efforts: a practical approach for outbreaks, Finland, February 2020. *Eurosurveillance: bulletin Europeen sur les maladies transmissibles = European communicable disease bulletin*. 2020 April 2020;25(13)
34. Les Mutualités Libres. Un accompagnement personnalisé par les mutualités des publics fragilisés. 2021. Available at: <https://www.mloz.be/fr/communiqués/un-accompagnement-personnalise-par-les-mutualites-des-publics-fragilises>
35. Boecx T, on behalf of Flanders Agency for Care and Health, Primary Care Team. COVID-19 & Primary Health Care. (Presentation at Gastein Conference.) [Personal communication 27 September 2021.]
36. Develtere L. Community health workers begrijpen waarom de weg naar de juiste zorg zo moeilijk is. *Sociaal.Net*; 2021. Available at: <https://sociaal.net/achtergrond/community-health-workers-begrijpen-waarom-de-weg-naar-de-juiste-zorg-zo-moeilijk-is/>
37. Government of Ireland. The SciComm Collective. Dublin: Department of Health; 2021. Available at: <https://www.gov.ie/en/campaigns/32187-sci-comm-collective/>
38. Mercurio K. How the Science Communication Collective is Battling Misinformation. *University Times*. 21 July 2021. Available at: <https://universitytimes.ie/2021/06/how-the-science-communication-collective-is-battling-misinformation/>
39. SciComm Collective. Do vaccines protect against long Covid? 2021. Available at: <https://www.instagram.com/p/CT9GW9iFog5/>
40. National Institute for Public Health and the Environment (RIVM). COVID-19 Vaccination for Professionals. RIVM; September 2021. Available at: <https://www.rivm.nl/en/covid-19-vaccination/professionals>
41. National Institute for Public Health and the Environment (RIVM). E-Learning for COVID-19 Vaccination. 2021. Available at: <https://www.rivm.nl/e-learning-covid-19-vaccinatie>
42. University of Nottingham. Experts create 'chatbot' to address people's concerns about COVID-19 vaccines. 2021. Available at: <https://www.nottingham.ac.uk/news/vaccine-hesitancy>
43. NIHR Applied Research Collaboration (ARC) Wessex. Experts create 'chatbot' to address people's concerns about COVID-19 vaccines. 2021. Available at: <https://www.arc-wx.nihr.ac.uk/news/experts-create-chatbot-to-address-people-s-concerns-about-covid-19-vaccines/>
44. National Institute for Health Research, University of Nottingham, University of Southampton, Kings College London. VaxFacts. 2021. Available at: <https://www.covidvaxfacts.info/chat#nosplash>
45. John Hopkins Bloomberg School of Public Health. Vira – The Chatbot. 2021. Available at: <https://vaxchat.org/>



46. Norwegian Institute of Public Health (Folkehelseinstituttet). Coronavirus immunisation programme. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2021. Available at: <https://www.fhi.no/en/id/vaccines/coronavirus-immunisation-programme/>
47. Health Security Council. Country responses to questionnaire in the Health Security Committee. Brussels: EU Commission; 2021. Available at: [https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/preparedness\\_response/docs/ev\\_20210915\\_sr\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/preparedness_response/docs/ev_20210915_sr_en.pdf)
48. Brekke JP. Informing hard-to-reach immigrant groups about COVID-19—Reaching the Somali population in Oslo. Journal of Refugee Studies. 2021 Available at: <https://doi.org/10.1093/jrs/feab053>
49. Picum. The COVID-19 Vaccines and undocumented Migrants in Italy. Brussels: Picum; 2021. Available at: <https://picum.org/covid-19-vaccines-undocumented-migrants-italy/>
50. ANSA. Italy's Tuscany region vaccinating migrants and homeless. Info Migrants; 2021. Available at: <https://www.infomigrants.net/en/post/34400/italys-tuscany-region-vaccinating-migrants-and-homeless>
51. ANSA. Southern Italy: Coronavirus vaccination campaign for undocumented migrants. 17 June 2021. Available at: <https://www.infomigrants.net/en/post/33001/southern-italy-coronavirus-vaccination-campaign-for-undocumented-migrants>
52. Tagesschau. Bundesweite Impfwoche startet. 13 September 2021. Available at: <https://www.tagesschau.de/inland/corona-impfaktionswoche-101.html>
53. Fernandez R. Estos son los horarios y campus de la vacunación a jóvenes en las universidades de Madrid. La Razon. 14 September 2021. Available at: <https://www.larazon.es/madrid/20210914/we6fkn4irbfj7cxorga4s6aj5u.html>
54. El Mundo. 'Vacunabuses' por los campus en busca de estudiantes por inmunizar. Madrid: El Mundo; 2021. Available at: <https://www.elmundo.es/madrid/2021/09/10/613a521ffdddfc6aa8b4644.html>
55. Comunidad de Madrid. Announcement on Plan to Vaccinate Students against COVID-19 in Universities Madrid: Comunidad de Madrid; 9 September 2021. Available at: <https://www.comunidad.madrid/notas-prensa/2021/09/09/diaz-ayuso-presenta-rectores-plan-vacunar-frente-covid-19-estudiantes-campus-universitarios>
56. Schwarzer R, Fuchs R. Self-Efficacy and Health Behaviours. In: Conner M, Norman P (eds). Predicting Health Behaviour: Research and Practice with Social Cognition Models. Buckingham: Open University Press; 1995. p. 163-96.
57. Robert Koch Institute (RKI). COVID-19 and Vaccination: Answers to Frequently Asked Questions (FAQ). Berlin: RKI; 2021. Available at: <https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/COVID-Impfen/gesamt.html>
58. National Institute for Public Health and the Environment (RIVM) - Corona Gedragsunit. Vaccinatiebereidheid bij jongeren. Bilthoven: RIVM; 2 July 2021. Available at: <https://www.rivm.nl/documenten/vaccinatiebereidheid-bij-jongeren>
59. National Institute for Public Health and the Environment (RIVM). Interview: 11 kritische vragen over tieners en coronavaccinatie aan kinderarts en OMT-lid Ily. 3 September 2021. Available at: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2021/09/03/interview-11-kritische-vragen-over-tieners-en-coronavaccinatie>
60. Oesterreich Impft. Videos. Gesundheitsministeriums (Austrian Ministry of Health); 2021. Available at: <https://www.oesterreich-impft.at/videos-uebersicht/>
61. Oesterreich Impft. Fragen Sie unsere Sprecher:innen (Ask Our Speakers). Gesundheitsministeriums (Austrian Ministry of Health); 2021. Available at: <https://www.oesterreich-impft.at/sprecherinnen/>
62. Ministerio de Sanidad. Vacunas Con Garantías. Madrid: Ministerio de Salud; 1 February 2021. Available at: <https://www.aemps.gob.es/la-aemps/campanas/campana-vacunascongarantiasseguridad-calidad-y-eficacia-de-las-vacunas-frente-a-la-covid-19/>
63. Ministerio de Salud, Gobierno de España. Yo Me Vacuna Seguro. 2021. Available at: <https://www.msbs.gob.es/campanas/campanas21/YoMeVacunoSeguro.htm>
64. European Centre for Disease Prevention and Control. Countering online vaccine misinformation in the EU/EEA. Stockholm: ECDC; 2021. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/countering-online-vaccine-misinformation-eu-eea>
65. Sanders JG, Spruijt P, van Dijk M, Elberse J, Lambooy MS, Kroese FM, et al. Understanding a national increase in COVID-19 vaccination intention, the Netherlands, November 2020–March 2021. Eurosurveillance. 2021;26(36):2100792. Available at: <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2021.26.36.2100792>
66. Böhm R, Betsch C. Prosocial vaccination. Current Opinion in Psychology. 2022/02/01/;43:307-11. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352250X21001433>
67. Freeman D, Loe BS, Yu LM, Freeman J, Chadwick A, Vaccari C, et al. Effects of different types of written vaccination information on COVID-19 vaccine hesitancy in the UK (OCEANS-III): a single-blind, parallel-group, randomised controlled trial. The Lancet Public Health. 2021 Jun;6(6):e416-e27.
68. Folkhälsomyndigheten (Sweden). Vaccination mot Covid-19: 'Skydda dig själv och andra'. 11 February 2021. Available at: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2021/februari/vaccination-mot-covid-19-skydda-dig-sjalv-och-andra/>

69. Folkhälsomyndigheten (Sweden). Ladda ned filmer och annonsmaterial om vaccination mot COVID-19. 2021. Available at: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/utbrott/aktuella-utbrott/covid-19/vaccination-mot-covid-19/kampanjmaterial/#ljusare>
70. Brewer NT, Chapman GB, Rothman AJ, Leask J, Kempe A. Increasing Vaccination: Putting Psychological Science Into Action. *Psychological Science in the Public Interest: a journal of the American Psychological Society*. 2017 Dec;18(3):149-207.
71. Geiger M, Rees F, Lilleholt L, Santana AP, Zettler I, Wilhelm O, et al. Measuring the 7Cs of Vaccination Readiness. *European Journal of Psychological Assessment*. 0(0):1-9. Available at: <https://econtent.hogrefe.com/doi/abs/10.1027/1015-5759/a000663>
72. Sprengholz P, Eitze S, Felgendreff L, Korn L, Betsch C. Money is not everything: experimental evidence that payments do not increase willingness to be vaccinated against COVID-19. *Journal of Medical Ethics*. 2021 Aug;47(8):547-8.
73. Campos-Mercade P, Meier AN, Schneider FH, Meier S, Pope D, Wengström E. Monetary incentives increase COVID-19 vaccinations. *Science*. 2021:1-4. Available at: <https://www.science.org/doi/abs/10.1126/science.abm0475>
74. Volpp KG, Cannuscio CC. Incentives for Immunity - Strategies for Increasing Covid-19 Vaccine Uptake. *The New England Journal of Medicine*. 2021 Jul 1;385(1):e1.
75. European Commission. EU Digital COVID Certificate. 2021. Available at: [https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/safe-covid-19-vaccines-europeans/eu-digital-covid-certificate\\_en](https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/safe-covid-19-vaccines-europeans/eu-digital-covid-certificate_en)
76. de Figueiredo A, Larson HJ, Reicher SD. The potential impact of vaccine passports on inclination to accept COVID-19 vaccinations in the United Kingdom: Evidence from a large cross-sectional survey and modeling study. *EClinicalMedicine*. 2021/09/09/:101109. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2589537021003898>
77. BBC News. 'England vaccine passport plans ditched, Sajid Javid says'. Available at: <https://www.bbc.com/news/uk-58535258>
78. Porat T, Burnell R, Calvo RA, Ford E, Paudyal P, Baxter WL, et al. "Vaccine Passports" May Backfire: Findings from a Cross-Sectional Study in the UK and Israel on Willingness to Get Vaccinated against COVID-19. *Vaccines*. 2021;9(8):902. Available at: <https://www.mdpi.com/2076-393X/9/8/902>
79. Gostin LO, Salmon DA, Larson HJ. Mandating COVID-19 Vaccines. *JAMA*. 2021;325(6):532-3. Available at: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.26553>
80. New York Times. Biden's bet on vaccine mandates. 17 September 2021. Available at: <https://www.nytimes.com/2021/09/13/podcasts/the-daily/joe-biden-vaccine-mandates-coronavirus.html>
81. Acast. (The Intelligence from The Economist.) Getting their vax up: America's vaccine mandates. *The Economist*; 13 September 2021. Available at: <https://play.acast.com/s/theintelligencepodcast/gettingtheirvaxup-america-svaccinemandates>
82. World Health Organization. COVID-19 and mandatory vaccination: Ethical considerations and caveats. Policy brief. Geneva: WHO; 2021. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Policy-brief-Mandatory-vaccination-2021.1>
83. European Centre for Disease Prevention and Control. Overview of the implementation of COVID-19 vaccination strategies and vaccine deployment plans in the EU/EEA – 23 September 2021. Stockholm: ECDC; 2021. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Overview-of-the-implementation-of-COVID-19-vaccination-strategies-and-deployment-plans-23-Sep-2021.pdf>
84. Asociación Española de Pediatría. La vacunación obligatoria en Europa. *Asociación Española de Pediatría*; 20 August 2018. Available at: <https://vacunasaep.org/profesionales/noticias/vacunas-obligatorias-europa>
85. D'Ancona F, D'Amario C, Maraglino F, Rezza G, Iannazzo S. The law on compulsory vaccination in Italy: an update 2 years after the introduction. *Eurosurveillance*. 2019;24(26):1900371. Available at: <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2019.24.26.1900371>
86. Polish Press Agency. Poland launches lottery to promote COVID-19 vaccinations. 2021. Available at: <https://www.pap.pl/en/news/news%2C902316%2Cpoland-launches-lottery-promote-covid-19-vaccinations.html>
87. Wolska A. Polish municipalities incentivised to vaccinate people in race to 75%. *Euractiv*. 27 May 2021. Available at: [https://www.euractiv.com/section/politics/short\\_news/polish-municipalities-incentivised-to-vaccinate-people-in-race-to-75/](https://www.euractiv.com/section/politics/short_news/polish-municipalities-incentivised-to-vaccinate-people-in-race-to-75/)
88. Vervoort. R. Covid Safe Ticket: Covid Safe Ticket: approbation en première lecture de l'ordonnance de mise en œuvre de l'utilisation du CST en Région bruxelloise. Brussels: Bureau de Ministre-Président du Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale; 2021. [Press release]. Available at: [https://rudivervoort.brussels/news/\\_covid-safe-ticket-approbation-en-premiere-lecture-de-lordonnance-de-mise-en-oeuvre-de-lutilisation-du-cst-en-region-bruxelloise/](https://rudivervoort.brussels/news/_covid-safe-ticket-approbation-en-premiere-lecture-de-lordonnance-de-mise-en-oeuvre-de-lutilisation-du-cst-en-region-bruxelloise/)
89. Kuczynski E. Quelles sont les différences entre le pass sanitaire européen et le Covid Safe Ticket? *L'Echo*; 24 September 2021. Available at: <https://www.lecho.be/dossiers/coronavirus/quelles-sont-les-differences-entre-le-pass-sanitaire-europeen-et-le-covid-safe-ticket/10305449.html>
90. Frati P, La Russa R, Di Fazio N, Del Fante Z, Delogu G, Fineschi V. Compulsory Vaccination for Healthcare Workers in Italy for the Prevention of SARS-CoV-2 Infection. *Vaccines*. 2021;9(9):966. Available at: <https://www.mdpi.com/2076-393X/9/9/966>

91. Paterlini M. COVID-19: Italy makes vaccination mandatory for healthcare workers. *BMJ*. 2021;373:n905. Available at: <https://www.bmj.com/content/bmj/373/bmj.n905.full.pdf>
92. Ovreteit J. *Evaluating Health Interventions*. 1998 Available at: <http://www.myilibrary.com?id=113095>
93. European Centre for Disease Prevention and Control. A literature review on health communication campaign evaluation with regard to the prevention and control of communicable diseases in Europe. Stockholm: ECDC; 2014. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/media/en/publications/Publications/Campaign-evaluation.pdf>
94. Family Health International, Mack Natasha, Woodsong Cynthia, United States Agency for International Development. *Qualitative research methods: a data collector's field guide*. North Carolina: FLI USAID; 2005.
95. S. Treweek, On behalf of Collaboration for Change. Promoting vaccine uptake. [Personal communication] 17 September 2021.
96. Van Belle S, Rifkin S, Marchal B. The challenge of complexity in evaluating health policies and programs: the case of women's participatory groups to improve antenatal outcomes. *BMC Health Services Research*. 2017 2017/09/29;17(1):687. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2627-z>
97. Pawson R, Tilley N. *Realist Evaluations*. Los Angeles: SAGE Publications Ltd.; 1997.
98. European Centre for Disease Prevention and Control. *Rapid Risk Assessment: Assessing SARS-CoV-2 circulation, variants of concern, non-pharmaceutical interventions and vaccine rollout in the EU/EEA, 16th update*. Stockholm: ECDC; 2021. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/rapid-risk-assessment-assessing-sars-cov-2-circulation-variants-concern>
99. European Centre for Disease Prevention and Control. *Community engagement for public health events caused by communicable disease threats in the EU/EEA*. Stockholm: ECDC; 2020. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/community-engagement-guidance.pdf>
100. World Health Organization. *Collection and integration of data on refugee and migrant health in the WHO European Region - Technical guidance*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020. Available at: [www.euro.who.int/en/publications/abstracts/collection-and-integration-of-data-on-refugee-and-migrant-health-in-the-who-european-region-2020](http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/collection-and-integration-of-data-on-refugee-and-migrant-health-in-the-who-european-region-2020)

# Anexo 1. Herramientas y guías de apoyo a las estrategias para facilitar la aceptación y la adopción de la vacuna COVID-19

Con el objeto de apoyar en mayor medida a los países de la UE/EEE en la planificación y aplicación de estrategias para aumentar la aceptación y la adopción de la vacuna COVID-19, se ofrece a continuación una lista de materiales de referencia útiles.

## Aceptación y demanda

- Conjunto de herramientas para generar aceptación y demanda de las vacunas COVID-19 (Oficina Regional para Europa de la OMS). Incluye una guía provisional de aceptación y demanda, una plantilla para planes de comunicación, una guía para diseñar, dirigir a un objetivo y evaluar las intervenciones, una guía para involucrar a las comunidades y una guía de cómo gestionar la información errónea: [Generar aceptación y demanda de las vacunas contra la COVID-19](#)
- Orientación para la comunicación sobre la seguridad de la vacuna COVID-19 (OMS): [Manual de vigilancia de la seguridad - Comunicación sobre la seguridad de las vacunas COVID-19](#).
- Conjunto de recursos de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de EE.UU. Para reforzar la confianza en las vacunas COVID-19, incluyendo estrategias, herramientas de evaluación comunitaria, guía sobre la adaptación de la información, etc.: [Vacunar con confianza](#).
- [Guía del Grupo de Asesoramiento Técnico \(GAT\) de la OMS sobre comportamiento y ciencias de la salud en relación a los condicionantes que facilitan la adopción de la vacuna COVID-19](#)
- [Material de formación](#) para ayudar a los profesionales de la salud en la comunicación interpersonal durante las consultas de vacunación de la COVID-19 (Oficina Regional para Europa de la OMS)
- [Comunicación con profesionales de la salud sobre la vacunación COVID-19](#) (Oficina Regional para Europa de la OMS).

## Información conductual

- Visión general de la evidencia y consejos de la ciencia del comportamiento sobre la aceptación de la vacuna COVID-19: [Manual de comunicación y wiki para la vacuna contra el COVID-19](#)
- Datos para la acción: lograr una alta adopción de las vacunas COVID-19, una [guía completa](#) para recopilar, analizar e interpretar datos cualitativos y cuantitativos sobre la aceptación de la vacuna COVID-19: [OMS y UNICEF](#).
- Herramienta de encuesta y guía sobre el comportamiento en relación a la COVID-19 (Oficina Regional para Europa de la OMS): [Herramienta de encuesta y guía](#).
- Programas de vacunación a medida: guía para descubrir y abordar los obstáculos a la adopción de la vacunación (Oficina Regional de la OMS para Europa): [Guía TIP](#).

## Cómo hacer frente a la información errónea

- Estudio del ECDC que explora el ámbito de la información errónea sobre las vacunas en una selección de países de la UE y describe estrategias para abordar la información errónea sobre las vacunas en línea: [Cómo contrarrestar la información errónea en línea sobre las vacunas en la UE/EEE](#)
- Manual que resume el estado actual de la ciencia de la información errónea y cómo desmentirla, incluye la vacunación y está disponible en varios idiomas (Universidad George Mason - Centro de Comunicación sobre el Cambio Climático): [Manual de desacreditación 2020](#)
- Orientaciones para abordar la infodemia mundial y fomentar la demanda de inmunización, disponible en varios idiomas (UNICEF): [Guía práctica para gestionar las informaciones erróneas sobre las vacunas](#).

## Información general sobre la vacunación

- El Portal Europeo de Información sobre Vacunación (EVIP) es una iniciativa de la Unión Europea que proporciona información sobre las vacunas y la vacunación en todas las lenguas de la UE/EEE. Fue desarrollado por el ECDC en colaboración con la Comisión Europea y la Agencia Europea de Medicamentos (EMA): [vaccination-info.eu](#)
- Las vacunas COVID-19 y la vacunación explicadas: [vídeos y podcast para el personal sanitario y el público general](#) que abordan las preguntas más comunes sobre las vacunas COVID-19 (Oficina Regional para Europa de la OMS).

## Recursos para la realización de evaluaciones

- Better Evaluation es una organización mundial sin ánimo de lucro que pone a disposición conocimiento teórico y práctico sobre la realización de evaluaciones de calidad en todos los sectores. Su sitio web incluye una base de conocimientos para ayudar a las personas y organizaciones que llevan a cabo diversos tipos de evaluaciones <https://www.betterevaluation.org/>.