

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DEL PERSONAL DE SALUD RELACIONADOS CON LAS VACUNAS CONTRA LA COVID-19 EN AMÉRICA LATINA



En colaboración con
Canada

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DEL PERSONAL DE SALUD RELACIONADOS CON LAS VACUNAS CONTRA LA COVID-19 EN AMÉRICA LATINA



En colaboración con
Canada

Conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud relacionados con las vacunas contra la COVID-19 en América Latina

OPS/FPL/IM/COVID-19/22-0056

© Organización Panamericana de la Salud, 2022

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Organizaciones intergubernamentales de Creative Commons ([CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/)).

Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra con fines no comerciales, siempre que se utilice la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons y se cite correctamente. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) respalda una organización, producto o servicio específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OPS.

La OPS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación. No obstante, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OPS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Para obtener información adicional y detallada contactar a la Dra. Tamara Rivera (riveratam@paho.org).

Índice

| | |
|--|-----------|
| Agradecimientos | v |
| Resumen | 7 |
| Introducción | vi |
| Materiales y métodos | vi |
| Resultados | vi |
| Discusión | vi |
| Introducción | 1 |
| Materiales y métodos | 4 |
| Elaboración del instrumento | 4 |
| Cálculo del tamaño de la muestra objetivo | 5 |
| Revisión del comité de ética y confidencialidad | 5 |
| Reclutamiento y realización de las encuestas | 6 |
| Limpieza y categorización de los datos | 7 |
| Análisis de los resultados | 8 |
| Análisis cuantitativo | 8 |
| Codificación y análisis cualitativo | 9 |
| Resultados | 11 |
| Análisis cuantitativo | 13 |
| Análisis cuantitativo según los determinantes sociales y de comportamiento BeSD | 17 |

| | |
|--|-----------|
| Análisis cualitativo | 25 |
| Actitud frente a las vacunas contra la COVID-19 | 28 |
| Discusión | 44 |
| Conclusiones | 47 |
| Limitaciones | 48 |
| Fortalezas | 49 |
| Recomendaciones | 49 |
| Referencias | 54 |
| Anexos | 59 |
| ANEXO 1. Instrumento de encuesta para la realización del estudio | 59 |
| ANEXO 2. Categorías laborales del personal de salud | 74 |
| ANEXO 3. Descripción general de las respuestas a las preguntas de Likert, por categoría de sexo, edad, tipo de personal de salud, etnia, sector de trabajo y tuvo o no COVID-19 | 75 |

Agradecimientos

Esta publicación es producto de una iniciativa interprogramática entre la Unidad de Recursos Humanos para la Salud del Departamento de Sistemas y Servicios de Salud y la Unidad de Inmunización Integral de la Familia del Departamento de Familia, Promoción y Curso de vida, ambas de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Se reconocen los aportes e insumos del equipo técnico coordinado por Tamara Rivera, Martha Velandia y Maite Vera Antelo.

El equipo de investigación estuvo integrado, además, por Jennifer Brustrom, estadística (Biostat Global Consulting, Worthington, Ohio [Estados Unidos de América]); Finola Crowley, interna de la OPS; Ana García, consultora de la OPS (Subregión de Centroamérica); Irene Melamed, consultora de la OPS (Subregión del Cono Sur); Angela Meza, consultora de la OPS (Subregión de la Comunidad Andina); Dale Rhoda, estadístico (Biostat Global Consulting, Worthington, Ohio [Estados Unidos de América]) y Claudia Ortiz, especialista en sistemas de información de la unidad de inmunizaciones, quien proporcionó apoyo con la plataforma.

Se agradecen los valiosos aportes de Silvia Cassiani, Malhi Cho y Hernán Sepúlveda (HSS/HR) en la construcción y diseminación del instrumento, así como la contribución de las Representaciones y puntos focales de la OPS en los países participantes.

Esta publicación no hubiera sido posible sin el compromiso firme y sostenido de los Estados Miembros de la OPS. Por tanto, se reconoce y agradece la colaboración inestimable que ha prestado el personal de las instituciones de salud públicas y privadas, universidades, escuelas, comités de ética, sociedades científicas y colegiadas a nivel de las tres subregiones, por la difusión y el seguimiento de la encuesta en los países participantes.

La OPS trabaja con autoridades de salud, gobiernos locales y comunidades para promover el acceso equitativo a las vacunas contra la COVID-19 en toda América. Con fondos del Gobierno de Canadá, la OPS apoya y visibiliza proyectos e intervenciones para facilitar el acceso a las vacunas por parte de los pueblos indígenas, las personas migrantes, las comunidades de difícil acceso y otras poblaciones en situación de vulnerabilidad, a la vez que aumenta las capacidades de los sistemas de salud locales y combate la infodemia.

Por último, un profundo y sincero agradecimiento a todos los miembros del personal de salud que se tomaron el tiempo de responder a esta encuesta a pesar de su enorme carga de trabajo.

Este trabajo ha sido patrocinado por la Organización Panamericana de la Salud y el Gobierno de Canadá.

Resumen

Introducción

Resulta fundamental comprender cómo piensa, siente y actúa el personal de salud en relación con la vacunación para informar el desarrollo de estrategias que incrementen la aceptación y uso de las vacunas, en especial las vacunas contra la COVID-19. El personal de salud representa un papel esencial en la vacunación: generar confianza en la población y en el programa de inmunización. De hecho, suele considerarse al personal de salud como la fuente de información más confiable sobre vacunación y capaz de transmitir esta confianza a sus pacientes, colegas y miembros de la comunidad. Sin embargo, al igual que lo que ocurre con la población general, el personal de salud corre el riesgo de ser víctimas de información errónea sobre las vacunas, en especial en el contexto de la infodemia que complica la respuesta a la pandemia de COVID-19 a nivel mundial.

Métodos

Durante los meses de febrero a mayo del 2022, la Organización Panamericana de la Salud realizó una encuesta de métodos mixtos para evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas de vacunación de más de 6700 miembros del personal de salud en 16 países de América Latina.

Resultados

Se encontró que el 97% del personal de salud tenían la intención de recomendar la vacuna contra la COVID-19 a personas elegibles y el 98% habían completado sus esquemas de vacunación. Se confirmaron los hallazgos notificados por otros estudios de que las preocupaciones con respecto a la seguridad y la efectividad de las vacunas son predictores importantes de la aceptación o no de la vacuna contra la COVID-19.

Discusión

Con base en los hallazgos se sugiere centrarse en intervenciones que aumenten la percepción del riesgo de la COVID-19 como enfermedad en comparación con la vacuna, y que incrementen la comprensión por los trabajadores de salud de los procesos de desarrollo de las vacunas, además de la confianza en su seguridad, eficacia y beneficios. Además, se deben dirigir los esfuerzos en incluir una comunicación transparente, oportuna y con mensajes adaptados para el contexto y realidad nacional sobre la vacunación contra la COVID-19. Por último, es importante que los países trabajen para eliminar cualquier barrera de acceso a la vacunación contra la COVID-19 para el personal de salud, incluidos horarios extendidos y vacunación *in situ*, entre otros.

Introducción

La pandemia de la enfermedad por el coronavirus 2019 (COVID-19, por su sigla en inglés) no solo se caracterizó por la pérdida de vidas humanas, la morbilidad asociada con la infección y la enorme sobrecarga para los servicios de salud, sino que, además, agudizó los problemas estructurales de la Región: baja inversión y productividad, informalidad laboral, desocupación, desigualdad y pobreza. Según el informe *Global Economic Prospects*, publicado por el Banco Mundial en enero del 2022, la recuperación de países emergentes y en desarrollo está en riesgo; para el 2022, en América Latina se proyecta un crecimiento económico del 2,6% y del 2,7% en 2023, en comparación con el 4,1% y el 3,2% estimados para los mismos años a nivel mundial (1).

El informe *Second round of the national pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic, January-March 2021* publicado por Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la encuesta nacional para la continuidad de los servicios esenciales de salud durante la pandemia de COVID-19 muestra que, en el 66% de los países encuestados, la interrupción de los servicios esenciales se debe a factores relacionados con el personal de salud. En los programas regulares de inmunización también se ha detectado una reducción del 37% en la provisión de servicios (2). A esto, se debe agregar los requerimientos adicionales de recursos humanos para la salud necesarios para cumplir en los países con las campañas de inmunización contra el coronavirus del síndrome respiratorio agudo de tipo 2 (SARS-CoV-2, por su sigla en inglés), causante de la COVID-19.

En todo el mundo, al 16 de agosto del 2022, se contabilizaron 588 757 628 casos confirmados y 6 433 794 fallecimientos atribuibles a la COVID-19. En América Latina, y para la misma fecha, se confirmaron 79 134 119 casos y 1 618 518 muertes atribuibles a la COVID-19; estas cifras representan el 13% y 25% del total de casos confirmados y fallecidos a nivel mundial (3).

La pandemia de COVID-19 afectó gravemente al personal de salud. Entre enero del 2020 y mayo del 2021, los datos de vigilancia notificados a la OMS mostraron 3,45 millones de muertes por COVID-19, de los cuales 6643 muertes correspondieron al personal de salud. Esta cifra subestima de manera significativa la carga de mortalidad en todo el mundo en este grupo (4), ya que existe una proyección estimada de 115 493 muertes atribuibles a la COVID-19 en el personal de salud.

En la Región de las Américas, hasta el 29 de noviembre del 2021, con base en la información disponible de 41 países y territorios, se han notificado 2 379 335 casos de COVID-19 en el personal de salud, incluidas 12 898 defunciones¹, aunque según estimaciones de la OMS, la cifra sería de aproximadamente 60 000 fallecidos entre el personal de salud en la Región (4).

Al 9 de agosto de 2022, se han administrado un total de 12 355 390 588 dosis de vacunas contra la COVID-19 en todo el mundo (3). Para el 19 de mayo del 2022, existían once vacunas contra la COVID-19 en la lista de crisis de la OMS², todas ellas disponibles para los países a través del Mecanismo COVAX para el Acceso

1 Actualización Epidemiológica de la Enfermedad por coronavirus (COVID-19) - OPS / 2 de diciembre de 2021

2 Las vacunas contra la COVID-19 son las siguientes: Pfizer-BioNTech (Comirnaty); AstraZeneca (AZ)/SK Bio (ChAdOx1-S); Serum Institute of India (ChAdOx1-S, Covishield); sitios aprobados de AZ EY (ChAdOx1-S): SK-Catalent, Wuxi y Chemo España; Janssen (Ad26.COV2.S); Moderna (mRNA-1273); Sinopharm/BIBP (BBIBP-CorV) y Sinovac (CoronaVac).

Mundial a las Vacunas contra la COVID-19³. Las primeras dosis proporcionadas por medio del mecanismo COVAX en la Región de las Américas se entregaron el 1 de marzo del 2021 a Colombia. Desde esa fecha y hasta el 4 de agosto del 2022, 33 países y territorios de América Latina y el Caribe recibieron aproximadamente 149 642 250 dosis por este medio⁴.

Para el 12 de agosto del 2022, en toda la Región de las Américas se han administrado un total de 1 945 420 795 dosis de vacunas, de las cuales 991 599 924 se aplicaron a la población de América Latina (41%). Del total de dosis administradas en la Región, 76 719 619 (4%) se administraron en Centroamérica, 61 450 838 (3%) en la Comunidad Andina y 656 693 442 (34%) en el Cono Sur⁵.

Una parte esencial de las estrategias para promover la vacunación son las campañas de comunicación dirigidas no solo al público en general, sino también a los grupos prioritarios específicos designados por cada país. La pandemia de COVID-19 es la primera de la historia en la que se utilizan la tecnología y las redes sociales a escala masiva con el objetivo de que las personas preserven su seguridad, tengan acceso a la información, y se mantengan productivas y conectadas. Con respecto a la información, tanto en línea como fuera de línea, es importante destacar que la sobreabundancia de esta y el riesgo de acceder de manera involuntaria a información errónea han repercutido de manera negativa en temas relevantes como las vacunas contra la COVID-19. Una de las consecuencias más graves es la desconfianza y la preocupación que se han generado en el público acerca de la seguridad de estas vacunas. Se debe evaluar este efecto negativo en la aceptación de las vacunas contra la COVID-19 en América Latina y aplicar estrategias de comunicación y políticas públicas para asegurar que las medidas tomadas para solucionar los efectos de la pandemia de COVID-19 tengan la repercusión deseada en la población.

El servicio de comunicación de riesgos y participación comunitaria de la OMS señaló que, para mayo del 2022, la aceptación de las vacunas contra la COVID-19 en la población general en todo el mundo fue del 90,2% (5). En cuanto al personal de salud un estudio realizado en Londres por Abuown y cols. en diciembre del 2020 indicó que el 24% del personal de salud se mostró reticente a la vacuna contra la COVID -19, con una menor intención de vacunarse en las personas de sexo femenino, los grupos de edad más jóvenes, las personas de etnia negra y el personal de enfermería. La razón principal para el rechazo a la vacuna fue la preocupación por la seguridad (6). Por otra parte, un estudio realizado en Rusia en enero del 2021 sobre la aceptación de la vacunación contra la COVID-19 señaló que el 35% del personal de salud estaba dispuesto a vacunarse contra la COVID-19 (7), y en Italia, Papini y cols. notificaron que el 62,69% del personal de salud estuvo a favor de la vacunación obligatoria contra la COVID-19, y el 6,76% tenía dudas acerca de las vacunas (8).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) realizó, entre abril y mayo del 2021, un estudio en el Caribe en el que se detectó que los encuestados coincidían en que las vacunas son seguras, eficientes y que la información proporcionada por las autoridades y los proveedores de atención médica es confiable. Al evaluar la aceptación de las vacunas contra la COVID-19, el 23% de las personas encuestadas mostró cierto nivel de reticencia; quienes manifestaron más dudas fueron el personal de enfermería y otros profesionales de la

3 COVAX: un esfuerzo global sin precedentes entre CEPI, Gavi, Unicef, la OPS y la OMS para asegurar el acceso equitativo a la inmunización en todo el mundo. El Fondo Rotatorio de la OPS es el agente de adquisición reconocido ante COVAX para los países de la región.

4 Organización Panamericana de la Salud. COVID-19 Daily Update. Disponible en inglés en: <https://paho-covid19-response-who.hub.arcgis.com/>. (<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiMjA5ZDExMmE5YTIjNC00M2I0LWWE5MjUtYUQzZGQxNDc4OThhliwidCI6ImU2MTBINzJlTjYzAtNGUwZi-04YTE0LTFINGlxMDE1MTImNylsImMiOjR9>)

5 Organización Panamericana de la Salud. Disponible: https://ais.paho.org/imm/IM_DosisAdmin-Vacunacion.asp

salud, en comparación con el personal médico. En este estudio, también fueron los miembros más jóvenes del personal de salud quienes mostraron reticencia a la vacuna (21 a 32 años) en comparación con el grupo de mayor edad (51 a 87 años). El 48% de las personas encuestadas afirmó que el país de origen del laboratorio donde se fabricó la vacuna contra la COVID-19 influyó en su opinión sobre esta. El 30% de las personas participantes coincidió en que aún no tenía suficiente información sobre la vacuna para tomar una decisión, y otro 30% refirió que la información recibida a través de las redes sociales influyó en su opinión sobre la vacuna contra la COVID-19 (9).

Un estudio realizado en Estados Unidos de América por Razzaghi y cols. en abril del 2021 notificó que el 7,1% del personal de salud no estaba seguro de vacunarse y que el 14,9 % definitivamente no se vacunaría; las principales razones incluyeron los posibles efectos secundarios, la seguridad y la efectividad de las vacunas contra la COVID-19, así como su desarrollo y aprobación rápidos (10). En un estudio realizado en 543 miembros del personal de salud del estado de Nuevo León (México) entre octubre y diciembre del 2022, se notificó que 30 (5,5%) de las personas encuestadas rechazaría la vacunación contra la COVID-19; el factor más importante relacionado con el rechazo fue la información errónea relacionada con la vacunación y COVID-19 (11). En cuanto a América del Sur, un estudio realizado en el personal de salud de varios hospitales de Trujillo (Perú) en julio del 2021, señaló que, de un total de 269 personas encuestadas, el 4,6% rechazó la vacuna, y se estableció una relación directa entre el conocimiento sobre la vacuna contra la COVID-19 y la aceptación o no de esta (12).

En vista de la creciente evidencia de que la cantidad de muertes debido a la COVID-19 entre el personal de salud es mucho mayor que la notificada de manera oficial, no se debe subestimar la necesidad de proteger a este grupo a través de la vacunación (4). El personal de salud sigue siendo un grupo prioritario para recibir las vacunas contra la COVID-19, no solo para protegerlo contra la enfermedad, sino porque es un grupo importante para la difusión de conocimientos e informaciones basadas en evidencias, y su comportamiento influye en la respuesta de la sociedad en cuestiones de salud pública. Además, su conocimiento y actitud ante otras vacunas en general y en especial frente a algunas vacunas recomendadas a los profesionales de la salud como las vacunas contra la gripe o influenza se asocia con mayor probabilidad de aceptación de las vacunas contra la COVID-19 (8, 13).

Se debe evaluar en qué medida la información errónea pudo haber afectado los conocimientos y las actitudes del personal de salud y, probablemente, influido en la aceptación o la reticencia hacia la vacunación contra la COVID-19. Esto ayudará a que los mensajes dirigidos al personal de salud clarifiquen de manera adecuada sus inquietudes e interrogantes. La evidencia disponible permitirá orientar el diseño de las campañas de comunicación dirigidas a la población objetivo y facilitará la elaboración de políticas públicas por parte de quienes toman las decisiones, a fin de establecer medidas adecuadas encaminadas a mejorar sus efectos. Por lo tanto, documentar la actitud del personal de salud ante las vacunas contra la COVID-19 es de suma importancia para el éxito final de un conjunto de actividades de comunicación dirigido a la población diana y la eventual aceptación de las vacunas contra la COVID-19 para controlar la pandemia.

El objetivo de esta investigación fue documentar los conocimientos, las actitudes y las prácticas del personal de salud con respecto a las vacunas contra la COVID-19 en América Latina. Se recopilieron datos de 16 países⁶ de América Latina mediante una encuesta transversal en línea, que recabó información sobre las actitudes y la predisposición con respecto a las vacunas en general, las actitudes hacia las vacunas contra la COVID-19 y las actitudes hacia las vacunas contra la gripe y contra la hepatitis B en el personal de salud de América Latina.

6 Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional), Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana).

Materiales y métodos

Elaboración del instrumento

El instrumento para realizar la encuesta tiene base en una herramienta presentada en el informe provisional de orientación *Data for action: achieving high uptake of COVID-19 vaccines* (14), publicado por la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, por sus siglas en inglés), un cuestionario desarrollado por la Universidad de California en Los Ángeles para su encuesta sobre la aceptación de la vacuna por parte del personal de salud (15). La OPS validó el instrumento y lo utilizó en el estudio que realizó en la Región del Caribe entre marzo y abril del 2021 (9). Se adaptó este instrumento para su uso en América Latina y se lo presentó a expertos del Departamento de Sistemas y Servicios de Salud y de la Unidad de Inmunizaciones de la OPS. Se lo puso a prueba en varios países de América Latina, con el objetivo de asegurar que las preguntas y las opciones para las respuestas se entendieran de la forma prevista y midieran lo que se proponían medir. El instrumento incluyó preguntas específicas dirigidas al personal de salud, con base en el papel que cumple como fuente de información fiable sobre las vacunas y en el hecho de que constituye uno de los grupos prioritarios para recibir la vacuna. Se agregaron preguntas sobre las vacunas contra la gripe o influenza y contra la hepatitis B para facilitar la comparación entre las actitudes hacia las vacunas contra la COVID-19 y otras vacunas que se administran a personas adultas en América Latina. En el anexo A se puede consultar la encuesta completa.

Las 34 preguntas de la encuesta se agruparon en varias categorías:

- Datos demográficos e historia de enfermedad: once preguntas en las que las personas encuestadas confirmaban si pertenecían al personal de salud, si habían dado su consentimiento para participar del estudio, y respondían sobre el país de origen, el sexo, la edad, la etnia, el sector y lugar de trabajo, la profesión, si tuvo o no tuvo COVID-19 y si alguna vez se ha realizado exámenes para saber si había tenido COVID-19.
- Preguntas de opinión (bloque 1):
 - Actitudes hacia las vacunas en general (ocho preguntas de escala de Likert)⁷
 - Predisposición para vacunarse (cuatro preguntas de escala de Likert)
- Preguntas de opinión (bloque 2): sobre la disponibilidad de las vacunas contra la COVID-19 (cuatro preguntas de sí o no y una pregunta de respuesta libre).
- Preguntas de opinión (bloque 3): sobre la vacunación contra la COVID-19 (tres preguntas de opción múltiple y una pregunta de respuesta libre).
- Preguntas de opinión (bloque 4): sobre las actitudes hacia las vacunas contra la COVID-19.
- Razones para demorar o rechazar la administración de la vacuna contra la COVID-19 (cinco preguntas de escala de Likert y una pregunta de respuesta libre).
- Razones que influyen en las opiniones sobre las vacunas contra la COVID-19 (nueve preguntas de escala de Likert y una pregunta de respuesta libre).

⁷ La Escala de Likert es una escala de calificación psicométrica que se utiliza para realizar preguntas a una persona sobre su nivel de acuerdo o desacuerdo con una declaración. Es ideal para medir reacciones, actitudes y comportamientos de una persona.

- Actitudes hacia las vacunas contra la gripe o influenza y contra la hepatitis B (cuatro preguntas de escala de Likert y cuatro preguntas de respuesta libre).
- Comentario adicional acerca de las vacunas contra la COVID-19 (una pregunta de respuesta libre).

Cálculo del tamaño de la muestra objetivo

El tamaño de la muestra objetivo para el estudio se calculó con base en el número total de los miembros del personal de salud en las categorías notificadas al portal de la OMS de las cuentas nacionales del personal de salud (CNPS), que incluyen el personal de enfermería, el personal médico, las parteras, y profesionales de odontología y de farmacia. Dieciséis países de América Latina (7 de Centroamérica, 5 de la Comunidad Andina y 4 del Cono Sur)⁸ que proporcionan datos sobre recursos humanos para la salud al portal de las CNPS notificaron un total de 1 906 703 miembros del personal de salud. Centroamérica notificó un total de 383 447 miembros del personal de salud, la Comunidad Andina notificó 680 695, y el Cono Sur, 842 561 miembros del personal de salud.

Para calcular la muestra se definió el número objetivo de muestra por país, con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%, y luego se definió un número mínimo por país para obtener un muestreo subregional.

El tamaño mínimo de la muestra objetivo para cada país se estableció en 200, con el objetivo de estimar el porcentaje del personal de salud que tiene dudas sobre la vacuna contra la COVID-19, con un nivel de confianza del 95% de tipo Wald de dos lados de intervalo y no más amplio que $\pm 10\%$ en cada país si el efecto del diseño es ≤ 2 , y no más amplio que $\pm 7\%$ si el efecto de diseño es 1. Este cálculo asume que el 50% del personal de salud podría tener dudas sobre la vacuna, lo que daría los intervalos de confianza más amplios. Si más o menos individuos de la muestra presentan dudas, los intervalos de confianza serán aún más estrechos.

Los datos de la muestra no probabilística de cada país se analizaron como si proviniera de una muestra aleatorizada simple. Los datos de cada país se ponderaron de modo que las sumas relativas de pesos reflejen el número relativo de miembros del personal de salud que se estima que trabajan en cada país.

En el análisis agregado, los países sirvieron como estratos, y tanto la ponderación como la estratificación produjo una posibilidad de un efecto de diseño no igual a 1. La amplitud del intervalo de confianza cuando se combinan países entre subregiones debe ser mucho menor que la de cada país.

Revisión del comité de ética y confidencialidad

El protocolo del estudio tuvo la aprobación del Comité de Revisión Ética de la OPS. El equipo del estudio obtuvo el consentimiento de las personas que aceptaron participar en la encuesta. El formulario de consentimiento se presentó en línea antes de que las personas participantes tuvieran acceso al cuestionario en formato virtual. Todos los procedimientos del estudio se describieron en detalle, de manera tal que las personas participantes tuvieran acceso a toda la información acerca de los requisitos. Durante este proceso

⁸ Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional), Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Panamá, Paraguay, República Dominicana, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana)

de consentimiento, se informó a los miembros del personal de salud que tenían plena libertad para participar o no en el estudio. En la información de bienvenida se destacó que la participación era voluntaria, que no había consecuencias negativas y que no existían respuestas correctas o incorrectas. Todas las posibles personas participantes podían estar de acuerdo o negarse a participar en el estudio. Se elaboró un registro de las personas que dieron su consentimiento. Además, en el caso especial de Panamá, se obtuvo la aprobación del comité de ética del país.

Para mantener la confidencialidad y la privacidad de los datos, cada cuestionario recibió un identificador numérico para que las respuestas específicas no puedan vincularse a los datos. Se proporcionó un enlace anónimo, de tipo localizador de recursos uniforme (URL, por su sigla en inglés), para realizar la encuesta.

Reclutamiento y realización de las encuestas

Para crear la encuesta electrónica en idioma español, se utilizó la plataforma Qualtrics®, empresa con sede en Provo (Estados Unidos de América). La plataforma creó un enlace y un código de respuesta rápida (QR, por su sigla en inglés) para la difusión de la encuesta. La OPS envió el enlace del cuestionario y el código QR a los ministerios de salud y a las asociaciones profesionales de los países participantes por medio de las Representaciones en los países. Las Representaciones de la OPS en los países aconsejaron a los funcionarios nacionales que distribuyeran la encuesta por medio de avisos en los consultorios y en asociaciones o sociedades profesionales tanto del sector público como privado. A escala subregional, se envió el enlace del cuestionario y el código QR a instituciones académicas, sociedades científicas, asociaciones profesionales, instituciones de salud privadas, consultorios privados y profesionales independientes. Se realizaron varios seminarios virtuales con los puntos focales asignados por la OPS para presentar la encuesta y describir sus componentes.

Los datos se recopilaron de forma anónima en la plataforma Qualtrics. Se ofreció la opción de que varias personas usaran el mismo enlace para acceder a la encuesta, pero se protegió la encuesta para que cada persona la respondiera una sola vez.

En la plataforma Qualtrics se registró la fecha y la hora de inicio y finalización de cada encuesta, y se utilizaron *cookies* y seguimiento de direcciones de protocolos de internet (IP, por su sigla en inglés) y coordenadas geográficas (latitud y longitud) para evitar que una misma persona respondiera la encuesta más de una vez. Se usó una configuración que aceptaba respuestas de América Latina. El equipo del proyecto probó la encuesta en la web antes de usarla para recopilar datos para el proyecto.

Las personas que dieron su consentimiento para responder a la encuesta tuvieron acceso a todas las preguntas. Las personas encuestadas no tenían obligación de responder las preguntas de opinión de respuesta libre. No se incluyó un paso de revisión o confirmación al final de la encuesta. En todas las preguntas de escala de Likert se ofrecían cuatro opciones para la respuesta: “totalmente de acuerdo”, “de acuerdo”, “no estoy de acuerdo”, y “totalmente en desacuerdo”.

En Cuba, debido a las limitaciones con respecto al acceso a determinados sitios web permitidos (por ejemplo, Qualtrics), la encuesta en línea estuvo disponible en las oficinas de la Representación de la OPS en el país, y el cuestionario impreso se distribuyó en aproximadamente en 50 instituciones de salud en 15 municipios de La Habana (el Ministerio de Salud; la Escuela de Salud Pública; el Instituto de Higiene, Epidemiología y

Microbiología; y sociedades médicas y facultades de medicina, entre otros). El personal del Ministerio de Salud fue el responsable de distribuir y recopilar las respuestas a las encuestas. Se recibieron 307 encuestas y se contó con una persona de la Representación en la OPS encargada de ingresar la información en la plataforma Qualtrics. El punto focal de inmunizaciones de la Representación del país se encargará de guardar las encuestas en la oficina en un lugar seguro para garantizar la confidencialidad de los datos obtenidos.

Respondieron la encuesta 6718 miembros del personal de salud, una cifra mucho mayor que el total proyectado (3200). No hubo pagos ni incentivos para responder la encuesta. Los datos se recopilaron entre el 21 de febrero y el 20 de mayo del 2022.

Limpieza y categorización de los datos

Una vez cerrada la encuesta, se descargaron las respuestas de la plataforma Qualtrics. Se eliminaron las encuestas respondidas cuando cumplían con alguno de los siguientes criterios: 1) la persona encuestada no completó el cuestionario, 2) la persona encuestada indicó que no era personal de salud, 3) la persona encuestada no dio su consentimiento para responder las preguntas, o 4) la persona encuestada tenía menos de 18 años. Se requirió que las personas encuestadas dieran una respuesta a todas las preguntas de opinión que aparecían en la pantalla. Algunas preguntas de opinión solo se mostraron a las personas encuestadas que indicaron que no habían recibido la vacuna contra la COVID-19 o que no tenían el esquema completo de vacunación, o que no estaban de acuerdo con las preguntas relacionadas con las vacunas contra la gripe o influenza y contra la hepatitis B.

Se clasificó a las personas encuestadas en varias categorías con el fin de organizar la notificación de los resultados:

1. Se consideraron cinco categorías amplias de trabajo, que incluían al personal médico, personal de enfermería y parteras, otros profesionales de la salud, técnicos de salud y “otros” (véase el anexo B). La categoría, de otros profesionales de salud incluyen profesiones especificadas en la encuesta por los investigadores véase anexo B y la categoría “otros” se puso a disposición de las personas que no se identificaban con las profesiones especificadas por el equipo investigador en la encuesta como, por ejemplo: audiólogo, biomédico, entre otros.
2. Se calcularon cuartiles de edad para cada subregión y para el conjunto de los 16 países. Los límites de esas categorías se mencionan en el análisis general de América Latina y en los análisis de cada subregión.
3. Se consideraron tres categorías de etnia: personas blancas, mestizas y otras. En este último grupo se incluyó a las personas afrodescendientes, indígenas y las que respondieron “otros”.

Análisis de los resultados

De acuerdo con el modelo de los determinantes sociales y de comportamiento BeSD (por su sigla en inglés) de la vacunación de la OMS (17), cuatro dominios influyen en la aceptación de la vacuna: lo que las personas piensan y sienten sobre las vacunas (dominio “Pensamientos y sentimientos”), los procesos sociales que favorecen o inhiben la vacunación (dominio “Procesos sociales”), las motivaciones (o reticencias) individuales para buscar la vacunación (dominio “Motivación”), y cuestiones prácticas que inciden en la búsqueda y aceptación de la vacunación (dominio “Cuestiones prácticas”). La valoración de todos los dominios permitió una planificación y una evaluación más exhaustiva de los resultados obtenidos. Se utilizó el BeSD como modelo para organizar los resultados de los análisis cuantitativo y cualitativo.

Análisis cuantitativo

La pregunta: “¿Recomendaría la vacuna contra la COVID-19 a las personas elegibles?” (pregunta 14d) se identificó como la única pregunta indicadora de la aceptación de la vacuna contra la COVID-19. Se consideró que las personas que respondieron que no estaban de acuerdo o estaban muy en desacuerdo con esta declaración eran reticentes a la vacuna contra la COVID-19, y que las personas que respondieron que estaban de acuerdo o muy de acuerdo con esta declaración aceptaban la vacuna contra la COVID-19.

Los resultados se calcularon mediante proporciones en las que el denominador era el número de personas encuestadas que respondían a la pregunta y el numerador era el número de personas que daban la respuesta en cuestión. Los datos se resumieron como si provinieran de una muestra aleatorizada simple de personal de salud en cada país. Al combinar los resultados entre países para elaborar una estimación subregional o una estimación del total de los 16 países, se deseaba que los países más grandes tuvieran más peso que los más pequeños. En consecuencia, la respuesta de cada país se ponderó por el número total de personal médico y de enfermería en ese país, según el portal de CNPS de la OMS.

Las respuestas a cada una de las preguntas de opinión que contenían las 4 escalas de Likert se clasificaron en dos categorías consolidadas: de acuerdo (totalmente de acuerdo combinado con de acuerdo) y en desacuerdo (totalmente en desacuerdo combinado con desacuerdo).

Las categorías binarias de respuesta consolidadas (de acuerdo versus en desacuerdo) se analizaron con pruebas de chi cuadrado para identificar preguntas que produjeron diferentes proporciones de acuerdo entre las categorías de personas encuestadas. El enfoque de análisis principal fue examinar grupos de preguntas y buscar patrones en las respuestas entre las categorías de encuestados, y utilizar esos patrones para informar las estrategias de comunicación para el personal de salud. Los valores de las pruebas de chi cuadrado se utilizaron para confirmar que los patrones eran estadísticamente significativos.

Se utilizó la regresión logística multivariable para evaluar los resultados de cada pregunta de opinión. Las personas encuestadas que respondieron “totalmente de acuerdo” o “de acuerdo” se codificaron con un resultado de 1, y quienes respondieron “en desacuerdo” o “totalmente en desacuerdo” se codificaron con 0.

Los factores explicativos incluyeron seis variables categóricas, cada una con su grupo de referencia:

1. Sexo (“femenino” como grupo de referencia).
2. Cuartil de edad (el cuartil más joven como grupo de referencia).
3. Categoría de trabajo (incluía cinco niveles, con “médicos” como grupo de referencia).
4. Etnia (incluía tres niveles, con “blanco” como grupo de referencia).
5. Lugar de trabajo (incluía cuatro niveles, con “sector público” como grupo de referencia).
6. Antecedentes de diagnóstico previo de COVID-19 (incluía dos niveles, con “sí” como grupo de referencia).

Para cada pregunta de opinión se informa el porcentaje de personas encuestadas en cada categoría de respuesta junto con el número de personas en esa categoría que respondieron a la pregunta.

Se elaboraron cuadros para identificar patrones en los resultados de la regresión logística. En ellos se resumió el porcentaje de personas encuestadas que seleccionaron “de acuerdo” o “totalmente de acuerdo” para varios subgrupos demográficos. Se destacaron las celdas cuyos niveles de covariable tenían un coeficiente de regresión logística estadísticamente significativo y en las que el porcentaje de personas encuestadas en esa categoría que estaban de acuerdo con la declaración era al menos 10 puntos más alto o más bajo que el porcentaje en la categoría de referencia. Por ejemplo, si la razón de momios para el personal de enfermería fue estadísticamente significativo (con un valor de $P < 0,05$) y si el porcentaje del personal de enfermería que respondió estar de acuerdo fue al menos 10% más alto o al menos 10% más bajo que el porcentaje del personal médico que respondió estar de acuerdo, entonces la celda que resume el acuerdo del personal de enfermería se destacaría en el cuadro para atraer el interés del equipo de análisis.

Se examinaron las pautas para cada subregión y para los 16 países en total.

De manera similar, para resaltar las diferencias entre subregiones, cada pregunta de opinión se resumió con el porcentaje de personas encuestadas que respondieron “de acuerdo” o “muy de acuerdo” a cada pregunta, y se destacaron las celdas del cuadro en las que la diferencia entre subregiones era estadísticamente significativa (valor de $P < 0,05$) por sexo, edad, trabajo y etnia de las personas encuestadas, y si el porcentaje que respondió “de acuerdo” fue al menos diez puntos superior o inferior al porcentaje en la subregión de referencia. El propósito de estos cuadros era también destacar las opiniones de las personas encuestadas entre subregiones.

Codificación y análisis cualitativo

La encuesta contenía un total de 9 preguntas de respuesta libre.

Según lo recomendado por la publicación de la OMS sobre la recopilación y el uso de datos sobre los determinantes sociales y de comportamiento de la vacunación (BeSD) (14), se utilizaron los dominios

sugeridos por el BeSD y se desarrollaron códigos temáticos para organizar conceptos en las preguntas de respuesta libre en lugar de los constructos predeterminados por el modelo de la OMS. Este enfoque permitió acceder a información más detallada y específica sobre los factores que influyen en las opiniones y decisiones de las personas encuestadas sobre la vacunación y, de esta manera, incrementar el número de códigos para organizar de manera formal las variables encontradas.

Codificación temática

Un miembro del equipo que realizó el estudio presentó un esquema de codificación con base en los objetivos del estudio y los temas importantes que surgieron a partir de una revisión inicial de las respuestas a cada una de las 9 preguntas de respuesta libre.

Los miembros del equipo de codificación trabajaron en parejas y en dos fases. Cada equipo codificó 3 ítems (preguntas) sobre temas similares. Durante la primera fase de codificación, cada miembro del equipo leyó cada una de las respuestas a las preguntas asignadas y codificó cada respuesta con hasta 2 códigos temáticos correspondientes. Los equipos codificaron las respuestas que no abordaron la pregunta del estudio (por ejemplo, “No tengo nada que decir”) como “No es una respuesta sustantiva/no aplicable”. Durante la segunda fase, los equipos de codificación se reunieron para discutir y reconciliar los desacuerdos sobre los códigos propuestos al inicio. Durante el proceso de codificación, se revisó el esquema de codificación para detectar otros temas emergentes y facilitar una codificación coherente.

Codificación por dominio de BeSD

Cada equipo de codificación categorizó cada uno de los códigos temáticos de sus preguntas de respuesta libre asignados por dominio de BeSD. Los equipos de codificación utilizaron como referencia los esquemas de categorización del BeSD de la OMS (14) y de Puertas y cols. (16). A continuación, quienes dirigían los equipos de codificación revisaron todos los códigos BeSD asignados e hicieron los ajustes necesarios para garantizar que el esquema de codificación se aplicara de manera uniforme en todas las respuestas.

Codificación de factores facilitadores y de barreras a la vacunación

Para facilitar la interpretación de las preguntas de respuesta libre, quienes dirigían los equipos de codificación clasificaron, de manera colaborativa, cada uno de los códigos temáticos según representara un factor facilitador (por ejemplo, evidencia científica, bibliografía médica, publicaciones y estadísticas), una barrera (por ejemplo, falta de confianza en la vacuna) o un factor neutral (que podía ser un facilitador o una barrera) en el contexto de los factores impulsores conductuales y sociales para la vacunación (por ejemplo, el embarazo, la lactancia y el período posparto). En los casos en que la clasificación como factor facilitador, barrera o factor neutral de un código temático en particular no era intuitiva, quienes dirigían los equipos de codificación revisaban las respuestas de texto abierto con ese código para tomar una decisión sobre cómo clasificar el código temático.

Análisis

Los porcentajes ponderados de personas encuestadas se calcularon por separado para cada uno de los 9 ítems de respuesta libre clasificadas según cada código de materia. Los códigos temáticos se organizaron por dominio BeSD y según correspondiera a un factor facilitador (+), una barrera (-) o un factor neutral (+/-) en el contexto de la vacunación. Se excluyeron del análisis las respuestas codificadas como “no es una respuesta sustantiva/no aplicable”.

Resultados

Se presentan los resultados regionales y se señalan algunas diferencias relevantes por subregión. Los 16 países y territorios de América Latina que participaron lograron completar su propia cuota para el tamaño de la muestra. En el cuadro 1 se muestra el número de personas encuestadas por subregión, por país y por categoría de trabajo.

Cuadro 1. Personas encuestadas por subregión, por país y por categoría de trabajo

| SUBREGIÓN | PAÍS | PERSONAL MÉDICO | | PERSONAL DE ENFERMERÍA Y PARTERAS ^a | | OTROS MIEMBROS DEL PERSONAL DE SALUD | | TÉCNICOS DE SALUD | | OTROS | | TOTAL NO PONDERADO ^c | TOTAL PONDERADO ^d |
|------------------|-----------------------------------|-----------------|-------------|--|-------------|--------------------------------------|------------|-------------------|------------|----------|-------------|---------------------------------|------------------------------|
| | | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | | |
| Centroamérica | Costa Rica | 226 | 22 | 212 | 20 | 256 | 25 | 210 | 20 | 134 | 13 | 1038 | 36,179 |
| | Cuba | 75 | 24 | 96 | 31 | 93 | 30 | 11 | 4 | 32 | 10 | 307 | 181,198 |
| | República Dominicana | 105 | 51 | 11 | 5 | 74 | 36 | 6 | 3 | 11 | 5 | 207 | 31,264 |
| | El Salvador | 121 | 46 | 65 | 25 | 36 | 14 | 29 | 11 | 13 | 5 | 264 | 30,205 |
| | Guatemala | 132 | 42 | 36 | 11 | 34 | 11 | 89 | 28 | 27 | 9 | 318 | 62,293 |
| | Honduras | 130 | 31 | 69 | 17 | 118 | 29 | 58 | 14 | 39 | 9 | 414 | 11,939 |
| | Panamá | 140 | 46 | 9 | 3 | 137 | 45 | 9 | 3 | 12 | 4 | 307 | 20,544 |
| Comunidad Andina | Bolivia (Estado Plurinacional) | 68 | 23 | 131 | 45 | 33 | 11 | 56 | 19 | 5 | 2 | 293 | 28,977 |
| | Colombia | 113 | 11 | 630 | 60 | 242 | 23 | 21 | 2 | 50 | 5 | 1056 | 192,488 |
| | Ecuador | 173 | 34 | 159 | 31 | 130 | 25 | 27 | 5 | 28 | 5 | 517 | 80,074 |
| | Perú | 64 | 29 | 96 | 44 | 35 | 16 | 17 | 8 | 7 | 3 | 219 | 121,853 |
| | Venezuela (República Bolivariana) | 98 | 32 | 80 | 26 | 78 | 26 | 23 | 8 | 26 | 9 | 305 | 110,556 |
| Cono Sur | Argentina | 133 | 41 | 71 | 22 | 68 | 21 | 23 | 7 | 29 | 9 | 324 | 297,694 |
| | Chile | 240 | 52 | 103 | 23 | 80 | 18 | 16 | 4 | 19 | 4 | 458 | 121,716 |
| | Paraguay | 89 | 34 | 81 | 31 | 57 | 22 | 6 | 2 | 26 | 10 | 259 | 17,899 |
| | Uruguay | 204 | 47 | 53 | 12 | 56 | 13 | 92 | 21 | 27 | 6 | 432 | 41,405 |
| Total | 2111 | 31.4 | 1902 | 28 | 1527 | 23 | 693 | 10 | 485 | 7 | 6718 | 1,386,284 | |

Notas:

- a En algunas filas, los porcentajes de las columnas no suman exactamente 100% debido al redondeo.
- b El personal de enfermería incluye personas con licenciatura en enfermería.
- c Las cifras no ponderadas son el número real de personas encuestadas de todas las profesiones.
- d Las cifras ponderadas son el número total estimado de personal médico y de enfermería en el país que se utilizaron para ponderar los resultados nacionales en los resúmenes subregionales.

Fuente:

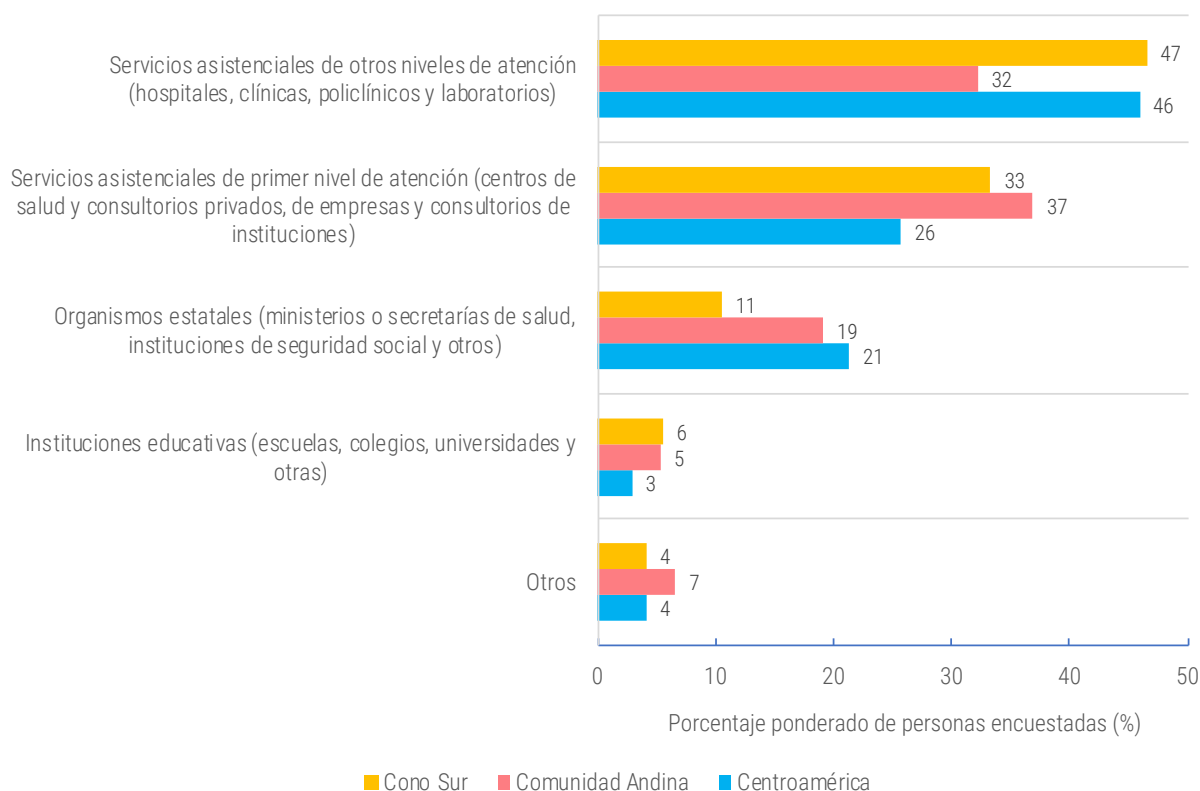
Organización Mundial de la Salud. Portal de cuentas nacionales del personal de salud de la OMS [Internet] (consultado el 13 de mayo de 2022). Ginebra: OMS. Disponible en: <https://www.observatoriorh.org/es/cuentas-nacionales-del-personal-de-salud-de-la-oms>.

Cuadro 2. Datos demográficos de las personas que respondieron la encuesta, por profesión, sexo, edad, etnia y sector de trabajo

| PARÁMETROS | PERSONAL MÉDICO | | | | PERSONAL DE ENFERMERÍA Y DE OBSTETRICIA | | | | | | OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD | | | | | | TÉCNICOS DE SALUD | | | | | | OTROS | | | | | | TOTALS | | | | | | TOTAL | |
|-------------------------------|-----------------|------|-----------|------|---|------|-----------|------|------|------|---------------------------------|------|-----------|------|------|------|-------------------|------|-----------|-----|------|------|----------|-----|-----------|------|------|------|----------|------|-----------|-----|------|-----|-------|--|
| | Femenino | | Masculino | | Femenino | | Masculino | | Otro | | Femenino | | Masculino | | Otro | | Femenino | | Masculino | | Otro | | Femenino | | Masculino | | Otro | | Femenino | | Masculino | | Otro | | | |
| | (n) | (%) | (n) | (%) | (n) | (%) | (n) | (%) | (n) | (%) | (n) | (%) | (n) | (%) | (n) | (%) | (n) | (%) | (n) | (%) | (n) | (%) | (n) | (%) | (n) | (%) | (n) | (%) | (n) | (%) | (n) | (%) | (n) | (%) | | |
| Cuartil de edad (años) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 (19-34) | 360 | 16.2 | 237 | 10.7 | 696 | 31.4 | 106 | 4.8 | 1 | <0,1 | 259 | 11.7 | 94 | 4.2 | 1 | <0,1 | 239 | 10.8 | 63 | 2.8 | 112 | 5.0 | 49 | 2.2 | 2 | 0.1 | 1666 | 75.1 | 549 | 24.7 | 4 | 0.2 | 2219 | | | |
| 2 (35-44) | 376 | 19.5 | 222 | 11.5 | 435 | 22.6 | 69 | 3.6 | | | 341 | 17.7 | 123 | 6.4 | 1 | 0.1 | 167 | 8.7 | 57 | 3.0 | 98 | 5.1 | 38 | 2.0 | | | 1417 | 73.5 | 509 | 26.4 | 1 | 0.1 | 1927 | | | |
| 3 (45-55) | 261 | 18.0 | 169 | 11.6 | 354 | 24.3 | 54 | 3.76 | | | 279 | 19.2 | 105 | 7.2 | | | 96 | 6.6 | 25 | 1.7 | 89 | 6.1 | 21 | 1.4 | 1 | 0.1 | 1079 | 74.2 | 374 | 25.7 | 1 | 0.1 | 1454 | | | |
| 4 (56-83) | 236 | 21.1 | 250 | 22.4 | 164 | 14.7 | 23 | 2.1 | | | 224 | 20.0 | 100 | 8.9 | | | 37 | 3.3 | 9 | 0.8 | 57 | 5.1 | 18 | 1.6 | | | 718 | 64.2 | 400 | 35.8 | 1118 | | | | | |
| Sector de trabajo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Público | 777 | 17.8 | 544 | 12.5 | 1099 | 25.2 | 170 | 3.9 | 1 | <0,1 | 641 | 14.7 | 261 | 6.0 | 2 | <0,1 | 408 | 9.3 | 121 | 2.8 | 247 | 5.7 | 90 | 2.1 | 3 | 0.1 | 3172 | 72.7 | 1186 | 27.2 | 6 | 0.1 | 4364 | | | |
| Privado | 315 | 21.3 | 205 | 13.8 | 396 | 26.7 | 62 | 4.2 | | | 251 | 16.9 | 72 | 4.9 | | | 96 | 6.5 | 16 | 1.1 | 56 | 3.8 | 13 | 0.9 | | | 1114 | 75.2 | 368 | 24.8 | 1482 | | | | | |
| Seguridad social | 102 | 19.2 | 98 | 18.4 | 74 | 13.9 | 10 | 1.9 | | | 105 | 19.7 | 48 | 9.0 | | | 32 | 6.0 | 16 | 3.0 | 32 | 6.0 | 15 | 2.8 | | | 345 | 64.8 | 187 | 35.2 | 532 | | | | | |
| Académico | 32 | 13.2 | 23 | 9.5 | 64 | 26.4 | 4 | 1.7 | | | 66 | 27.3 | 34 | 14.0 | | | 3 | 1.2 | 1 | 0.4 | 11 | 4.5 | 4 | 1.7 | | | 176 | 72.7 | 66 | 27.3 | 242 | | | | | |
| Otro | 7 | 7.1 | 8 | 8.2 | 16 | 16.3 | 6 | 6.1 | | | 40 | 40.8 | 7 | 7.1 | | | | | | | 10 | 10.2 | 4 | 4.1 | | | 73 | 74.5 | 25 | 25.5 | 98 | | | | | |
| Etnia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Afro descendiente | 39 | 13.0 | 23 | 7.7 | 103 | 34.3 | 10 | 3.3 | | | 61 | 20.3 | 24 | 8.0 | 1 | 0.3 | 15 | 5.0 | 4 | 1.3 | 15 | 5.0 | 4 | 1.3 | 1 | 0.3 | 233 | 77.7 | 65 | 21.7 | 2 | 0.7 | 300 | | | |
| Blanca | 542 | 21.9 | 331 | 13.4 | 514 | 20.7 | 87 | 3.5 | | | 417 | 16.8 | 145 | 5.8 | | | 211 | 8.5 | 36 | 1.5 | 151 | 6.1 | 45 | 1.8 | | | 1835 | 74.0 | 644 | 26.0 | 2479 | | | | | |
| Indígena | 15 | 11.5 | 21 | 16.0 | 37 | 28.2 | 10 | 7.6 | | | 8 | 6.1 | 5 | 3.8 | | | 19 | 14.5 | 8 | 6.1 | 6 | 4.6 | 1 | 0.8 | 1 | 0.8 | 85 | 64.9 | 45 | 34.4 | 1 | 0.8 | 131 | | | |
| Mestizo | 612 | 17.1 | 481 | 13.5 | 922 | 25.8 | 136 | 3.8 | 1 | <0,1 | 580 | 16.2 | 234 | 6.5 | 1 | 0 | 282 | 7.9 | 98 | 2.7 | 160 | 4.5 | 68 | 1.9 | 1 | 0.0 | 2556 | 71.5 | 1017 | 28.4 | 3 | 0.1 | 3576 | | | |
| Otras | 25 | 10.8 | 22 | 9.5 | 73 | 31.5 | 9 | 3.9 | | | 37 | 15.9 | 14 | 6.0 | | | 12 | 5.2 | 8 | 3.4 | 24 | 10.3 | 8 | 3.4 | | | 171 | 73.7 | 61 | 26.3 | 232 | | | | | |
| Total | 1233 | 18 | 878 | 13 | 1649 | 24.5 | 252 | 3.8 | 1 | <0,1 | 1103 | 16.4 | 422 | 6.3 | 2 | <0,1 | 539 | 8 | 154 | 2.3 | 356 | 5.3 | 126 | 1.9 | 3 | <0,1 | 4880 | 72.6 | 1832 | 27.3 | 6 | 0.1 | 6718 | | | |

Con respecto al lugar de trabajo, el 41% de las personas encuestadas respondió que trabajaba en servicios asistenciales de otros niveles de atención (hospitales, clínicas, policlínicos y laboratorios), el 33% indicó los servicios asistenciales de primer nivel de atención (centros de salud, consultorios privados, consultorios de empresas e instituciones académicas), el 17% en organismos estatales, el 5% en instituciones educativas y otro 5% en otros lugares de trabajo. Se detectaron variaciones entre las subregiones (figura 1).

Figura 1. Lugar de trabajo de las personas encuestadas, por subregión



Fuente: elaboración propia con base en los datos obtenidos.

Análisis cuantitativo

Con respecto a las actitudes y la predisposición ante las vacunas en general, el 99% de las personas encuestadas indicó que las vacunas son confiables, seguras, efectivas y una herramienta importante para proteger su salud y la de sus comunidades. Más del 90% estaban dispuestas a recomendar vacunas nuevas y mencionaron que realizan lo que su profesional médico o prestador de atención de salud de cabecera recomiendan, y que la información que les proporciona su proveedor de servicios sanitarios (públicos o privados) es fiable.

Se detectó que el 75% estaban preocupadas por los efectos adversos graves, y que el 52% estaban preocupadas por los efectos adversos leves relacionados con las vacunas en general. Se observaron variaciones significativas entre las categorías del personal de salud, donde quienes mostraban preocupación por los efectos adversos leves eran el 41% del personal médico en comparación con el 59% del personal de enfermería ($P < 0,001$), 68% de los técnicos en salud ($P < 0,001$), 52% de otros profesionales de la salud ($P < 0,001$) y 59% de "otros" ($P < 0,001$). Aproximadamente el 59% de las personas encuestadas del cuartil de 19-34 años refirieron preocupación por los efectos adversos leves, en comparación con el 43% de las personas encuestadas del cuartil de 56 a 83 años ($P < 0,001$) (cuadro 3).

Por otra parte, el 97% de las personas participantes afirmó que recibiría la vacuna contra la gripe o influenza, y el 99% recibiría la vacuna contra la hepatitis B; y, a su vez, la mayoría de los dos grupos recomendarían ambas vacunas a sus pacientes (98% y 100%, respectivamente).

Cuadro 3. Datos sobre la preocupación del personal de salud acerca de los efectos adversos leves que pueden causar las vacunas en general (pregunta 13b de la encuesta)

| VARIABLES | N | DE ACUERDO O TOTALMENTE DE ACUERDO (%) | EN DESACUERDO O TOTALMENTE EN DESACUERDO (%) | VALOR DE P (PRUEBA DE CHI CUADRADO) | RAZÓN DE MOMIOS AJUSTADA | LÍMITE INFERIOR | LÍMITE SUPERIOR | VALOR DE P (REGRESIÓN LOGÍSTICA) |
|---|------|--|--|-------------------------------------|--------------------------|-----------------|-----------------|----------------------------------|
| Todos | 6718 | 52 | 48 | | | | | |
| Sexo | | | | | | | | |
| Femenino | 4880 | 53 | 47 | 0.033 | 1 | | | |
| Masculino | 1832 | 49 | 51 | | 1 | 0.8 | 1.2 | 0.787 |
| Cuartil de edad (años) | | | | | | | | |
| 19-34 | 2219 | 59 | 41 | | 1 | | | |
| 35-44 | 1927 | 53 | 47 | <0,001 | 0.9 | 0.7 | 1 | 0.097 |
| 45-55 | 1454 | 52 | 48 | | 0.9 | 0.7 | 1.1 | 0.259 |
| 56-83 | 1118 | 43 | 57 | | 0.8 | 0.6 | 1 | 0.016 |
| Categoría de personal de salud | | | | | | | | |
| Personal médico | 2111 | 41 | 59 | | 1 | | | |
| Personal de enfermería y de obstetricia | 1902 | 59 | 41 | <0,001 | 1.8 | 1.5 | 2.2 | <0,001 |
| Otros profesionales de la salud | 1527 | 52 | 48 | | 1.5 | 1.2 | 1.8 | <0,001 |
| Técnicos de salud | 693 | 68 | 32 | | 2.6 | 1.9 | 3.4 | <0,001 |
| Otros | 485 | 59 | 41 | | 2 | 1.4 | 2.7 | <0,001 |
| Etnia | | | | | | | | |
| Blanca | 2479 | 43 | 57 | | 1 | | | |
| Mestiza | 3576 | 58 | 42 | <0,001 | 1.6 | 1.3 | 1.8 | <0,001 |
| Otras | 663 | 64 | 36 | | 1.9 | 1.5 | 2.4 | <0,001 |
| Sector de trabajo | | | | | | | | |
| Público | 4364 | 54 | 46 | | 1 | | | |
| Privado | 1482 | 47 | 53 | <0,004 | 0.9 | 0.7 | 1 | 0.152 |
| Seguridad social | 532 | 49 | 51 | | 1 | 0.7 | 1.3 | 0.856 |
| Otros | 340 | 48 | 52 | | 0.9 | 0.7 | 1.3 | 0.597 |
| Historia personal de COVID-19 | | | | | | | | |
| Sí | 3378 | 55 | 45 | <0,001 | 1 | | | |
| No o no sabe | 3340 | 49 | 51 | | 0.8 | 0.7 | 1 | 0.008 |

Nota:
la fuente en negrilla indica que la diferencia es estadísticamente significativa (valor de P <0,05).

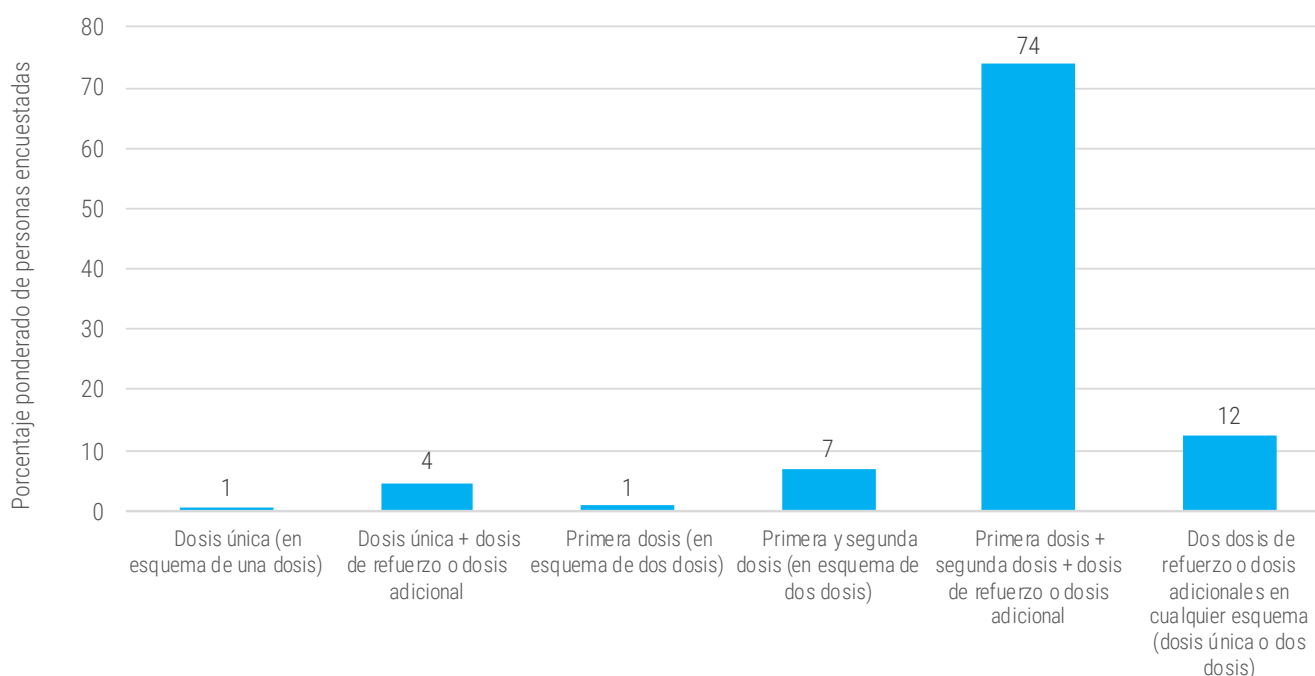
Con respecto a la aceptación de la vacuna contra la COVID-19, se preguntó al personal de salud si recomendaría la vacuna contra la COVID-19 a personas elegibles según los criterios establecidos por el ministerio de salud de cada país como, por ejemplo, personal esencial de primera línea, ancianos, personas con comorbilidades que aumentan su riesgo de enfermedad grave y personas embarazadas (pregunta 14d). Los resultados muestran que el 97% del personal de salud acepta recomendar la vacuna contra la COVID-19 de los 16 países que participaron en la encuesta (cuadro 4).

Cuadro 4. Datos sobre la aceptación de la vacuna contra la COVID-19 por parte del personal de salud en América Latina (pregunta 14d de la encuesta)

| DETALLE POR REGIÓN Y POR PAÍS | TOTAL DE PERSONAS ENCUESTADAS (N) | DE ACUERDO O TOTALMENTE DE ACUERDO (%) | EN DESACUERDO O TOTALMENTE EN DESACUERDO (%) |
|-----------------------------------|-----------------------------------|--|--|
| Centroamérica | 2855 | 97 | 3 |
| Costa Rica | 1038 | 94 | 6 |
| Cuba | 307 | 97 | 3 |
| El Salvador | 264 | 98 | 3 |
| Guatemala | 318 | 98 | 3 |
| Honduras | 414 | 99 | 1 |
| Panamá | 307 | 98 | 2 |
| República Dominicana | 207 | 94 | 6 |
| Comunidad Andina | 2390 | 97 | 3 |
| Bolivia (Estado Plurinacional) | 293 | 98 | 2 |
| Colombia | 1056 | 97 | 3 |
| Ecuador | 517 | 98 | 2 |
| Perú | 219 | 97 | 3 |
| Venezuela (República Bolivariana) | 305 | 95 | 5 |
| Cono Sur | 1473 | 98 | 2 |
| Argentina | 324 | 97 | 3 |
| Chile | 458 | 98 | 2 |
| Paraguay | 259 | 98 | 2 |
| Uruguay | 432 | 97 | 3 |
| Total | 6718 | 97 | 3 |

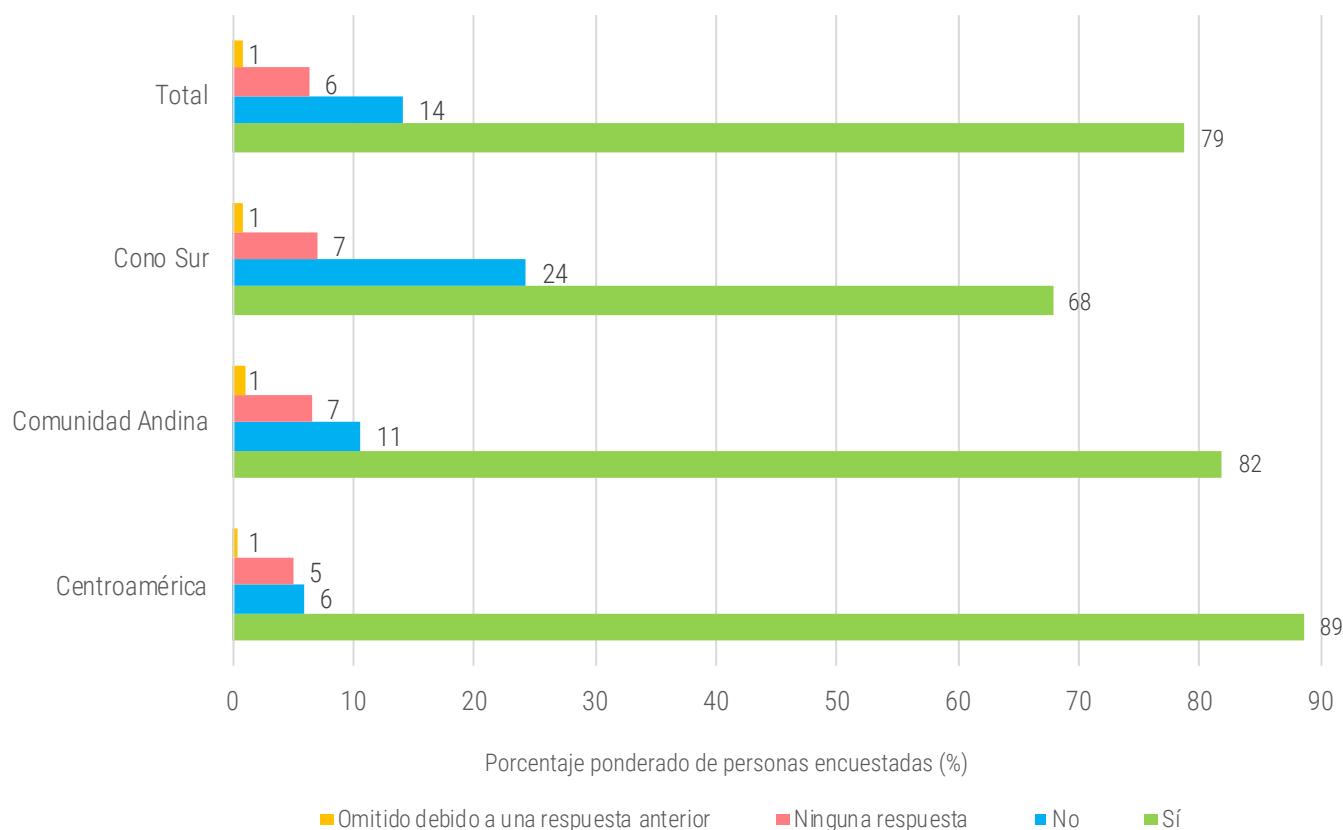
Al estudiar las actitudes y la predisposición relacionadas específicamente con la administración de las vacunas contra la COVID-19, el 99% del personal de salud que respondió la encuesta indicaron haber recibido alguna vez una vacuna contra la COVID-19, conocer dónde vacunarse, y tener o haber tenido accesos a servicios de vacunación contra la COVID-19. El 90% de las personas participantes indicaron haber recibido el esquema completo de vacunación con dosis de refuerzo (dosis única y dosis de refuerzo o dosis adicional, primera y segunda dosis con dosis de refuerzo o dosis adicional) o con dos dosis de refuerzo o dosis adicional en cualquier esquema (de dosis única o de dos dosis), el 8% mencionó tener el esquema completo aunque sin dosis de refuerzo ni dosis adicional, el 1% mencionó no tener el esquema completo de vacunación, y el 1% indicó que no tenían ninguna dosis de la vacuna contra la COVID-19 (figura 2).

Figura 2. Cumplimiento del esquema de vacunación contra la COVID-19 en el personal de salud



En la figura 3 se muestra que el 79% de las personas encuestadas indicaron que podían vacunarse en su lugar de trabajo, con diferencias entre las tres subregiones; el Cono Sur es la región con menor índice de personal de salud vacunado en el lugar de trabajo (68%).

Figura 3. Porcentaje de vacunación en el lugar de trabajo por subregiones



Análisis cuantitativo según los determinantes sociales y de comportamiento BeSD

Al analizar los resultados de las preguntas cuantitativas con base en los BeSD, solo se identificaron respuestas relacionadas con los dominios “Pensamientos y sentimientos” y “Procesos sociales”.

Dominio “Pensamientos y sentimientos”

Al estudiar lo que las personas encuestadas piensan y sienten sobre las vacunas contra la COVID-19, se encontraron pocas diferencias cuando se compararon las categorías de personal de salud, cuartiles de edad y etnia. En general, el 97% de las personas encuestadas mencionaron que las vacunas contra la COVID-19 son buenas para su salud y que les protegerán de las formas graves de la enfermedad. Entre los principales factores que contribuyeron a formar su opinión sobre la vacuna contra la COVID-19, se encontraron publicaciones científicas sobre temas relacionados con el SARS-CoV-2, en constante cambio (97%), la rapidez con la que se investigaron y desarrollaron las vacunas (87%) y la relación entre la proporción de vacunados y los índices de hospitalización y de mortalidad (87%) (cuadro 5).

Cuadro 5. Porcentaje de respuestas sobre el dominio de pensamientos y sentimientos por sexo, edad, categoría de personal de salud, etnia y sector de trabajo

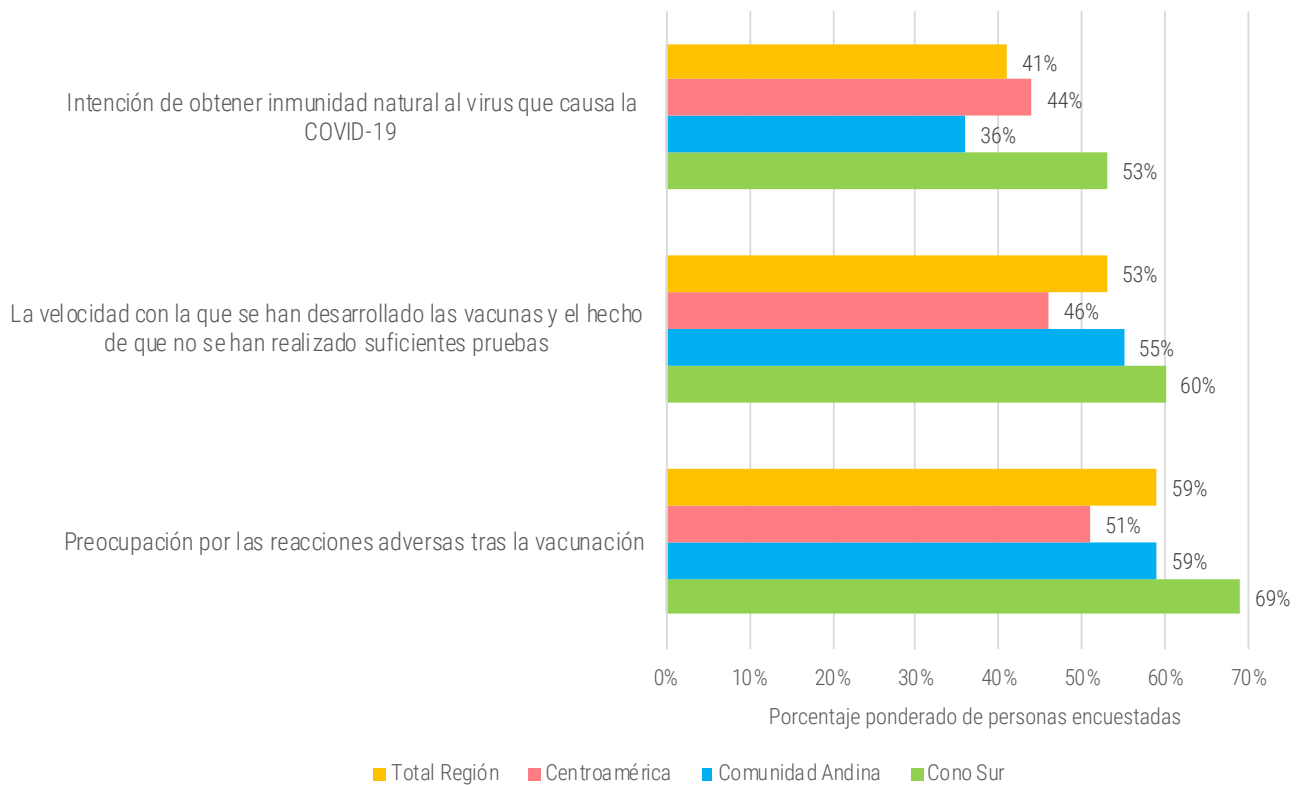
| Postulados con los que las personas encuestadas se mostraron de acuerdo o totalmente de acuerdo (número de pregunta) | Total (%) | SEXO | | CUARTIL DE EDAD | | | | CATEGORÍA DE PERSONAL DE SALUD | | | | | ETNIA | | | SECTOR DE TRABAJO | | | | HISTORIA PERSONAL DE COVID-19 | |
|--|-----------|-----------|-----------|--------------------|-------|-------|-------|--------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|-------------------|-------|---------------------|---------|-------|----------------------|---------|------------------|-------|-------------------------------|--------------|
| | | Femenino* | Masculino | 19-34 ^a | 35-44 | 45-55 | 56-83 | Personal médico ^a | Personal de enfermería y obstetricia | Otros profesionales de la salud | Técnicos de salud | Otros | Blanca ^a | Mestiza | Otros | Público ^a | Privado | Seguridad social | Otros | Sí ^a | No o no sabe |
| La vacuna contra el coronavirus (COVID-19) me protegerá de las formas graves de la enfermedad de la COVID-19 (14a) | 97 | 97 | 99 | 96 | 97 | 99 | 98 | 98 | 97 | 98 | 94 | 98 | 98 | 97 | 96 | 97 | 98 | 99 | 97 | 97 | 98 |
| Vacunarme contra el coronavirus (COVID-19), es o será bueno para mi salud (14c) | 98 | 98 | 98 | 97 | 98 | 98 | 98 | 99 | 97 | 98 | 97 | 98 | 99 | 98 | 96 | 98 | 97 | 99 | 98 | 97 | 98 |
| Todavía no sé lo suficiente sobre las vacunas disponibles para tomar una decisión (23a) | 34 | 32 | 36 | 36 | 31 | 29 | 38 | 34 | 30 | 34 | 47 | 30 | 29 | 33 | 43 | 35 | 32 | 22 | 17 | 32 | 35 |
| Quiero obtener inmunidad natural al virus que causa la COVID-19 (23b) | 41 | 41 | 41 | 41 | 41 | 38 | 44 | 40 | 44 | 34 | 52 | 37 | 34 | 43 | 42 | 44 | 38 | 22 | 18 | 40 | 41 |
| Es posible que las vacunas disponibles se hayan desarrollado demasiado rápido o que no se las haya sometido a pruebas exhaustivas antes de su aprobación (23c) | 53 | 52 | 58 | 50 | 55 | 55 | 59 | 59 | 49 | 55 | 50 | 54 | 56 | 50 | 60 | 56 | 49 | 37 | 47 | 54 | 53 |
| Creo que las vacunas pueden causar la enfermedad que fueron diseñadas para prevenir (23d) | 30 | 30 | 28 | 33 | 28 | 28 | 28 | 32 | 30 | 21 | 45 | 31 | 25 | 31 | 35 | 33 | 24 | 16 | 15 | 27 | 35 |
| Me preocupan las reacciones adversas que se han visto cuando se colocan la vacuna (23e) | 59 | 61 | 50 | 58 | 59 | 60 | 57 | 64 | 55 | 53 | 72 | 58 | 53 | 59 | 67 | 62 | 54 | 35 | 43 | 57 | 62 |
| La rapidez con la que se investigaron y desarrollaron las vacunas (25a) | 87 | 87 | 88 | 85 | 87 | 88 | 88 | 86 | 90 | 85 | 87 | 85 | 87 | 88 | 86 | 88 | 85 | 85 | 84 | 88 | 87 |
| Los temas científicos del SARS-CoV-2 que se descubren y evolucionan constantemente (25b) | 97 | 97 | 98 | 97 | 97 | 98 | 98 | 99 | 97 | 97 | 94 | 96 | 98 | 97 | 94 | 97 | 97 | 97 | 97 | 97 | 97 |
| La relación entre la proporción de vacunados con hospitalización y mortalidad (25f) | 87 | 86 | 89 | 88 | 85 | 84 | 90 | 91 | 84 | 86 | 85 | 84 | 88 | 87 | 83 | 85 | 92 | 93 | 85 | 86 | 88 |
| Mi propia investigación sobre las vacunas contra la COVID-19 (25g) | 83 | 83 | 82 | 85 | 82 | 84 | 81 | 83 | 85 | 81 | 82 | 80 | 81 | 85 | 81 | 83 | 82 | 84 | 81 | 83 | 83 |
| El país en el que se desarrollaron/ fabricaron las vacunas disponibles (25h) | 77 | 76 | 79 | 78 | 74 | 80 | 76 | 74 | 82 | 73 | 83 | 74 | 72 | 81 | 82 | 79 | 71 | 78 | 68 | 79 | 75 |

Notas:

* Categoría de referencia. Las celdas resaltadas en color azul representan una diferencia estadísticamente significativa que supera el umbral de distancia de 10 puntos entre la categoría de referencia y las otras categorías.

El 10% de las personas encuestadas dijeron no contar con esquema completo de vacunación o dosis de refuerzos o dosis adicional (9%) o no estar vacunadas (1%). Cuando se preguntaron las razones por la que han rechazado o demorado la vacunación contra la COVID-19, el 59% indicó que tienen preocupación por las reacciones adversas tras la vacunación, con variaciones significativas entre las categorías relacionadas con la etnia, siendo menor en los que se autoidentificaron como blancos (53%), comparado con mestizos (59%) y otros (67%). Otros factores mencionados son la velocidad con la que se han desarrollado las vacunas, el hecho de que no se han realizado suficientes pruebas (53%) y la intención de obtener inmunidad natural al virus que causa la COVID-19 (41%), con variaciones significativas en la categoría de sector de trabajo. En estas subcategorías, el 44% ($P = 0,013$) trabajaban en el sector público, el 38% en el sector privado, el 22% en la seguridad social y el 18% en otros sectores. Al realizar una comparación de estos tres factores para el rechazo o la demora en la vacunación contra la COVID-19 entre las subregiones, se detectó una mayor preocupación en las personas participantes del Cono Sur (figura 4).

Figura 4. Principales razones para rechazar o demorar la vacunación, según las subregiones (pregunta 23)



Existen tres factores que influyeron en los pensamientos y sentimientos de las personas encuestadas en las tres subregiones (por sexo, cuartil de edad, categoría laboral y etnia). Estos factores son los siguientes:

- País en el que se desarrollaron o fabricaron las vacunas contra la COVID-19 (pregunta 25h): 87% en Centroamérica, 81% en la Comunidad Andina y 64% en el Cono Sur.
- Reacciones adversas de las vacunas contra la COVID-19 (pregunta 23e): 69% en el Cono Sur, 56% en la Comunidad Andina y 51% en Centroamérica.
- Índice de hospitalización y de mortalidad de las personas que recibieron las vacunas contra la COVID-19 (pregunta 25f): 93% en el Cono Sur, 88% en la Comunidad Andina y 77% en Centroamérica.

Dominio “Procesos sociales”

Al analizar los factores que inciden sobre la opinión del personal de salud con respecto a las vacunas contra la COVID-19, se detectaron diferencias en las comparaciones entre las categorías del personal de salud, los cuartiles de edad y la etnia. El 93% de las personas encuestadas mencionaron que confían en el proceso de aprobación científica de las vacunas disponibles contra el coronavirus en su país y que los principales factores que contribuyeron a formar su opinión sobre la vacuna contra la COVID-19 son las recomendaciones emitidas por científicos u organizaciones internacionales (96%).

El 57% de personas encuestadas mencionó que las acciones y opiniones de sus amigos, familiares y colegas influyen en su opinión sobre las vacunas contra la COVID-19 (cuadro 6). Se observaron variaciones entre las categorías de profesionales de la salud, donde el 52% del personal médico, en comparación con el 72% de los técnicos en salud ($P < 0,001$), 60% del personal de enfermería, 52% de otros profesionales de la salud y 60% de “otros”, estuvieron de acuerdo en que este factor influyó en su opinión sobre las vacunas contra la COVID-19. Las personas encuestadas que se autoidentificaron como de etnia blanca mencionaron que este factor influye menos (53%; $P < 0,001$) en comparación con los que se autoidentificaron como mestizos (59%) y de otras etnias (63%) (cuadro 6).

Cuadro 6. Factores que influyen en la opinión del personal de salud sobre la vacuna contra la COVID-19 (pregunta 25d sobre las acciones y opiniones de amigos, familiares y colegas

| VARIABLES | N | DE ACUERDO O TOTALMENTE DE ACUERDO (%) | EN DESACUERDO O TOTALMENTE EN DESACUERDO (%) | VALOR DE P (PRUEBA DE CHI CUADRADO) | RAZÓN DE MOMIOS AJUSTADA | LÍMITE INFERIOR | LÍMITE SUPERIOR | VALOR P DE REGRESIÓN LOGÍSTICA |
|---|------|--|--|-------------------------------------|--------------------------|-----------------|-----------------|--------------------------------|
| Todos | 6718 | 57 | 43 | | | | | |
| Sexo | | | | | | | | |
| Femenino | 4880 | 56 | 44 | | 1 | | | |
| Masculino | 1832 | 58 | 43 | 0.363 | 1.2 | 1 | 1.4 | 0.074 |
| Cuartil de edad (años) | | | | | | | | |
| 19-34 | 2219 | 61 | 39 | | 1 | | | |
| 35-44 | 1927 | 55 | 45 | | 0.8 | 0.7 | 1 | 0.027 |
| 45-55 | 1454 | 57 | 43 | | 1 | 0.8 | 1.2 | 0.708 |
| 56-83 | 1118 | 54 | 46 | 0.028 | 0.9 | 0.8 | 1.2 | 0.588 |
| Categoría de personal de salud | | | | | | | | |
| Personal médico | 2111 | 52 | 48 | | 1 | | | |
| Personal de enfermería y de obstetricia | 1902 | 60 | 40 | | 1.4 | 1.1 | 1.7 | < 0.001 |
| Otros profesionales de la salud | 1527 | 52 | 48 | | 1 | 0.8 | 1.2 | 0.976 |
| Técnicos de salud | 693 | 72 | 28 | | 2.3 | 1.7 | 3.1 | < 0.001 |
| Otros | 485 | 60 | 40 | <0,001 | 1.4 | 1 | 1.9 | 0.044 |
| Etnia | | | | | | | | |
| Blanca | 2479 | 53 | 47 | | 1 | | | |
| Mestiza | 3576 | 59 | 41 | | 1.2 | 1 | 1.4 | 0.020 |
| Otras | 663 | 63 | 37 | <0,001 | 1.4 | 1.1 | 1.8 | 0.006 |
| Sector de trabajo | | | | | | | | |
| Público | 4364 | 58 | 42 | | 1 | | | |
| Privado | 1482 | 54 | 46 | | 0.9 | 0.8 | 1.1 | 0.257 |
| Seguridad social | 532 | 64 | 36 | | 1.4 | 1 | 1.9 | 0.073 |
| Otros | 340 | 45 | 55 | <0,001 | 0.7 | 0.5 | 0.9 | 0.016 |
| Historia personal de COVID-19 | | | | | | | | |
| Sí | 3378 | 59 | 41 | | 1 | | | 0.079 |
| No o no sabe | 3340 | 55 | 45 | 0.020 | 0.9 | 0.8 | 1 | |

Nota: la fuente en negrilla indica que la diferencia es estadísticamente significativa (valor de P <0,05).

El 39% de las personas encuestadas estuvieron de acuerdo en que la información recibida a través de las redes sociales (Facebook®, Instagram®, Twitter®, TikTok®, YouTube®, WhatsApp® y otras) influye en sus opiniones sobre las vacunas contra la COVID-19. En este punto, existen variaciones entre los cuartiles de edad. En las personas de 19 a 34 años la influencia (47%) es mayor que en el grupo de 56 a 83 años (32%; $P < 0,001$). El personal de enfermería (46%) y los técnicos de salud (56%) reciben más influencia de las redes sociales en comparación que el personal médico (31%; $P < 0,001$). Las personas encuestadas que se autoidentificaron como mestizas (44%) y pertenecientes a otras etnias (47%) mencionaron estar más influenciadas por las redes sociales en comparación con las se autoidentificaron como blancas (32%; $P < 0,001$). Del mismo modo, en el personal de salud que trabaja en el sector público la influencia de las redes sociales es mayor en comparación con quienes trabajan en el sector privado y en otros sectores (42%, 31% y 26%, respectivamente) (cuadro 7).

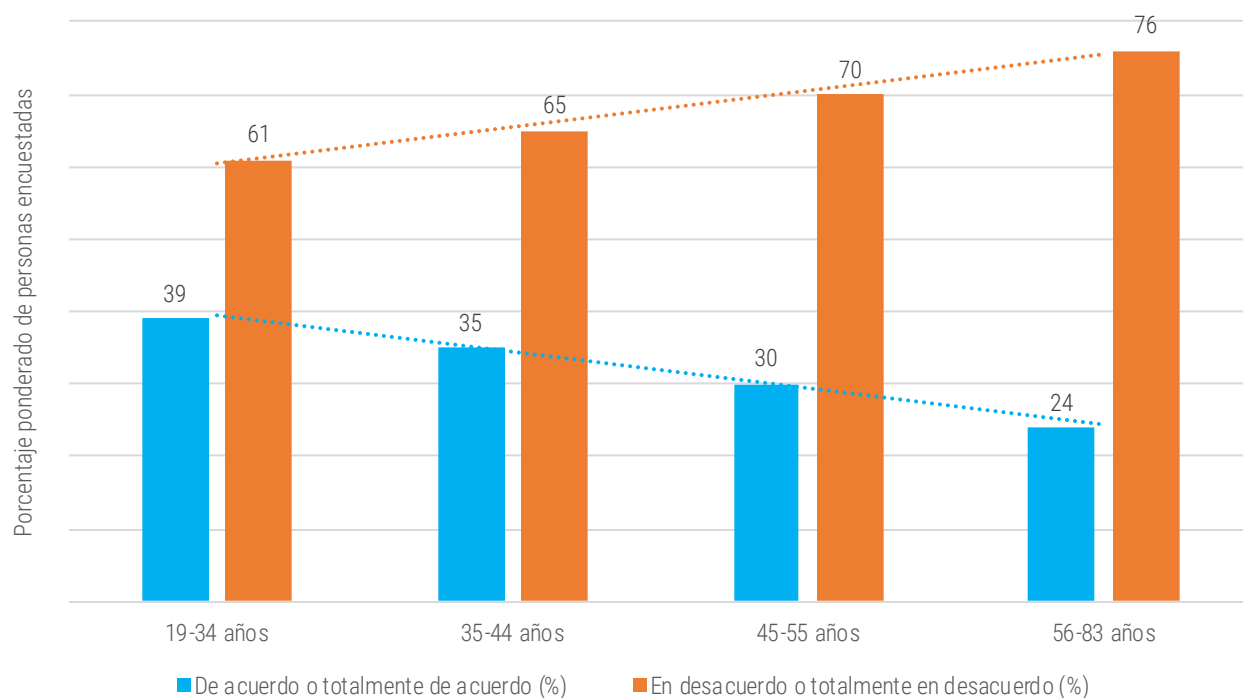
Cuadro 7. Influencia de las redes sociales en la opinión del personal de salud sobre las vacunas contra la COVID-19 (pregunta 25i)

| VARIABLES | De acuerdo o totalmente de acuerdo (%) | En desacuerdo o totalmente en desacuerdo (%) | N | Valor de P (prueba de chi cuadrado) | Razón de momios ajustada | Límite inferior | Límite superior | Valor de P (prueba de regresión logística) |
|---|--|--|------|-------------------------------------|--------------------------|-----------------|-----------------|--|
| Todos | 39 | 61 | 6718 | | | | | |
| Sexo | | | | | | | | |
| Femenino | 38 | 62 | 4880 | | 1 | | | |
| Masculino | 40 | 60 | 1832 | 0.343 | 1.3 | 1.1 | 1.5 | 0,007 |
| Cuartil de edad (años) | | | | | | | | |
| 19-34 | 47 | 53 | 2219 | | 1 | | | |
| 35-44 | 39 | 61 | 1927 | | 0.7 | 0.6 | 0.9 | 0,001 |
| 45-55 | 37 | 63 | 1454 | | 0.7 | 0.6 | 0.9 | 0,002 |
| 56-83 | 32 | 68 | 1118 | <0,001 | 0.7 | 0.6 | 0.9 | 0,006 |
| Categoría de personal de salud | | | | | | | | |
| Personal médico | 31 | 69 | 2111 | | 1 | | | |
| Personal de enfermería y de obstetricia | 46 | 54 | 1902 | | 1.8 | 1.5 | 2.2 | <0,001 |
| Otros profesionales de la salud | 35 | 65 | 1527 | | 1.3 | 1 | 1.6 | 0,019 |
| Técnicos de salud | 56 | 44 | 693 | | 2.5 | 1.8 | 3.3 | <0,001 |
| Otros | 39 | 61 | 485 | <0,001 | 1.4 | 1 | 1.9 | 0,040 |
| Etnia | | | | | | | | |
| Blanca | 32 | 68 | 2479 | | 1 | | | |
| Mestiza | 44 | 56 | 3576 | | 1.4 | 1.2 | 1.7 | <0,001 |
| Otras | 47 | 53 | 663 | <0,001 | 1.6 | 1.2 | 2 | <0,001 |
| Sector de trabajo | | | | | | | | |
| Público | 42 | 58 | 4364 | | 1 | | | |
| Privado | 31 | 69 | 1482 | | 0.7 | 0.6 | 0.8 | <0,001 |
| Seguridad social | 35 | 65 | 532 | | 0.8 | 0.6 | 1.1 | 0,241 |
| Otros | 26 | 74 | 340 | <0,001 | 0.6 | 0.4 | 0.8 | <0,001 |
| Historia personal de COVID-19 | | | | | | | | |
| Sí | 42 | 58 | 3378 | | 1 | | | |
| No o no sabe | 36 | 64 | 3340 | <0,001 | 0.8 | 0.7 | 1 | 0,019 |

Nota: la fuente en negrilla indica que la diferencia es estadísticamente significativa (valor de P <0,05).

Para el 32% de las personas encuestadas, las acciones y opiniones de sus líderes religiosos influían en su opinión sobre las vacunas contra la COVID-19. En el caso del personal médico, el 26% estuvo de acuerdo con esta afirmación, en comparación con el 37% del personal de enfermería y el 54% ($P < 0,001$) de los técnicos de salud. Lo mismo se observó al comparar por cuartiles de edad: el 39% de las personas de entre 19 y 34 años estaban de acuerdo en que las opiniones y acciones de líderes religiosos habían influido en su opinión sobre la vacuna contra la COVID-19, en comparación con el 24% del cuartil de 56 a 83 años ($P < 0,001$). El 37% ($P < 0,001$) de las personas encuestadas que se autoidentificaron como mestizas y el 41% ($P < 0,001$) de quienes se autoidentificaron como pertenecientes a otras etnias reciben más influencia de sus líderes religiosos en comparación con el 25% de quienes se autoidentificaron como de etnia blanca (figura 5).

Figura 5. Factores que influyen en la opinión sobre la vacuna contra la COVID-19 (acciones y opiniones de líderes religiosos) por edad



Cuando se analizan los resultados por subregión, se observa que presentaron variaciones significativas cuando se los comparó por las variables de sexo, edad, categoría laboral y etnia. Se detectaron los siguientes tres factores que influyen en este dominio:

- Acciones y opiniones de amigos, familiares y colegas sobre las vacunas contra la COVID-19: influyeron menos entre las personas encuestadas del Cono Sur (47%) en comparación con las personas encuestadas de las subregiones de Centroamérica (60%) y de la Comunidad Andina (63%).
- Información proveniente de las redes sociales: tuvo más influencia en el personal de salud de la Comunidad Andina (48%) y de Centroamérica (44%) en comparación con las personas encuestadas del Cono Sur (25%).
- Opiniones de líderes religiosos: el personal de salud del Cono Sur se considera menos influenciado por ellas (20%) en comparación con las personas encuestadas de Centroamérica (36%) y de la Comunidad Andina (40%).

Análisis cualitativo

Las respuestas cualitativas se clasificaron según los BeSD. Se identificaron 48 códigos temáticos en los cuatro dominios: pensamientos y sentimientos (18 códigos), procesos sociales (14), motivación (4) y cuestiones prácticas (12). En cada figura del análisis cualitativo el número de personas que respondieron cada pregunta se presenta junto al número de la pregunta y el porcentaje de respuestas en cada código temático representa al número de respuestas a cada uno de estos, que en algunos casos contenían información que correspondía a dos códigos temáticos diferentes y, en ocasiones, a dos dominios diferentes. Por lo tanto, en algunas preguntas, los porcentajes de una fila suman más de 100%.⁹

En el cuadro 8 se resumen los BeSD de la OMS, los códigos temáticos y cuáles son factores facilitadores (+), barreras (-) o factores neutrales (+/-). Los BeSD se utilizan para clasificar las opiniones expresadas en nueve preguntas de respuestas libres (preguntas 16, 21, 24, 26, 28, 30, 32, 34 y 35), que ofrecían la opción de no responderlas. El sistema de colores basados en el dominio se ciñe al que se usa en el manual de la OMS sobre los BeSD.

⁹ Esta información se visualizará en cada gráfico en el análisis cualitativo.

Cuadro 8. Dominios de los determinantes sociales y de comportamiento de la Organización Mundial de la Salud y códigos temáticos relacionados con las vacunas contra la COVID-19 y las vacunas en general

| PENSAMIENTOS Y SENTIMIENTOS | PROCESOS SOCIALES | MOTIVACIÓN | CUESTIONES PRÁCTICAS |
|--|--|--|----------------------|
| FACTORES FACILITADORES (+) | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Las vacunas son beneficiosas, eficaces, salvan vidas y protegen la salud. Las vacunas son importantes y esenciales. | <ul style="list-style-type: none"> Evidencia científica, bibliografía médica, publicaciones y estadísticas Experiencias de amigos o familiares Recomendaciones del personal de salud acerca de la obligatoriedad de aplicarse las vacunas Materiales educativos, capacitaciones, seminarios virtuales y podcasts. Opiniones de expertos en salud y recomendaciones de organizaciones de salud | <ul style="list-style-type: none"> “Deberíamos animar a la gente a vacunarse”. “Todo el personal de salud debe vacunarse”. Recomendación programática^a | |

BARRERAS (-)

| | | | |
|---|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Alergia a las vacunas antigripales • Enfermedad u otro motivo de salud (que no sea COVID-19) • Falta de confianza en la vacuna • Falta de información o información errónea • Marca de la vacuna (disponibilidad, confianza y efectos adversos) • No es efectiva • No es necesaria • "No sé lo suficiente como para recomendar las vacunas" • "Nunca me han dicho que la necesito". • "Tuve reacciones adversas a dosis anteriores" • Preocupaciones sobre efectos secundarios, reacciones adversas y seguridad de las vacunas • "Se necesita más información sobre la vacuna". • Velocidad con las que se investigaron y desarrollaron las vacunas | <ul style="list-style-type: none"> • Evidencia científica poco confiable • Recomendaciones del personal sobre la no obligatoriedad de aplicarse las vacunas • Razones de índole política | <ul style="list-style-type: none"> • "No quiero, no necesito la vacuna" • Falta de motivación • "No necesito un refuerzo" | <ul style="list-style-type: none"> • El calendario de vacunación no es conveniente • Dificultad en el acceso a la vacuna • Dificultad en el transporte para el acceso a la vacuna • El lugar de vacunación no es conveniente • Falta de información sobre el calendario de información y sobre cuándo está disponible la vacuna • Falta de información sobre el lugar de vacunación • Falta de tiempo • "No tengo suficiente información" • Vacuna no disponible (falta de suministro o suministro insuficiente) |
|---|---|--|---|

FACTORES NEUTRALES (+/-)

| | | | |
|--|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Embarazo, lactancia y período posparto • Experiencia personal^b | <ul style="list-style-type: none"> • Opiniones de colegas • “Es una decisión personal, las personas son libres de elegir por su cuenta”. • Experiencia laboral^c • Medios de comunicación, redes sociales, canales de noticias, internet • Observación^d • Recomendar solo caso por caso | | <ul style="list-style-type: none"> • “Aún no soy eligible para la siguiente dosis”. • Historia personal positiva para COVID-19 • “Ya tenía la vacuna”. |
|--|--|--|---|

Notas:

- ^a Recomendación programática: la persona encuestada sugirió cómo se podrían mejorar las políticas y los procedimientos relacionados con la vacunación (por ejemplo: mejorar el sistema de registro de vacunación en el país).
- ^b Experiencia personal: las personas encuestadas describieron su propia experiencia con la vacunación contra la COVID-19 (por ejemplo: “En Uruguay fuimos de los primeros grupos que vacunaron, recibí 4 dosis de Pfizer”).
- ^c Experiencia laboral: las personas encuestadas describieron sus experiencias laborales con la vacunación contra la COVID-19 (por ejemplo: “Cómo disminuyó el grado de morbimortalidad en aquellas personas que optaron por vacunarse, evidenciados en nuestras salas de emergencia”).
- ^d Observación: las personas encuestadas describieron sus observaciones personales sobre la vacunación contra la COVID-19 en particular y sobre la COVID-19 en general (por ejemplo: “Creo que es un privilegio el pertenecer al sector salud, ya que se aprende mucho sobre las vacunas y tiene la facilidad de que le sean aplicadas en forma rápida”).

Actitud frente a las vacunas contra la COVID-19

A continuación, se resumen las respuestas cualitativas a las preguntas de respuesta libre relacionadas con la vacuna contra la COVID-19 (preguntas 16, 21, 24, 26 y 35), se muestra un análisis por dominios de los BeSD, y se presentan los principales resultados de las respuestas a las cinco preguntas.

Opiniones con respecto al retraso o rechazo para la aplicación de las vacunas contra la COVID -19

Del total de personas encuestadas, aproximadamente el 6% que no tuvo acceso a la vacuna o que no se habían aplicado la vacuna o que no tenían el esquema completo de vacunación o dosis de refuerzo o dosis adicionales contra la COVID-19 respondieron a las preguntas sobre las principales razones por las que es difícil acceder a la vacuna contra la COVID-19 (pregunta 16, n = 24), razones para no contar con esquema completo de vacunación o dosis de refuerzo o dosis adicional de vacuna contra la COVID-19 (pregunta 21, n = 474)¹⁰ y razones para retrasar o rechazar la vacuna contra la COVID-19 (pregunta 24, n = 318).

Las personas encuestadas que respondieron a estas preguntas fueron, en su mayoría, mujeres (84%), de entre 19 y 34 años (39%) y personal de enfermería y de obstetricia (32%).

¹⁰ Se considera que el esquema de vacunación está completo cuando se cuenta con la primera y la segunda dosis de vacuna contra la COVID-19. Los miembros del personal de salud que respondieron esta pregunta se habían aplicado una dosis única (en esquema de una dosis) sin dosis de refuerzo, o la primera dosis (en un esquema de dos dosis) sin dosis de refuerzo, o la primera y la segunda dosis (en un esquema de dos dosis) sin dosis de refuerzo.

Dominio “Pensamientos y sentimientos”

Del 6% de las personas encuestadas que respondieron las preguntas relacionadas con la vacunación contra la COVID-19, el 9% mencionó que la preocupación por los posibles efectos secundarios, las reacciones adversas y la seguridad de las vacunas influía para no contar con esquema completo de vacunación o con dosis de refuerzo o dosis adicional, y el 21% refirió que es un factor para retrasar y rechazar estas vacunas.

“Aún no recibo la dosis de refuerzo, ya que me preocupa la mezcla de estas”. (Pregunta 24)

Del 6% de las personas que respondieron estas preguntas, el 21% de las personas señalaron que aún no recibían su segunda dosis o su dosis de refuerzo o dosis adicional, ya que tenían una enfermedad o algún tema relacionado con su salud (que no era COVID-19), y que esto también influyó para retrasar o rechazar la vacuna contra la COVID-19 en el 14% (figura 6).

“He estado enferma y para la dosis adicional me dicen que debo estar bien de salud”. (Pregunta 21)

Del mismo modo, en este dominio, las respuestas se encuadraron en el código temático relacionado con la confianza en la vacuna; el 6% de los que respondieron estas preguntas mencionó que la falta de confianza es una de las razones por las que no cuenta con esquema completo de vacunación o con dosis de refuerzo o dosis adicional, y el 10% lo utilizó como una razón para retrasar o rechazar estas vacunas. Estas respuestas revelaron sentimientos de incertidumbre con respecto a la efectividad de la vacuna:

“No confío en la efectividad de la vacuna de COVID; además, es una vacuna experimental”. (Pregunta 21)

La marca de la vacuna influyó en el 3% de las personas que respondieron estas preguntas para no contar con esquema completo de vacunación o con dosis de refuerzo o dosis adicional y para retrasar o rechazar esta vacuna:

***“No me quiero colocar la vacuna Moderna® por efectos secundarios que provocó en el personal de salud”.
(Pregunta 24)***

Figura 6. Respuestas cualitativas clasificadas según los determinantes sociales y de comportamiento de la Organización Mundial de la Salud (dominio “Pensamientos y sentimientos”) acerca de las opiniones sobre las vacunas contra la COVID-19



Nota:

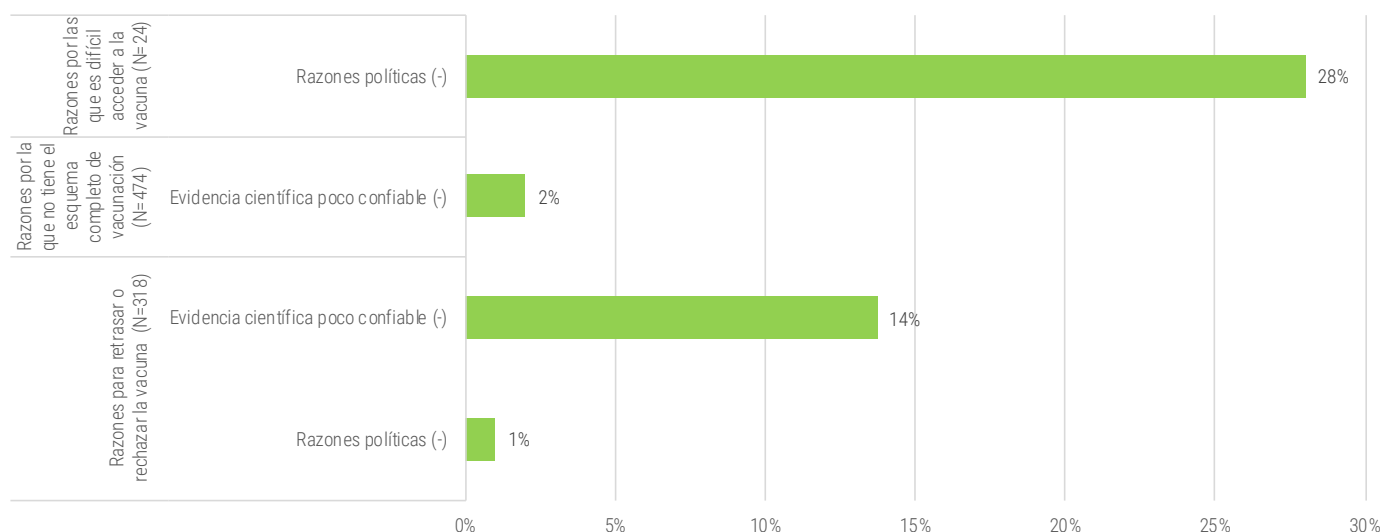
Los porcentajes son ponderados de categorías de respuestas. Pueden sumar más de 100 porque las respuestas pueden asignarse a más de una categoría temática.
 (+): factor facilitador, (-): barrera, (-/+): factor neutral.

Dominio “Procesos sociales”

Del 6% del personal de salud que respondió las preguntas relacionadas con la vacunación contra la COVID-19, el 28% indicó que es difícil acceder a la vacuna debido a razones políticas, y el 14% indicó que una de las razones de rechazo o demora de la vacunación contra la COVID-19 se debe a que la evidencia científica es poco confiable, ya que las vacunas todavía se encuentran en períodos de prueba o en fase de experimentación (figura 7):

“No son vacunas, son sueros en período de prueba; además, no veo beneficios que sobrepasen lo que las vacunas dejan como secuelas”. (Pregunta 24)

Figura 7. Respuestas cualitativas clasificadas según los determinantes sociales y de comportamiento de la Organización Mundial de la Salud (dominio "Procesos sociales") acerca de las opiniones sobre las vacunas contra la COVID-19



Nota:
 Los porcentajes son ponderados de categorías de respuestas. Pueden sumar más de 100 porque las respuestas pueden asignarse a más de una categoría temática.
 (+): factor facilitador, (-): barrera, (+/-): factor neutral.

Dominio "Motivación"

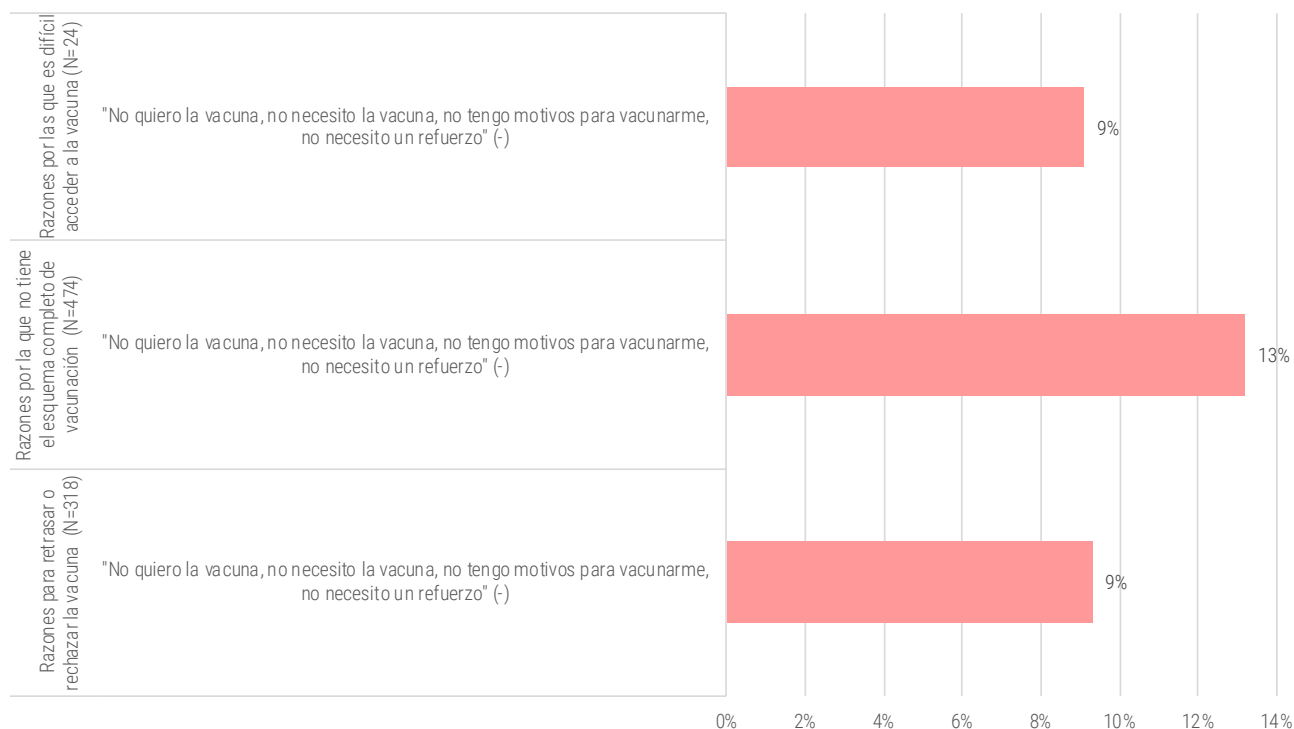
Del 6% de los miembros del personal de salud que respondieron las preguntas abiertas relacionadas con la vacunación contra la COVID-19, el 9% indicó que la principal razón para no acceder a la vacuna contra la COVID-19 fue no querer vacunarse, no necesitar la vacuna, una falta de motivación o no necesitar un refuerzo, ya que este no garantiza que se pueda tener mayor cobertura frente a la enfermedad de la COVID-19; este factor también influyó en el 13% para no contar con el esquema de vacunación completo o con dosis de refuerzo o dosis adicional, y en el 9% para el retraso o rechazar la vacuna contra la COVID-19 (figura 8), como mencionaron algunas de las personas encuestadas:

"Es suficiente con dos dosis". (Pregunta 24)

"No creo necesitarla, se tomó las medidas necesarias de prevención". (Pregunta 21)

"La dosis de refuerzo no garantiza que puede tener mayor cobertura frente a la COVID-19, por lo que no creo necesario aplicármela". (Pregunta 24)

Figura 8. Respuestas cualitativas clasificadas según los determinantes sociales y de comportamiento de la Organización Mundial de la Salud (dominio "Motivación") acerca de las opiniones sobre las vacunas contra la COVID-19



Nota:

Los porcentajes son ponderados de categorías de respuestas. Pueden sumar más de 100 porque las respuestas pueden asignarse a más de una categoría temática.
 (+): factor facilitador, (-): barrera, (-/+): factor neutral.

Dominio "Cuestiones prácticas"

Del 6% de las personas encuestadas que respondieron las preguntas relacionadas con la vacunación contra la COVID-19, el 36% indicó que una de las principales razones por las que es difícil acceder a la vacuna contra la COVID-19 es que la vacuna no se encuentra disponible, ya sea por falta de suministro o porque el suministro es insuficiente. Este es un motivo para no tener el esquema de vacunación completo o las dosis de refuerzo o dosis adicional (4%) o para el retraso o rechazo de esta vacuna (4%) (figura 9), como señalaron algunas personas encuestadas:

"No hay disponibilidad del biológico para la población". (Pregunta 16)

"No tengo la segunda dosis de la vacuna, porque fui a varios puntos de vacunación y no había disponibilidad de la vacuna correspondiente". (Pregunta 16)

Otras barreras importantes para acceder a la vacuna fueron la falta de información sobre el lugar de vacunación (23%) y la falta de información sobre el calendario de vacunación (20%); la falta de información fue una razón para el retraso o rechazo a la vacuna contra la COVID-19 (4%). Como indicaron varias personas:

“No cuento con información de áreas y horarios de atención, ni vacunas disponibles”. (Pregunta 24)

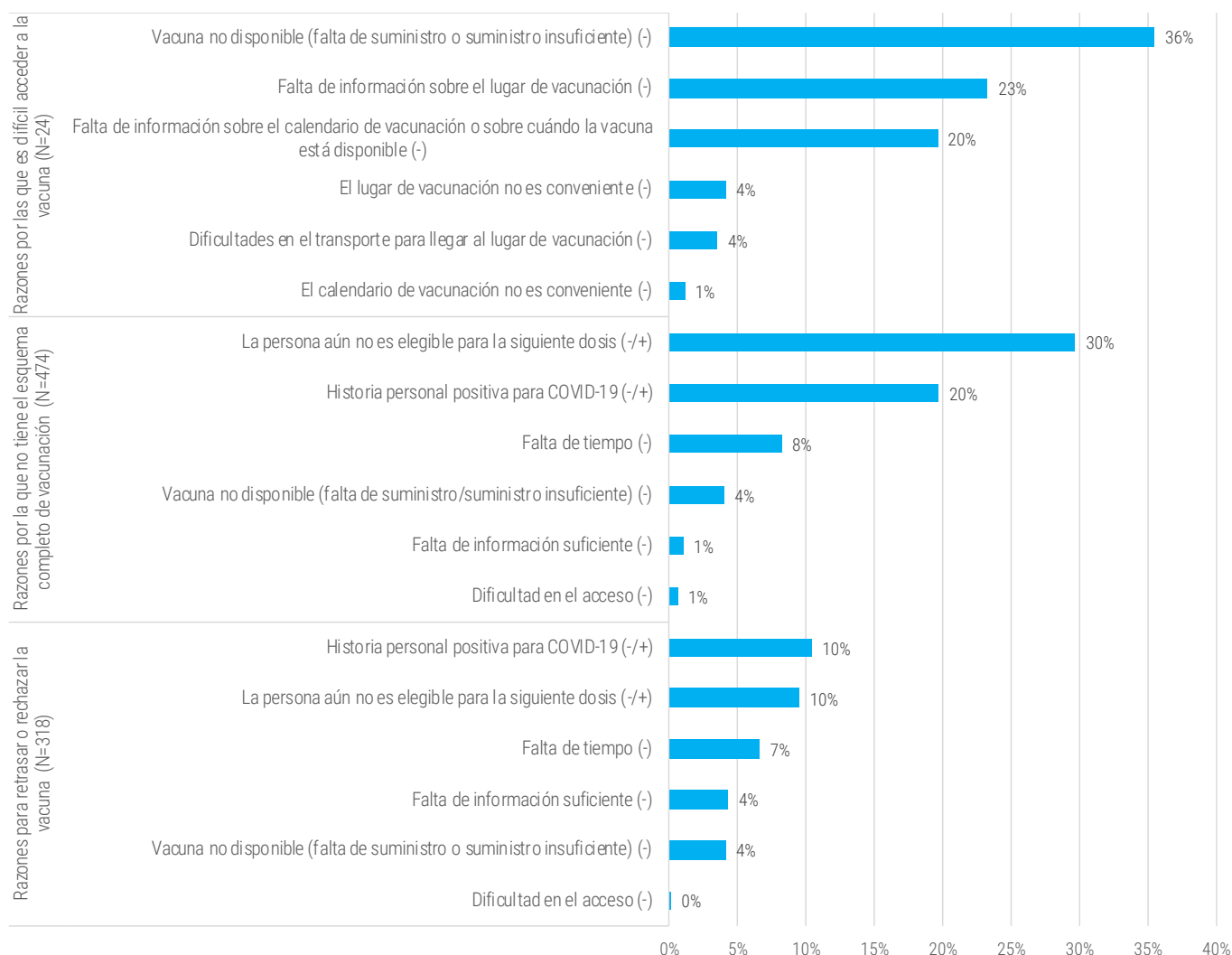
“Cambian de recintos siempre, y no publican los nuevos lugares de vacunación”. (Pregunta 16)

Otras barreras mencionadas por el 6% del personal de salud que respondieron estas preguntas, y que están vinculadas con las razones para no contar con esquema de vacunación completo o con dosis de refuerzo o dosis adicional son que las personas aún no son elegibles para la siguiente dosis de vacuna (30%), y que estaban con COVID-19 en ese momento o habían tenido la enfermedad (20%); por lo tanto, debían esperar el tiempo requerido para colocarse la dosis de refuerzo. Estos factores también influyeron en el retraso o rechazo a estas vacunas (10%).

Las personas que respondieron estas preguntas también expresaron que otra razón que influyó para no tener el esquema completo de vacunación o las dosis de refuerzo o dosis adicional fue la falta de tiempo (8%), ya que el horario de trabajo hacía imposible acudir a los lugares de vacunación. Como mencionaron algunas de las personas encuestadas:

***“El trasladarse del lugar de trabajo al área de vacunación obstaculiza la vacunación, porque es más difícil hacer coincidir el tiempo disponible en el trabajo con el tiempo disponible para la vacunación”.
(Pregunta 21)***

Figura 9. Respuestas cualitativas clasificadas según los determinantes sociales y de comportamiento de la Organización Mundial de la Salud (dominio “Cuestiones prácticas”) acerca de las opiniones sobre las vacunas contra la COVID-19



Nota:

Los porcentajes son ponderados de categorías de respuestas. Pueden sumar más de 100 porque las respuestas pueden asignarse a más de una categoría temática.
 (+): factor facilitador, (-): barrera, (-/+): factor neutral.

Otros factores que influyen en la opinión sobre las vacunas contra la COVID -19

Aproximadamente la tercera parte de las personas encuestadas (30%) respondieron a las preguntas abiertas relacionadas con comentarios u opiniones generales de la vacuna contra la COVID-19 (pregunta 26: Otros factores que contribuyeron a la opinión sobre las vacunas contra la COVID-19 [n = 2843] y pregunta 35: “Comentarios adicionales sobre las vacunas contra la COVID-19 para trabajadores de la salud [n = 1290]), que no tenían la obligación de responder. A continuación, se detalla el análisis de las respuestas a estas preguntas con base en los tres dominios encontrados de los BeSD (pensamientos y sentimientos, procesos sociales y motivación), ya que en estas preguntas no existieron respuestas relacionadas en el dominio de cuestiones prácticas.

Dominio “Pensamientos y sentimientos”

El 18% de las personas que respondieron a estas preguntas mencionaron que las vacunas son beneficiosas, eficaces, salvan vidas y protegen la salud, el 7% indicó que las vacunas son importantes y esenciales, y el 3% afirmó que las vacunas son seguras.

De las personas que respondieron estas preguntas, el 12% indicó que la preocupación por los posibles efectos secundarios, las reacciones adversas y la seguridad de las vacunas, y la falta de confianza (3%) y la falta de información o la presencia de información errónea (1%) son factores que influyeron en sus opiniones sobre la vacuna contra la COVID-19. Así lo mencionan algunas de las personas encuestadas:

“Aún faltan estudios para conocer más a fondo los efectos secundarios de la vacuna”. (Pregunta 26)

Por otra parte, el 12% del personal de salud que respondió estas preguntas indicó que necesita más información sobre la vacuna contra la COVID-19 (figura 10):

“Falta de información suficiente sobre las vacunas de refuerzo”. (Pregunta 35)

Figura 10. Respuestas cualitativas clasificadas según los determinantes sociales y de comportamiento de la Organización Mundial de la Salud (dominio “Pensamientos y sentimientos”) acerca de otros factores que afectan la opinión sobre las vacunas contra la COVID-19



Nota:

Los porcentajes son ponderados de categorías de respuestas. Pueden sumar más de 100 porque las respuestas pueden asignarse a más de una categoría temática.
(+): factor facilitador, (-): barrera, (-/+): factor neutral.

Dominio “Procesos sociales”

De la tercera parte del personal de salud que respondió a estas dos preguntas, el 38% mencionó que lo que había leído en la evidencia científica, la bibliografía *médica*, las publicaciones científicas y estadísticas ha influido en su opinión acerca de la vacuna contra la COVID-19, mientras que el 9% indicó que las opiniones de expertos en salud y de los organismos internacionales influyó en sus opiniones. La experiencia de amigos o familiares influyó solo en el 2% de las personas encuestadas. Por otra parte, el 6% de las personas que respondieron a estas preguntas afirmaron que las vacunas contra la COVID-19 deberían ser obligatorias (figura 11).

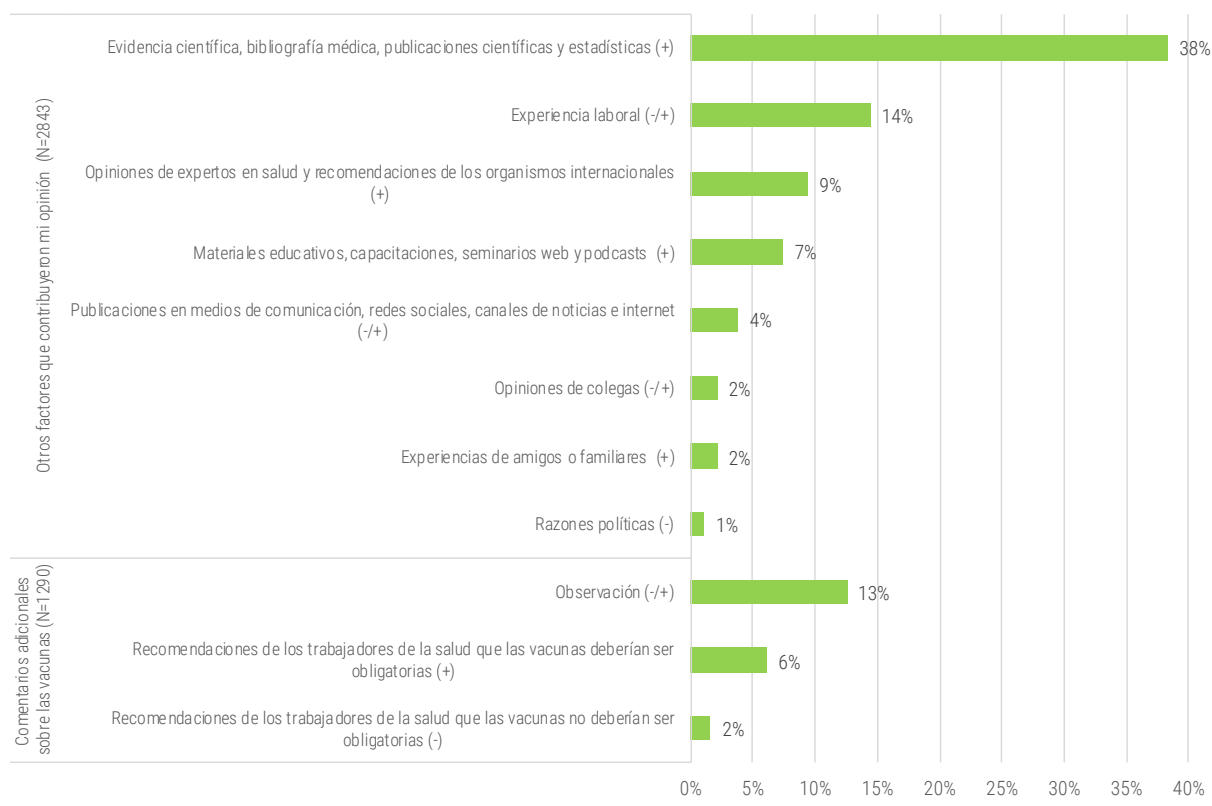
Se encontraron otros factores que pudieron influir de manera positiva o negativa en la opinión sobre las vacunas contra la COVID-19. El 14% de las personas encuestadas que respondieron estas preguntas mencionaron la experiencia laboral; el 13% describieron sus observaciones personales sobre la vacunación contra la COVID-19; el 4% señaló el contenido publicado en las redes sociales, los medios de comunicación, las noticias y el internet; y el 2% mencionó que lo que dicen sus colegas influyó en su opinión sobre las vacunas contra la COVID-19. Los siguientes son algunos de los comentarios textuales de personas que respondieron la encuesta:

“La lectura que he realizado en internet me ha ayudado a clarificar aún más mis inquietudes sobre vacunación COVID”. (Pregunta 35)

“Algunos tutoriales, investigación personal e información por redes sociales”. (Pregunta 26)

En este dominio, de las personas que respondieron a estas preguntas, el 1% indicó que las razones políticas contribuyeron a formar su opinión sobre esta vacuna, y el 2% indicó que las vacunas contra la COVID-19 no deberían ser obligatorias.

Figura 11. Respuestas cualitativas clasificadas según los determinantes sociales y de comportamiento de la Organización Mundial de la Salud (dominio “Procesos sociales”) acerca de otros factores que afectan la opinión sobre las vacunas contra la COVID-19



Nota:

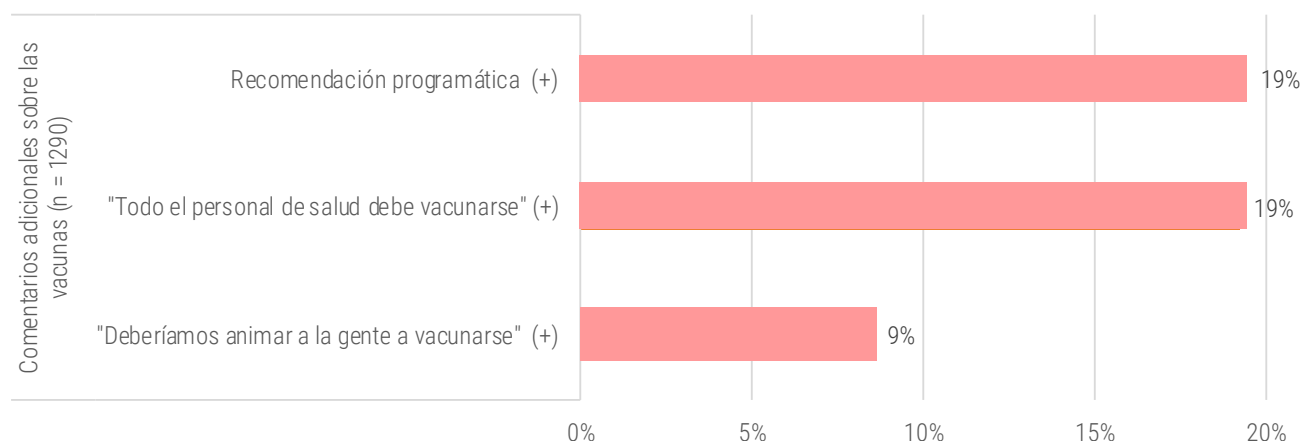
Los porcentajes son ponderados de categorías de respuestas. Pueden sumar más de 100 porque las respuestas pueden asignarse a más de una categoría temática.
 (+): factor facilitador, (-): barrera, (-/+): factor neutral.

Dominio “Motivación”

Los principales factores facilitadores para la vacunación encontrados en este dominio tienen que ver con la intención de recomendar la vacuna por parte de las personas encuestadas que respondieron estas preguntas: el 19% mencionó que todo el personal de salud debe vacunarse, el 19% tendría motivación para dar una recomendación programática a las autoridades de salud sobre *cómo mejorar* el proceso de la vacunación y el 9% indicó que se debería animar a la población general a vacunarse (9%) (figura 12). En palabras de algunas de las personas encuestadas:

“Si todos nos vacunamos, serviremos mejor a nuestra población a la vez incentivar a la vacunación”. (Pregunta 35)

Figura 12. Respuestas cualitativas clasificadas según los determinantes sociales y de comportamiento de la Organización Mundial de la Salud (dominio "Motivación") acerca de otros factores que afectan la opinión sobre las vacunas contra la COVID-19



Nota:

Los porcentajes son ponderados de categorías de respuestas. Pueden sumar más de 100 porque las respuestas pueden asignarse a más de una categoría temática.
 (+): factor facilitador, (-): barrera, (-/+): factor neutral.

Actitud frente a las vacunas contra la gripe o influenza y contra la hepatitis B

Se formularon cuatro preguntas relacionadas con las actitudes del personal de salud frente las vacunas contra la gripe o influenza y contra la hepatitis B (pregunta 28: Motivos por los que no recibiría la vacuna contra la gripe o influenza¹¹ [n = 246), pregunta 30: Motivos por los que no recomendaría la vacuna contra la gripe o influenza [n = 131], pregunta 32: Razones para no recibir la vacuna contra la hepatitis B [n = 54] y pregunta 34: Motivos para no recomendar la vacuna contra la hepatitis B [n = 44]). Las personas encuestadas que habían respondido en forma negativa a las preguntas relacionadas con este tipo de vacunas (preguntas 27, 29, 31 y 33) respondieron estas cuatro preguntas de manera opcional, lo que representa aproximadamente el 2% del total de personas encuestadas. La mayoría de las respuestas siguieron el mismo esquema que las preguntas sobre las vacunas contra la COVID-19 y se muestra el análisis realizado con base en los dominios del BeSD de la OMS.

De las personas encuestadas que respondieron las preguntas relacionadas con las vacunas contra la gripe o influenza y contra la hepatitis B, el 73% eran mujeres, el 56% tenían entre 45 y 83 años y el 31% correspondía a la categoría de otros profesionales de la salud.

Dominio "Pensamientos y sentimientos"

Dentro del 2% de las personas encuestadas que respondieron que no querían recibir ni recomendar la vacuna contra la gripe o influenza, el 20% manifestó preocupación sobre los efectos secundarios o reacciones adversas a la vacuna contra la gripe o influenza. En este aspecto, las personas participantes expresaban experiencias negativas, tanto propias como de personas conocidas, con las vacunas y, por lo tanto, refirieron

¹¹ En el instrumento con el cual se realizó la encuesta se utilizó el término "influenza". En esta publicación se utiliza el término "gripe o influenza" para comunicar los resultados del estudio.

que no deseaban recomendar la vacuna por este motivo (24%). Algunas personas encuestadas mencionaron lo siguiente:

“Ya me la apliqué una vez y tuve sintomatología grave posterior a la aplicación”. (Pregunta 28)

Otras barreras importantes para no recibir las vacunas que manifestaron quienes respondieron estas preguntas fueron: el pensamiento de que la vacuna contra la gripe o influenza no era efectiva (16%) y los factores relacionados con la falta de confianza en la vacuna (10%) los que influyeron también en la decisión de no recomendar esta vacuna (17% y 13%, respectivamente). Como señalaron varias de las personas encuestadas:

“No creo en la vacuna de la influenza debido a la alta tasa de mutación de este virus”. (Pregunta 30)

“Creo que cada uno debería ir generando las defensas naturales a estas variantes de gripe”. (Pregunta 30)

Con respecto al 1% de las personas encuestadas que respondieron las preguntas relacionadas con la vacuna contra la hepatitis B, las barreras que predominaron en los participantes para no recibir ni recomendar esta vacuna, tienen que ver con la falta de confianza en la vacuna (9%) y, por lo tanto, no la recomiendan (24%) (figura 13). Como expresaron varias de las personas participantes:

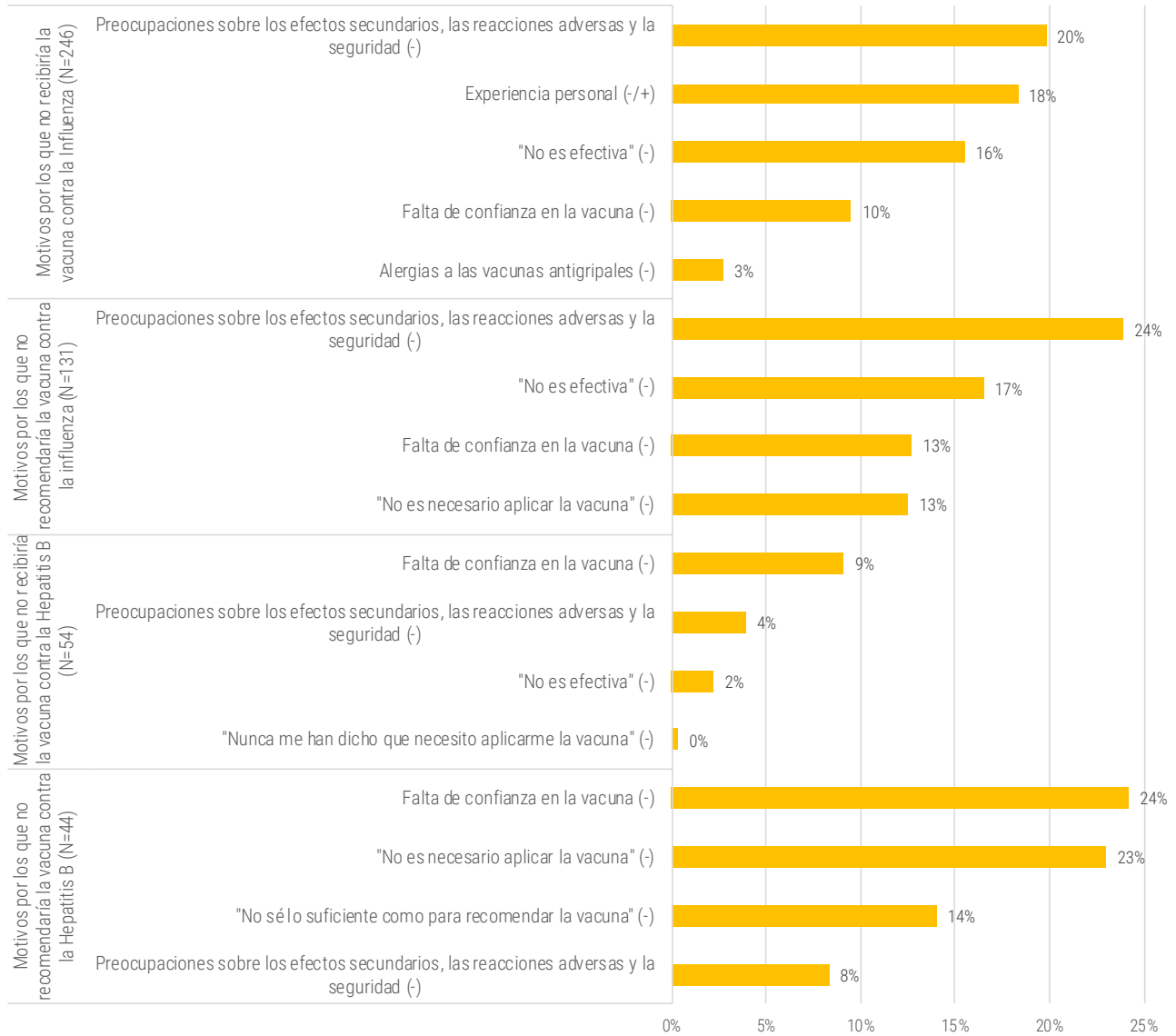
“No recomiendo algo en lo que no confío”. (Pregunta 34)

La preocupación sobre los efectos secundarios o reacciones adversas es otro factor para no acceder a la vacuna (4%) y para no recomendarla (8%). También en este dominio, el 23% de trabajadores de la salud que respondieron estas preguntas dijeron que esta vacuna no es necesaria y el 14% indicó no contar con suficiente información para recomendar la vacuna contra la hepatitis B. Como mencionaron algunos participantes:

“Por miedo a los síntomas adversos” (Pregunta 32)

“No conozco lo suficiente” (Pregunta 34)

Figura 13. Respuestas cualitativas clasificadas según los determinantes sociales y de comportamiento de la Organización Mundial de la Salud (dominio "Pensamientos y sentimientos") acerca de las vacunas contra la gripe o influenza y contra la hepatitis B



Nota:

Los porcentajes son ponderados de categorías de respuestas. Pueden sumar más de 100 porque las respuestas pueden asignarse a más de una categoría temática.

(+): factor facilitador, (-): barrera, (-/+): factor neutral.

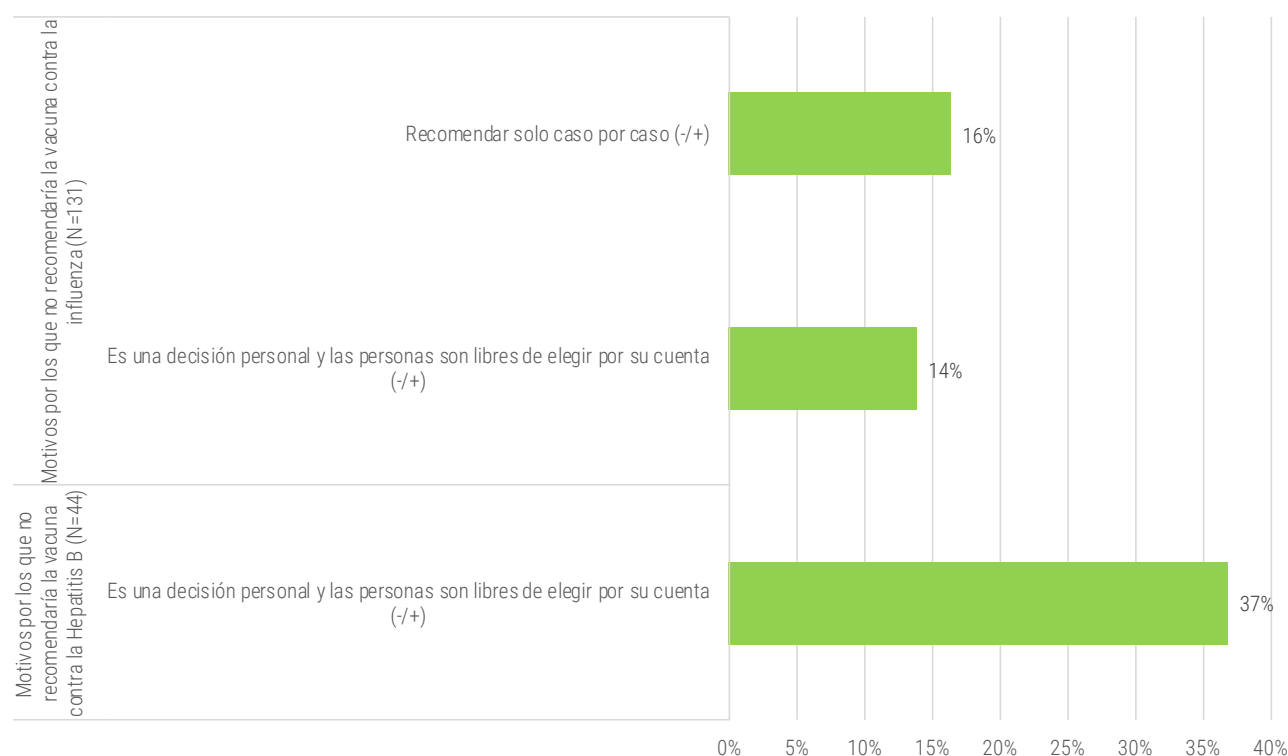
Dominio “Procesos sociales”

El personal de la salud que respondió estas preguntas mencionó que recibir la vacuna contra la gripe o influenza y la vacuna contra la hepatitis B es una decisión personal (14% y 37%, respectivamente) y, por ende, cada persona debe ser libre de elegir por su cuenta (figura 14). Por otra parte, el 16% manifestó que la vacuna contra la gripe o influenza debe indicarse solo caso por caso, como mencionaron algunas de las personas entrevistadas:

“No a todos. A algunos sí. Por ejemplo: a mi madre de 84 años se la aplico anualmente desde sus 65”. (Pregunta 30)

“La recomendaría según el perfil de riesgo, pero no de manera general”. (Pregunta 34)

Figura 14. Respuestas cualitativas clasificadas según los determinantes sociales y de comportamiento de la Organización Mundial de la Salud (dominio “Procesos sociales”) acerca de las vacunas contra la gripe o influenza y contra la hepatitis B



Nota:

Los porcentajes son ponderados de categorías de respuestas. Pueden sumar más de 100 porque las respuestas pueden asignarse a más de una categoría temática.
(+): factor facilitador, (-): barrera, (-/+): factor neutral.

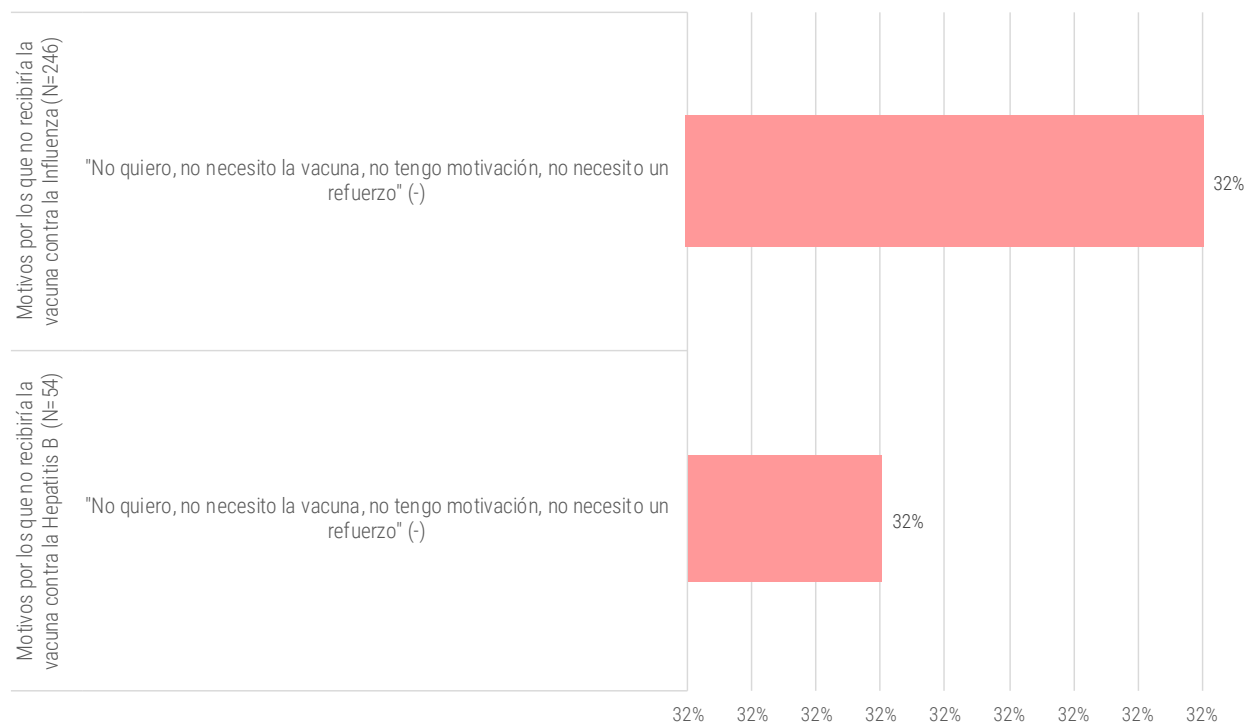
Dominio "Motivación"

En este dominio, la única barrera encontrada fue que, del 1% del personal de salud que respondió estas preguntas, el 32% no quiere o piensa que no necesita la vacuna o el refuerzo de la vacuna contra la gripe o influenza ni la vacuna contra la hepatitis B (32%) (figura 15). Como escribieron dos de las personas participantes:

"La inmunidad artificial nos conduce a evolucionar naturalmente débiles, frente a organismos infecciosos que evolucionan para hacerse más fuertes". (Pregunta 28)

"No estoy interesada y desconozco los beneficios de esa vacuna para la hepatitis". (Pregunta 32)

Figura 15. Respuestas cualitativas clasificadas según los determinantes sociales y de comportamiento de la Organización Mundial de la Salud (dominio "Motivación") acerca de las vacunas contra la gripe o influenza y contra la hepatitis



Nota:

Los porcentajes son ponderados de categorías de respuestas. Pueden sumar más de 100 porque las respuestas pueden asignarse a más de una categoría temática.
(+): factor facilitador, (-): barrera, (+/-): factor neutral.

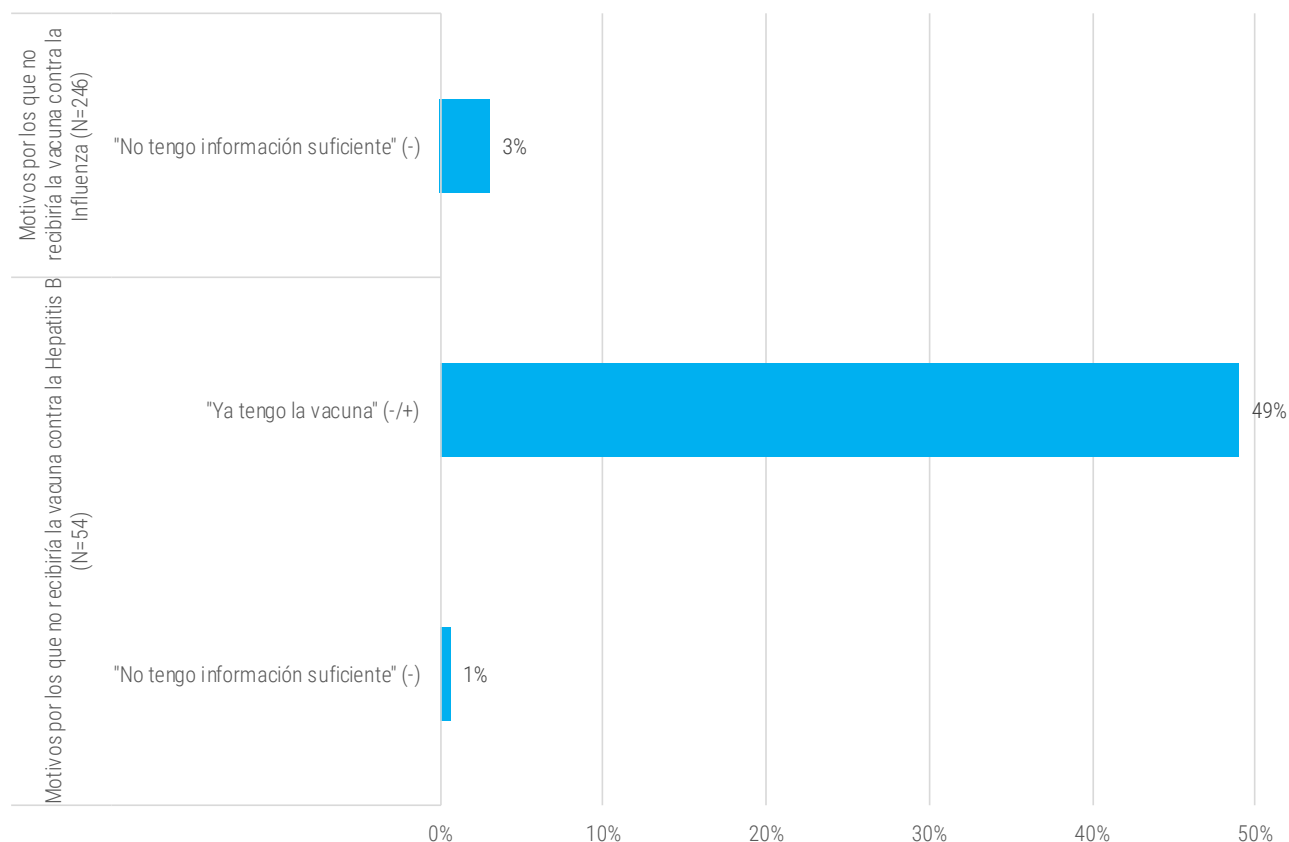
Dominio "Cuestiones prácticas"

Del 1% de las personas encuestadas que respondieron estas preguntas, el 49% indicó que ya se había aplicado la vacuna contra la Hepatitis B, mientras que el 3% indicó que no cuenta con información suficiente acerca de la vacuna contra la gripe o influenza y el 1% no tenía información suficiente sobre la vacuna contra la hepatitis B (figura 16). Como señalaron algunas de las personas encuestadas:

"No cuento con la información suficiente". (Pregunta 28)

"No puedo recomendar algo de lo que no tengo conocimiento". (Pregunta 32)

Figura 16. Respuestas cualitativas clasificadas según los determinantes sociales y de comportamiento de la Organización Mundial de la Salud (dominio "Cuestiones prácticas") acerca de las vacunas contra la gripe o influenza y contra la hepatitis B



Nota:

Los porcentajes son ponderados de categorías de respuestas. Pueden sumar más de 100 porque las respuestas pueden asignarse a más de una categoría temática.

(+): factor facilitador, (-): barrera, (-/+): factor neutral.

Discusión

Este estudio encontró que el 97% del personal de salud en 16 países de América Latina tenían la intención de recomendar las vacunas contra la COVID-19 a personas elegibles, y que el 98% había completado sus esquemas de vacunación.

Se utilizó el modelo de los determinantes sociales y de comportamiento (BeSD) de la OMS para identificar los factores que inciden en la aceptación o no de las vacunas contra la COVID-19, y se encontró que la razón más frecuente para la reticencia a aceptar las vacunas fue la preocupación por la seguridad de las vacunas y sus efectos secundarios. Además, se encontró que el personal de enfermería y el grupo etario más joven (de 19 a 34 años) tenían menos disposición a vacunarse contra la COVID-19, en comparación con el personal *médico y otros profesionales de la salud* y las personas de mayor edad; sin embargo, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas.

La vacunación es la intervención en salud pública más costo-efectiva para salvar vidas, evitar discapacidades y que garantiza mayor equidad en salud (17, 18). No obstante, se ha detectado que el desarrollo y la introducción de las vacunas contra la COVID-19 ha generado incertidumbres y controversias, además de visibilizar el efecto de las acciones de los movimientos antivacunas, en especial contra este tipo de vacunas (19). Por otra parte, se ha observado que existen miembros del personal de salud que no están convencidos de la efectividad y la seguridad de estas vacunas. Esto puede ser un motivo para que demoren o rechacen la vacunación cuando se les ofrece la oportunidad de hacerlo (9, 20) o a transmitir esta reticencia a sus pacientes o familiares. Es de suma importancia que el personal de salud esté comprometido con la vacunación, ya que se lo considera la fuente de información más confiable relacionada con las vacunas, y están en la mejor posición para comprender a los pacientes indecisos, responder a sus preocupaciones y encontrar formas de explicarles los beneficios de la vacunación (21).

En los 16 países latinoamericanos que participaron en el estudio, el 97% de los miembros del personal de salud recomendaría la vacuna contra la COVID-19. Esta cifra es mucho más elevada en comparación con estudios realizados en otros lugares del mundo; por ejemplo, un estudio realizado en Etiopía en el 2021 mostró que el 74,5% del personal de salud acepta la vacuna contra la COVID-19, y el 79,8% está dispuesto a recomendarla (22). Otros estudios realizados el mismo año en los Emiratos Árabes Unidos (23), Arabia Saudita (24), China (25) e Italia (26) muestran un rango de aceptación para aplicarse la vacuna contra la COVID-19 entre el 82% y el 89%.

Específicamente para la región de las Américas, un estudio realizado en Canadá en el 2020 muestra que el 72,4% aceptó recibir las vacunas contra la COVID-19, y el 79,6% aceptó recomendarlas (27). En el 2021, una publicación sobre un estudio realizado en la subregión del Caribe (16) mostró una aceptación a recibir las vacunas del 77%. Sin embargo, en América Latina se ha descrito que la aceptación es mayor; por ejemplo, un estudio realizado en México en el 2020 notificó una aceptación del 94,5% para la vacunación contra la COVID-19 (11) y otro realizado en Perú en el mismo año señaló una aceptación del 96,4% (12).

En la Región de las Américas, el programa ampliado de inmunización (PAI) ha mostrado grandes avances, y es el programa con mejores resultados en todo el mundo para la eliminación y el control de varias enfermedades prevenibles por vacunación. Los factores que han favorecido este éxito en los países incluyen la sanción de leyes de vacunación, la existencia de una gerencia articuladora del programa, la autosostenibilidad del programa por parte del país, las gestiones del Fondo Rotatorio de la OPS para la adquisición de vacunas

y la formulación de políticas regionales en las reuniones del grupo técnico asesor y los cuerpos directivos de la OPS (28). Desde más de 40 años, la adopción del PAI por los países de América Latina tuvo un papel fundamental en la generación de una cultura de vacunación, se han creado políticas públicas en diferentes países (29) y los gobiernos y el personal de salud se encuentran comprometidos para cumplir con los programas de vacunación (30-33).

En nuestro estudio, la intención de recomendar la vacuna contra la COVID-19 a personas elegibles fue del 97%, y se reflejó en el hecho de que el 98% del personal de salud tenían el esquema de vacunación completo. En otros estudios, se ha visto que el personal de salud que recomendó la vacunación contra la COVID-19 a colegas, pacientes y familiares tenían 17 veces más probabilidades de aceptar vacunarse contra la COVID-19 y 88% menos de probabilidades de rechazar la vacunación (8, 23, 34-36). Esto, además, se refuerza con los comentarios recopilados en el análisis cualitativo, en los que las personas encuestadas manifestaron que se debe animar a la población y al personal de salud a vacunarse, y que estarían motivadas a dar recomendaciones a las autoridades del sector salud, sobre *cómo mejorar la vacunación en los países*.

Un alto porcentaje de las personas encuestadas (79%) indicaron que podían vacunarse en su lugar de trabajo, sugiriendo que cuanto mejor sea el acceso del personal de salud a los centros de vacunación, y cuanto más oportuno y efectivo sea el servicio, mayores serán los índices de vacunación. Esto concuerda con lo mencionado en los estudios realizados por Betsch y cols. (37) y por Fisk (38).

Aunque el 1% de las personas encuestadas dijeron que no se habían vacunado en el momento que se realizó la encuesta, el 74% de ellas indicaron que lo harían cuando fueran elegibles o, tal vez, algún día. Se encontró que la demora o el rechazo a este tipo de vacunas es mayor en los más jóvenes (19 a 34 años) y en el personal de enfermería. Estas conclusiones concuerdan con estudios similares realizados en otros lugares (16, 39, 40). En España, el doble del personal de enfermería que del personal médico mostraba reticencia a la vacuna (35% frente a 17,5%) (41). De manera similar, Gagneux-Brunon et al. (42) notificaron una menor aceptación de la vacuna en el personal de enfermería y en los menores de 30 años. Por otra parte, no se encontró que el sexo fuese un factor determinante, asociación que se ha visto en otros trabajos (34, 42, 43).

El porcentaje de personas encuestadas en este estudio que no se vacunaría contra la gripe o influenza fue un poco mayor (3%) que el de las que tenían dudas acerca de las vacunas contra la COVID-19 (1%) y el porcentaje de quienes respondieron que no se vacunarían contra la hepatitis B fue similar al de las que dudaban acerca de las vacunas contra la COVID-19 (1%). Varios estudios demuestran que el comportamiento con respecto a la vacunación contra la influenza se asoció con mayor probabilidad de aceptación de las vacunas contra la COVID-19 (8, 13, 44-46). Si bien no se encontraron estudios similares en los que se comparen la aceptación de las vacunas contra la hepatitis B y las vacunas contra la COVID-19, se podría decir que las personas que participaron en este estudio presentan un nivel de aceptación similar con respecto a la vacuna contra la COVID-19 y las vacunas en general administradas al personal de salud.

Disposición para vacunarse y actitudes ante las vacunas en general

Las conclusiones presentadas en este informe muestran que hubo un acuerdo generalizado en que las vacunas son confiables, seguras y efectivas, y que la información sobre vacunas que les proporciona su proveedor de servicios de salud (públicos o privados) es fiable; esto coincide con lo notificado en el estudio realizado en personal de salud del Caribe (16). Nueve de cada diez personas encuestadas estaban dispuestas a recomendar vacunas nuevas a familiares y amigos, aunque se encontró preocupación con respecto a estas vacunas, en particular por el riesgo percibido de efectos adversos graves. Otros estudios también notificaron resultados similares (16, 45).

El personal de enfermería y las personas encuestadas más jóvenes mostraron más preocupación que el personal médico y los grupos de mayor edad en relación con los efectos adversos leves de las vacunas en general. Además, se detectaron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la preocupación por este tipo de efectos adversos, que fue mayor en el personal de salud de la Comunidad Andina (63%), seguido de Centroamérica (57%) y el Cono Sur (36%).

Factores que influyeron en la opinión sobre las vacunas contra la COVID-19

Nuestro estudio confirmó lo que Puertas y cols. (16) y Zürcher y cols. (47) mencionaron acerca de los principales factores que contribuyeron a formar la opinión sobre las vacunas contra la COVID-19. Se encontró que en nueve de cada diez personas encuestadas estos factores fueron los temas científicos del SARS-CoV-2 que se descubren y evolucionan de forma constante, la rapidez con la que se investigaron y desarrollaron las vacunas, y la relación entre la proporción de personas vacunadas con la hospitalización y la mortalidad.

Por otra parte, se observó que el país en el que se desarrollaron y fabricaron las vacunas disponibles contra la COVID-19 influyó sobre todo en el personal de salud de Centroamérica (87%) y de la Comunidad Andina (81%), en comparación con el del Cono Sur (64%). Además, se encontró que otros factores que influyeron en la opinión de 9 de cada 10 personas encuestadas fueron las recomendaciones y opiniones de expertos en salud, de organizaciones internacionales y las publicaciones sobre la evidencia científica, bibliografía médica y estadísticas; estos datos concuerdan con los de un estudio realizado por Papini y cols. (8). Sin embargo, existieron factores desfavorables que influyeron en las opiniones sobre la vacuna contra la COVID-19, como la preocupación por los posibles efectos secundarios, las reacciones adversas y la seguridad de las vacunas, la falta de confianza, y la falta de información e información errónea; estos factores también se describieron en varios estudios (11, 12, 22, 23).

Las acciones y opiniones de amigos, familiares y colegas, las redes sociales, y las acciones y opiniones de los líderes religiosos influyeron en aproximadamente la mitad de las personas encuestadas a la hora de formarse una opinión sobre las vacunas contra la COVID-19. Esto fue más frecuente en técnicos de salud y personal de enfermería y en quienes se autodefinieron como de otras etnias (afrodescendientes e indígenas). Además, se observó una diferencia estadísticamente significativa en la influencia de estos factores en el personal de salud de la Comunidad Andina y Centroamérica en comparación con las del Cono Sur. Una revisión sistemática realizada en el 2022 en la población general muestra que estos factores son predictores relevantes para no aplicarse la vacuna contra la COVID-19 (46), y hay más estudios que muestran que estos factores pueden influir en la decisión de vacunarse o no (36, 48).

Factores que influyeron en el retraso o rechazo de las vacunas contra la COVID-19

El 8% de las personas encuestadas que contaban con el esquema completo de vacunación pero sin dosis de refuerzo o dosis adicional, el 1% que no contaban con esquema completo de vacunación y el 1% que no habían recibido la vacuna manifestaron que las razones principales por las que han retrasado o rechazaron la vacunación contra la COVID-19 fue la preocupación por los posibles efectos secundarios, las reacciones adversas y la seguridad de las vacunas, así como la velocidad con la que se han desarrollado las vacunas. Razzaggi y cols. (10) y Puertas y cols. (16) informaron, en sus respectivos estudios, que estos factores influían en el retraso o el rechazo a la vacuna. Por otra parte, se observó una tendencia a tener mayor preocupación por las reacciones adversas por la vacuna contra la COVID-19 entre las personas encuestadas del Cono Sur (69%), en comparación con las de Centroamérica (51%) y las de la Comunidad Andina (59%).

En el análisis cualitativo se detectaron, en menor medida, otros motivos para retrasar o rechazar la vacuna y que se caracterizaron por primera vez en este estudio. Se describen barreras de acceso relacionadas a la falta de disponibilidad de las vacunas, ya sea por falta de suministro o porque este es insuficiente, la falta de información sobre el lugar de vacunación y el calendario de vacunación, y la falta de tiempo debido a la carga laboral. Si bien estos factores no son frecuentes, se deben tomar en cuenta, ya que se originan cuando existe un nivel mayor de aceptación a las vacunas, como se menciona en varios artículos (37, 49-51). Otras razones poco frecuentes entre las personas encuestadas que deseaban aplicarse la vacuna pero que por alguna barrera propia del país no pudieron hacerlo era que tenían una enfermedad previa o comorbilidad no relacionada con la COVID-19, que tenían COVID-19 o que la habían tenido y, por lo tanto, aún no eran elegibles para la siguiente dosis de vacuna ya que debían esperar el tiempo requerido para colocarse la dosis de refuerzo. Estos datos no se han encontrado hasta el momento en otros estudios como causantes del retraso o rechazo de la vacuna contra la COVID-19.

Conclusiones

Nuestro estudio encontró una alta aceptación de las vacunas contra la COVID-19 entre el personal de salud de 16 países de América Latina. Se confirmaron los hallazgos notificados por otros estudios con respecto a las preocupaciones sobre la seguridad y la efectividad de las vacunas como predictores importantes de la aceptación o no de la vacuna contra la COVID-19.

La información sobre las vacunas es una de las piedras angulares de la adherencia a ellas, por lo que se debe reforzar la comunicación sobre la seguridad de las vacunas contra la COVID-19 y *así aumentar* la confianza del personal de salud. Además, es claro que las redes sociales juegan un papel importante en la difusión de mensajes, verdaderos y falsos, sobre la vacunación en la población y en el personal de salud. La pandemia incrementó la comunicación de autoridades, expertos y líderes de opinión a través de las redes sociales y, por ende, la búsqueda de información en estos medios por parte del personal de salud. Por lo tanto, es crucial proporcionar información científica actualizada, clara, concisa, focalizada y transparente a todo el personal de salud con regularidad, con base en la evolución del conocimiento sobre las vacunas contra la COVID-19 y la carga de trabajo sobre el personal de salud durante la pandemia. Asimismo, las autoridades de salud y otros actores nacionales e internacionales del sector salud deben trabajar para proporcionar información al personal de salud, adecuada según el idioma, el grupo etario, la etnia y la categoría profesional.

De la misma manera, es muy importante que se consideren los canales de distribución de información y las diferentes herramientas adaptadas a los contextos locales del personal de salud. Esto ayudará al personal

de salud a proporcionar información adecuada, responder a preguntas, comunicar sobre los beneficios de las vacunas y recomendarlas a pacientes, familiares, amigos y colegas.

La capacitación del personal de salud en temas relacionados con la vacunación y en materia de comunicación interpersonal, en particular del personal de enfermería y otros profesionales de la salud, debe ser continua para que pueda detectar y abordar la desinformación de manera más efectiva. Por otra parte, en las actividades programadas para el mediano y largo plazo se debe poner de relieve la formación profesional del personal de enfermería y evaluar si los currículos se basan en competencias conceptuales, procedimentales y actitudinales que permitan al personal de enfermería llevar a cabo procesos reflexivos y prácticos y tener una visión integral sobre la vacunación.

Las estrategias para expandir la vacunación con dosis de refuerzos o adicionales en el personal de salud deben incluir la identificación de personas consideradas influyentes en estos grupos, como colegas, expertos de renombre, líderes religiosos o personas destacadas en sus comunidades, que actúen como canales de comunicación con información específica sobre la seguridad y la eficacia de las vacunas contra la COVID-19. Se debe evaluar la posibilidad de capacitar al personal de salud en temas relacionados con habilidades de comunicación interpersonal; esto les ayudará a abordar conversaciones con colegas, ya que es frecuente que el personal de salud indeciso recurra a sus pares para obtener información antes de tomar una decisión. Sin embargo, y aunque los miembros del personal de salud pueden ser los promotores más efectivos de la vacunación entre sus colegas, esta fuente de información a menudo se pasa por alto.

Por último, incrementar y asegurar el acceso a las vacunas en el lugar de trabajo del personal de salud y eliminar cualquier otra barrera programática permitirá mantener la alta cobertura de vacunación contra la COVID-19 en el personal de salud como grupo prioritario.

Limitaciones

Las limitaciones detectadas en nuestro estudio son las que se mencionan a continuación:

- El carácter transversal de la encuesta, puesto que es una instantánea tomada en un momento específico, lo que dificulta explicar las preocupaciones, actitudes y posibles decisiones del personal de salud en diferentes momentos o etapas.
- Los datos de esta encuesta no pueden considerarse representativos del personal de salud en América Latina de habla hispana porque no será posible saber qué proporción del personal de salud supo sobre la encuesta o cuáles fueron los motivos para que algunos de los miembros del personal de salud que sí se enteraron sobre la encuesta eligieran no participar.
- Existió el riesgo de que las personas con actitudes sólidas a favor y en contra de las vacunas quisieron asegurarse de que tuvieran en cuenta sus opiniones, y que las personas con menos interés en responder encuestas fueran menos propensas a participar.
- Tanto a nivel de los países como a nivel subregional, los resultados son indicativos, pero no representativos de las actitudes de todo el personal de salud.
- Debido a que es probable que la muestra se agrupe por profesión y por ubicación de los centros de salud, las respuestas a las preguntas podrían tener correlación intrínseca.

Fortalezas

Las fortalezas detectadas en nuestro estudio son las que se mencionan a continuación:

- El estudio fue ampliamente publicitado, y la encuesta en línea estuvo disponible durante 90 días, por lo que el personal de salud de América Latina tuvo oportunidad para responderla.
- En Cuba, debido a las barreras de acceso a la plataforma Qualtrics de la población de estudio, la encuesta estuvo disponible en formato impreso y se distribuyó en aproximadamente 50 instituciones de salud de 15 municipios de La Habana.
- En esta encuesta, a diferencia de la encuesta previa realizada en la Región del Caribe (13), se alentó a las personas encuestadas a proporcionar una o dos oraciones para poner su respuesta en contexto para una clasificación segura con base en el modelo BeSD de la OMS.
- Gracias al estudio piloto, se detectaron frases confusas y se hicieron ajustes para que la encuesta fuese clara.
- Varios equipos clasificaron de manera independiente las respuestas libres del análisis cualitativo. Los desacuerdos se resolvieron con el equipo investigador ampliado.

Recomendaciones

Con base en el marco de los BeSD de la OMS y en los resultados de la encuesta, en el cuadro 9 se muestra el esbozo de algunas intervenciones que podrían efectuarse en los países de América Latina para aumentar la tasa de vacunación con dosis de refuerzos o adicionales en el personal de salud.

Como se señaló en el apartado en el que se describen los resultados del estudio, en vista de que la mayoría de las respuestas se encuadran en el dominio “Pensamientos y sentimientos” y en los factores relacionados con la poca confianza en la seguridad, la eficacia y los beneficios de la vacuna, la OPS sugiere centrarse en intervenciones que aumenten la percepción del riesgo de la COVID-19 como enfermedad en comparación con el riesgo por la vacuna, y que incrementen la comprensión del personal de salud acerca de los procesos de desarrollo de las vacunas, además de la confianza en su seguridad, eficacia y beneficios. Se pueden diseñar campañas educativas y recomendaciones de prestadores e instituciones para facilitar la consecución de estos objetivos.

Además, debido a que la confianza es tan crucial para el programa de inmunización, se pueden considerar otras intervenciones a fin de abordar los hallazgos del estudio en el dominio “Procesos sociales” relacionados con la información dada por autoridades, expertos y líderes de opinión. Tales esfuerzos deben incluir una comunicación transparente, oportuna y con mensajes adaptados para el contexto y la realidad nacional sobre la vacunación contra la COVID-19. Por último, es importante que los países trabajen para eliminar cualquier barrera de acceso a la vacunación contra la COVID-19 para el personal de salud, incluidos los horarios extendidos y la vacunación en el lugar de trabajo, entre otros.

Cuadro 9. Recomendaciones para ampliar la vacunación contra la COVID-19 en el personal de salud en América Latina, por dominio, categoría de intervención y descripción

| DOMINIO EN EL QUE SE DETECTÓ EL PROBLEMA | INTERVENCIONES PARA INCREMENTAR LA VACUNACIÓN |
|---|---|
| <p>PENSAMIENTOS Y SENTIMIENTOS</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Campañas para informar o educar al personal de salud sobre la vacunación, incluidos los enfoques basados en el centro de salud o la comunidad: <ul style="list-style-type: none"> ○ Campaña de educación: <ul style="list-style-type: none"> • Carteles informativos sobre el riesgo de la enfermedad, material didáctico, sesiones grupales didácticas en las que se destaca la relevancia de la enfermedad y la importancia de la vacuna. • Carteles que animan a la vacunación para protegerse a uno mismo y a los pacientes. • Seminario educativo de 15 minutos de duración en el servicio donde trabaja el personal de salud y educación personalizada sobre la vacuna. • Ponencias y carteles, capacitación para el personal que se desempeña en centros de salud. • Educación de salud a todo el personal pertinente en un establecimiento de salud. • Programa de educación para proveedores de atención de salud con base en el modelo de formador de formadores. • Documento para guiar al personal de salud en el proceso de toma de decisiones para la vacunación. • Formación profesional del personal de enfermería, con currículos basados en competencias. ○ Sin categoría: <ul style="list-style-type: none"> • Campaña de vacunación para el personal de salud, que incluye una política de renuncia obligatoria según la cual el personal de salud firma una declaración en la que renuncia a la vacunación e indica que entiende los riesgos de la no vacunación tanto para sí mismo como para otros. • Intervenciones con base en el diálogo, incluido el asesoramiento individual para fomentar la vacunación |

PROCESOS SOCIALES

- Participación de la comunidad
 - Campaña de educación:
 - Seminario educativo de 15 minutos de duración en el servicio donde trabaja el personal de salud, educación personalizada sobre la vacuna y capacitación en comunicación interpersonal para el personal de salud influyente, expertos de renombre, líderes religiosos o personas influyentes en sus comunidades, que actúan como canales de comunicación con información específica sobre la seguridad y eficacia de las vacunas contra la COVID-19.

- Recomendaciones para vacunar por parte del personal de salud
 - Campaña de educación:
 - Seminario educativo de 15 minutos de duración en el servicio donde trabaja el personal de salud, educación personalizada sobre la vacuna y capacitación en comunicación interpersonal para el personal de salud.
 - Documento para guiar al personal de salud en el proceso de toma de decisiones para la vacunación.
 - Apoyo en materia de comunicación para aumentar la percepción del riesgo de la enfermedad COVID-19 frente a la vacunación.

 - Cursos virtuales para apoyar las necesidades del personal de salud

MOTIVACIÓN

- Incentivar a vacunarse y recomendación de vacunas
 - Campaña educativa:
 - Seminario educativo de 15 minutos de duración en el servicio donde trabaja el personal de salud, educación personalizada sobre la vacuna y desarrollo de las aptitudes del personal de salud para la comunicación interpersonal.
 - Ayuda para el personal de salud con el fin de guiarlo en el proceso de toma de decisiones sobre la vacunación.
 - Incentivos
 - Incentivos para la vacunación, entre ellos almuerzos gratis, rifas, entre otros que cada país defina.
 - Incentivos monetarios para la vacunación.
 - Recomendación institucional:
 - Instituciones, como hospitales, fomentan la vacunación y al uso de pegatinas de vacunación.
 - Campeones de la vacuna
 - No categorizada:
 - Capacitación para que el personal de salud refuerce sus recomendaciones con la evaluación de los riesgos para la salud (evaluación de los riesgos para la salud y las acciones de prevención del paciente).
 - Proceso para considerar el incumplimiento de la vacunación en la evaluación periódica del desempeño del personal que se desempeña en establecimientos de salud.

CUESTIONES PRÁCTICAS

- Incrementar y asegurar el acceso a las vacunas en el lugar de trabajo
 - Reducción de los gastos de bolsillo
 - Vacunas gratuitas
 - Vacunación en el lugar de trabajo (evitar los traslados para acceder a la vacuna)
 - Vacunación en el lugar de trabajo
 - Ofrecer la vacunación cerca de las entradas a los establecimientos de salud, uso de mascarillas obligatorias para las personas no vacunadas.
 - Incrementar el acceso a las vacunas en el lugar de trabajo, sobre todo en las zonas de tráfico denso.
 - Vacunación en todos los ámbitos donde circule el personal de salud.
 - Potenciar la accesibilidad (vacunación en puestos móviles y durante los turnos de noche o de fin de semana).
 - Citas predeterminadas para administrar la dosis de refuerzo o adicional
 - Mejoras en la calidad del servicio
 - Recordatorio para la próxima dosis y para la dosis no aplicada en forma oportuna
 - Recordatorios por carta, por teléfono y por correo electrónico.
 - Incentivos:
 - Incentivos para la vacunación, incluye comida gratuita, rifas, lotería y premios en efectivo.
 - Incentivos monetarios para la vacunación.
 - Recomendación institucional
 - Campeones de vacunas

Fuente:

elaboración propia con base en los resultados del estudio y Organización Mundial de la Salud. Datos para la acción: lograr una alta aceptación de vacunas contra la COVID-19: recopilación y uso de datos sobre los determinantes sociales y de comportamiento de la vacunación: guía para programas de inmunización y socios en la implementación: orientaciones provisionales, 3 de febrero de 2021. Ginebra: OMS; 2021.

Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/340693>.

Referencias

1. World Bank Group. Global Economic Prospects. Washington, D.C.: World Bank; 2022. Available at: <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/36519/9781464817601.pdf>.
2. World Health Organization. Second round of the national pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: January – March 2021. Geneva: WHO; 2021. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS-continuity-survey-2021.1>.
3. World Health Organization. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. Geneva: WHO; 2022. Available at: <https://covid19.who.int/>.
4. World Health Organization. The impact of COVID-19 on health and care workers: a closer look at deaths. Geneva: WHO, 2021. Available at: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/345300/WHO-HWF-WorkingPaper-2021.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
5. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, United Nations Children’s Fund, World Health Organization, and Global Outbreak Alert and Response Network. COVID-19 behaviour change framework. Collective Service. 2021. Available at: <https://www.rcce-collective.net/resource/covid-19-behaviour-change-framework/>.
6. Abuown A, Ellis T, Miller J, Davidson R, Kachwala Q, Medeiros M, et al. COVID-19 vaccination intent among London healthcare workers. *Occup Med*. 2021;71(4–5):211–4.
7. Briko N, Korshunov V, Mindlina A, Polibin R, Antipov M, Brazhnikov A, et al. Healthcare workers’ acceptance of COVID-19 vaccination in Russia. *Int J Environmental Res Public Health*. 2022;19:4136.
8. Papini F, Mazzilli S, Paganini D, Rago L, Arzilli G, Pan A, et al. Healthcare workers’ attitudes, practices and sources of information for COVID-19 vaccination: an Italian national survey. *Int J Environmental Res Public Health*. 2022;19(2):733.
9. Pan American Health Organization, Puertas EB, Velandia M, Vulcanovic L, Bayley L, Broome L, et al. Concerns, Attitudes, and Intended Practices of Healthcare Workers toward COVID-19 Vaccination in the Caribbean. Pan American Health Organization; 2021 sep. Report No.: Forthcoming by 2021-10-07.
10. Razzagi H, Masalovich S, Sivrastav A, Black K, Nguyen K, de Perio M, et al. COVID-19 Vaccination and Intent Among Healthcare Personnel, U.S. *Am J Prev Med*. mayo de 2022;62(5):705-15.
11. Castañeda-Vasquez DE, Ruiz-Padilla JP, Botello-Hernandez E. Vaccine Hesitancy against SARS-CoV-2 in Health Personnel of Northeastern Mexico and its Determinants. *J Occup Environ Med [Internet]*. agosto de 2021 [citado 19 de abril de 2021];63(8). Disponible en: https://journals.lww.com/joem/Abstract/9000/Vaccine_Hesitancy_against_SARS_CoV_2_in_Health.97927.aspx.

12. Aranda Chiclayo LL. Conocimiento y aceptación frente a la vacuna Covid-19 en el personal de salud de Hospitales nivel II-1 Red Trujillo, 2021 (Knowledge and acceptance against the Covid-19 vaccine in the health personnel of Level II-1 Hospitals Red Trujillo, 2021). Dissertation. César Trujillo University, 2021. Available at: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/73839>.
13. Costantino C, Graziano G, Bonaccorso N, Conforto A, Cimino L, Sciortino M, et al. Knowledge, Attitudes, Perceptions and Vaccination Acceptance/Hesitancy among the Community Pharmacists of Palermo's Province, Italy: From Influenza to COVID-19. *Vaccines*. 18 de marzo de 2022;10(3):475.
14. WHO, UNICEF. Data for action: achieving high uptake of COVID-19 vaccines: gathering and using data on the behavioural and social drivers of vaccination: a guidebook for immunization programmes and implementing partners: interim guidance [Internet]. 2021 [citado 18 de enero de 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/339452>.
15. Gadoth A, Halbrook M, Martin-Blais R, Gray A, Tobin NH, Ferbas KG, et al. Cross-sectional Assessment of COVID-19 Vaccine Acceptance Among Health Care Workers in Los Angeles. *Ann Intern Med*. 15 de junio de 2021;174(6):882-5.
16. Puertas EB, Velandia-Gonzalez M, Vulcanovic L, Bayley L, Broome K, Ortiz C, et al. Concerns, attitudes, and intended practices of Caribbean healthcare workers concerning COVID-19 vaccination: A cross-sectional study. *Lancet Reg Health - Am*. mayo de 2022;9:100193.
17. Ehreth J. The value of vaccination: a global perspective. *Vaccine*. octubre de 2003;21(27-30):4105-17.
18. Bloom DE. The Value of Vaccination. En: Curtis N, Finn A, Pollard AJ, editores. *Hot Topics in Infection and Immunity in Children VII* [Internet]. New York, NY: Springer New York; 2011 [citado 5 de septiembre de 2022]. p. 1-8. (Advances in Experimental Medicine and Biology; vol. 697). Disponible en: http://link.springer.com/10.1007/978-1-4419-7185-2_1.
19. Lin C, Tu P, Beitsch LM. Confidence and Receptivity for COVID-19 Vaccines: A Rapid Systematic Review. *Vaccines*. 30 de diciembre de 2020;9(1):16.
20. European Centre for Disease Prevention and Control. Vaccine hesitancy among healthcare workers and their patients in Europe [Internet]. European Centre for Disease Prevention and Control. 2015 [citado 14 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/vaccine-hesitancy-among-healthcare-workers-and-their-patients-europe>.
21. Dzieciolowska S, Hamel D, Gadio S, Dionne M, Gagnon D, Robitaille L, et al. Covid-19 vaccine acceptance, hesitancy, and refusal among Canadian healthcare workers: A multicenter survey. *Am J Infect Control*. septiembre de 2021;49(9):1152-7.
22. Yilma D, Mohammed R, Abdela S, Enviale W, Seifu F, Pareyn M, et al. COVID-19 vaccine acceptability among healthcare workers in Ethiopia: Do we practice what we preach? *Trop Med Intern Health*. 2022;27:27-418.

23. AlKetbi LMB, Elharake JA, Memari SA, Mazrouei SA, Shehhi BA, Malik AA, et al. COVID-19 vaccine acceptance among healthcare workers in the United Arab Emirates. *IJID Reg.* diciembre de 2021;1:20-6.
24. Qabool H, Hamid F, Sukhia R. Acceptance of SARS-CoV-2 vaccination and the associated factors among dental health care professionals: A cross-sectional survey. *Dent Med Probl.* 3 de enero de 2022;59(1):21-6.
25. Zhang J, Dean J, Yin Y, Wang D, Sun Y, Zhao Z, et al. Determinants of COVID-19 Vaccine Acceptance and Hesitancy: A Health Care Student-Based Online Survey in Northwest China. *Front Public Health.* 6 de enero de 2022;9:777565.
26. Belingheri M, Roncalli M, Riva MA, Paladino ME, Teruzzi CM. COVID-19 vaccine hesitancy and reasons for or against adherence among dentists. *J Am Dent Assoc.* septiembre de 2021;152(9):740-6.
27. Verger P, Scronias D, Dauby N, Adedzi KA, Gobert C, Bergeat M, et al. Attitudes of healthcare workers towards COVID-19 vaccination: a survey in France and French-speaking parts of Belgium and Canada, 2020. *Eurosurveillance.* 21 de enero de 2021;26(3):2002047.
28. Andrus JK, Bandyopadhyay A, DanovaroHolliday MC, Dietz V, Domingues C, Figueroa JP, et al. The past, present, and future of immunization in the Americas. *Rev Panam Salud Pública.* 2017;1-4.
29. de Quadros CA, Epstein D. Health as a bridge for peace: PAHO's experience. *The Lancet.* diciembre de 2002;360:s25-6.
30. CEPAL, OPS. Salud y economía: una convergencia necesaria para enfrentar el COVID-19 y retomar la senda hacia el desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe [Internet]. 2020 jul [citado 14 de septiembre de 2022] p. 26. Report No.: Informe COVID-19. CEPAL-OPS. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45840/4/S2000462_es.pdf.
31. OPS, OMS. CD59/INF/16 - A. Plan de acción sobre recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud 2018-2023: Informe de progreso - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2021 ago [citado 15 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/cd59inf16-plan-accion-sobre-recursos-humanos-para-acceso-universal-salud-cobertura>.
32. OPS, OMS. CD59/INF/1 - Actualización sobre la COVID-19 en la Región de las Américas - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2021 ago [citado 15 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/cd59inf1-actualizacion-sobre-covid-19-region-americas>.
33. OPS, OMS. CD59/3 - Informe anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. Seguir trabajando para superar la pandemia de COVID-19 [Internet]. 2021 ago [citado 15 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/cd593-informe-anual-director-oficina-sanitaria-panamericana>.
34. Fares S, Elmnyer MM, Mohamed SS, Elsayed R. COVID-19 Vaccination Perception and Attitude among Healthcare Workers in Egypt. *J Prim Care Community Health.* 1 de enero de 2021;12:21501327211013304.
35. Shekhar R, Sheikh AB, Upadhyay S, Singh M, Kottewar S, Mir H, et al. COVID-19 Vaccine Acceptance among Health Care Workers in the United States. *Vaccines.* 3 de febrero de 2021;9(2):119.

36. Wiysonge C, Alobwede S, de Marie P, Kidzeru E, Lumngwena E, Cooper S, et al. COVID-19 vaccine acceptance and hesitancy among healthcare workers in South Africa. *Expert Rev Vaccine*. 2022;21(4):549-59.
37. 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. Angelillo IF, editor. *PLOS ONE*. 7 de diciembre de 2018;13(12):e0208601.
38. Fisk Rebeca. Barriers to vaccination for coronavirus disease 2019 (COVID-19) control: experience from the United States. *Glob Health Netw [Internet]*. 2021 [citado 21 de septiembre de 2022];5. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2414644721000051#bib0008>.
39. Khubchandani J, Bustos E, Chowdhury S, Biswas N, Keller T. COVID-19 Vaccine Refusal among Nurses Worldwide: Review of Trends and Predictors. *Vaccines*. 2 de febrero de 2022;10(2):230.
40. Fakonti G, Kyprianidou M, Toumbis G, Giannakou K. Attitudes and Acceptance of COVID-19 Vaccination Among Nurses and Midwives in Cyprus: A Cross-Sectional Survey. *Front Public Health*. 2021;9:481.
41. Eguia H, Vinciarelli F, Bosque-Prous M, Kristensen T, Saigí-Rubió F. Spain's Hesitation at the Gates of a COVID-19 Vaccine. *Vaccines* 2021. 18 de febrero de 2021;9:170.
42. Gagneux-Brunon A, Detoc M, Bruel S, Tardy B, Rozaire O, Frappe P, et al. Intention to get vaccinations against COVID-19 in French healthcare workers during the first pandemic wave: a cross-sectional survey. *J Hosp Infect*. 1 de febrero de 2021;108:168-73.
43. Gadoth A, Halbrook M, Martin-Blais R, Gray A, Tobin NH, Ferbas KG, et al. Assessment of COVID-19 vaccine acceptance among healthcare workers in Los Angeles. *medRxiv*. 19 de noviembre de 2020;2020.11.18.20234468.
44. Wang K, Wong ELY, Ho KF, Cheung AWL, Chan EYY, Yeoh EK, et al. Intention of nurses to accept coronavirus disease 2019 vaccination and change of intention to accept seasonal influenza vaccination during the coronavirus disease 2019 pandemic: A cross-sectional survey. *Vaccine [Internet]*. 21 de octubre de 2020 [citado 14 de agosto de 2021];38(45). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X20311750>.
45. Sherman SM, Smith LE, Sim J, Amlôt R, Cutts M, Dasch H, et al. COVID-19 vaccination intention in the UK: results from the COVID-19 vaccination acceptability study (CoVAccS), a nationally representative cross-sectional survey. *Hum Vaccines Immunother*. 3 de junio de 2021;17(6):1612-21.
46. Pires C. Global Predictors of COVID-19 Vaccine Hesitancy: A Systematic Review. *Vaccines*. 18 de agosto de 2022;10(8):1349.
47. Vaccination willingness for COVID-19 among healthcare workers: a cross-sectional survey in a Swiss canton. *Swiss Med Wkly [Internet]*. 13 de septiembre de 2021 [citado 12 de abril de 2022];151(37-38). Disponible en: <https://smw.ch/article/doi/SMW.2021.w30061>.

48. Kabamba Nzaji M, Kabamba Ngombe L, Ngoie Mwamba G, Banza Ndala DB, Mbidi Miema J, Luhata Lungoyo C, et al. Acceptability of Vaccination Against COVID-19 Among Healthcare Workers in the Democratic Republic of the Congo. *Pragmatic Obs Res.* octubre de 2020;Volume 11:103-9.
49. Paterson P, Meurice F, Stanberry LR, Glismann S, Rosenthal SL, Larson HJ. Vaccine hesitancy and healthcare providers. *Vaccine.* diciembre de 2016;34(52):6700-6.
50. Betsch C, Bach Habersaat K, Deshevoi S, Heinemeier D, Briko N, Kostenko N, et al. Sample study protocol for adapting and translating the 5C scale to assess the psychological antecedents of vaccination. *BMJ Open.* marzo de 2020;10(3):e034869.
51. Al-Sanafi M, Sallam M. Psychological Determinants of COVID-19 Vaccine Acceptance among Healthcare Workers in Kuwait: A Cross-Sectional Study Using the 5C and Vaccine Conspiracy Beliefs Scales. *Vaccines.* 25 de junio de 2021;9(7).

Anexos

ANEXO 1. Instrumento de encuesta para la realización del estudio



Encuesta acerca de los conocimientos, actitudes y prácticas de los trabajadores de salud sobre las vacunas contra la COVID-19 en América Latina

Muchas gracias por su interés en esta encuesta. El propósito del estudio es documentar los conocimientos, actitudes y prácticas de los trabajadores de la salud con respecto a las vacunas COVID-19 en los países de América Latina. Un/a trabajador/a de la salud es aquella persona que realiza actividades cuya finalidad fundamental es mejorar la salud en sus respectivas comunidades. Solo los trabajadores de la salud participarán en la encuesta. Estimamos que el cuestionario no tomará más de ocho (8) minutos para ser respondido.

Por favor, lea el formulario de consentimiento y, si acepta participar, haga clic en Sí y continúe con la encuesta.

1. Confirmo que soy trabajador(a) de la salud

- sí no

**SI USTED RESPONDIÓ SÍ, POR FAVOR CONTINÚE CON LA ENCUESTA.
SI RESPONDIÓ NO, MUCHAS GRACIAS POR SU INTERÉS EN PARTICIPAR.**

Consentimiento informado

Título del estudio: Conocimientos, actitudes y prácticas de los trabajadores de salud sobre las vacunas contra la COVID-19 en América Latina

Investigadores: Organización Panamericana de la Salud (OPS) - Unidad de Inmunización Integral de la Familia - Departamento Familia, Promoción de la Salud y Curso de Vida: Tamara Rivera, Martha Velandia, Maite Vera, Dale Rhoda. Unidad de Sistemas y Servicios de Salud / Unidad de Recursos Humanos para la Salud - Departamento de Sistemas y Servicios de Salud: Silvia Cassiani, Malhi Cho, Hernan Sepúlveda.

Propósito: documentar los conocimientos, actitudes y prácticas de los trabajadores de la salud con respecto a las vacunas contra la COVID-19 en los países de América Latina, lo que permitirá apoyar en el desarrollo y mejoramiento de estrategias y enfoques de comunicación sobre las vacunas contra la COVID-19 dirigidas a este grupo prioritario, con el objetivo de aumentar la aceptación de la vacuna y mejorar la confianza.

Potenciales beneficios: el estudio apunta a una mejor comprensión de la aceptación de los trabajadores de la salud hacia la vacuna contra la COVID-19, lo que permitirá a la OPS apoyar en el desarrollo y mejoramiento de estrategias de comunicación sobre las vacunas contra la COVID-19, y apoyar en el desarrollo de políticas públicas, para aumentar la aceptación de la vacuna, mejorando la confianza y, por lo tanto, permitiendo una promoción eficaz de la vacuna entre la población en general.

Potenciales riesgos: no hay riesgos conocidos o esperados por participar en este estudio. La OPS compartirá los resultados con los ministerios de salud y las asociaciones profesionales utilizando información consolidada a nivel regional, por lo que no hay posibilidad de rastrear las respuestas hasta los participantes individuales.

Protección de privacidad: los investigadores que figuran en la primera página de este formulario son las únicas personas que tendrán acceso a la información que vincula a los participantes individuales con las respuestas de la encuesta.

Consentimiento

Entiendo que se me pide que participe en un estudio de la OPS/OMS para responder preguntas relacionadas con los conocimientos, actitudes y prácticas de los trabajadores de la salud con respecto a las vacunas contra la COVID-19 en América Latina. Entiendo que es mi decisión voluntaria de participar en este estudio y / o retirarme del estudio en cualquier momento. Se me proporcionará un resumen de los resultados de la encuesta al finalizar el estudio, en caso de que solicite una copia. Entiendo lo que implica este estudio y acepto participar libremente.

2. País donde trabaja

3. He leído la descripción del estudio y consiento participar en el mismo:

sí no

**SI USTED RESPONDIÓ SÍ, POR FAVOR CONTINÚE CON LA ENCUESTA.
SI RESPONDIÓ NO MUCHAS GRACIAS POR SU INTERÉS EN PARTICIPAR Y LE PEDIMOS NO SEGUIR LLENANDO LA ENCUESTA.**

4. Sexo

- Femenino
- Masculino
- Otro

5. Edad (años)

6. Etnia/raza (escoja solo una opción)

- Afrodescendiente
- Blanco
- Indígena
- Mestizo
- Otros (*Por favor, especificar*)

7. Sector donde trabaja (Sector al cual le dedica más horas de trabajo. Si tiene varios trabajos con igual carga horaria, por favor escoja uno)

- Público
 - Privado
 - Seguridad social
 - Sector académico
 - Otros: *(Por favor especificar)*
-

8. Lugar de trabajo (De acuerdo con su respuesta anterior por favor seleccione el lugar donde dedica más horas de trabajo. Si tiene varios trabajos con igual carga horaria, por favor escoja uno)

- Servicios asistenciales de primer nivel de atención (centros de salud, consultorios privados, consultorios de empresas, consultorios de instituciones).
 - Servicios asistenciales de otros niveles de atención (hospitales, clínicas, policlínicos, laboratorios).
 - Instituciones del estado (ministerios o secretarías de salud, seguridad social, entre otros).
 - Instituciones educativas (escuelas, colegios, universidades, otros).
 - Otros: *(Por favor especificar)*
-

9. Profesión (por favor, escoja una opción)

| | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Médico general<input type="radio"/> Médico especialista (clínico, quirúrgico y de urgencia)<input type="radio"/> Enfermero (licenciado)<input type="radio"/> Enfermero, licenciado con especialidad (clínico, quirúrgico y de urgencia)<input type="radio"/> Profesional de partería (matrona/partera profesional/obstetriz)<input type="radio"/> Dentista /odontólogo<input type="radio"/> Psicólogo<input type="radio"/> Farmacéutico | <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Profesional a cargo de la higiene y la salud medioambiental y ocupacional<input type="radio"/> Profesional de la salud pública<input type="radio"/> Profesional de la gestión administrativa de salud<input type="radio"/> Fisioterapeuta<input type="radio"/> Dietista y nutricionista<input type="radio"/> Biólogo, microbiólogo y bacteriólogo<input type="radio"/> Técnico de enfermería<input type="radio"/> Auxiliar de enfermería<input type="radio"/> Otro técnico en salud |
|---|---|

Otro: *(Por favor, especificar)*

10. ¿Tiene, o ha tenido, la enfermedad de la COVID-19?:

sí no no sabe

11. ¿Se ha realizado exámenes para saber si ha tenido, la enfermedad de la COVID 19?

sí no no sabe

POR FAVOR, COMPARTA CON NOSOTROS CUÁNTO ESTÁ DE ACUERDO O EN DESACUERDO CON LAS DECLARACIONES A CONTINUACIÓN.

12. Actitudes hacia las vacunas

| | Totalmente de acuerdo | De acuerdo | En desacuerdo | Totalmente en desacuerdo |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------|
| a. Las vacunas son importantes para mi salud. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b. La vacunación es una buena manera de protegerme de las enfermedades. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c. En general, las vacunas son seguras. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d. En general, las vacunas son efectivas. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e. Vacunarse es importante para la salud de otros en mi comunidad. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| f. La información que me dan las autoridades de salud (ministerio o secretaría de salud) es fiable y digna de confianza. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| g. La información que me da mi prestador de atención de salud es fiable y digna de confianza. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| h. En general, hago lo que mi médico o prestador de atención de salud recomienda con respecto a las vacunas para mí y mi familia. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

13. Predisposición con respecto a las vacunas

| | Totalmente de acuerdo | De acuerdo | En desacuerdo | Totalmente en desacuerdo |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------|
| a. Las vacunas nuevas presentan más riesgos que las vacunas más antiguas. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b. Recomendaría una vacuna nueva a mis amigos y familiares. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c. Me preocupan los efectos adversos leves que las vacunas pueden causar en mí (Son aquellos signos y síntomas fácilmente tolerados. No requieren terapia ni intervención médica). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d. Me preocupan los efectos adversos graves que las vacunas pueden causar en mí (Signos o síntomas que incapacitan e inhabilitan para efectuar actividades habituales). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

14. Actitudes de los trabajadores de salud hacia las vacunas contra la COVID-19

| | Totalmente de acuerdo | De acuerdo | En desacuerdo | Totalmente en desacuerdo |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------|
| a. La vacuna contra el coronavirus (COVID-19) me protegerá de las formas graves de la enfermedad de la COVID-19. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b. Confío en el proceso de aprobación científica de las vacunas disponibles contra el coronavirus (COVID-19) en mi país. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c. Vacunarme contra el coronavirus (COVID-19) es o será bueno para mi salud. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d. Recomendaría la vacuna contra la COVID-19 a personas elegibles (Criterio establecido por el Ministerio de Salud de cada país. Puede incluir entre otros: empleados esenciales de primera línea, personas de la tercera edad, personas con una afección médica subyacente que aumenta su riesgo de enfermedad grave, mujeres embarazadas). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

15. Disponibilidad de la vacuna contra el coronavirus (COVID-19):

| | Sí | No |
|---|-----------------------|-----------------------|
| a. Conozco dónde acudir para ser vacunado/a. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b. Tengo acceso a los servicios de vacunación contra la COVID-19. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

SI RESPONDIÓ QUE "NO TENGO ACCESO A LOS SERVICIOS DE VACUNACIÓN CONTRA LA COVID-19, POR FAVOR RESPONDA LA SIGUIENTE PREGUNTA.

16. Se me dificulta el acceso a la vacuna contra la COVID-19 debido a: (Por favor, colocar un comentario para responder con una frase completa)

17. Disponibilidad de la vacuna contra el coronavirus (COVID-19):

| | Sí | No |
|---|-----------------------|-----------------------|
| He recibido alguna vez una vacuna contra la COVID-19. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

SI RESPONDIÓ QUE SÍ HA RECIBIDO ALGUNA VEZ UNA VACUNA CONTRA LA COVID-19, CONTESTE LAS PREGUNTAS 18 Y 19.

SI RESPONDIÓ QUE NO HA RECIBIDO NINGUNA VACUNA CONTRA LA COVID-19, CONTESTE LA PREGUNTA 20

18. Disponibilidad de la vacuna contra el coronavirus (COVID-19):

| | Sí | No |
|---|-----------------------|-----------------------|
| He podido vacunarme contra la COVID-19 en mi lugar de trabajo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

19. ¿Cuál de las siguientes dosis de la vacuna contra la COVID-19 ha recibido? (Escoja solo 1 opción)

- Dosis única (en esquema de una dosis)
- Dosis única y dosis de refuerzo/dosis adicional
- Primera dosis (en un esquema de dos dosis)
- Primera y segunda dosis (en un esquema de dos dosis)
- Primera dosis, segunda dosis y dosis de refuerzo/dosis adicional
- Dos dosis de refuerzo/dosis adicional en cualquier esquema (de dosis única o de dos dosis)

20. ¿Cuándo tiene la intención de vacunarse contra la COVID-19? (Escoja solo 1 opción)

- Tan pronto, cuando sea elegible
- No muy pronto, pero tal vez algún día
- Nunca

21. No cuento con el esquema completo de vacunación o con las dosis de refuerzo/dosis adicional contra la enfermedad COVID-19 debido a: (por favor, responda con una frase completa sus razones, si es que aplica)

22. ¿Cuándo tiene la intención de recibir la próxima dosis de la vacuna COVID-19? (Por favor, responda con una frase completa sus razones, si es que aplica)

- Tan pronto, cuando sea elegible
- No muy pronto, pero tal vez algún día
- Nunca

**POR FAVOR RESPONDA LAS PREGUNTAS 23 Y 24 SI RESPONDIÓ
 QUE NO HA RECIBIDO NINGUNA VACUNA CONTRA LA COVID-19
 QUE HA RECIBIDO DOSIS ÚNICA (EN ESQUEMA DE UNA DOSIS) O
 QUE HA RECIBIDO PRIMERA DOSIS (EN UN ESQUEMA DE DOS DOSIS) O
 QUE HA RECIBIDO PRIMERA Y SEGUNDA DOSIS (EN UN ESQUEMA DE DOS DOSIS)**

23. Por favor indique sus motivos para retrasar o rechazar las vacunas contra la COVID-19

| | Totalmente de acuerdo | De acuerdo | En desacuerdo | Totalmente en desacuerdo |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------|
| a. Todavía no sé lo suficiente sobre las vacunas disponibles para tomar una decisión. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b. Quiero obtener inmunidad natural al virus que causa la COVID-19. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c. Es posible que las vacunas disponibles se hayan desarrollado demasiado rápido o que no se la haya sometido a pruebas exhaustivas antes de su aprobación. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d. Creo que las vacunas pueden causar la enfermedad que fueron diseñadas para prevenir. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e. Me preocupan las reacciones adversas que se han visto cuándo se colocan la vacuna. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

24. Otras razones por retrasar o rechazar la vacuna contra la COVID-19: (Por favor, responda con una frase completa sus razones)

25. Los siguientes factores contribuyeron a formar mi opinión sobre las vacunas contra la COVID-19:

| | Totalmente de acuerdo | De acuerdo | En desacuerdo | Totalmente en desacuerdo |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------|
| a. La rapidez con la que se investigaron y desarrollaron las vacunas. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b. Los temas científicos del SARS-CoV-2 que se descubren y evolucionan constantemente. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c. Las recomendaciones que emiten los científicos y organismos internacionales. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d. Las acciones y opiniones de mis amigos, familiares y colegas sobre las vacunas. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e. Las acciones y opiniones de mis líderes religiosos. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| f. La relación entre la proporción de vacunados con hospitalización y mortalidad. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| g. Mi propia investigación sobre las vacunas contra la COVID-19. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| h. El país en el que se desarrollaron/fabricaron las vacunas disponibles. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| i. La información que he visto en las redes sociales (Facebook, Instagram, Twitter, Tiktok, Youtube, WhatsApp, otros). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

26. Otros factores que contribuyeron a formar mi opinión sobre las vacunas contra la COVID-19 (Por favor, describa/especifique en el espacio correspondiente)

27. Actitudes de los trabajadores de salud hacia la vacuna contra la influenza

| | Totalmente de acuerdo | De acuerdo | En desacuerdo | Totalmente en desacuerdo |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------|
| Recibiría la vacuna contra la influenza si me la ofrecieran. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

28. Si no está de acuerdo, ¿cuáles son las razones? (Por favor, responda con una frase completa sus razones)

29. Actitudes de los trabajadores de salud hacia la vacuna contra la influenza

| | Totalmente de acuerdo | De acuerdo | En desacuerdo | Totalmente en desacuerdo |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------|
| Recomendaría la vacuna contra la influenza a mis amigos y familiares. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

30. Si no está de acuerdo, ¿cuáles son las razones? (Por favor, responda con una frase completa sus razones)

31. Actitudes de los trabajadores de salud hacia la vacuna contra la hepatitis B

| | Totalmente de acuerdo | De acuerdo | En desacuerdo | Totalmente en desacuerdo |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------|
| Recibiría la vacuna contra la hepatitis B si me la ofrecieran. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

32. Si no está de acuerdo, ¿cuáles son las razones? (Por favor, responda con una frase completa sus razones)

33. Actitudes de los trabajadores de salud hacia la vacuna contra la hepatitis B

| | Totalmente de acuerdo | De acuerdo | En desacuerdo | Totalmente en desacuerdo |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------|
| Recomendaría la vacuna contra la hepatitis B a mis colegas. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

34. Si no está de acuerdo, ¿cuáles son las razones? (Por favor, responda con una frase completa sus razones)

35. Si existe algún comentario adicional acerca de las vacunas contra la COVID-19 para los trabajadores de la salud, por favor escríbalo aquí:

Gracias por participar en esta encuesta. Que tenga un buen día.

Si tiene alguna pregunta o inquietud, ya sea antes o después de su participación, no dude en comunicarse con:

Dra. Martha Velandia al +1 202-733-8269 o por email velandiam@paho.org

Dra. Tamara Rivera al +1 246- 851-1802 o por email riveratam@paho.org

ANEXO 2. Categorías laborales del personal de salud

| Clasificación de profesionales de la salud ^a | |
|---|---|
| MÉDICOS | <p>Médico general (1)</p> <p>Médico especialista (clínico, quirúrgico y de urgencia) (2)</p> |
| ENFERMERAS Y PARTERAS LICENCIADAS | <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Enfermero (licenciado) (3) <input type="radio"/> Enfermero licenciado con especialidad (clínico, quirúrgico y de urgencia) (4) <input type="radio"/> Profesional de partería (matrona/partera profesional/obstetriz) (5) |
| OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD | <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Dentista/odontólogo (6) <input type="radio"/> Farmacéutico (8) <input type="radio"/> Profesional a cargo de la higiene y la salud medioambiental y ocupacional (9) <input type="radio"/> Fisioterapeuta (12) <input type="radio"/> Dietista y nutricionista (13) <input type="radio"/> Biólogo, microbiólogo y bacteriólogo (14) <input type="radio"/> Psicólogo (7) <input type="radio"/> Profesional de salud pública (10) <input type="radio"/> Profesional de la gestión administrativa de salud (11) |
| TÉCNICOS DE SALUD | <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Técnico de enfermería (15) <input type="radio"/> Auxiliar de enfermería (16) <input type="radio"/> Otro técnico en salud (17) |
| OTROS | |

Nota:

^a El uso de un lenguaje que no discrimine ni marque diferencias entre hombres y mujeres es una de las preocupaciones de la OPS. Sin embargo, con el fin de evitar la sobrecarga gráfica que supondría utilizar o/a para marcar la existencia de ambos sexos, hemos optado por utilizar el clásico masculino genérico, en el entendido de que todas las menciones en tal género representan siempre a todos/as, hombres y mujeres, abarcando claramente ambos sexos. En el caso de las enfermeras hemos optado en usar el femenino ya que la mayoría son del género femenino.

ANEXO 3. Descripción general de las respuestas a las preguntas de Likert, por categoría de sexo, edad, tipo de personal de salud, etnia, sector de trabajo y tuvo o no COVID-19

Encuestados que están de acuerdo o totalmente de acuerdo con:

| | Total (%) | SEXO | | CUARTIL DE EDAD | | | TIPO DE TRABAJADOR DE LA SALUD | | | | ETNIA | | | SECTOR DE TRABAJO | | | TENÍA COVID-19 | | | | |
|---|-----------|-----------|-----------|--------------------|-------|-------|--------------------------------|------------|--------------------------------------|---------------------------------|-------------------|-----------|---------------------|-------------------|-----------|----------------------|----------------|------------------|-----------|-----------------|--------------|
| | | Femenino* | Masculino | 19-34 ^a | 35-44 | 45-55 | 56-83 | PeMédicos* | Personal de enfermería y obstetricia | Otros profesionales de la salud | Técnicos de salud | Otros | Blanco ^a | Mestiza | Otros | Publico ^a | Privado | Seguridad social | Otros | SI ^a | No o no sabe |
| Procesos Sociales | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| La información que me dan las autoridades de Salud (Ministerio o Secretaría de Salud) es fiable y digna de confianza. (Q12f) | 93 | 93 | 92 | 92 | 93 | 93 | 94 | 92 | 94 | 93 | 95 | 92 | 94 | 92 | 91 | 95 | 88 | 94 | 87 | 93 | 93 |
| La información que me da mi prestador de atención de salud es fiable y digna de confianza. (Q12g) | 95 | 95 | 96 | 95 | 96 | 93 | 97 | 96 | 95 | 95 | 96 | 97 | 96 | 95 | 94 | 97 | 93 | 93 | 89 | 95 | 96 |
| En general, hago lo que mi médico o prestador de atención de salud recomienda con respecto a las vacunas para mí y mi familia. (Q12h) | 97 | 97 | 98 | 97 | 98 | 97 | 98 | 99 | 97 | 97 | 97 | 95 | 98 | 98 | 96 | 98 | 97 | 97 | 97 | 97 | 98 |
| Confío en el proceso de aprobación científica de las vacunas disponibles contra el coronavirus (COVID-19) en mi país. (Q14b) | 93 | 93 | 94 | 93 | 95 | 94 | 92 | 92 | 95 | 93 | 94 | 95 | 94 | 93 | 93 | 95 | 90 | 96 | 89 | 93 | 94 |
| Recomendaría la vacuna contra la COVID-19 a personas elegibles. (Q14d) | 97 | 97 | 98 | 97 | 96 | 97 | 98 | 98 | 97 | 97 | 93 | 98 | 98 | 97 | 95 | 97 | 97 | 97 | 98 | 96 | 98 |
| Las recomendaciones que emiten los científicos y organismos internacionales. (Q25c) | 96 | 96 | 97 | 95 | 96 | 97 | 98 | 97 | 96 | 96 | 93 | 96 | 97 | 96 | 95 | 97 | 96 | 98 | 95 | 97 | 96 |
| Las acciones y opiniones de mis amigos, familiares y colegas sobre las vacunas. (Q25d) | 57 | 56 | 58 | 61 | 55 | 57 | 54 | 52 | 60 | 52 | 72 | 60 | 53 | 59 | 63 | 58 | 54 | 64 | 45 | 59 | 55 |
| Las acciones y opiniones de mis líderes religiosos. (Q25e) | 32 | 31 | 36 | 39 | 35 | 30 | 24 | 26 | 37 | 27 | 54 | 33 | 25 | 37 | 41 | 35 | 25 | 31 | 19 | 36 | 28 |
| La información que he visto en las redes sociales (Facebook, Instagram, Twitter, Tiktok, Youtube, WhatsApp, otros) (Q25i) | 39 | 38 | 40 | 47 | 39 | 37 | 32 | 31 | 46 | 35 | 56 | 39 | 32 | 44 | 47 | 42 | 31 | 35 | 26 | 42 | 36 |
| Pensamientos y Sentimientos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Las vacunas son importantes para mi salud (Q12a) | 99 | 100 | 100 | 100 | 100 | 99 | 99 | 100 | 99 | 100 | 100 | 98 | 100 | 100 | 98 | 100 | 99 | 100 | 99 | 99 | 99 |
| La vacunación es una buena manera de protegerme de las enfermedades. (Q12b) | 99 | 99 | 100 | 100 | 100 | 99 | 100 | 100 | 99 | 100 | 99 | 99 | 100 | 99 | 99 | 99 | 99 | 100 | 99 | 99 | 99 |
| En general, las vacunas son seguras. (Q12c) | 98 | 98 | 98 | 98 | 98 | 97 | 99 | 99 | 98 | 98 | 98 | 97 | 99 | 98 | 97 | 98 | 98 | 99 | 97 | 98 | 99 |
| En general, las vacunas son efectivas. (Q12d) | 98 | 98 | 99 | 98 | 99 | 98 | 99 | 99 | 98 | 99 | 97 | 98 | 99 | 99 | 94 | 99 | 98 | 99 | 97 | 98 | 99 |
| Vacunarse es importante para la salud de otros en mi comunidad. (Q12e) | 99 | 99 | 99 | 100 | 100 | 99 | 99 | 100 | 99 | 100 | 99 | 99 | 100 | 99 | 98 | 100 | 99 | 99 | 99 | 99 | 99 |
| Las vacunas nuevas presentan más riesgos que las vacunas más antiguas. (Q13a) | 33 | 32 | 34 | 36 | 35 | 31 | 30 | 33 | 32 | 35 | 37 | 31 | 29 | 36 | 36 | 32 | 35 | 36 | 33 | 33 | 33 |
| Recomendaría una vacuna nueva a mis amigos y familiares. (Q13b) | 90 | 89 | 94 | 89 | 91 | 89 | 92 | 93 | 90 | 88 | 87 | 86 | 90 | 90 | 88 | 90 | 90 | 94 | 93 | 90 | 90 |
| Me preocupan los efectos adversos leves que las vacunas pueden causar en mí. (Q13c) | 52 | 53 | 49 | 59 | 53 | 52 | 43 | 41 | 59 | 52 | 68 | 59 | 43 | 58 | 64 | 54 | 47 | 49 | 48 | 55 | 49 |
| Me preocupan los efectos adversos graves que las vacunas pueden causar en mí. (Q13d) | 75 | 76 | 72 | 78 | 75 | 72 | 74 | 77 | 72 | 73 | 74 | 80 | 71 | 78 | 73 | 73 | 78 | 81 | 72 | 75 | 74 |
| La vacuna contra el coronavirus (COVID-19) me protegerá de las formas graves de la enfermedad de la COVID-19. (Q14a) | 97 | 97 | 99 | 96 | 97 | 99 | 98 | 98 | 97 | 98 | 94 | 98 | 98 | 97 | 96 | 97 | 98 | 99 | 97 | 97 | 98 |
| Vacunarme contra el coronavirus (COVID-19), es o será bueno para mi salud. (Q14c) | 98 | 98 | 98 | 97 | 98 | 98 | 98 | 99 | 97 | 98 | 97 | 98 | 99 | 98 | 96 | 98 | 97 | 99 | 98 | 97 | 98 |
| Todavía no sé lo suficiente sobre las vacunas disponibles para tomar una decisión. (Q23a) | 34 | 32 | 36 | 36 | 31 | 29 | 38 | 34 | 30 | 34 | 47 | 30 | 29 | 33 | 43 | 35 | 32 | 22 | 17 | 32 | 35 |
| Quiero obtener inmunidad natural al virus que causa la COVID-19. (Q23b) | 41 | 41 | 41 | 41 | 41 | 38 | 44 | 40 | 44 | 34 | 52 | 37 | 34 | 43 | 42 | 44 | 38 | 22 | 18 | 40 | 41 |
| Es posible que las vacunas disponibles se hayan desarrollado demasiado rápido o que no se las hayan sometido a pruebas exhaustivas antes de su aprobación. (Q23c) | 53 | 52 | 58 | 50 | 55 | 55 | 59 | 59 | 49 | 55 | 50 | 54 | 56 | 50 | 60 | 56 | 49 | 37 | 47 | 54 | 53 |
| Creo que las vacunas pueden causar la enfermedad que fueron diseñadas para prevenir. (Q23d) | 30 | 30 | 28 | 33 | 28 | 28 | 28 | 32 | 30 | 21 | 45 | 31 | 25 | 31 | 35 | 33 | 24 | 16 | 15 | 27 | 35 |
| Me preocupan las reacciones adversas que se han visto cuándo se colocan la vacuna/ (Q23e) | 59 | 61 | 50 | 58 | 59 | 60 | 57 | 64 | 55 | 53 | 72 | 58 | 53 | 59 | 67 | 62 | 54 | 35 | 43 | 57 | 62 |
| La rapidez con la que se investigaron y desarrollaron las vacunas. (Q25a) | 87 | 87 | 88 | 85 | 87 | 88 | 88 | 86 | 90 | 85 | 87 | 85 | 87 | 88 | 86 | 88 | 85 | 85 | 84 | 88 | 87 |
| Los temas científicos del SARS-CoV-2 que se descubren y evolucionan constantemente. (Q25b) | 97 | 97 | 98 | 97 | 97 | 98 | 98 | 99 | 97 | 97 | 94 | 96 | 98 | 97 | 94 | 97 | 97 | 97 | 97 | 97 | 97 |
| La relación entre la proporción de vacunados con hospitalización y mortalidad. (Q25f) | 87 | 86 | 89 | 88 | 85 | 84 | 90 | 91 | 84 | 86 | 85 | 84 | 88 | 87 | 83 | 85 | 92 | 93 | 85 | 86 | 88 |
| Mi propia investigación sobre las vacunas contra la COVID-19. (Q25g) | 83 | 83 | 82 | 85 | 82 | 84 | 81 | 83 | 85 | 81 | 82 | 80 | 81 | 85 | 81 | 83 | 82 | 84 | 81 | 83 | 83 |
| El país en el que se desarrollaron/fabricaron las vacunas disponibles. (Q25h) | 77 | 76 | 79 | 78 | 74 | 80 | 76 | 74 | 82 | 73 | 83 | 74 | 72 | 81 | 82 | 79 | 71 | 78 | 68 | 79 | 75 |
| Recibiría la vacuna contra la influenza si me la ofrecieran. (Q27) | 97 | 96 | 97 | 97 | 97 | 96 | 97 | 97 | 97 | 96 | 97 | 95 | 97 | 96 | 96 | 97 | 95 | 95 | 93 | 97 | 96 |
| Recomendaría la vacuna contra la influenza a mis amigos y familiares. (Q29) | 98 | 97 | 99 | 98 | 97 | 98 | 98 | 98 | 98 | 97 | 98 | 96 | 98 | 98 | 98 | 98 | 96 | 98 | 96 | 98 | 98 |
| Recibiría la vacuna contra la hepatitis B si me la ofrecieran. (Q31) | 99 | 99 | 99 | 99 | 99 | 99 | 98 | 99 | 99 | 99 | 99 | 97 | 99 | 99 | 96 | 99 | 99 | 100 | 99 | 99 | 99 |
| Recomendaría la vacuna contra la hepatitis B a mis colegas. (Q33) | 100 | 100 | 100 | 99 | 100 | 99 | 100 | 100 | 100 | 99 | 99 | 98 | 100 | 100 | 99 | 100 | 99 | 99 | 99 | 100 | 99 |

Notas:

^a Categoría de referencia. Las celdas marcadas en azul representan una diferencia estadísticamente significativa y si la diferencia supera el umbral de distancia de 10 puntos entre las categorías y la categoría de referencia.

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DEL PERSONAL DE SALUD RELACIONADOS CON LAS VACUNAS CONTRA LA COVID-19 EN AMÉRICA LATINA



En colaboración con
Canada