



# Preocupaciones, actitudes y prácticas previstas de los trabajadores de salud con respecto a la vacunación contra la COVID-19 en el Caribe

**OPS**



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud  
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas



# Preocupaciones, actitudes y prácticas previstas de los trabajadores de salud con respecto a la vacunación contra la COVID-19 en el Caribe

Washington, D.C. 2021

**OPS**



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud  
OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**

Preocupaciones, actitudes y prácticas previstas de los trabajadores de salud con respecto a la vacunación contra la COVID-19 en el Caribe

© Organización Panamericana de la Salud, 2021

OPS/CPC/COVID-19/21-0001

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/igo/deed.es>).



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, como se indica a continuación. 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.

**Adaptaciones:** si se hace una adaptación de la obra, debe añadirse la siguiente nota de descargo junto con la forma de cita propuesta: “Esta publicación es una adaptación de una obra original de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Las opiniones expresadas en esta adaptación son responsabilidad exclusiva de los autores y no representan necesariamente los criterios de la OPS”.

**Traducciones:** si se hace una traducción de la obra, debe añadirse la siguiente nota de descargo junto con la forma de cita propuesta: “La presente traducción no es obra de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La OPS no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la traducción”.

**Forma de cita propuesta:** Preocupaciones, actitudes y prácticas previstas de los trabajadores de salud con respecto a la vacunación contra la COVID-19 en el Caribe. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2021. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

**Datos de catalogación:** pueden consultarse en <http://iris.paho.org>.

**Ventas, derechos y licencias:** para adquirir publicaciones de la OPS, escribir a [sales@paho.org](mailto:sales@paho.org). Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase <http://www.paho.org/permissions>.

**Materiales de terceros:** si se desea reutilizar material contenido en esta obra que sea propiedad de terceros, como cuadros, figuras o imágenes, corresponde al usuario determinar si se necesita autorización para tal reutilización y obtener la autorización del titular del derecho de autor. Recae exclusivamente sobre el usuario el riesgo de que se deriven reclamaciones de la infracción de los derechos de uso de un elemento que sea propiedad de terceros.

**Notas de descargo generales:** las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OPS, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OPS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

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.

CPC/IM/2021

# ÍNDICE

<i>Prefacio</i>	v
<i>Nota de agradecimiento</i>	vi
<b>Introducción</b>	<b>1</b>
<b>Métodos</b>	<b>3</b>
Elaboración del instrumento de la encuesta	3
Realización de la encuesta	3
Difusión y publicidad de la encuesta	3
Tamaño de la muestra	4
Análisis estadístico	4
Limpieza y categorización de los datos	4
Resumen de las respuestas de respuesta libre	5
Comité de Ética y confidencialidad	6
<b>Resultados</b>	<b>7</b>
Respuestas cualitativas clasificadas por dominio social y de comportamiento y constructo y por categoría de trabajo de los trabajadores de salud	19
Actitud ante las vacunas contra la COVID-19	21
Actitud ante las vacunas contra la gripe	23
<b>Discusión</b>	<b>25</b>
Puntos fuertes y limitaciones	28
<b>Recomendaciones</b>	<b>30</b>
<b>Referencias</b>	<b>32</b>
<b>Anexos</b>	<b>35</b>
Anexo A. Cuestionario	36
Anexo B. Número de respuestas por pregunta	39
Anexo C. Resumen de las respuestas, con barras de colores y los valores p de ji al cuadrado y de la regresión logística, por pregunta	40
Anexo D. Información adicional sobre la encuesta piloto	57
Anexo E. Mensajes para los trabajadores de salud del Caribe basados en los resultados de la encuesta	60

## Lista de figuras

---

Figura 1.	Personas encuestadas por edad, sexo y categoría de trabajo	8
Figura 2.	Reticencia a la vacunación por categoría de trabajador de salud	12
Figura 3.	Reticencia a la vacunación por subcategoría (especialidad) de trabajador de salud	13
Figura 4.	Reticencia a la vacunación por grupo etario de trabajadores de salud	13
Figura 5.	Conocimiento sobre la vacuna para tomar una decisión, por subcategoría de personal de enfermería	14
Figura 6.	Conocimiento sobre la vacuna para tomar una decisión, por edad	15
Figura 7.	Las redes sociales como formadores de opinión, por edad	17
Figura 8.	Dominios sociales y de comportamiento de la OMS y constructos relacionados con las vacunas contra la COVID-19 en la iteración de la encuesta de trabajadores de salud del Caribe	19
Figura 9.	Dominios de las respuestas cualitativas clasificados con la rúbrica de determinantes sociales y de comportamiento de la OMS, las cuatro preguntas cualitativas juntas	20
Figura 10.	Dominios de las respuestas cualitativas clasificados con la rúbrica de determinantes sociales y de comportamiento de la OMS, preguntas de respuesta libre sobre las vacunas contra la COVID-19	21
Figura 11.	Dominios de las respuestas cualitativas clasificados con la rúbrica de determinantes sociales y de comportamiento de la OMS, preguntas de respuesta libre sobre la vacuna contra la gripe	23

## Lista de cuadros

---

Cuadro 1.	Personas encuestadas por país y categoría de trabajo	7
Cuadro 2.	Personas encuestadas por edad, sexo y categoría de trabajo	8
Cuadro 3.	Resumen de las respuestas por categorías de trabajadores de salud, edad y sexo	9
Cuadro 4.	Disposición para vacunarse: las vacunas nuevas conllevan un riesgo mayor que las vacunas más antiguas	10
Cuadro 5.	Disposición para vacunarse: preocupaciones acerca de los efectos adversos graves de las vacunas	11
Cuadro 6.	Razones: el desarrollo posiblemente haya sido apresurado o la vacuna posiblemente no haya sido probada a fondo	16
Cuadro 7.	Actitudes ante la vacunación contra la gripe (“Me daría la vacuna contra la gripe si me la ofrecieran”)	18
Cuadro 8.	Recomendaciones por dominio, indicador, categoría de intervención y descripción	31

# Prefacio

Durante mucho tiempo se ha reconocido que los trabajadores de salud son los héroes del programa de inmunización. Sin sus incansables esfuerzos y dedicación, la Región de las Américas no sería la región pionera mundial en inmunización que es hoy: la primera región en eliminar múltiples enfermedades y en liderar la introducción de nuevas vacunas —como la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) y las vacunas antirrotavíricas— en los programas nacionales de vacunación de rutina. De hecho, el Caribe en particular tiene una larga trayectoria como líder mundial en inmunización, con la certificación de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita, y con 36 años sin un solo caso de poliomielitis. Uno de los principales factores que han contribuido a este éxito ha sido el compromiso y la dedicación del personal del programa nacional de inmunización para promover los beneficios de las vacunas y garantizar la vacunación de toda la población infantil, adolescente y adulta que reúna los requisitos.

Más allá del acto de administrar vacunas, mantener la cadena de frío necesaria y vigilar las enfermedades prevenibles mediante vacunación, los trabajadores de salud desempeñan otro papel crucial para la vacunación: fomentar la confianza del público en el programa de inmunización. De hecho, por lo general se cita a los trabajadores de salud como la fuente de información más confiable sobre el tema.

Por lo tanto, es indispensable que los propios trabajadores de salud confíen en la vacunación como bien de salud pública y puedan transmitir esta confianza a sus pacientes, familiares, amigos y miembros de la comunidad. Sin embargo, al igual que el público en general, los trabajadores de salud corren el riesgo de ser víctimas de la desinformación sobre las vacunas, especialmente en el contexto de la infodemia que está complicando la respuesta a la pandemia de COVID-19 a escala mundial.

Por estas razones, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se propuso comprender las actitudes y las intenciones de los trabajadores de salud de 14 países del Caribe con respecto a la inmunización de rutina y la vacunación contra la COVID-19. En abril y mayo del 2021 se llevó a cabo una encuesta con métodos mixtos para captar las ideas, las opiniones y el razonamiento de más de 1.000 trabajadores de salud que prestaron su tiempo para participar en este estudio.

Esperamos que las conclusiones presentadas en este informe sean de utilidad para los encargados de las decisiones de salud pública, los responsables de las políticas, los profesionales en el ámbito de la comunicación y los trabajadores de salud que quieran ser defensores de las vacunas entre sus colegas. Con el uso de datos sociales y sobre el comportamiento como los que se presentan aquí, los programas de inmunización podrán orientar mejor sus intervenciones para fomentar la confianza en las vacunas y su aceptación en públicos clave, entre ellos los trabajadores de salud del Caribe.

## **Cuauhtémoc Ruiz Matus**

Jefe de la Unidad de Inmunización Integral de la Familia  
Departamento de Familia, Promoción de la Salud  
y Curso de Vida  
OPS

## **Dean Chambliss**

Director del Programa Subregional  
del Caribe  
OPS

# Nota de Agradecimiento

Los principales investigadores de este estudio fueron el jefe de equipo, doctor E. Benjamín Puertas, Asesor sobre Recursos Humanos para la Salud, Coordinación del Programa Subregional para el Caribe, Organización Panamericana de la Salud (OPS); la doctora Martha Velandia, Asesora Regional sobre Inmunización, Unidad de Inmunización Integral de la Familia, Departamento de Familia, Promoción de la Salud y Curso de Vida (OPS), y la señora Lauren Vulcanovic, Especialista en Comunicación, Departamento de Familia, Promoción de la Salud y Curso de Vida (OPS).

El equipo de la encuesta estuvo integrado por la señora Lisa Bayley, consultora de la OPS sobre Comunicación, Coordinación del Programa Subregional para el Caribe (OPS); la doctora Karen Broome, consultora de la OPS sobre Inmunización, Coordinación del Programa Subregional para el Caribe (OPS); la señora Marcela Contreras, Consultora de la OPS, Unidad de Inmunización Integral de la Familia, Departamento de Familia, Promoción de la Salud y Curso de Vida (OPS); el señor Dale Rhoda, estadístico, Biostat Global Consulting, Worthington,

Ohio (Estados Unidos de América); la doctora Nina Rise, pasante, Recursos Humanos para la Salud, Coordinación del Programa Subregional para el Caribe (OPS), y la señora Maite Vera Antelo, consultora de la OPS, Unidad de Inmunización Integral de la Familia, Departamento de Familia, Promoción de la Salud y Curso de Vida (OPS). La señora Claudia Ortiz, Especialista en Sistemas de Información, proporcionó apoyo con la plataforma.

Se agradece la contribución de los representantes y puntos focales de la OPS a la difusión y el seguimiento de la encuesta en los países participantes.

Agradecemos a Francine Ganter-Restrepo y Lisa Menning, del Departamento de Inmunización, Vacunas y Productos Biológicos de la Organización Mundial de la Salud, su apoyo y orientación con este estudio.

Nuestro más profundo agradecimiento a todos los trabajadores de salud que se tomaron el tiempo para responder a esta encuesta a pesar de su enorme carga de trabajo.

# Introducción

El 10 de marzo del 2020 se notificó el primer caso de COVID-19 en la subregión de CARICOM en el Caribe. Al 10 de mayo del 2021 se habían confirmado 167.003 casos en el Caribe, con más de 130.000 casos recuperados y 2.808 muertes atribuidas a la COVID-19 en la subregión (1). La pandemia ha provocado la peor recesión de la historia de América Latina y el Caribe, la cual, según las proyecciones de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, representará una caída regional del crecimiento de  $-9,1\%$  en el 2020. Otras proyecciones incluyen un aumento en la tasa de pobreza de 7,0 puntos porcentuales, que afectará al 37,3% de la población (231 millones de personas en total, con 45 millones de nuevos pobres) (2).

Las vacunas constituyen una medida importante para controlar la pandemia de COVID-19, y se han estado realizando investigaciones a un ritmo acelerado para proporcionar vacunas seguras y efectivas a la población mundial (3). En el *Marco de valores del SAGE de la OMS para la asignación y priorización de la vacunación contra la COVID-19*, publicado [en inglés] por el Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico sobre Inmunización (SAGE, por su sigla en inglés) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 14 de septiembre del 2020, se ofrece orientación sobre la priorización de los grupos para la vacunación en los países debido a que la oferta es limitada. Los trabajadores de salud, las personas mayores y las personas adultas con enfermedades crónicas han sido seleccionados como grupos prioritarios para recibir las primeras dosis de una vacuna aprobada contra la COVID-19.

Un componente esencial de esos planes es una campaña de comunicación, que estará dirigida no solo al público, sino también a los grupos prioritarios específicos indicados por cada país. La pandemia de COVID-19 es la primera en la historia en la cual la tecnología y las redes sociales se están usando en gran escala para mantener a las personas seguras, informadas, productivas y conectadas. En un estudio realizado en Estados Unidos de América se observó que la internet es la principal

f fuente de información sobre la COVID-19 (4), pero que, al mismo tiempo, la tecnología en la que confiamos para mantenernos conectados e informados está posibilitando y amplificando una infodemia, es decir, una sobreabundancia de información tanto en línea como fuera de internet, que continúa socavando la respuesta mundial y poniendo en peligro las medidas para controlar la pandemia. Las nuevas vacunas contra la COVID-19 han sido importantes blancos de información errónea y desinformación, que han sembrado la desconfianza y la preocupación en el público con respecto a la seguridad de las vacunas. Ya se había demostrado que las redes sociales son un canal poderoso para la propagación de información contra las vacunas y que, en consecuencia, tienen un impacto inverso en la aceptación de la vacuna contra la gripe. Sin embargo, si las redes sociales se usan para difundir información confiable sobre vacunas, proveniente de trabajadores de salud y autoridades de salud pública de confianza, pueden fomentar la confianza del público en la vacunación (5). Es necesario evaluar el posible efecto negativo en la aceptación y la desconfianza con respecto a las vacunas contra la COVID-19 en el Caribe, y ejecutar estrategias de comunicación y políticas públicas para asegurar la rápida recuperación de los efectos de esta pandemia.

Hamel et al. (6) señalaron que, en Estados Unidos de América, por lo menos el 27% del público tenía reticencia con respecto a estas vacunas. Las principales razones expresadas eran la preocupación por los posibles efectos secundarios, ya que las vacunas eran demasiado nuevas, y la falta de confianza en el gobierno para asegurarse de que las vacunas sean seguras y efectivas. Por lo menos el 85% de la población dijo que su propio médico o prestador de servicios de salud era la fuente de información más confiable. Sin embargo, en una encuesta de trabajadores de salud realizada en Estados Unidos se observó que la reticencia frente a las vacunas era un problema grave, y por lo menos 15% de los trabajadores de salud a quienes se les ofreció la vacuna se negaron a recibirla (7). Esto se repitió en otras partes del país y llevó a una menor aceptación de las vacunas

(8). En estudios realizados en todo el mundo se ha observado que el personal de enfermería se muestra más reticente frente a las vacunas contra la COVID-19 que otros trabajadores de salud (9-11). Asimismo, en varios estudios se ha observado que el sexo femenino es un predictor negativo de la aceptación de la vacuna (10, 12-17), al igual que una edad menor y tener hijos en casa (9, 15, 17, 18). Según estudios realizados en América Latina y el Caribe, la vivienda rural, un nivel más bajo de escolaridad y la inseguridad financiera están relacionados con la reticencia frente a las vacunas tanto en los trabajadores de salud como en el público (16, 19). Eso se ha observado también en estudios de otras partes del mundo (15, 17, 18).

Es importante centrarse en los trabajadores de salud para aumentar la aceptación de estas vacunas (20). En estudios de los trabajadores de salud realizados en Europa y Canadá se observó que la preocupación por la seguridad de las vacunas es un factor decisivo que influye en la reticencia a la vacunación (21, 22). En Francia se ha comprobado que la información sobre vacunas dirigida específicamente a los trabajadores de salud aumenta la aceptación de las vacunas en el personal hospitalario (23), y la confianza de los trabajadores de salud en las instituciones que suministran información sobre las vacunas y la vacunación es esencial para su aceptación (21). En un estudio de trabajadores de salud realizado en México también se observó que la información y estar

bien informados son fundamentales para la aceptación de las vacunas (24). Se debe determinar en qué medida esta infodemia ha influido en los conocimientos y las actitudes de los trabajadores de salud para organizar y llevar a cabo campañas de comunicación focalizadas a fin de que los mensajes orientados a los trabajadores de salud respondan de manera adecuada a sus preocupaciones y preguntas. Esta evidencia también puede llevar a los responsables de las políticas públicas a tomar medidas adecuadas para mejorar su impacto. Por lo tanto, documentar sus actitudes ante la vacunación contra la COVID-19 es de suma importancia para el éxito de una campaña de comunicación focalizada y la aceptación de las vacunas contra la COVID-19.

Los objetivos de este estudio son recopilar y utilizar datos de buena calidad sobre los determinantes sociales y de comportamiento que influyen en la vacunación y en las vacunas contra la COVID-19 en los trabajadores de salud en el Caribe, mejorar las estrategias de ejecución y adaptar los enfoques de la comunicación sobre las vacunas en general y contra la COVID-19 en particular en el Caribe, con el objetivo final de aumentar la aceptación de las vacunas y la confianza de los trabajadores de salud en las vacunas. De esta manera, los programas podrán diseñar, orientar y evaluar intervenciones encaminadas a lograr un mayor impacto con más eficiencia, y examinar y comprender tendencias comparables a lo largo del tiempo.

# Métodos

## Elaboración del instrumento de la encuesta

El instrumento se basa en una herramienta presentada en el documento de orientación provisional *Datos para la acción: lograr una alta aceptación de vacunas contra la COVID-19*, de la OMS y el UNICEF (25), y un cuestionario preparado por la Universidad de California en Los Ángeles (26). Fue adaptado para su uso en el Caribe, revisado por el Grupo Técnico Asesor del Caribe sobre Inmunización, y puesto a prueba en el Caribe a fin de que las preguntas y las opciones para las respuestas se entendieran de la forma prevista y midieran lo que se proponían medir. El instrumento incluye preguntas dirigidas específicamente a los trabajadores de salud, ya que son un público destinatario de las comunicaciones sobre las vacunas contra la COVID-19, en vista de su importante papel como fuentes confiables de información sobre vacunas y de que deben encontrarse entre los primeros grupos en vacunarse a medida que se despliegan las vacunas. Se agregaron preguntas sobre la vacuna contra la gripe para facilitar la comparación entre las actitudes ante las vacunas contra la COVID-19 y otra vacuna que se administra a personas adultas en el Caribe.

## Realización de la encuesta

Los datos fueron recogidos de forma anónima mediante una encuesta electrónica en inglés y en francés (anexo A) por Qualtrics®, empresa con sede en Provo (Utah). Qualtrics registró la fecha y hora de inicio y finalización de cada encuesta y utilizó *cookies* y seguimiento de direcciones IP y coordenadas geográficas (latitud y longitud) para evitar que una misma persona presentara varias respuestas. Se usó una configuración que aceptaba respuestas del Caribe. El equipo del proyecto probó la encuesta en la web antes de usarla para recopilar datos para el proyecto.

Las preguntas se agruparon en varias categorías:

1. País, sexo, edad, cargo, categoría de trabajador de salud
2. Preguntas de opinión 1:
  - a. Actitudes ante las vacunas en general (siete preguntas de Likert)
  - b. Disposición para vacunarse (tres preguntas de Likert)
3. Preguntas de opinión 2: Actitudes ante las vacunas contra la COVID-19
  - a. Actitudes generales (tres preguntas de Likert)
  - b. Vacunación si se ofrece una vacuna contra la COVID-19 al público (cuatro preguntas de Likert)
  - c. Razones para retrasar o rechazar una vacuna contra la COVID-19 (cinco preguntas de Likert y una de respuesta libre)
4. Razones que influyen en las opiniones sobre las vacunas contra la COVID-19 (ocho preguntas de Likert y una de respuesta libre)
5. Actitudes ante la vacuna contra la gripe (dos preguntas de Likert y dos de respuesta libre)

Si la persona encuestada consintió en responder a la encuesta, se le hicieron todas las preguntas. Las personas encuestadas no estaban obligadas a responder a ninguna de las preguntas de opinión. No hubo un paso de revisión o confirmación al final de la encuesta. En todas las preguntas de Likert se ofrecían cuatro opciones para la respuesta: totalmente de acuerdo, estoy de acuerdo, no estoy de acuerdo, totalmente en desacuerdo.

En Trinidad y Tabago hubo complicaciones debido a problemas de acceso a internet, razón por la cual se distribuyó el cuestionario impreso. Se recibieron cuestionarios impresos de 86 de esas personas encuestadas, y sus respuestas se cargaron utilizando Qualtrics en un lugar con acceso esCuadro a internet.

## Difusión y publicidad de la encuesta

La plataforma Qualtrics creó un enlace y un código de respuesta rápida (código QR) para la difusión de la encuesta, que se proporcionaron a los ministerios de salud y a asociaciones profesionales de los países participantes por medio de las representaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en los países del Caribe. Los representantes de la OPS en los países aconsejaron a los funcionarios nacionales que distribuyeran la encuesta por medio de avisos en consultorios y en asociaciones o sociedades profesionales. A escala subregional, el enlace del cuestionario y el código QR se enviaron a entidades regionales como el Cuerpo Regional de Enfermería y la Comunidad del Caribe (CARICOM), así como a instituciones académicas, específicamente la Universidad de las Indias Occidentales (UWI), para que los distribuyera a sus graduados. Se realizaron varios seminarios web con los puntos focales asignados por la OPS para presentar la encuesta y describir sus componentes.

Se ofreció la opción de que varias personas usaran un enlace para responder, a fin de posibilitar un muestreo de tipo “bola de nieve”, pero se protegió la encuesta para que cada persona la respondiera una sola vez. Qualtrics hizo el seguimiento de la actividad de las encuestas con un *cookie* del navegador. Si una persona que ya había respondido a la encuesta trataba de repetirla, se la excluía. No hubo pagos ni incentivos para contestar la encuesta. Los datos se recopilaron entre el 15 de marzo y el 30 de abril del 2021.

## Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra para el estudio se calculó utilizando el número total de trabajadores de salud de las categorías notificadas en el portal de la OMS para las cuentas nacionales de trabajadores de salud: personal de enfermería, personal médico, parteras, dentistas y farmacéuticos. Catorce países del Caribe que proporcionan datos sobre recursos humanos para la salud en el portal notificaron un total de 38.671 trabajadores de salud. Para calcular la muestra, se usó una muestra compleja de varios niveles a fin de que tuviera

representatividad. La población  $N = 38.671$  se definió en 14 países con una aceptación de la vacuna del 50%, un margen de error del 5% y un efecto de diseño de 2, lo cual dio como resultado  $n = 761$  distribuidos entre los países en proporción a su población de trabajadores de salud. El tamaño de la muestra se calculó con Open Epi, versión 3.01.

## Análisis estadístico

Se calcularon resúmenes usando proporciones en las cuales el denominador era el número de personas encuestadas que respondieron a la pregunta y el numerador era el número de personas que dieron la respuesta en cuestión. Los datos se resumieron como si fueran de una muestra aleatoria simple de trabajadores de salud del Caribe. Las respuestas a cada una de las 32 preguntas de opinión se resumieron utilizando las cuatro categorías (totalmente de acuerdo, estoy de acuerdo, no estoy de acuerdo, totalmente en desacuerdo) y dos categorías consolidadas: “totalmente de acuerdo” combinada con “estoy de acuerdo” (estoy de acuerdo); “no estoy de acuerdo” combinada con “totalmente en desacuerdo” (no estoy de acuerdo).

Las categorías binarias de respuestas consolidadas (“estoy de acuerdo” en comparación con “no estoy de acuerdo”) se analizaron utilizando estadísticas de ji al cuadrado para identificar preguntas que daban lugar a diferentes proporciones de concordancia entre las categorías de personas encuestadas. El enfoque principal del análisis consistió en examinar grupos de preguntas para buscar patrones en las respuestas entre las categorías de personas encuestadas y usar esos patrones para fundamentar las estrategias de comunicación dirigidas a los trabajadores de salud. Los valores  $p$  de ji al cuadrado se usaron para confirmar que los patrones en las proporciones eran estadísticamente significativos.

Se seleccionó la afirmación “Si hay una vacuna contra la COVID-19, tengo la intención de vacunarme cuanto antes” como indicador de la aceptación de la vacuna contra la COVID-19. Se consideró que quienes no estaban de acuerdo o estaban totalmente en desacuerdo con esta declaración mostraban reticencia frente a las vacunas contra la COVID-19.

Se utilizó la regresión logística multivariable para evaluar los resultados de cada pregunta de opinión. Las personas encuestadas que respondieron “totalmente de acuerdo” o “estoy de acuerdo” se codificaron con un resultado de 1, y las que respondieron “no estoy de acuerdo” o “estoy totalmente en desacuerdo” se codificaron con 0. Los factores explicativos incluían tres variables relacionadas con categorías: categoría de trabajo (cinco niveles, con el personal médico como grupo de referencia), sexo (con los hombres como grupo de referencia) y cuartil de edad (con el cuartil más joven como grupo de referencia).

Cada pregunta de opinión indica el porcentaje de personas encuestadas en cada categoría de respuesta junto con el número de personas de esa categoría que respondieron a la pregunta. El número de respuestas por pregunta figura en el anexo B. Los datos y los resultados de ji al cuadrado y de la regresión logística para las 32 preguntas y todas las categorías de personas encuestadas se presentan en el anexo C.

## Limpieza y categorización de los datos

Después del cierre de la encuesta se descargaron las respuestas en inglés y en francés de la plataforma Qualtrics. Se adjuntaron ambos conjuntos de datos a la vez. De estos conjuntos de datos se eliminaron las respuestas de las personas encuestadas que a) dijeron que no eran trabajadores de salud; b) no consintieron en responder a las preguntas; c) eran menores de 21 años; d) no dieron una respuesta sustantiva a ninguna de las 32 preguntas de opinión, o e) indicaron en la descripción de su trabajo que no estaban incluidos en la población objetivo (por ejemplo, veterinarios, recepcionistas, trabajadores de lavandería de hospitales, ordenanzas y encargados de historias clínicas).

Las variables del conjunto de datos en francés se tradujeron para que fueran compatibles con las variables en inglés. Las respuestas libres se tradujeron con Google Translate, y se proporcionó el texto en ambos idiomas al equipo encargado de categorizar las respuestas cualitativas.

Las personas encuestadas fueron asignadas a varias categorías con el fin de notificar los resultados:

1. Categorías de trabajo
  - a. Cinco grandes categorías: personal médico, personal de enfermería, profesionales de la salud pública, profesionales paramédicos y otros trabajadores de salud (las personas que respondieron “otros” agregaron una descripción del cargo. Un equipo clasificó algunas de estas respuestas en las otras cuatro categorías y algunas verdaderamente en “otros”. El conjunto de datos se actualizó con estas clasificaciones corregidas por el equipo).
2. Categorías de atención
  - a. La mayor parte del personal médico y de enfermería se asignó a una categoría llamada “Atención”.
  - b. Excepciones:
    - i. profesionales de la salud ambiental y de la salud e higiene del trabajo;
    - ii. personal del programa nacional de inmunización (incluidos los vacunadores);
    - iii. profesionales de enfermería (comunitaria y de salud pública);
    - iv. profesionales de la salud pública, que fueron asignados a una categoría llamada “Salud pública”.
  - c. Todos los profesionales paramédicos también fueron asignados a la categoría de “Salud pública”.
  - d. La tercera categoría consistía en aquellos cuya categoría de trabajo era “Otros”.
3. Categorías según la edad
  - a. Cuartiles de edad del conjunto de datos: de 21 a 32 años, de 33 a 40 años, de 41 a 50 años y de 51 a 87 años.

## Resumen de las respuestas libres

Se recopilaron las respuestas libres a cinco preguntas:

1. Categoría de trabajo: Otros; sírvase especificar.

2. Pregunta 28: Otras razones para retrasar o rechazar una vacuna contra la COVID-19.
3. Pregunta 37: Otros factores que influyeron en mi opinión sobre una vacuna contra la COVID-19.
4. Pregunta 39: Si no está de acuerdo con vacunarse contra la gripe, ¿por qué?
5. Pregunta 41: Si no está de acuerdo con recomendar la vacuna contra la gripe a amigos y familiares, ¿por qué?

En todos los casos, las respuestas en francés se tradujeron automáticamente con Google Sheets y la función Google Translate. Se proporcionó la respuesta en francés junto con la traducción al inglés al equipo de categorización de respuestas cualitativas, que estaba integrado por tres pares de investigadores. Cada par tenía un miembro con fuertes aptitudes cuantitativas y otro con fuertes aptitudes cualitativas. Los pares examinaron las respuestas libres a las preguntas 28, 37, 39 y 41, y las clasificaron como un reflejo de uno de los cuatro dominios de los determinantes sociales y de comportamiento de la OMS que influyen en el modelo de vacunación contra la COVID-19, que fue adaptado por el equipo a los resultados de la encuesta (25). Los dominios identificados en este marco son pensamientos y sentimientos, motivación, procesos sociales y cuestiones prácticas. Los pares de investigadores compilaron su trabajo y consultaron entre ellos para resolver decisiones discordantes. Tres miembros del equipo analizaron

las respuestas otra vez y las codificaron. Todos los integrantes del equipo participaron en una revisión adicional, en la cual se tomó una decisión de consenso sobre todas las respuestas en relación con las cuales había habido dudas acerca del dominio final o el constructo tras la revisión inicial.

## Comité de Ética y confidencialidad

El protocolo del estudio fue sometido a la aprobación del Comité de Revisión Ética de la OPS (PAHOERC). El equipo del estudio obtuvo el consentimiento de las personas que aceptaron participar en la encuesta. El formulario de consentimiento se colocó en línea antes de que los participantes tuvieran acceso al cuestionario virtual. Todos los procedimientos del estudio se describieron en detalle de manera tal que los participantes estuvieran plenamente informados acerca de los requisitos. Durante este proceso de consentimiento, se informó a los trabajadores de salud que tenían plena libertad para participar o no en el estudio. En la información de bienvenida se recalcó que la participación era voluntaria, que no había consecuencias negativas y que no había respuestas correctas o incorrectas. Todos los posibles participantes podían estar de acuerdo o negarse a participar en el estudio. Los que consintieron en participar fueron inscritos.

# Resultados

Respondieron la encuesta 1.197 trabajadores de salud; todos los países y territorios lograron llenar su propia cuota para el tamaño de la muestra. El cuadro 1 muestra el número de personas encuestadas por país.

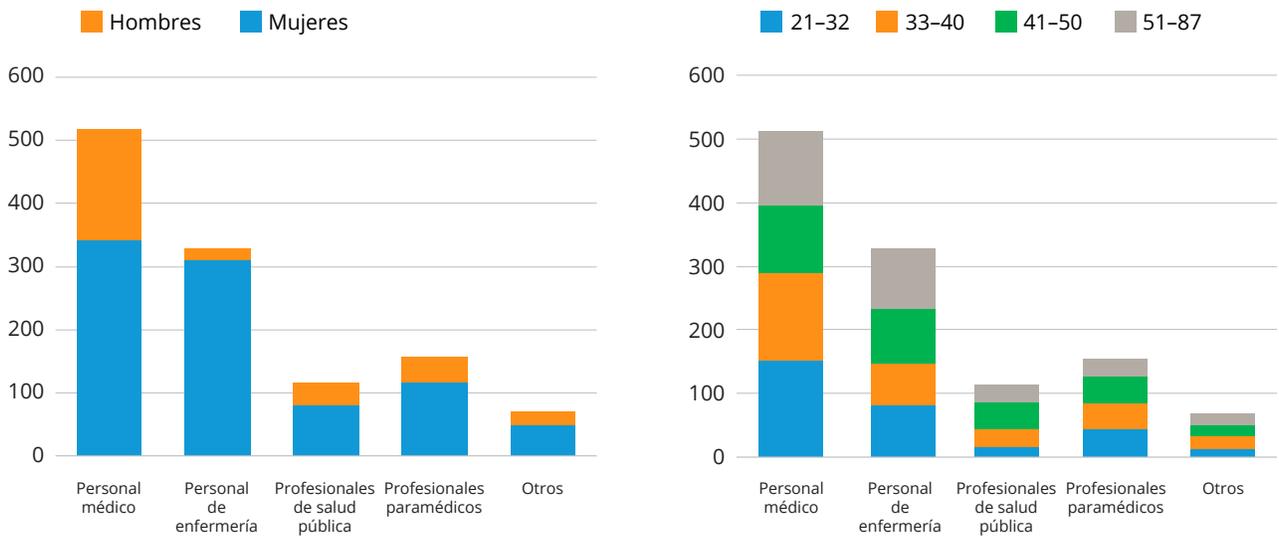
Del total de personas encuestadas, 902 (75%) eran mujeres y 309 (25%) tenían de 21 a 32 años. La mayoría

de las personas encuestadas (521, es decir, 43%) eran personal médico. La muestra se resume en los cuadros 1 y 2 y en la figura 1. El número de preguntas de opinión respondidas por las personas encuestadas varió de solo una a 32. El promedio fue de 26 y la mediana fue de 28. Los anexos B y C muestran cuántas personas encuestadas respondieron a cada pregunta de opinión.

**CUADRO 1. Personas encuestadas por país y categoría de trabajo**

	PERSONAL MÉDICO	PERSONAL DE ENFERMERÍA	SALUD PÚBLICA	PROFESIONALES PARAMÉDICOS	OTROS	TOTAL
Antigua y Barbuda	17	7	2	3	0	29
Bahamas	8	22	13	13	23	79
Barbados	43	13	8	13	5	82
Belize	9	21	6	6	5	47
Dominica	1	4	3	4	2	14
Granada	7	25	5	4	2	43
Guyana	3	3	1	5	1	13
Haití	59	18	16	7	2	102
Jamaica	151	18	16	27	3	215
Saint Kitts y Nevis	3	62	11	6	4	86
Santa Lucía	1	9	6	2	1	19
San Vicente y las Granadinas	1	16	2	3	2	24
Suriname	30	19	7	2	4	62
Trinidad y Tabago	188	93	20	63	18	382
Total	521	330	116	158	72	1.197

**FIGURA 1. Personas encuestadas por edad, sexo y categoría de trabajo**



**CUADRO 2. Personas encuestadas por edad, sexo y categoría de trabajo**

	PERSONAL MÉDICO			PERSONAL DE ENFERMERÍA			PROFESIONALES DE		PROFESIONALES PARAMÉDICOS			OTROS		TOTAL		
	MUJERES	HOMBRES	OTROS FALTANTES	MUJERES	HOMBRES	OTROS FALTANTES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	OTROS	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	OTROS FALTANTES
Cuartil 1: 21-32 años	113	39	1	75	5	1	11	5	33	12	0	11	3	243	64	2
Cuartil 2: 33-40 años	102	34	0	63	3	0	24	5	32	8	0	12	7	233	57	0
Cuartil 3: 41-50 años	59	45	2	82	4	0	29	14	31	12	0	9	8	210	83	2
Cuartil 4: 51-87 años	63	54	0	89	5	1	17	10	19	8	0	16	2	204	79	1
Falta la edad	6	2	1	2	0	0	1	0	1	1	1	2	2	12	5	2
Total	343	174	4	311	17	2	82	34	116	41	1	50	22	902	288	7

En el cuadro 3 se resume el porcentaje de personas encuestadas de diversas categorías que dijeron que estaban de acuerdo o totalmente de acuerdo con muchas de las preguntas de opinión de la encuesta. Las diferencias estadísticamente significativas, basadas en la regresión logística multivariable, se marcan con un asterisco (\*). En los párrafos siguientes se describen los principales resultados. El resumen completo y detallado de las respuestas y los resultados de la regresión de todas las preguntas de opinión pueden consultarse en el anexo C.

### Actitudes ante las vacunas de rutina

Con respecto a las actitudes ante las vacunas, las personas encuestadas mostraron amplio acuerdo en que las vacunas en general son una buena manera de protegerse de enfermedades, sin diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de comparación (98%). Las personas encuestadas también estuvieron de acuerdo en que las vacunas son seguras (95%) y eficientes (97%), y en que la información sobre las vacunas proporcionada por las autoridades de salud pública y los prestadores de servicios de salud es confiable (94%).

**CUADRO 3. Resumen de las respuestas por categorías de trabajadores de salud, edad y sexo**

PORCENTAJE DE PERSONAS ENCUESTADAS QUE ESTÁN DE ACUERDO O TOTALMENTE DE ACUERDO CON LO SIGUIENTE:	TODOS	CATEGORÍAS DE TRABAJADORES DE SALUD					CUARTILES DE EDAD				SEXO	
	(%)	PERSONAL MÉDICO	PERSONAL DE ENFERMERÍA	PROFESIONALES DE SALUD PÚBLICA	PROFESIONALES PARAMÉDICOS	OTROS	21-32	33-40	41-50	51-87	HOMBRES	MUJERES
P6. Importancia general de la vacuna	98	**					**				**	
P8. Seguridad general de la vacuna	95	96	94	95	91	93	94	93	95	97	90	96*
P9. Eficacia general de la vacuna	97	97	96	98	97	100	96	96	98	98	95	98*
P13. Las vacunas nuevas conllevan un riesgo mayor que las vacunas más antiguas	56	48	65*	45	64*	74*	59	55	52	55	51	57
P15. Temor general a los eventos adversos de las vacunas	77	73	82*	74	82*	85*	81	76	76	75*	77	78
P16. Confianza en la eficacia de la vacuna contra la COVID-19	92	96	85*	97	82*	93	86	93*	92*	96*	92	92
P17. Confianza en la transparencia del desarrollo de las vacunas contra la COVID-19	83	88	76*	92	72*	72*	77	79	82	92*	84	82
P19. Intención de vacunarse: cuanto antes	77	85	66*	77*	62*	75	64	76*	82*	85*	81	75
P20. Intención de vacunarse: esperar y ver	47	36	60*	39	59*	58*	61	49*	42*	35*	41	49
P21. Intención de vacunarse: tal vez más adelante	39	29	52*	30	51*	47*	47	37	40	31*	32	41
P22. Intención de vacunarse: nunca	4	4	4	3	3	2	4	3	4	4	8	3*
P24. (Vacuna contra la COVID-19) Brecha en la información	30	20	45*	22	43*	35*	39	29	30*	22*	28	31
Q26. Falta de confianza en la minuciosidad del desarrollo de la vacuna contra la COVID-19	47	38	60*	34	65*	52	56	45*	47*	40*	43	49
P27. Temor de que la vacuna contra la COVID-19 pueda causar la enfermedad	21	15	33*	14	24*	21	21	18	21	22	21	21
P29. Falta de confianza debido a la celeridad con la que se desarrolló de la vacuna contra la COVID-19	62	54	70*	55	73*	65	69	65	57*	54*	57	63
P31. Importancia de las opiniones de amigos y familiares	29	25	34*	28	33	27	33	30	31	22*	31	28
P36. Importancia de la información en las redes sociales	30	21	43*	28	35*	39*	38	29	30*	23*	24	32
P38. Confianza en la vacuna contra la gripe	77	84	67*	84	69*	68*	79	80	77	75	82	75
P40. Confianza en la recomendación de la vacuna contra la gripe	87	92	83*	91	76*	82	91	88	87	86	89	87

\*  $p < 0,05$

\*\* Categoría de referencia de la regresión logística

## Disposición para vacunarse

Más allá de la actitud general, los trabajadores de salud presentaron algunas diferencias al responder a las preguntas sobre las vacunas nuevas y las vacunas contra la COVID-19. Esas diferencias se resumen a continuación. Se describen solo las diferencias que fueron estadísticamente significativas en la regresión logística en la cual se hicieron ajustes en concepto de categoría de trabajo, sexo y cuartil de edad de la persona encuestada. Los detalles completos figuran en el anexo C. Las aseveraciones que se presentan a continuación incluyen valores  $p$  de diferencias estadísticamente significativas específicas.

A pesar del acuerdo general sobre la importancia, la seguridad y la eficacia de las vacunas, los trabajadores de salud expresaron algunas preocupaciones con respecto a las vacunas nuevas. Cuando se les preguntó acerca de la disposición general para vacunarse, 56% de las personas encuestadas estuvieron de acuerdo en que las vacunas nuevas conllevan un riesgo mayor que las vacunas más antiguas. Se observaron variaciones entre las categorías de trabajadores de salud, donde solo 48% del personal médico en comparación con 65% del personal de enfermería ( $p < 0,001$ ), 64% de los profesionales paramédicos ( $p = 0,005$ ) y 74% de

**CUADRO 4. Disposición para vacunarse: Las vacunas nuevas conllevan un riesgo mayor que las vacunas más antiguas**

	ESTOY DE ACUERDO O TOTALMENTE DE ACUERDO (%)	NO ESTOY DE ACUERDO O TOTALMENTE EN DESACUERDO (%)	N	VALOR $p$ DE JI AL CUADRADO	RAZÓN DE POSIBILIDADES AJUSTADA EN FUNCIÓN DE LA REGRESIÓN LOGÍSTICA	VALOR $p$	LÍMITE INFERIOR	LÍMITE SUPERIOR
Todas las personas encuestadas	56	44	822					
Personal médico	48	52	372		1,0			
Personal de enfermería	65	35	221	<b>&lt;0,001</b>	2,0	<b>&lt;0,001</b>	1,4	2,8
Profesionales de salud pública	45	55	83		0,9	0,822	0,6	1,5
Profesionales paramédicos	64	36	103		1,9	<b>0,005</b>	1,2	3,0
Otros	74	26	43	<b>&lt;0,001</b>	3,2	<b>0,002</b>	1,5	6,5
Médico (general y de familia)	48	52	211					
Médico (cirujano)	55	45	40					
Médico (clínico)	43	57	103					
Médico (de urgencias)	61	39	18	0,364				
Enfermera (comunitaria y de salud pública)	49	51	73					
Enfermera (cuidados intensivos)	84	16	31					
Enfermera (pacientes ambulatorios)	67	33	27					
Enfermera (de sala)	70	30	79	<b>0,004</b>				
Categoría de atención: Atención	55	45	519					
Categoría de atención: Salud pública	54	46	260					
Categoría de atención: Otra	74	26	43	<b>0,037</b>				
Sexo: Masculino	51	49	205		1,0			
Sexo: Femenino	57	43	613	0,132	1,1	0,602	0,8	1,5
Cuartil de edad 1: 21–32	59	41	210		1,0			
Cuartil de edad 2: 33–40	55	45	199		0,9	0,465	0,6	1,3
Cuartil de edad 3: 41–50	52	48	206		0,7	0,155	0,5	1,1
Cuartil de edad 4: 51–87	55	45	193	0,604	0,8	0,42	0,6	1,3

Nota: Las barras azules están hechas a escala, de modo que, si 100% de las personas encuestadas dieran una respuesta, la celda entera del cuadro se llenaría de azul de izquierda a derecha.

“otros” ( $p = 0,002$ ) estuvieron de acuerdo en que las vacunas nuevas implican un riesgo mayor (cuadro 4).

Asimismo, 77% de las personas encuestadas coincidieron en que estaban preocupadas por los efectos adversos graves de las vacunas, y el personal médico mostró el menor grado de acuerdo (73%) en comparación con el personal de enfermería (82%;  $p < 0,001$ ), los profesionales paramédicos (82%;  $p = 0,022$ ) y “otros” (85%;  $p = 0,030$ ). Alrededor de 81% de las personas encuestadas más jóvenes, del cuartil de 21 a 32 años, estaban preocupadas por los efectos secundarios

adversos en comparación con 75% de las personas encuestadas de mayor edad, del cuartil de 51 a 87 años ( $p = 0,041$ ) (cuadro 5).

## Actitudes ante las vacunas contra la COVID-19

Al estudiar las actitudes y las percepciones relacionadas específicamente con las vacunas contra la COVID-19, se encontraron diferencias generalizadas en las comparaciones entre categorías de trabajadores de salud y cuartiles de edad. En general, 92% de las personas

**CUADRO 5. Disposición para vacunarse: Me preocupan los efectos adversos graves de las vacunas**

	ESTOY DE ACUERDO O TOTALMENTE DE ACUERDO (%)	NO ESTOY DE ACUERDO O ESTOY TOTALMENTE EN DESACUERDO (%)	N	VALOR $p$ DE JI AL CUADRADO	RAZÓN DE POSIBILIDADES AJUSTADA EN FUNCIÓN DE LA REGRESIÓN LOGÍSTICA	VALOR $p$	LÍMITE INFERIOR	LÍMITE SUPERIOR
Todas las personas encuestadas	77	23	1129					
Personal médico	73	27	494		1,0			
Personal de enfermería	82	18	306	<b>0,002</b>	1,9	<b>&lt;0,001</b>	1,3	2,8
Profesionales de salud pública	74	26	111		1,1	0,587	0,7	1,8
Profesionales paramédicos	82	18	150		1,7	<b>0,022</b>	1,1	2,7
Otros	85	15	68	<b>0,004</b>	2,2	<b>0,03</b>	1,1	4,4
Médico (general y de familia)	72	28	281					
Médico (cirujano)	78	22	50					
Médico (clínico)	74	26	140					
Médico (de urgencias)	70	30	23	0,785				
Enfermera (comunitaria y de salud pública)	78	22	95					
Enfermera (cuidados intensivos)	87	13	45					
Enfermera (pacientes ambulatorios)	83	17	35					
Enfermera (de sala)	82	18	114	0,629				
Categoría de atención: Atención	76	24	702					
Categoría de atención: Salud pública	79	21	359					
Categoría de atención: Otra	85	15	68	0,182				
Sexo: Masculino	77	23	270		1,0			
Sexo: Femenino	78	22	853	0,845	0,9	0,433	0,6	1,2
Cuartil de edad 1: 21-32	81	19	295		1,0			
Cuartil de edad 2: 33-40	76	24	267		0,8	0,196	0,5	1,1
Cuartil de edad 3: 41-50	76	24	280		0,7	0,131	0,5	1,1
Cuartil de edad 4: 51-87	75	25	271	0,293	0,7	<b>0,041</b>	0,4	1,0

Nota: Las barras azules están hechas a escala, de modo que, si 100% de las personas encuestadas dieran una respuesta, la celda entera del cuadro se llenaría de azul de izquierda a derecha.

encuestadas estuvieron de acuerdo en que una vacuna contra la COVID-19 protegería contra un cuadro grave de la enfermedad. El personal médico fue el que más confianza tenía entre los trabajadores de salud (96%), y el personal de enfermería y los profesionales paramédicos fueron los que menos confianza tenían (85% y 82%, respectivamente;  $p < 0,001$  para ambas categorías). El cuartil más joven, de 21 a 32 años, creía menos en la efectividad de una vacuna contra la COVID-19 (86%) que el cuartil de 33 a 40 años (93%;  $p = 0,020$ ), el cuartil de 41 a 50 años (92%;  $p = 0,010$ ) y el cuartil de 51 a 87 años (96%;  $p < 0,001$ ). Del mismo modo, mientras que 83% de las personas encuestadas en general confiaban en el proceso de aprobación científica de una vacuna

contra la COVID-19, el personal médico (88%) confiaba más que el personal de enfermería (76%;  $p < 0,001$ ), los profesionales paramédicos (72%;  $p = 0,022$ ) y "otros" (85%;  $p = 0,007$ ). Las personas encuestadas del cuartil de mayor edad, de 51 a 87 años (92%), en comparación con las del cuartil más joven, de 21 a 32 años (77%;  $p < 0,001$ ), eran las que más confiaban.

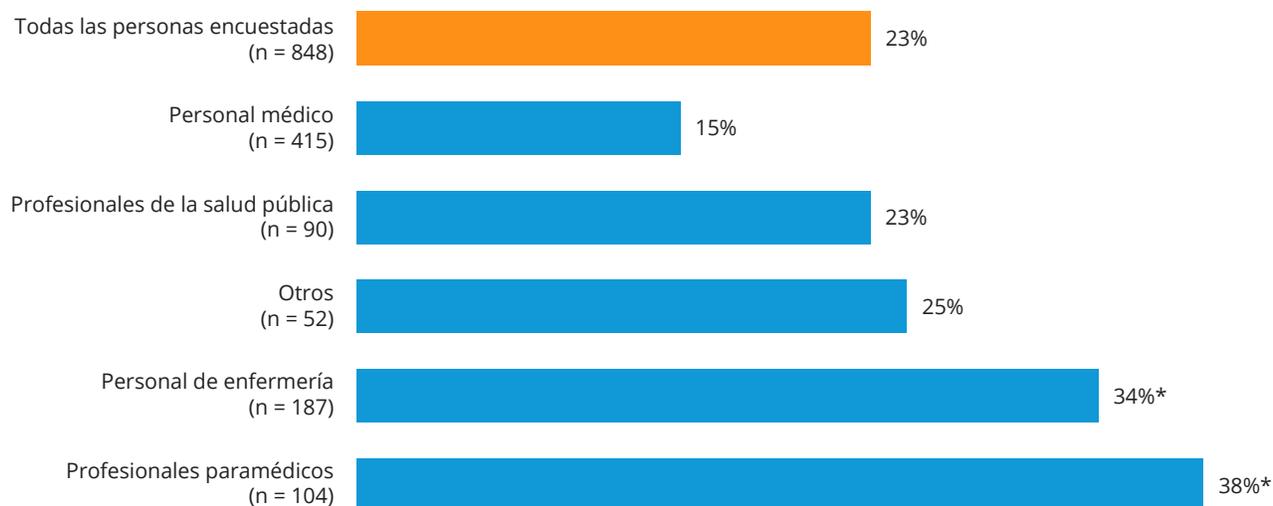
### Reticencia a la vacunación

Los resultados preliminares muestran que, de 848 participantes, 195 (23%) mostraron algún grado de reticencia a la vacunación. En todas las categorías de trabajadores de salud, 15% del personal médico no quería recibir una vacuna contra la COVID-19 cuanto

**FIGURA 2. Reticencia a la vacunación por categoría de trabajador de salud**

Porcentaje que no está de acuerdo con la afirmación:

"Si ofrecen una vacuna contra la COVID-19, tengo la intención de vacunarme cuanto antes."



\*Indica que la porción de personas encuestadas que no están de acuerdo en esta categoría difiere de la porción del personal médico en una cantidad que es estadísticamente significativa.

antes, en comparación con 34% del personal de enfermería ( $p < 0,001$ ), 23% de los profesionales de salud pública ( $p < 0,014$ ), 38% de los profesionales paramédicos ( $p < 0,001$ ) y 25% de otros profesionales ( $p < 0,089$ ) (figura 2).

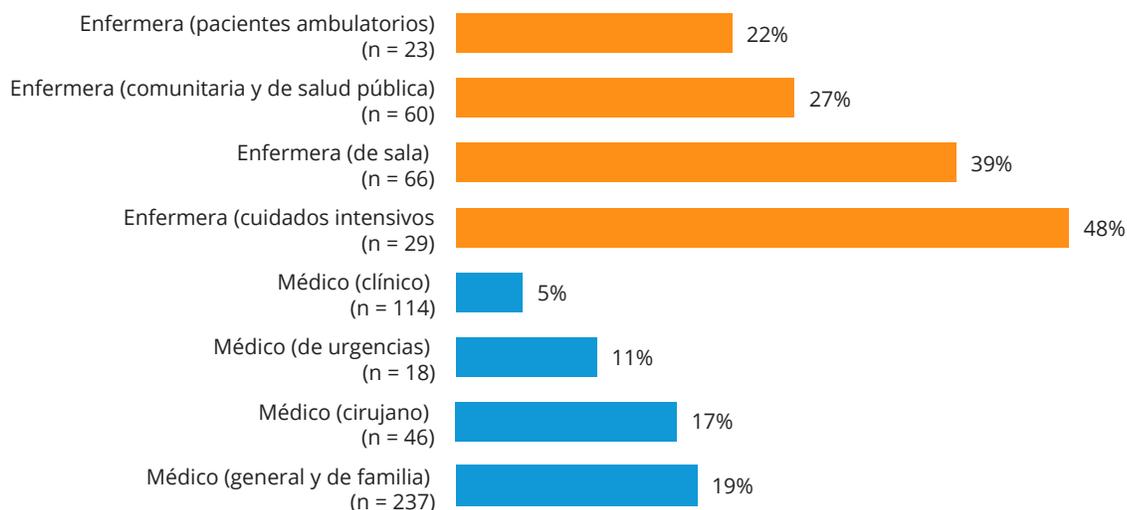
Las diferencias en la reticencia entre subcategorías de personal de enfermería ( $p = 0,092$ ) no fueron

significativas. Sin embargo, hubo diferencias significativas dentro de las especialidades médicas: los médicos clínicos y los médicos de urgencias estaban más dispuestos a recibir la vacuna cuanto antes, en comparación con los médicos generales y los médicos de familia ( $p = 0,007$ ) (figura 3).

### FIGURA 3. Retención a la vacunación por subcategoría (especialidad) de trabajador de salud

Porcentaje que no está de acuerdo con la afirmación:

*“Si ofrecen una vacuna contra la COVID-19, tengo la intención de vacunarme cuanto antes.”*



\*Indica que la porción de personas encuestadas que no están de acuerdo en esta categoría difiere de la porción del personal médico en una cantidad que es estadísticamente significativa.

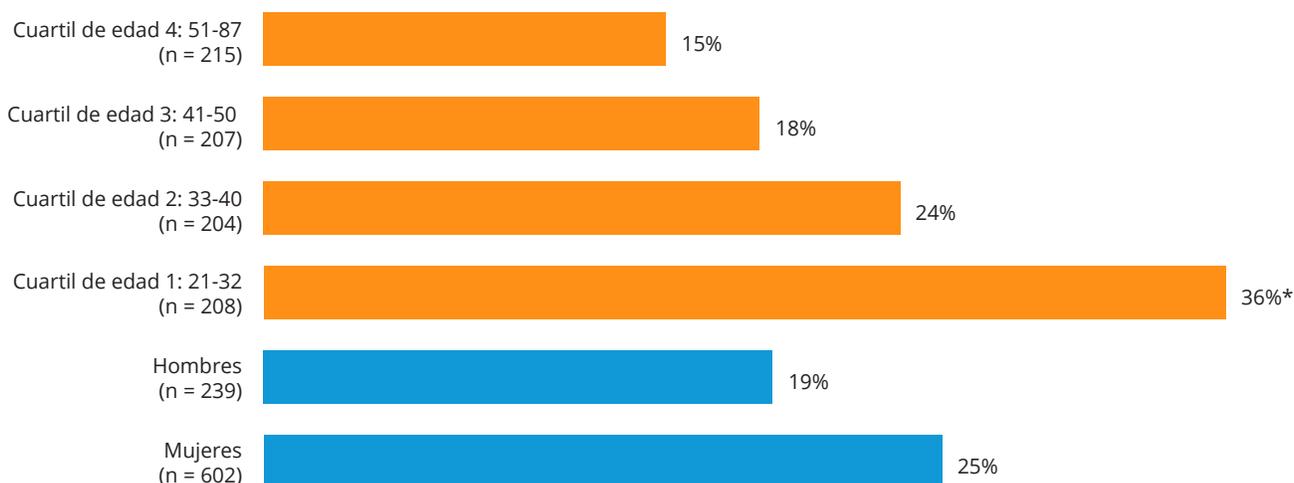
La diferencia entre sexos no fue significativa: 19% de los hombres y 25% de las mujeres mostraron retención ( $p = 0,731$ ). Al comparar entre cuartiles de edad, la retención a la vacunación fue más frecuente en los trabajadores de salud más jóvenes, de los cuales solo

64% del cuartil de 21 a 32 años, en comparación con 76% del cuartil de 33 a 40 años ( $p = 0,007$ ), 82% del cuartil de 41 a 50 años ( $p < 0,001$ ) y 85% del cuartil de 51 a 87 años ( $p < 0,001$ ) tenían la intención de recibir una vacuna contra la COVID-19 cuanto antes (figura 4).

### FIGURA 4. Retención a la vacunación por grupo etario de trabajadores de salud

Porcentaje que no está de acuerdo con la afirmación:

*“Si ofrecen una vacuna contra la COVID-19, tengo la intención de vacunarme cuanto antes.”*



\*Las personas encuestadas del cuartil más joven mostraron una retención significativamente mayor que las de cualquiera de los cuartiles de mayor edad.

Un tercio del personal médico (36%) quería esperar para ver la forma en que una vacuna contra la COVID-19 afectaría a otros, en comparación con 60% del personal de enfermería ( $p < 0,001$ ), 59% de los profesionales paramédicos ( $p < 0,001$ ) y 58% de los "otros" ( $p < 0,001$ ). Lo mismo querían 61% de las personas encuestadas más jóvenes, del cuartil de 21 a 32 años, en comparación con 49% del cuartil de 33 a 40 años ( $p = 0,011$ ), 42% del cuartil de 41 a 50 años ( $p < 0,001$ ) y solo 35% del cuartil de 51 a 87 años ( $p < 0,001$ ). Del mismo modo, 29% del personal médico, en comparación con 52% del personal de enfermería ( $p < 0,001$ ), 51% de los profesionales paramédicos ( $p < 0,001$ ) y 47% de los "otros" ( $p = 0,005$ ) estuvieron de acuerdo en que, si bien no tenían la intención de vacunarse contra la COVID-19 pronto, posiblemente lo hicieran más adelante. Lo mismo dijeron 47% de las personas encuestadas más jóvenes, del cuartil de 21 a 32 años, en comparación con 31% de las personas encuestadas de mayor edad, del cuartil de 51 a 87 años ( $p < 0,001$ ). Solo 4% de las personas

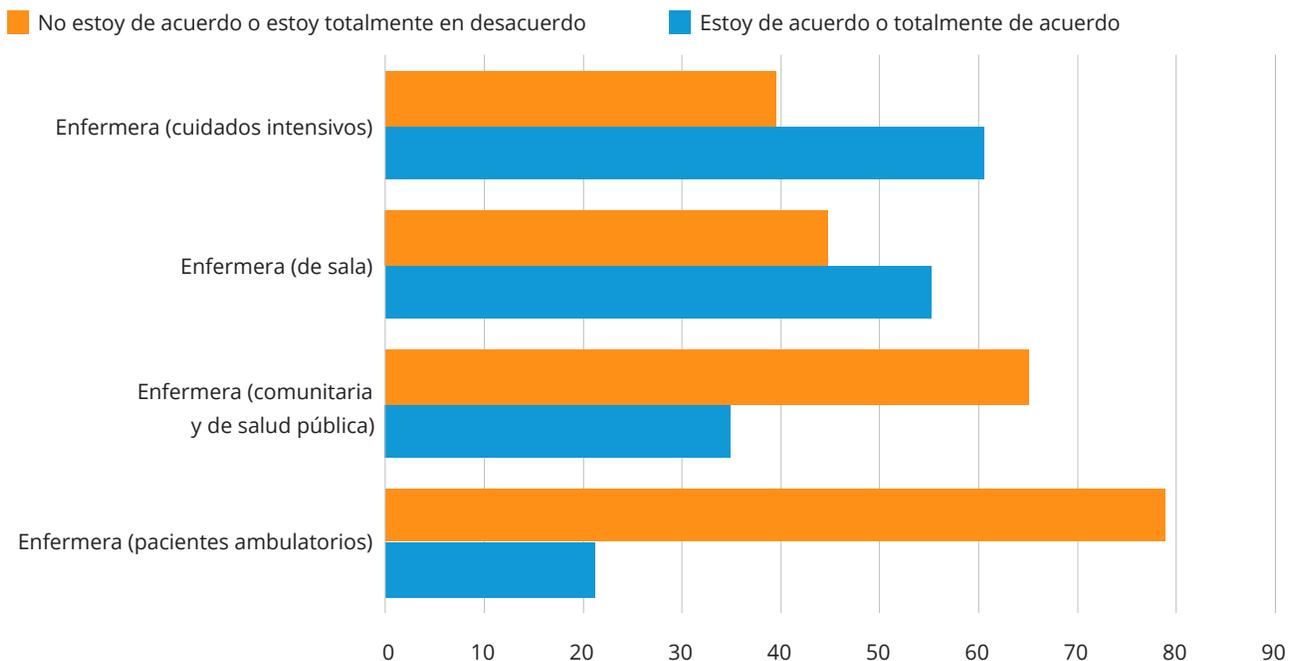
declararon su intención de rechazar por completo una vacuna contra la COVID-19; desglosados por sexo, 8% de los hombres encuestados en comparación con 3% de las mujeres encuestadas estuvieron de acuerdo en que no tenían la intención de vacunarse contra la COVID-19 ( $p < 0,001$ ).

Ochenta y cinco por ciento de las personas encuestadas confiaban en que pronto habría otro tratamiento contra la COVID-19, con diferencias significativas dentro de las subcategorías de especialidades, en particular entre el personal médico: los médicos de urgencias confiaban menos en la disponibilidad de un tratamiento eficaz que los médicos de otras especialidades ( $p < 0,001$ ).

Un tercio de los trabajadores de salud participantes —en su mayoría enfermeras de cuidados intensivos (figura 5) y profesionales paramédicos ( $p < 0,001$ ) de los grupos más jóvenes (figura 6)— no sabían lo suficiente sobre las vacunas para tomar una decisión.

### FIGURA 5. Conocimiento sobre la vacuna para tomar una decisión, por subcategoría de personal de enfermería

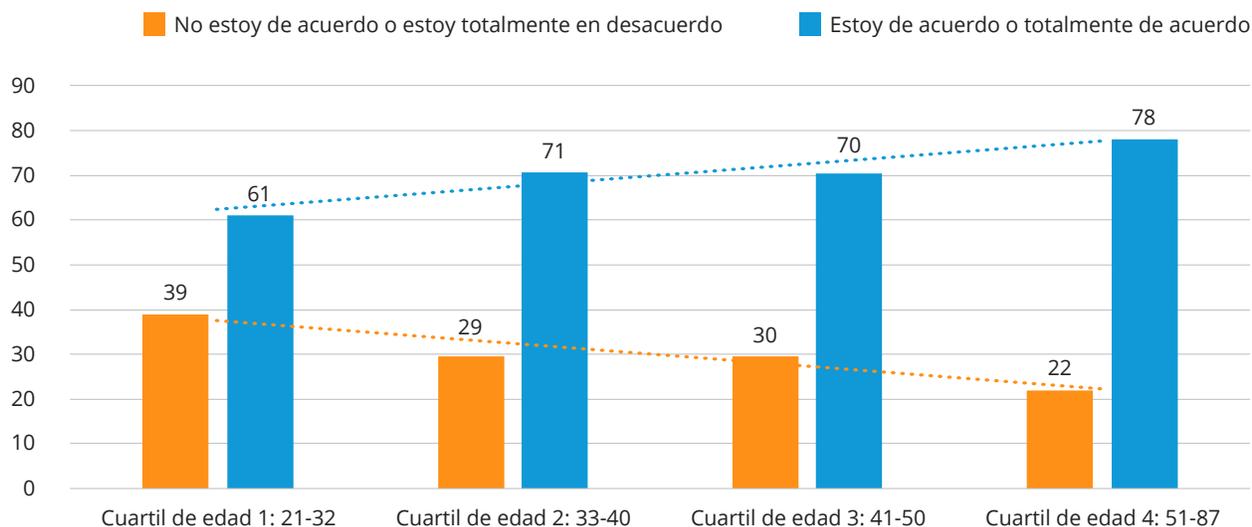
P24 Razones: Todavía no sé lo suficiente sobre la vacuna para tomar una decisión, por edad (n=1,039)



valor  $p < 0,001$

## FIGURA 6. Conocimiento sobre la vacuna para tomar una decisión, por edad

P24 Razones: Todavía no sé lo suficiente sobre la vacuna para tomar una decisión, por edad (n=1,039)



valor  $p < 0,001$

Veintinueve por ciento de los trabajadores de salud, en su mayoría personal de enfermería en comparación con el personal médico (42% en comparación con 19%,  $p < 0,001$ ) y las enfermeras de cuidados intensivos (53%,  $p = 0,04$ ), consideraban que la adquisición de inmunidad natural contra el virus era favorable. Casi la mitad de las personas encuestadas (47%) estaban de acuerdo o totalmente de acuerdo en que el desarrollo de la vacuna posiblemente había sido apresurado o que la vacuna posiblemente no había sido probada a fondo, con más personal de enfermería de acuerdo con esa afirmación (60%,  $p < 0,001$ ) (cuadro 6). Hubo diferencias significativas dentro de las subcategorías de especialidad entre el personal médico ( $p = 0,01$ ) y el personal de enfermería ( $p < 0,001$ ): los cirujanos y las enfermeras de cuidados intensivos presentaron los porcentajes más altos. Una quinta parte de los trabajadores de salud (21%), en su mayoría personal de enfermería en comparación con el personal médico (33% en

comparación con 15%,  $p < 0,001$ ), creen que las vacunas pueden causar la enfermedad.

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

Cuando se les preguntó sobre las razones de sus actitudes y percepciones en relación con las vacunas contra la COVID-19, 30% de las personas encuestadas estuvieron de acuerdo en que aún no sabían lo suficiente sobre la vacuna para decidir; sin embargo, eso ocurrió solo con 20% del personal médico en comparación con 45% del personal de enfermería ( $p < 0,001$ ), 45% de los profesionales paramédicos ( $p < 0,001$ ) y 35% de "otros" trabajadores de salud ( $p = 0,008$ ). En cuanto a los cuartiles de edad, 39% del cuartil de 21 a 32 años estaba de acuerdo en que todavía no sabía lo suficiente sobre las vacunas, en comparación con 30% del cuartil de 41 a 50 años ( $p = 0,007$ ) y solo 22% del cuartil de 51 a 87 años ( $p < 0,001$ ). Del mismo modo, 29% de las

personas encuestadas expresaron preferencia por adquirir inmunidad natural contra el SARS-CoV-2. Eso ocurrió con 19% del personal médico, en comparación con 42% del personal de enfermería ( $p < 0,001$ ), 29% de los profesionales de la salud pública ( $p = 0,0175$ ), 39% de los profesionales paramédicos ( $p < 0,001$ ) y 40% de “otros” trabajadores de salud ( $p < 0,001$ ). Alrededor de 47% de las personas encuestadas estuvieron de acuerdo en que el desarrollo de las vacunas contra la COVID-19 posiblemente haya sido apresurado o las vacunas

posiblemente no se hayan probado a fondo. Alrededor de 38% del personal médico estuvo de acuerdo con eso, en comparación con 60% del personal de enfermería ( $p < 0,001$ ) y 65% de los profesionales paramédicos ( $p < 0,001$ ). De las personas encuestados más jóvenes, del cuartil de 21 a 32 años, 56% estaban de acuerdo, en comparación con 45% del cuartil de 33 a 40 años ( $p = 0,049$ ), 47% del cuartil de 41 a 50 años ( $p = 0,023$ ) y 40% del cuartil de 51 a 87 años ( $p < 0,001$ ).

**CUADRO 6. Razones: El desarrollo posiblemente haya sido apresurado o la vacuna posiblemente no haya sido probada a fondo**

	ESTOY DE ACUERDO O TOTALMENTE DE ACUERDO (%)	NO ESTOY DE ACUERDO O ESTOY TOTALMENTE EN DESACUERDO (%)	N	VALOR $p$ DE JI AL CUADRADO	RAZÓN DE POSIBILIDADES AJUSTADA EN FUNCIÓN DE LA REGRESIÓN LOGÍSTICA	VALOR $p$	LÍMITE INFERIOR	LÍMITE SUPERIOR
Todas las personas encuestadas	47	53	916					
Personal médico	38	62	421		1,0			
Personal de enfermería	60	40	229	<b>&lt;0,001</b>	2,7	<b>&lt;0,001</b>	1,9	3,8
Profesionales de salud pública	34	66	92		0,9	0,749	0,6	1,5
Profesionales paramédicos	65	35	120		3,0	<b>&lt;0,001</b>	2,0	4,7
Otros	52	48	54	<b>&lt;0,001</b>	1,8	0,054	1,0	3,2
Médico (general y de familia)	43	57	234					
Médico (cirujano)	44	56	45					
Médico (clínico)	26	74	125					
Médico (de urgencias)	41	59	17	<b>0,01</b>				
Enfermera (comunitaria y de salud pública)	42	58	74					
Enfermera (cuidados intensivos)	75	25	36					
Enfermera (pacientes ambulatorios)	52	48	25					
Enfermera (de sala)	73	27	82	<b>&lt;0,001</b>				
Categoría de atención: Atención	46	54	573					
Categoría de atención: Salud pública	49	51	289					
Categoría de atención: Otra	52	48	54	0,554				
Sexo: Masculino	43	57	233		1,0			
Sexo: Femenino	49	51	678	0,16	0,9	0,665	0,7	1,3
Cuartil de edad 1: 21–32	56	44	234		1,0			
Cuartil de edad 2: 33–40	45	55	211		0,7	<b>0,049</b>	0,5	1,0
Cuartil de edad 3: 41–50	47	53	233		0,6	<b>0,023</b>	0,4	0,9
Cuartil de edad 4: 51–87	40	60	225	<b>0,003</b>	0,5	<b>&lt;0,001</b>	0,3	0,7

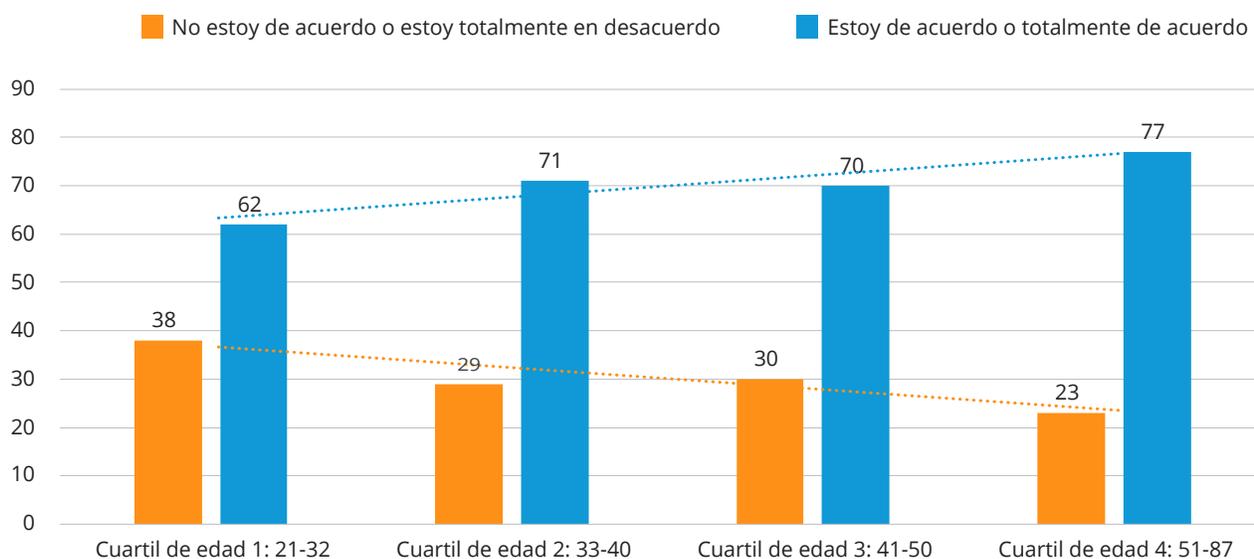
Nota: Las barras azules están hechas a escala, de modo que, si 100% de las personas encuestadas dieran una respuesta, toda la celda del cuadro se llenaría de azul de izquierda a derecha.

Para 48% de las personas encuestadas, el país de producción de una vacuna contra la COVID-19 influyó en su opinión sobre la vacuna. En el caso del personal médico, 46% estuvo de acuerdo con esta afirmación, en comparación con 57% del personal de enfermería ( $p = 0,004$ ). Alrededor de 30% de las personas encuestadas dijeron que la información que habían visto en las redes sociales había influido en su opinión sobre una vacuna contra la COVID-19. Eso ocurrió solo con 20% del personal médico, en comparación con

43% del personal de enfermería ( $p < 0,001$ ), 35% de los profesionales paramédicos ( $p < 0,002$ ) y 39% de "otros" trabajadores de salud ( $p = 0,006$ ). Lo mismo se observó al comparar a las personas encuestadas de todos los cuartiles de edad: 38% del cuartil de 21 a 32 años estaban de acuerdo en que las redes sociales habían influido en su opinión sobre la vacuna contra la COVID-19, en comparación con 30% del cuartil de 41 a 51 años ( $p = 0,030$ ) y 23% del cuartil de 51 a 87 años ( $p < 0,001$ ) (figura 7).

**FIGURA 7. Las redes sociales como formadores de opinión, por edad**

Formadores de opinión: información que eh visto en los medios sociales



valor  $p = 0,006$

### Actitudes ante la vacuna contra la gripe

Alrededor de 23% de las personas encuestadas no se darían la vacuna contra la gripe y 13% no la recomendarían a familiares y amigos. El personal de enfermería se mostró más renuente que el personal médico en ambos casos ( $p \leq 0,001$ ), y hubo diferencias estadísticamente significativas entre otras categorías

de trabajadores de salud ( $p < 0,001$ ). Las mujeres eran más reacias que los hombres a vacunarse contra la gripe (25%,  $p = 0,041$ ) (cuadro 7), y hubo diferencias significativas entre las subcategorías de médicos con respecto a si recomendarían la vacuna contra la gripe a amigos y familiares ( $p = 0,043$ ).

**CUADRO 7. Actitudes ante la vacunación contra la gripe (“Me daría la vacuna contra la gripe si me la ofrecieran”)**

	ESTOY DE ACUERDO O TOTALMENTE DE ACUERDO (%)	NO ESTOY DE ACUERDO O TOTALMENTE EN DESACUERDO (%)	N	VALOR $\chi^2$ AL CUADRADO	RAZÓN DE POSIBILIDADES AJUSTADA EN FUNCIÓN DE LA REGRESIÓN LOGÍSTICA	VALOR $p$	LÍMITE INFERIOR	LÍMITE SUPERIOR
Todas las personas encuestadas	77	23	958					
Personal médico	84	16	458		1,0			
Personal de enfermería	67	33	227		0,4	<b>&lt;0,001</b>	0,3	0,6
Profesionales de salud pública	84	16	94		1,0	0,933	0,6	1,9
Profesionales paramédicos	69	31	122		0,5	<b>0,001</b>	0,3	0,7
Otros	68	32	57	<b>&lt;0,001</b>	0,5	<b>0,035</b>	0,3	1,0
Médico (general y de familia)	86	14	256					
Médico (cirujano)	73	27	48					
Médico (clínico)	84	16	132					
Médico (de urgencias)	77	23	22	0,128				
Enfermera (comunitaria y de salud pública)	69	31	74					
Enfermera (cuidados intensivos)	57	43	35					
Enfermera (pacientes ambulatorios)	69	31	29					
Enfermera (de sala)	68	32	79	0,622				
Categoría de atención: Atención	79	21	608					
Categoría de atención: Salud pública	74	26	293					
Categoría de atención: Otra	68	32	57	0,07				
Sexo: Masculino	82	18	245		1,0			
Sexo: Femenino	75	25	707	<b>0,041</b>	0,8	0,264	0,5	1,2
Cuartil de edad 1: 21-32	79	21	241		1,0			
Cuartil de edad 2: 33-40	80	20	231		1,0	0,915	0,7	1,6
Cuartil de edad 3: 41-50	77	23	232		0,9	0,597	0,6	1,4
Cuartil de edad 4: 51-87	75	25	238	0,547	0,8	0,321	0,5	1,2

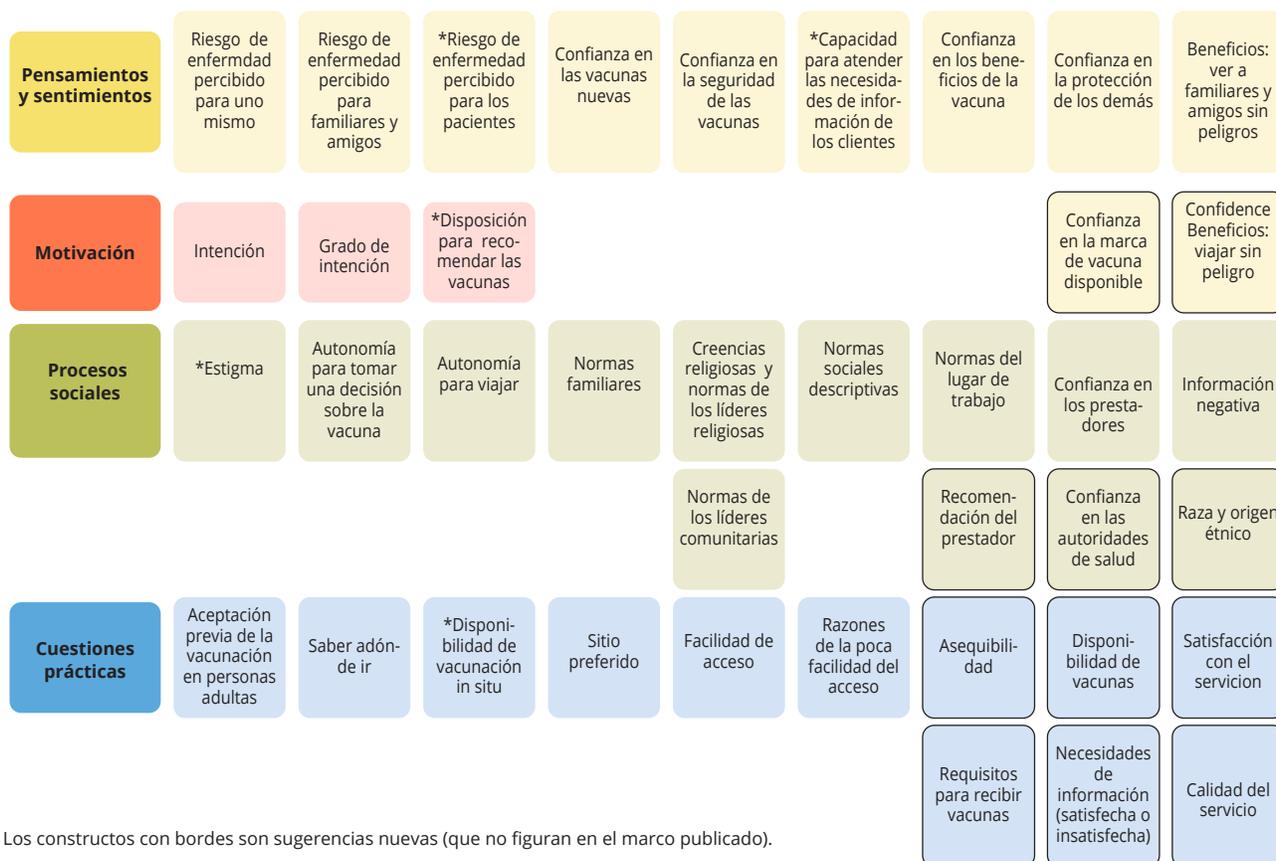
## Respuestas cualitativas clasificadas por dominio social y de comportamiento y constructo, y por categoría de trabajo de los trabajadores de salud

Como parte de este análisis, se identificaron 25 constructos en los cuatro dominios (20 relacionados con la vacuna COVID-19 y 14 relacionados con la vacuna contra la gripe).<sup>1</sup> Algunas respuestas contenían información que correspondía a dos constructos diferentes y, a veces, a dos dominios diferentes. En estos casos, la respuesta se codificó como perteneciente tanto a constructos como a dominios. En algunos casos, los cuatro porcentajes de una fila suman más de 100%.

En la figura 8 se resumen los dominios sociales y de comportamiento de la OMS y los constructos que se

usaron para clasificar las opiniones expresadas en cuatro respuestas libres (28, 37, 39 y 41). Además de los constructos ya esCuadrocidos en el documento de la OMS sobre los dominios sociales y de comportamiento, se encontraron once constructos nuevos en las respuestas de los trabajadores de salud del Caribe, incluido uno que expresaba que las personas encuestadas estarían más inclinadas a aceptar la vacunación si su marca de vacuna preferida estuviera disponible. Estos nuevos constructos se indican en la figura 8 con un borde negro. En la figura 9 se resumen todas las respuestas cualitativas a estas cuatro preguntas de respuesta libre y se muestran tanto los dominios como los constructos. En cada barra se indica el porcentaje de personas que respondieron a las preguntas de respuesta libre que se clasificaron en esa categoría. El sistema de colores basados en el dominio se ciñe al que se usa en el manual de la OMS sobre dominios sociales y de comportamiento.

**FIGURA 8. Dominios sociales y de comportamiento de la OMS y constructos relacionados con las vacunas contra la COVID-19 en la iteración de la encuesta de trabajadores de salud del Caribe**



Los constructos con bordes son sugerencias nuevas (que no figuran en el marco publicado).

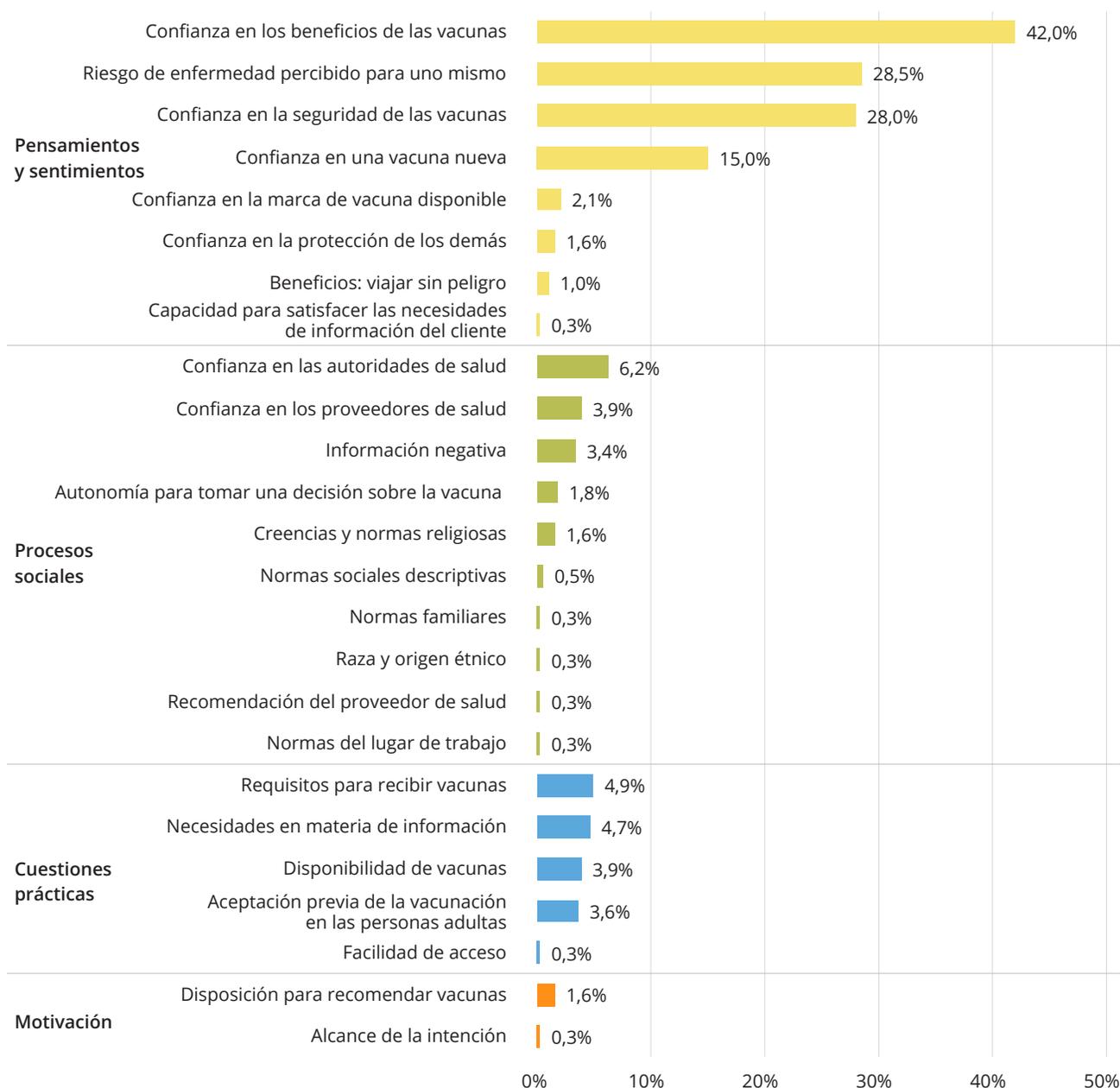
\*Se aplica solo a los trabajadores de salud.

1. Algunos de los constructos se encontraron dos veces entre los factores que influyeron en las opiniones sobre las vacunas contra la COVID-19 y sobre las vacunas contra la gripe.

Un análisis general de las respuestas a las cuatro preguntas de respuesta libre mostró que las respuestas de las personas encuestadas se encuadraban principalmente en el dominio de pensamientos y sentimientos. Específicamente, la mayoría de las respuestas estaban relacionadas con la confianza (o la falta de confianza) de

las personas encuestadas en los beneficios de las vacunas (42%), así como el riesgo bajo percibido de contraer la enfermedad en comparación con los riesgos percibidos en relación con las vacunas (28,5%), y su confianza (o falta de confianza) en la capacidad de las vacunas para protegerlas (28%) (figura 9).

**FIGURA 9. Dominios de las respuestas cualitativas clasificados con la rúbrica de determinantes sociales y de comportamiento de la OMS, las cuatro preguntas cualitativas juntas**



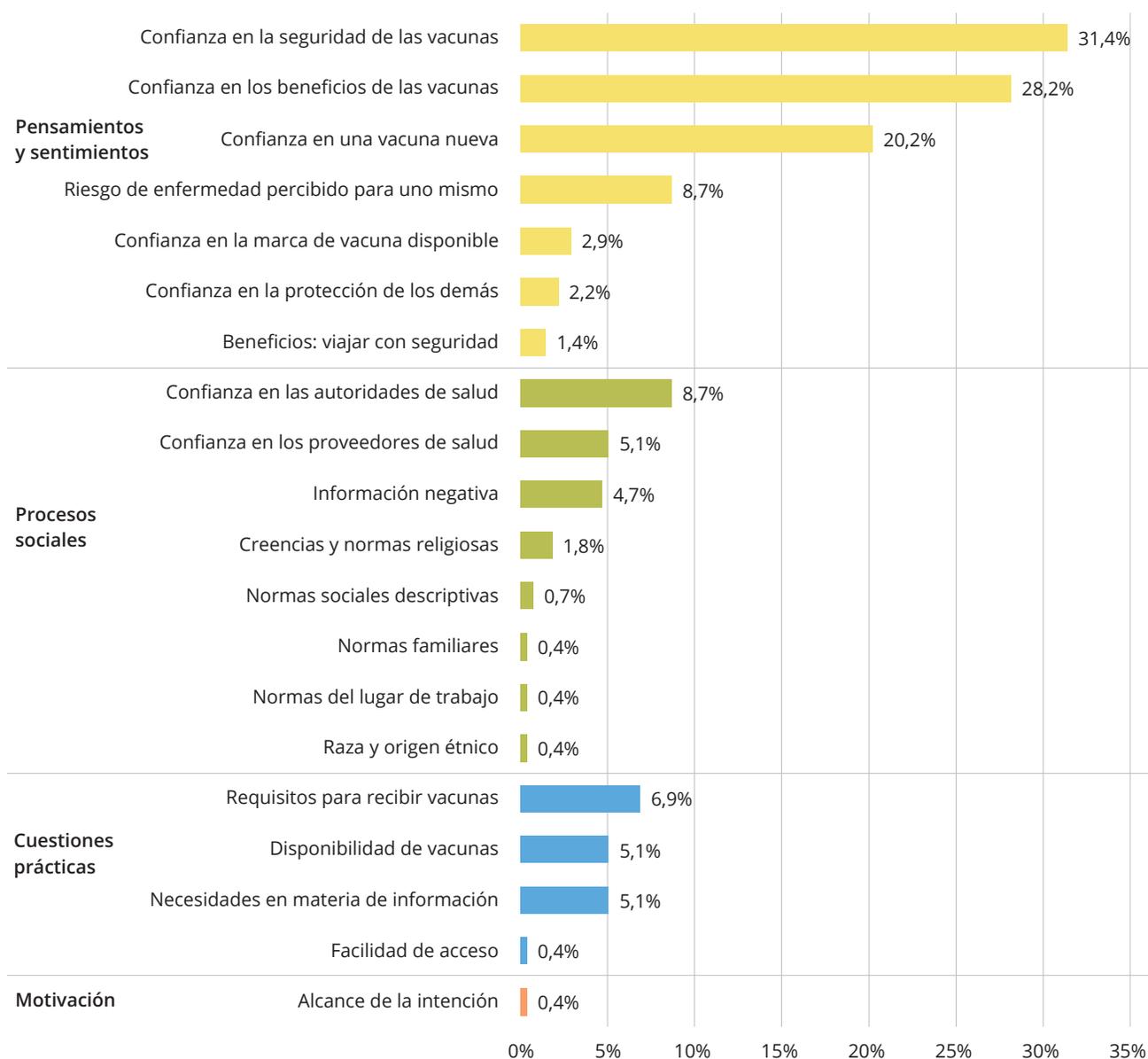
Para esta figura se clasificaron las respuestas libres de n=436 personas encuestadas.

## Actitud ante las vacunas contra la COVID-19

Con respecto a las dos preguntas relacionadas con las opiniones de los trabajadores de salud sobre las vacunas contra la COVID-19 (28: “Otras razones para retrasar o rechazar la vacuna contra la COVID19” y 37: “Otros factores que influyen en mi opinión sobre la vacuna contra la COVID-19”), las respuestas de las personas

encuestadas correspondieron abrumadoramente al dominio de pensamientos y sentimientos (figura 10). El constructo primario observado como parte del análisis cualitativo estaba relacionado con dudas sobre la seguridad de la vacuna (31,4%). Muchas personas encuestadas señalaron su preocupación por los posibles efectos secundarios a largo plazo de las vacunas como razón que influía en su opinión y en su rechazo o retraso de la vacunación contra la COVID-19. Del mismo

**FIGURA 10. Dominios de las respuestas cualitativas clasificados con la rúbrica de determinantes sociales y de comportamiento de la OMS, preguntas de respuesta libre sobre las vacunas contra la COVID-19**



Para esta figura se clasificaron las respuestas libres de n=277 personas encuestadas a las preguntas 28 o 37.

modo, un número importante de respuestas del dominio de pensamientos y sentimientos se encuadraron en el constructo relacionado con la confianza en los beneficios de la vacuna (28,2%). Estas respuestas apuntaron a sentimientos de incertidumbre con respecto a la duración de la inmunidad conferida por la vacuna y a la protección (o a la falta de protección) contra las variantes de preocupación. Otro constructo importante y significativo notificado por las personas encuestadas estaba relacionado con la confianza (o la falta de confianza) en las vacunas contra la COVID-19 (20,2%) (figura 10). Como señaló una de las personas encuestadas:

*Me inquieta el corto de tiempo que llevó producir las vacunas actuales, así como el período de ensayo y prueba.<sup>2</sup>*

Es importante señalar que algunas de las respuestas de las personas encuestadas a estas dos preguntas indicaron un riesgo bajo percibido para ellas mismas de contraer COVID-19 (8,7%), que influía directamente en su disposición para vacunarse. En la mayoría de estas respuestas se argumentó que las vacunas contra la COVID-19 eran innecesarias debido a la prevalencia baja de la enfermedad en el país. Varias personas encuestadas indicaron las alergias, haber tenido COVID-19 o la presencia de problemas de salud como razón para retrasar o rechazar una vacuna contra la COVID-19.

Otra conclusión extraída de algunas de las personas encuestadas fue que la marca de la vacuna contra la COVID-19 que tenían a su alcance era una razón para retrasar o rechazar la vacunación (2,9%). Esto llevó al equipo de investigadores a crear un nuevo constructo en el dominio de pensamientos y sentimientos relacionado con la confianza en marcas de vacunas específicas, ya que estas respuestas insinuaban que, si se les ofreciera a estos trabajadores de salud una vacuna contra la COVID-19 de una marca diferente, la aceptarían.

Entre las respuestas clasificadas en el dominio de procesos sociales, el número más influyente de respuestas se refirió a la confianza (o la falta de confianza) de los trabajadores de salud en sus autoridades de salud (8,7%). Las personas encuestadas expresaron preocupación por cuestiones como el manejo de la pandemia por las autoridades y los

mensajes comunicados al público. Este asunto se agrava cuando se combina con las preocupaciones por la seguridad de la vacuna, como indicó una de las personas encuestadas:

*Las autoridades quieren obligar a los ciudadanos a vacunarse, pero no quieren asumir ninguna responsabilidad si después les ocurre algo.*

Otro señaló: *La deshonestidad de los funcionarios de salud pública y la negación de eventos adversos obvios en algunas personas.*

En algunas respuestas se mencionaban asuntos relacionados con la equidad mundial, y los participantes expresaron escepticismo con respecto a que sus países ya estarían recibiendo vacunas de buena calidad. Del mismo modo, una de las personas encuestadas dijo: “Las naciones ricas están engañando e intimidando a los países pobres”. Además, algunos trabajadores de salud afirmaron que la información negativa influía en su opinión (4,7%). Como dijo una persona:

*Me di la primera dosis y estoy teniendo dudas acerca de darme la segunda; son tantas las noticias que no sé qué creer.*

Por otro lado, otros trabajadores de salud señalaron que la falta de información influía en su opinión sobre las vacunas contra la COVID-19 (5,1%). Sin embargo, debido a la índole ilimitada de la pregunta, no quedaba claro en las respuestas de qué fuentes y sobre qué temas esperaban recibir más información. Se encontraron respuestas relacionadas con el dominio motivacional una sola vez entre las preguntas relacionadas con las vacunas contra la COVID-19 (0,4%).

Cabe señalar que, en algunos casos, las personas encuestadas indicaron el embarazo como razón para no vacunarse. Como no en todos los países se ofrecía la vacuna contra la COVID-19 a las embarazadas en el momento de la encuesta, no queda claro si las personas encuestadas se referían a cuestiones prácticas (es decir, les gustaría vacunarse, pero no podían) o a la percepción de un mayor riesgo relacionado con la vacuna (es decir, incluso si se ofrecieran las vacunas a las embarazadas, optarían

2. Todos comentarios de las personas encuestadas fueron traducidos al español para poder incluirlos en el presente informe.

por no vacunarse por temor a que la vacuna pudiera causarles daño a ellas o al feto).

Además, aunque no era una respuesta frecuente, el equipo del estudio desea destacar aquí que algunas de las personas encuestadas expresaron preocupaciones de índole racial sobre la seguridad de las vacunas porque las vacunas no se habían probado adecuadamente en todas las razas y grupos étnicos y, por lo tanto, existía la posibilidad de que no fueran seguras para la población caribeña. El tema de la confianza de las poblaciones de color en las autoridades también debe tenerse en cuenta, como señaló un participante:

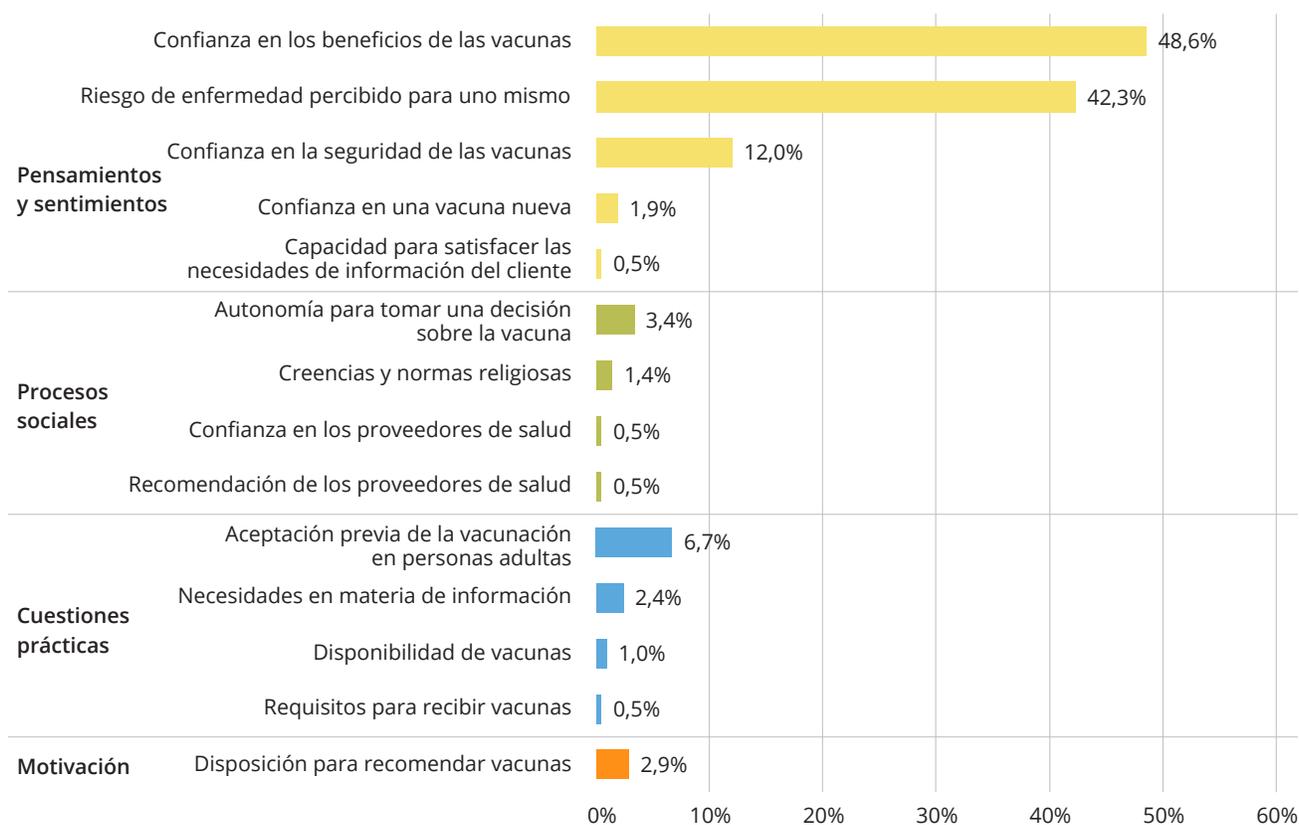
*Sobre la base de cuestiones éticas del pasado, las personas negras tienen algunos problemas de*

*confianza que deben abordarse para que confíen más en las vacunas.*

## Actitud ante las vacunas contra la gripe

Para las dos preguntas relacionadas con las actitudes de los trabajadores de salud ante las vacunas contra la gripe (39: “Si no está de acuerdo en vacunarse contra la gripe, ¿por qué no lo está?” y 41: “Si no está de acuerdo en recomendar la vacuna contra la gripe, ¿por qué no lo está?”), la mayoría de las respuestas siguieron el mismo esquema que las preguntas sobre las vacunas contra la COVID-19, ya que correspondían principalmente al dominio de pensamientos y sentimientos (figura 11). Las preocupaciones predominantes estaban relacionadas con

**FIGURA 11. Dominios de las respuestas cualitativas clasificados con la rúbrica de determinantes sociales y de comportamiento de la OMS, preguntas de respuesta libre sobre la vacuna contra la gripe**



Para esta figura se clasificaron las respuestas libres de n=208 personas encuestadas a las preguntas 39 o 41.

la confianza (o la falta de confianza) en los beneficios de la vacuna (48,6%). Al respecto, muchas de las personas encuestadas expresaron dudas sobre la capacidad de las vacunas contra la gripe para evitar que contrajeran la enfermedad. Como señaló una de ellas:

*Las vacunas contra la gripe a veces tienen un efecto negativo en las personas, y definitivamente no significa que no se pueda contraer gripe.*

Otros dos constructos importantes fueron el riesgo (bajo) percibido de contraer la enfermedad (42,3%), ya que muchas de las personas encuestadas no consideraban que la gripe constituyera un gran problema de salud pública en su país, seguido de la confianza (o la falta de confianza) en la seguridad de la vacuna (12,0%) y preocupaciones por los efectos secundarios de las vacunas contra la gripe.

Las cuestiones prácticas fueron el segundo dominio más común para las vacunas contra la gripe. La mayoría de las respuestas estaban relacionadas con la aceptación previa de la vacuna en las personas adultas (6,7%), ya que las personas encuestadas dijeron que habían tenido una mala experiencia con alguna vacunación anterior. Sin embargo, estas respuestas también se clasificaron

en el dominio de pensamientos y sentimientos, ya que indican una falta de confianza en la seguridad de las vacunas.

Cuando se analizaron los datos cualitativos por categoría de trabajadores de salud o grupo etario, no hubo diferencias significativas en la identificación del dominio realizada previamente en lo que respecta a los factores que influyeron en la opinión de las personas encuestadas sobre la vacunación contra la COVID-19. Sin embargo, por un lado, el equipo de investigadores observó una diferencia entre los sexos, ya que las mujeres encuestadas tenían más probabilidades de responder dentro del dominio de pensamientos y sentimientos (79% de las mujeres en comparación con 66% de los hombres). Por otro lado, más hombres formularon respuestas que se encuadraban en los procesos sociales (21% de los hombres en comparación con 15% de las mujeres) y cuestiones prácticas (17% de los hombres en comparación con 12% de las mujeres).

Del mismo modo, no se observaron diferencias en la identificación del dominio en lo que se refiere a las actitudes de las personas encuestadas ante las vacunas contra la gripe al analizar los datos por comparación de grupos.

# Discusión

La vacunación es una de las herramientas más cruciales de la salud pública para proteger a la población de muchas enfermedades peligrosas, incluso ahora contra la COVID-19. Sin embargo, algunos trabajadores de salud no están plenamente convencidos de la efectividad y la seguridad de estas vacunas, lo cual puede dar lugar a retrasar o rechazar la vacunación cuando se les ofrece la oportunidad de vacunarse (27). Los trabajadores de salud son el primer grupo prioritario para la vacunación contra la COVID-19, según lo esCuadroCido por el SAGE en la hoja de ruta para priorizar los usos de las vacunas contra la COVID-19 en el contexto de una oferta limitada (28), y son la fuente más confiable de información sobre la vacuna y la vacunación para la población general (6). Las preocupaciones, las actitudes y las prácticas previstas del personal médico, el personal de enfermería y otros trabajadores de salud influyen en la decisión del público con respecto a la vacunación.

En este estudio, en el cual se evaluó la intención de los trabajadores de salud de vacunarse cuanto antes contra la COVID-19, se observó que 77% de los participantes recibirían la vacuna y 23% podían calificarse de “reticentes a vacunarse”. Sin embargo, a pesar de que 23% de las personas encuestadas dijeron que no se vacunarían contra la COVID-19 en la primera oportunidad, solo 4% de las personas encuestadas dijeron que no tenían ninguna intención de vacunarse. El doble del personal de enfermería que del personal médico se clasificó como reticente, y los cuartiles de edad más jóvenes mostraron más reticencia a la vacunación contra la COVID-19 que los grupos de mayor edad. Estas conclusiones concuerdan con las de estudios similares realizados en otros lugares. En España, 22,43% dudaban en recibir la vacuna contra la COVID-19, y el doble del personal de enfermería que del personal médico mostraba reticencia (35% frente a 17,5%) (22). Kutter et al. (17) observaron que 35,6% de los 11.760 empleados de dos hospitales de Filadelfia no tenían la intención de vacunarse contra la COVID-19. Gagneux-Brunon et al. (10) notificaron una reticencia a la vacuna de 25,9% en los trabajadores de salud franceses, con una menor aceptación de la vacuna en el personal de enfermería que en el personal médico (35,3% frente a 7,9%) y los menores de 30 años (30,5%). Gadoth et al. (26) observaron que

el personal de enfermería era más propenso a retrasar la vacunación contra la COVID-19 que el personal médico.

En el estudio también se observaron importantes diferencias entre especialidades de las categorías profesionales, especialmente en el personal médico y de enfermería. Los médicos clínicos y los médicos de urgencias tendían más a querer recibir la vacuna cuanto antes que los médicos generales y los médicos de familia ( $p = 0,007$ ). Aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa, las enfermeras de cuidados intensivos mostraban más reticencia que las enfermeras de servicios ambulatorios, comunitarias y de salud pública. Según Verger et al. (21), los trabajadores de salud no son un grupo homogéneo, y la mayoría no son expertos en inmunización. Por esa razón, para generar confianza en esta población es necesario proporcionar información creíble de fuentes confiables.

En cuanto al sexo, en el estudio no se encontraron diferencias en las respuestas entre hombres y mujeres, asociación que se ha visto en diversos trabajos (10, 26, 29). Se observó una mayor disposición a recibir una vacuna contra la COVID-19 en el grupo de mayor edad, que es el grupo más vulnerable en lo que se refiere a los resultados graves de la COVID-19 (26).

En este estudio se usó como sustituto de la reticencia a vacunación la intención de vacunarse cuanto antes. La intención de vacunarse o las tasas de aceptación de la vacuna también se usaron en otros estudios para describir la reticencia a la vacunación (11, 14, 15, 17, 21, 29). Gagneux-Brunon et al. (10) consideraron que se trataba de reticencia cuando los participantes rechazaron o postergaron la vacunación o tenían dudas sobre la eficacia de la vacuna. En otros estudios se tienen en cuenta las declaraciones sobre el riesgo de las vacunas nuevas en comparación con las vacunas más antiguas, las preocupaciones por los efectos adversos graves (26) o el temor de eventos adversos (16) como sustitutos de la reticencia.

Más de la mitad del personal de enfermería que participó en este estudio prefería esperar para ver cómo la vacuna contra la COVID-19 afectaba a otros (60%) o dijo que posiblemente se vacunaría más adelante (52%). La mayoría de las personas

encuestadas estuvieron de acuerdo en que la vacuna contra la COVID-19 protege contra cuadros graves y confiaban en el proceso de aprobación científica. Sin embargo, el personal de enfermería y los profesionales paramédicos tenían menos confianza, al igual que los grupos más jóvenes.

El porcentaje de personas encuestadas en este estudio que no se vacunaría contra la gripe fue el mismo que el de aquellas que tenían dudas acerca de las vacunas contra la COVID-19 (23%). En un estudio realizado en Hong Kong en marzo del 2020 (30) se observó que el comportamiento anterior con respecto a la vacunación contra la gripe era un factor pronóstico de la aceptación de la vacuna contra la COVID-19. Esto podría significar que la reticencia a la vacuna en los trabajadores de salud que participaron en este estudio no es necesariamente reticencia solo con respecto a la vacuna contra la COVID-19, sino también con respecto a la vacunación de las personas adultas en general.

### **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 en general son una buena manera de protegerse de las enfermedades, en que son seguras y confiables, y en que la información sobre vacunas proporcionada por las autoridades de salud pública y los prestadores de atención es confiable. Sin embargo, los trabajadores de salud que participaron en el estudio expresaron preocupación con respecto a las vacunas nuevas, en particular por el riesgo percibido de efectos adversos graves que puedan causar daños a largo plazo. En otros estudios de observación recientes se notificaron resultados similares (15, 31). El personal de enfermería y las personas encuestadas más jóvenes mostraron más preocupación que el personal médico y los grupos de mayor edad.

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

Hubo importantes disparidades en los conocimientos y la precisión de la información sobre las vacunas contra la COVID-19 en los trabajadores de salud participantes del Caribe. Un tercio de los participantes dijeron que no poseían suficientes conocimientos sobre las vacunas para tomar una decisión, y un tercio estuvieron de acuerdo en que preferían la inmunidad natural en vez de la vacuna contra la COVID-19. Casi la mitad pensaban que el desarrollo de las vacunas posiblemente había sido apresurado o

que las vacunas posiblemente no habían sido probadas a fondo, y esta es una de las preocupaciones que también se notificaron en otros estudios (32). Una quinta parte declaró que las vacunas contra la COVID-19 podían causar la enfermedad. El personal de enfermería estaba menos informado o notificó más información errónea sobre las vacunas contra la COVID-19 que el personal médico. También hubo grandes diferencias dentro de las subcategorías de especialidad: las enfermeras de cuidados intensivos tenían más brechas en los conocimientos que otros tipos de enfermeras. Esta observación fue sorprendente, ya que las enfermeras de cuidados intensivos son profesionales sumamente capacitados que deberían tener acceso a información precisa sobre las vacunas; además, tendían más a participar en el cuidado de pacientes con COVID-19, de modo que cabría esperar que tuvieran una comprensión clara de los graves peligros que puede causar la enfermedad. Esto no se observó en otros estudios. Según Fakonty et al., el personal de las unidades de cuidados intensivos se muestra menos reacio que el personal de otras áreas (33). Gagneux-Brunon et al. (10) observaron que los trabajadores de salud que cuidaban pacientes con COVID-19 y que consideraban que corrían el riesgo de contraer la enfermedad tenían más probabilidades de aceptar la vacuna que los trabajadores de salud que no cuidaban pacientes con COVID-19. Sin embargo, con respecto a las conclusiones de este estudio, es importante reconocer que las enfermeras de cuidados intensivos no son un grupo monolítico; aportan sus propias creencias y percepciones personales a su trabajo, y eso también influyen en las decisiones que toman con respecto a su propia salud. Del mismo modo, también pueden estar expuestas a información errónea sobre las vacunas que podría llevarlas a dudar de su seguridad, eficacia y beneficios.

El análisis cualitativo de las preguntas de respuesta libre confirmó y complementó las principales conclusiones del componente cuantitativo: las personas encuestadas expresaron preocupaciones relacionadas con los riesgos percibidos, incluso a largo plazo, de las vacunas contra la COVID-19, dudas acerca de la capacidad de las vacunas para proteger eficazmente contra la COVID-19 y falta de información de fuentes confiables o falta de confianza en las autoridades, como se informó en el estudio de Verger et al. (21). Las preocupaciones por la seguridad de las vacunas fueron observaciones comunes en otros estudios (21, 29). Hubo algunas respuestas contrastantes con

respecto a la seguridad de la vacuna. Las disparidades en el riesgo percibido de la vacunación contra la COVID-19 en comparación con el riesgo de contraer la enfermedad fueron mayores porque algunas personas respondieron que no consideraban que la COVID-19 fuera un problema en su país. Los constructos que más mencionaron los encuestados (33%) estuvieron relacionados con la confianza en la seguridad, los beneficios y la confiabilidad de las vacunas. El constructo más influyente del dominio de los procesos sociales fue la falta de confianza de los trabajadores de salud en las autoridades sanitarias (10%), y los participantes incluyeron declaraciones en las preguntas de respuesta libre sobre la obligatoriedad de las vacunas, la deshonestidad y la negación u ocultación de eventos adversos.

Este trabajo está limitado por algunos factores. En primer lugar, la muestra no era representativa de todos los trabajadores de salud del Caribe. En segundo lugar, el uso de una encuesta en línea puede causar un sesgo de muestreo porque los participantes necesitaban un teléfono inteligente o una computadora para participar. En tercer lugar, la encuesta se hizo en abril del 2021, y es posible que se hayan producido cambios con el tiempo; por ejemplo, algunos países donde había un pequeño número de casos de COVID-19 en el momento de la encuesta tuvieron posteriormente una segunda o tercera ola de casos, lo cual podría influir en la percepción del riesgo de los trabajadores de salud. Por último, se debe considerar el efecto del sesgo de deseabilidad social, debido al cual es posible que los participantes respondan a una pregunta de una manera que sea vista de manera favorable por otros; no se pudo comprobar si las respuestas de los participantes eran ciertas.

### Interpretación de los resultados

Es necesario aumentar la percepción del riesgo de la COVID-19 en comparación con todas las vacunas aprobadas para que los trabajadores de salud se sientan más cómodos no solo para vacunarse, sino también para recomendar a sus pacientes, familiares y amigos que se vacunen. En los mensajes se debe subrayar la importancia de recibir la primera vacuna que esté disponible y no postergar la vacunación con la esperanza de recibir la vacuna que uno prefiera. Se debe recurrir a voceros confiables para que transmitan de manera empática mensajes cruciales sobre la seguridad y la eficacia de la vacuna, así como sobre la importancia de vacunarse con la primera vacuna que se ofrezca, especialmente en los

casos en que las autoridades gubernamentales y de salud no sean fuentes confiables de información para todos los públicos. Las referencias a objeciones religiosas para no vacunarse, que se ven en algunas respuestas cualitativas, subrayan la necesidad de trabajar con líderes religiosos entre estos voceros de confianza.

En vista de las respuestas a preguntas de respuesta libre de que las alergias, haber tenido COVID19 o la presencia de trastornos de salud subyacentes eran razones para no vacunarse de inmediato, los mensajes deben tratar también de aclarar que las alergias no son una contraindicación para la vacunación y que muchas comorbilidades, de hecho, aumentan el riesgo de complicaciones de la COVID19, lo cual significa que los grupos poblacionales con esas afecciones se beneficiarán enormemente de la protección conferida por las vacunas. Además, se debe comunicar claramente la importancia de vacunarse contra la COVID-19 después de haber tenido la enfermedad.

Del mismo modo, en respuesta a las respuestas de las personas de que no tenían suficiente información o no habían hecho una investigación suficiente para tomar decisiones acertadas sobre la vacunación contra la COVID-19, los resultados de los estudios deben comunicarse y explicarse de manera clara y transparente a los trabajadores de salud para que estén continuamente informados acerca de los nuevos hallazgos sobre la efectividad y la seguridad de la vacuna.

Teniendo en cuenta la reticencia estadísticamente significativa del grupo más joven, se debe emplear una variedad de canales para llegar a este público con mensajes clave a favor de la vacunación. Por ejemplo, las autoridades deberían explorar plataformas de redes sociales, como Instagram y TikTok, además de los canales de comunicación tradicionales.

Las razones de la reticencia a las vacunas indicadas en las respuestas cualitativas que pueden clasificarse como desinformación, así como la indicación de que las redes sociales son una fuente de información para los trabajadores de salud sobre las vacunas contra la COVID-19, muestran que los trabajadores de salud se beneficiarían de capacitación específica sobre la detección de información errónea y fuentes confiables de información sobre las vacunas y la vacunación. Eso les

permitiría detectar la desinformación y, por lo tanto, estar mejor informados y corregir los rumores que escuchan de colegas, pacientes y miembros de la comunidad.

### **Pertinencia de las conclusiones del estudio**

Los resultados de este estudio podrían usarse para adaptar las estrategias de comunicación por grupo etario, categoría profesional y especialidad de los trabajadores de salud, y para centrar los esfuerzos en los grupos que muestren más reticencia con respecto a las vacunas contra la COVID-19. La capacitación y la educación de los trabajadores de salud, en particular el personal médico y de enfermería, deben continuar para que estos grupos puedan detectar y abordar la desinformación con sus compañeros, pacientes y miembros de la comunidad, y tener menos ansiedad en relación con las vacunas. También se debería empoderar a otros grupos de trabajadores de salud. Se pueden realizar intervenciones específicas para personal médico y de enfermería de atención primaria, en vista de que estos profesionales tienen un contacto cercano con el público en asuntos relacionados con la salud e incluso con la vacunación.

La reticencia a la vacunación en los trabajadores de salud tiene características similares a las de la población general, en la cual las actividades de escucha social y los estudios también han observado preocupación por el proceso de obtención de vacunas contra la COVID-19 (con respecto a la velocidad a la cual se desarrollaron y los procesos de prueba y aprobación); los riesgos percibidos, incluso a largo plazo, de vacunarse, y la desconfianza en las autoridades. Disipar las dudas del profesional médico y de enfermería podría tener un efecto positivo en la población, que está muy influenciada por la opinión de sus prestadores de servicios de salud.

La información inexacta difundida en las redes sociales influyó en la actitud de los trabajadores de salud participantes ante las vacunas contra la COVID-19. Sin embargo, las redes sociales pueden ser una herramienta útil para proporcionar información precisa, desacreditar mitos y rumores, facilitar el intercambio de ideas, comprender las preocupaciones y dudas de distintos grupos de la población y dirigirse a diferentes generaciones de trabajadores de salud en el Caribe. Se debe considerar una variedad de plataformas para llegar a los trabajadores de salud más jóvenes, que en este estudio mostraron más reticencia, y dialogar con ellos.

Los grupos más jóvenes dudaban más sobre la vacunación contra la COVID-19 que los grupos de trabajadores de salud de mayor edad. La percepción de un menor riesgo de contraer COVID-19 en las personas sanas en general podría explicar este fenómeno, así como el hecho de que estos grupos usan ampliamente las redes sociales y podrían estar más expuestos a noticias falsas. Del mismo modo, las respuestas libres que mencionaban la preocupación por la formación de coágulos sanguíneos y las vacunas de vectores adenovirales podrían reflejar las inquietudes de las personas encuestadas de grupos más jóvenes, en las cuales se han notificado más casos de trombosis con síndrome de trombocitopenia. Es importante señalar que estos casos de trombosis son extremadamente raros, y el SAGE y el Comité Consultivo Mundial sobre Seguridad de las Vacunas (GACVS, por su sigla en inglés) han afirmado que los beneficios de estas vacunas superan con creces cualquier posible riesgo (34).

El doble del personal de enfermería que del personal médico era más reticente y estaba menos informado. La reticencia en el personal de enfermería es motivo de gran preocupación, ya que la naturaleza de su trabajo lo pone en contacto prolongado con los pacientes. En los esfuerzos a corto, mediano y largo plazo se debe poner de relieve el aumento de la capacidad y la capacitación del personal de enfermería para hablar sobre la vacunación, especialmente acerca de la seguridad de las vacunas, con los usuarios de los servicios de salud, sus familiares y los miembros de la comunidad. Además de la educación, los gobiernos nacionales y subnacionales deben considerar intervenciones a nivel de políticas en los casos en que la reticencia a la vacuna en los trabajadores de salud también esté afectando la vacunación del público en general.

Se necesita una mayor investigación para reconocer la naturaleza multifactorial de la reticencia a la vacunación en los trabajadores de salud. Hay una variedad de características individuales y sociales que influyen en la aceptación de la vacuna, y solo si se las comprende y se las aborda se podrá lograr una cobertura más amplia de vacunación contra la COVID-19.

## **Puntos fuertes y limitaciones**

Este estudio tiene varios puntos fuertes:

- Fue ampliamente publicitado, y la encuesta en línea estuvo disponible durante 50 días, lo cual ofreció amplias

oportunidades para que los trabajadores de salud del Caribe la respondieran.

- La encuesta estaba en inglés y en francés.
- En Trinidad y Tabago estaba disponible en forma impresa, además de estar en el sitio web.
- Con el trabajo de pruebas previas se detectaron frases confusas y se hicieron ajustes para que el instrumento de la encuesta fuese claro.
- Varios equipos clasificaron de manera independiente las respuestas libres. Los desacuerdos se resolvieron tras consultar con el equipo de determinantes sociales y de comportamiento de la sede de la OMS y con una revisión interna adicional del equipo de la encuesta.
- Se observan algunos patrones sistemáticamente contrastantes en las respuestas entre el personal médico y el de enfermería, y entre las personas encuestadas más jóvenes y las mayores.
- Incluso sin diferencias subyacentes, se espera que 5% de las pruebas de hipótesis arrojen valores  $p$  inferiores a 0,05. Este trabajo presenta 224 valores  $p$  de ji al cuadrado, por lo que se esperaría que 11 o 12 tuvieran valores  $p$  por debajo de 0,05 incluso si no hubiera diferencias subyacentes. En este análisis, 93 de las 224 comparaciones arrojaron un valor  $p$  inferior a 0,05, por lo que parece probable que haya diferencias de opinión muy reales entre los subgrupos en estos datos.

Este estudio tiene también varias limitaciones.

- Es probable que la muestra no sea perfectamente representativa de los trabajadores de salud del Caribe.
- La invitación abierta a participar se distribuyó por medio de numerosas redes profesionales, pero no es posible saber qué proporción de los trabajadores de salud del Caribe se enteraron de la encuesta a tiempo para participar ni si los que se enteraron son similares en lo que respecta a características demográficas y actitud a los que no se enteraron.
- Tampoco es posible saber qué proporción de los que se enteraron de la encuesta decidieron participar y por qué; asimismo, no se conocen las razones por las que quienes no participaron no lo hicieron.
- Debido a la probabilidad de que la muestra se agrupe por profesión y por ubicación de los esCuadrocimientos de salud, es probable que las respuestas a las preguntas estén correlacionadas entre sí: las personas del mismo

país, de la misma organización profesional o del mismo esCuadrocimiento de salud están expuestas a fuentes de información similares y es más probable que den respuestas similares a las de sus colegas que a las dadas por personas de otras categorías de trabajo o ubicaciones. No es posible conocer la ubicación de las personas encuestadas, de modo que no se puede tener en cuenta la agrupación espacial en el análisis. Es probable que los análisis de datos correlacionados que no pueden explicar la correlación arrojen valores  $p$  más pequeños que los que pueden explicar la correlación, por lo que existe la posibilidad de que algunos de los valores  $p$  estadísticamente significativos no reflejen diferencias verdaderamente significativas.

- Debido a la naturaleza de la encuesta, las respuestas recibidas para las cuatro preguntas de respuesta libre se limitaron a la información proporcionada por las personas encuestadas. Algunas de estas respuestas consistieron en una sola palabra. No hubo forma de hacer un seguimiento con las personas encuestadas para obtener más explicaciones o información sobre lo que escribieron en la encuesta. En consecuencia, al analizar estas preguntas, el equipo tuvo que interpretar la intención y el significado de las respuestas, lo cual introdujo suposiciones en el análisis.
- En vista de que la encuesta se hizo entre marzo y abril del 2021 y de que la situación epidemiológica cambió rápidamente en algunos países, es importante tener en cuenta que algunas de las actitudes y percepciones descritas con respecto a la gravedad percibida de la COVID-19 también podrían haber cambiado.
- Cuando se elaboró el instrumento de la encuesta, todavía no había vacunas contra la COVID-19; sin embargo, para el momento en que se usó el instrumento, ya había vacunas en casi todos los países participantes. Algunas de las personas encuestadas dijeron que las preguntas de la encuesta eran confusas porque planteaban la vacunación contra la COVID-19 como algo hipotético, mientras que ellas mismas ya se habían vacunado.
- La encuesta se administró durante una época de muchísimo trabajo para los trabajadores de salud del Caribe, que estaba llevando a cabo campañas de vacunación, además de la respuesta general a la pandemia. Esto puede haber afectado la tasa de respuesta a la encuesta.

# Recomendaciones

Sobre la base del marco de determinantes sociales y de comportamiento de la OMS, así como de los resultados de la encuesta, en el cuadro 8 se esbozan algunas intervenciones que podrían efectuarse en los países para mejorar la aceptación de las vacunas en los trabajadores de salud.

Como se señaló en el apartado sobre interpretación de los resultados, en vista de que la mayoría de las respuestas se encuadran en el dominio de “pensamientos y sentimientos” y en los constructos 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 la vacuna. Al mismo tiempo, las intervenciones deben tratar de aumentar la comprensión y aceptación por los trabajadores de salud de la seguridad, la eficacia y los beneficios de la vacunación. Se pueden emplear 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 de “procesos sociales” relacionados con la falta de confianza en las autoridades de salud. Tales esfuerzos podrían incluir una comunicación transparente y oportuna de las autoridades sobre la vacunación contra la COVID-19 o la colaboración con líderes confiables en las comunidades de trabajadores de salud que puedan promover la vacunación.

Véase más información sobre el cuadro 8, incluido el impacto probable en la aceptación de vacunas y la solidez de la evidencia, en *Datos para la acción: lograr una alta aceptación de vacunas contra la COVID19*, de la OMS.

Véanse ejemplos de mensajes para adaptar a las estrategias de comunicación en el anexo E.

**CUADRO 8: Recomendaciones por dominio, indicador, categoría de intervención y descripción**

Dominio	Indicador (áreas problemáticas)	Categoría de intervención y descripción
<p><b>Qué piensan y sienten las personas</b></p>	<p>Porcentaje de trabajadores de salud que confiarían “mucho” o “moderadamente” en la nueva vacuna contra la COVID 19 (ítem 10)</p> <p>Porcentaje de trabajadores de salud que piensan que una vacuna contra la COVID-19 es “muy” o “moderadamente” importante para su salud (ítem 11)</p>	<p><b>1. Campaña educativa:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Campaña educativa con pósteres informativos sobre el riesgo de enfermedad, cartas, material educativo, sesión educativa grupal para poner de relieve la enfermedad y la importancia de la vacuna.</li> <li>b. Campaña educativa con pósteres para fomentar la vacunación a fin de protegerse a sí mismo y a los pacientes.</li> <li>c. Seminario educativo de 15 minutos en el servicio y educación personalizada sobre vacunas.</li> <li>d. Conferencias, pósteres, educación de los empleados.</li> <li>e. Educación sobre la salud con todo el personal pertinente en un establecimiento de salud o un hospital.</li> <li>f. Programa educativo para prestadores de servicios de salud que utiliza un modelo de capacitación de instructores.</li> <li>g. Ayuda para los trabajadores de salud a fin de guiarlos en el proceso de toma de decisiones sobre la vacunación.</li> </ul> <p><b>2. Recomendación institucional:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Las instituciones, como los hospitales, fomentan la vacunación y los marbetes de vacunación.</li> </ul> <p><b>3. Recomendación de los prestadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. El prestador recomienda la vacuna contra la COVID-19.</li> </ul> <p><b>4. No categorizada:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Campaña de vacunación de los trabajadores de salud con una <i>política de declinación obligatoria</i>, según la cual los trabajadores de salud firman un formulario en el cual dicen que declinan la vacuna y comprenden los riesgos que representa para ellos y para los demás la decisión de no vacunarse.</li> </ul>
<p><b>Procesos sociales</b></p>	<p>Porcentaje de los trabajadores de salud que piensan que la mayoría de las personas con las que trabajan se vacunarán contra la COVID-19 (ítem 25)</p> <p>Porcentaje de los trabajadores de salud que piensan que sus familiares cercanos y sus amigos querrían que se vacunaran contra la COVID-19 (ítem 22)</p>	<p><b>1. Vacunación in situ:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Vacunar in situ o en el trabajo para aumentar el acceso conveniente y la asequibilidad de la vacuna.</li> </ul> <p><b>2. Recomendación institucional:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. El establecimiento de salud recomienda la vacuna y motiva a las personas vacunadas dándoles un marbete que dice: “Me vacuné”.</li> </ul> <p><b>3. No categorizada:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Sistema para informar a los gerentes sobre el estado de vacunación.</li> </ul>
<p><b>Motivación</b></p>	<p>Porcentaje de los trabajadores de salud que recomendarían una vacuna contra la COVID-19 a las personas que reúnan los requisitos (ítem 17)</p> <p>Porcentaje de los trabajadores de salud que se vacunarían contra la COVID 19 si tuvieran una vacuna a su alcance (ítem 15)</p>	<p><b>1. Campaña educativa:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Seminario educativo de 15 minutos en el servicio, educación personalizada sobre la vacuna y desarrollo de las aptitudes de los trabajadores de salud para la comunicación interpersonal.</li> <li>b. Ayuda para los trabajadores de salud a fin de guiarlos en el proceso de toma de decisiones sobre la vacunación.</li> </ul> <p><b>2. Recordatorios:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Recordatorios por carta y por teléfono.</li> <li>b. Recordatorios por correo electrónico.</li> </ul> <p><b>3. Incentivos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Incentivos para la vacunación, entre ellos almuerzos gratis, rifas, números de lotería y premios en efectivo.</li> <li>b. Incentivos monetarios para la vacunación.</li> </ul> <p><b>4. Recomendación institucional:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Recomendación institucional.</li> </ul> <p><b>5. Campeones de la vacuna:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Campeones de la vacuna.</li> </ul> <p><b>6. No categorizada:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Capacitación para que los prestadores refuerzan sus recomendaciones con la evaluación de los riesgos para la salud (evaluación de los riesgos para la salud y los comportamientos preventivos del paciente).</li> <li>b. Proceso para considerar el incumplimiento de la vacunación en la evaluación periódica del desempeño de los empleados.</li> </ul>

# Referencias

1. Organismo de Salud Pública del Caribe. CARPHA Situation Report no. 156 - May 10, 2021, Coronavirus Disease (COVID-19) Pandemic [Internet]. [Puerto España]: CARPHA; 2021 [consultado el 14 de mayo del 2021]. Se encuentra en <https://www.carpha.org/Portals/0/Documents/COVID%20Situation%20Reports/Situation%20Report%20156%20-%20May%2010,%202021.pdf>.
2. Comisión Económica para América Latina y el Caribe; Organización Panamericana de la Salud. 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]. Santiago y Washington, DC: CEPAL, OPS: 2020 [consultado el 15 de marzo del 2021]. Se encuentra en <https://www.cepal.org/es/publicaciones/45840-salud-economia-convergencia-necesaria-enfrentar-covid-19-retomar-la-senda>.
3. Organismo de Salud Pública del Caribe. CARPHA COVID-19 Vaccine Update - May 3, 2021 [Internet]. [Puerto España]: CARPHA; 2021 [consultado el 4 de mayo del 2021]. Se encuentra en <https://carpha.org/Portals/0/Documents/COVID-19%20Vaccine%20Updates/CARPHA%20COVID-19%20Vaccine%20Update%20017%20May%202021.pdf>.
4. Woods NK, Vargas I, McCray-Miller M, Ham AD, Chesser AK. SARS-CoV2, the COVID-19 Pandemic and Community Perceptions. J Prim Care Community Health [Internet]. 2021 [consultado el 19 de abril del 2021];12:1–5. Se encuentra en <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2150132721995451>.
5. Puri N, Coomes EA, Haghbayan H, Gunaratne K. Social media and vaccine hesitancy: new updates for the era of COVID-19 and globalized infectious diseases. Hum Vaccin Immunother [Internet]. 2020 Nov 1 [consultado el 19 de abril del 2021];16(11):2586–93. Se encuentra en <https://doi.org/10.1080/21645515.2020.1780846>.
6. Hamel L, Kirzinger A, Muñana C, Brodie M. KFF COVID-19 Vaccine Monitor: December 2020 [Internet]. KFF; 2020 [consultado el 2 de julio del 2021]. Se encuentra en <https://www.kff.org/coronavirus-covid-19/report/kff-covid-19-vaccine-monitor-december-2020/>.
7. Surgo Ventures. U.S. Healthcare Workers: COVID-19 Vaccine Uptake & Attitudes [Internet]. Surgo; 2021 [consultado el 2 de julio del 2021]. Se encuentra en <https://surgoventures.org/resource-library/survey-healthcare-workers-and-vaccine-hesitancy>.
8. Shalby C, Baumgaertner E, Branson-Potts H, Reyes-Velarde A, Dolan J. Some healthcare workers refuse to take COVID-19 vaccine, even with priority access [Internet]. Los Angeles Times. 2020 [consultado el 2 de julio del 2021]. Se encuentra en <https://www.latimes.com/california/story/2020-12-31/healthcare-workers-refuse-covid-19-vaccine-access>.
9. Dror AA, Eisenbach N, Taiber S, Morozov NG, Mizrachi M, Zigron A, et al. Vaccine hesitancy: the next challenge in the fight against COVID-19. Eur J Epidemiol [Internet]. 1 de agosto del 2020 [consultado el 19 de abril del 2021];35(8):775–9. Se encuentra en <https://doi.org/10.1007/s10654-020-00671-y>.
10. 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 [Internet]. 1 de febrero del 2021 [consultado el 2 de julio del 2021];108:168–73. Se encuentra en [https://www.journalofhospitalinfection.com/article/S0195-6701\(20\)30544-2/abstract](https://www.journalofhospitalinfection.com/article/S0195-6701(20)30544-2/abstract).
11. Kwok KO, Li K-K, Wei WI, Tang A, Wong SYS, Lee SS. Influenza vaccine uptake, COVID-19 vaccination intention and vaccine hesitancy among nurses: A survey. Int J Nurs Stud [Internet]. 1 de febrero del 2021 [consultado el 19 de abril del 2021];114:103854. Se encuentra en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S002074892030345X>.
12. Lin C, Tu P, Beitsch LM. Confidence and Receptivity for COVID-19 Vaccines: A Rapid Systematic Review. Vaccines [Internet]. Enero del 2021 [consultado el 19 de abril del 2021];9(1):16. Se encuentra en <https://www.mdpi.com/2076-393X/9/1/16>.

13. Freeman D, Loe BS, Chadwick A, Vaccari C, Waite F, Rosebrock L, et al. COVID-19 vaccine hesitancy in the UK: the Oxford coronavirus explanations, attitudes, and narratives survey (Oceans) II. *Psychol Med* [Internet]. 2020;1–15. Se encuentra en <https://www.cambridge.org/core/article/covid19-vaccine-hesitancy-in-the-uk-the-oxford-coronavirus-explanations-attitudes-and-narratives-survey-oceans-ii/C30FDB5C3D87123F28E351FDAAD5351A>.
14. Schwarzingler M, Watson V, Arwidson P, Alla F, Luchini S. COVID-19 vaccine hesitancy in a representative working-age population in France: a survey experiment based on vaccine characteristics. *Lancet Public Health* [Internet]. 1 de abril del 2021 [consultado el 19 de abril del 2021];6(4):e210–21. Se encuentra en [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(21\)00012-8/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(21)00012-8/abstract).
15. Paul E, Steptoe A, Fancourt D. Attitudes towards vaccines and intention to vaccinate against COVID-19: Implications for public health communications. *Lancet Reg Health - Europe* [Internet]. 1 de febrero del 2021 [consultado el 19 de abril del 2021];1:100012. Se encuentra en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666776220300120>.
16. Urrunaga-Pastor D, Bendezu-Quispe G, Herrera-Añazco P, Uyen-Cateriano A, Toro-Huamanchumo CJ, Rodríguez-Morales AJ, et al. Cross-sectional analysis of vaccine intention, perceptions and hesitancy across Latin America and the Caribbean. *Travel Med Infect Dis*. 16 de abril del 2021;102059.
17. Kuter BJ, Browne S, Momplaisir FM, Feemster KA, Shen AK, Green-McKenzie J, et al. Perspectives on the receipt of a COVID-19 vaccine: A survey of employees in two large hospitals in Philadelphia. *Vaccine* [Internet]. 2021 Mar 19 [consultado el 19 de abril del 2021];39(12):1693–700. Se encuentra en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X21001857>.
18. Khubchandani J, Sharma S, Price JH, Wiblishauser MJ, Sharma M, Webb FJ. COVID-19 Vaccination Hesitancy in the United States: A Rapid National Assessment. *J Community Health*. Abril del 2021;46(2):270–7.
19. Guzman-Holst A, DeAntonio R, Prado-Cohrs D, Juliao P. Barriers to vaccination in Latin America: A systematic literature review. *Vaccine* [Internet]. 16 de enero del 2020 [consultado el 19 de abril del 2021];38(3):470–81. Se encuentra en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X1931477X>.
20. Jarrett C, Wilson R, O’Leary M, Eckersberger E, Larson HJ. Strategies for addressing vaccine hesitancy – A systematic review. *Vaccine* [Internet]. Agosto del 2015 [consultado el 19 de abril del 2021];33(34):4180–90. Se encuentra en <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0264410X15005046>.
21. 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. *Euro Surveill* [Internet]. 21 de enero del 2021 [consultado el 19 de abril del 2021];26(3):2002047. Se encuentra en <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2021.26.3.2002047>.
22. Eguia H, Vinciarelli F, Bosque-Prous M, Kristensen T, Saigi-Rubió F. Spain’s Hesitation at the Gates of a COVID-19 Vaccine. *Vaccines* [Internet]. Febrero del 2021 [consultado el 19 de abril del 2021];9(2):170. Se encuentra en <https://www.mdpi.com/2076-393X/9/2/170>.
23. Fokoun C. Strategies implemented to address vaccine hesitancy in France: A review article. *Hum Vaccin Immunother* [Internet]. 3 de julio del 2018 [consultado el 19 de abril del 2021];14(7):1580–90. Se encuentra en <https://doi.org/10.1080/21645515.2018.1458807>.
24. 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]. 12 de abril del 2021 [consultado el 19 de abril del 2021]; publicado antes de la versión impresa. Se encuentra en [https://journals.lww.com/joem/Abstract/9000/Vaccine\\_Hesitancy\\_against\\_SARS\\_CoV\\_2\\_in\\_Health.97927.aspx](https://journals.lww.com/joem/Abstract/9000/Vaccine_Hesitancy_against_SARS_CoV_2_in_Health.97927.aspx).
25. Organización Mundial de la Salud; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Datos para la acción: lograr una alta aceptación de vacunas contra la COVID-19. Ginebra: OMS; 2021. Se encuentra en <https://www.who.int/es/publications/item/WHO-2019-nCoV-vaccination-demand-planning-2021.1>.
26. Gadoth A, Halbrook M, Martin-Blais R, Gray A, Tobin NH, Ferbas KG, et al. Assessment of COVID19 vaccine acceptance among healthcare workers in Los Angeles. *medRxiv* [Internet]. 19 de noviembre del 2020 [consultado el 15 de junio del 2021];2020.11.18.20234468. Se encuentra en <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.11.18.20234468v1>.

27. European Centre for Disease Prevention and Control. Vaccine hesitancy among healthcare workers and their patients in Europe [Internet]. Solna: ECDC; 2015 [consultado el 14 de agosto del 2021]. Se encuentra en <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/vaccine-hesitancy-among-healthcare-workers-and-their-patients-europe>.
28. Organización Mundial de la Salud. WHO SAGE Roadmap For Prioritizing Uses Of COVID-19 Vaccines In The Context Of Limited Supply [Internet]. Ginebra: OMS; 2021 [consultado el 14 de agosto del 2021]. Se encuentra en <https://www.who.int/publications-detail-redirect/who-sage-roadmap-for-prioritizing-uses-of-covid-19-vaccines-in-the-context-of-limited-supply>.
29. Fares S, Elmnyer MM, Mohamed SS, Elsayed R. COVID-19 Vaccination Perception and Attitude among Healthcare Workers in Egypt. J Prim Care Community Health [Internet]. 1 de enero del 2021 [consultado el 4 de mayo del 2021];12:21501327211013304. Se encuentra en <https://doi.org/10.1177/21501327211013303>.
30. 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 del 2020 [consultado el 14 de agosto del 2021];38(45). Se encuentra en <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2020.09.021>.
31. 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 Vaccin Immunother [Internet] [consultado el 2 de julio del 2021];17(6):1612–21. Se encuentra en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8115754/>.
32. Pogue K, Jensen JL, Stancil CK, Ferguson DG, Hughes SJ, Mello EJ, et al. Influences on Attitudes Regarding Potential COVID-19 Vaccination in the United States. Vaccines (Basel). 3 de octubre del 2020;8(4):E582.
33. 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 [Internet]. 2021 [consultado el 14 de agosto del 2021];9:481. Se encuentra en <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpubh.2021.656138>.
34. Organización Mundial de la Salud. Declaración del Grupo de Expertos de Asesoramiento Estratégico (SAGE) sobre inmunización: Examen continuo de nuevas evidencias sobre las vacunas de AstraZeneca contra la COVID-19 [Internet]. Ginebra: OMS; 2021 [consultado el 14 de agosto del 2021]. Se encuentra en [https://www.who.int/es/news/item/22-04-2021-statement-of-the-strategic-advisory-group-of-experts-\(sage\)-on-immunization-continued-review-of-emerging-evidence-on-astrazeneca-covid-19-vaccines](https://www.who.int/es/news/item/22-04-2021-statement-of-the-strategic-advisory-group-of-experts-(sage)-on-immunization-continued-review-of-emerging-evidence-on-astrazeneca-covid-19-vaccines).

# Anexos

A. Cuestionario

---

B. Número de respuestas por pregunta

---

C. Resumen de las respuestas, con barras de colores y los valores p de ji al cuadrado y de la regresión logística, por pregunta

---

D. Información adicional sobre la encuesta piloto

---

E. Mensajes para los trabajadores de salud del Caribe basados en los resultados de la encuesta

---



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud  
OFICINA REGIONAL PARA LAS  
Américas

**PREOCUPACIONES, ACTITUDES Y PRÁCTICAS PREVISTAS DE LOS TRABAJADORES DE SALUD  
CON RESPECTO A LA VACUNACIÓN CONTRA LA COVID-19 EN EL CARIBE**

Muchas gracias por participar en esta importante encuesta de trabajadores de salud. Llenar el cuestionario lleva ocho (8) minutos como máximo.

No. \_\_\_\_\_

1 **País donde trabaja:** \_\_\_\_\_

2 **Sexo:** Masculino  Femenino  Otro

3. **Edad:** \_\_\_\_\_

5. **Categoría de trabajador de salud:**

4 **Cargo o puesto:** \_\_\_\_\_

Marque la casilla correspondiente a la respuesta que mejor refleje sus preocupaciones personales, actitudes y prácticas previstas:

		Totalmente de acuerdo	Estoy de acuerdo	No sé	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
	<b>Actitudes ante las vacunas</b>					
6	Las vacunas son importantes para mi salud.					
7	Vacunarme es una buena manera de protegerme de las enfermedades.					
8	En general, las vacunas son seguras.					
9	En general, las vacunas son efectivas.					
10	Vacunarme es importante para la salud de los demás en mi comunidad.					
11	La información que recibo sobre las vacunas de las autoridades de salud pública o de mi prestador de servicios de salud es confiable.					
12	En general, hago lo que mi médico o mi prestador de servicios de salud recomienda sobre las vacunas para mí y mi familia.					
	<b>Disposición para vacunarse</b>					
13	Las vacunas nuevas conllevan un riesgo mayor que las vacunas más antiguas.					
14	Recomendaría una vacuna contra la COVID-19 a amigos y familiares.					

15	Me preocupan los efectos adversos graves de las vacunas.					
----	--	--	--	--	--	--

<b>Actitudes ante las vacunas contra la COVID-19</b>		Totalmente de acuerdo	Estoy de acuerdo	No sé	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
16	Una vacuna contra el coronavirus (COVID-19) me protegerá de un caso grave de COVID-19.					
17	Confío en el proceso de aprobación científica de una vacuna nueva contra el coronavirus (COVID-19).					
18	Estaría dispuesto a participar en un ensayo de una vacuna contra el coronavirus (COVID-19).					
	<i>Si hay una vacuna nueva contra el coronavirus (COVID-19):</i>					
19	Tengo la intención de vacunarme cuanto antes.					
20	Tengo la intención de esperar para ver cómo afecta a los demás antes de vacunarme.					
21	No tengo la intención de vacunarme pronto, pero podría hacerlo más adelante.					
22	No tengo la intención de vacunarme.					
<b>Indique qué piensa acerca de las aseveraciones que figuran a continuación</b>		Totalmente de acuerdo	Estoy de acuerdo	No sé	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
23	Estoy seguro de que pronto habrá otros tratamientos eficaces.					
24	Todavía no sé lo suficiente sobre la vacuna para tomar una decisión.					
25	Quiero adquirir inmunidad natural al virus que causa la COVID-19.					
26	El desarrollo de la vacuna posiblemente haya sido apresurado o la vacuna posiblemente no haya sido probada a fondo antes de la aprobación.					
27	Creo que las vacunas pueden causar la enfermedad de la cual se supone que protejan.					
28	Otras razones para retrasar o rechazar la vacuna contra la COVID-19:					

<b>Actitudes ante las vacunas contra la COVID-19</b>		Totalmente de acuerdo	Estoy de acuerdo	No sé	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
	<b>Los siguientes factores influyeron en mi opinión sobre una vacuna contra la COVID-19:</b>					
29	La velocidad a la cual se investigó y se obtuvo la vacuna.					
30	El desarrollo y la evolución frecuente de la ciencia en torno al SARS-CoV-2.					
31	Las acciones y opiniones de mis amigos y familiares con respecto a la vacuna.					
32	La relación entre las tasas de cobertura y la transmisión comunitaria.					

33	Mi propia investigación sobre las vacunas contra la COVID-19.					
34	El país donde se produzca la vacuna.					
35	El posible costo de una vacuna contra la COVID-19.					
36	Información que he visto en las redes sociales.					
37	Otros factores:					

	<b>Actitudes ante la vacuna contra la gripe</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>	<b>Estoy de acuerdo</b>	<b>No sé</b>	<b>No estoy de acuerdo</b>	<b>Totalmente en desacuerdo</b>
38	Me vacunaría contra la gripe si me lo ofrecieran.					
39	Si no está de acuerdo, ¿cuáles son las razones? _____					
		<b>Totalmente de acuerdo</b>	<b>Estoy de acuerdo</b>	<b>No sé</b>	<b>No estoy de acuerdo</b>	<b>Totalmente en desacuerdo</b>
40	Recomendaría la vacuna contra la gripe a amigos y familiares.					
41	Si no está de acuerdo, ¿cuáles son las razones? _____					

Muchas gracias otra vez por su participación.

Por favor, haga llegar los datos de esta encuesta a otros trabajadores de salud que puedan estar interesados en participar.

## Anexo B. Número de respuestas por pregunta

Texto de la pregunta	Número de respuestas
Actitudes: Las vacunas son importantes para mi salud	1,159
Actitudes: Vacunarme es una buena manera de protegerme de las enfermedades	1,143
Actitudes: Las vacunas son seguras	1,075
Actitudes: Las vacunas son efectivas	1,081
Actitudes: Vacunarme es importante para la salud de los demás	1,143
Actitudes: La información sobre las vacunas es confiable	1,031
Actitudes: Hago lo que mi prestador de servicios de salud recomienda sobre las vacunas	1,144
Disposición para vacunarse: Las vacunas nuevas conllevan un riesgo mayor que las vacunas más antiguas	822
Disposición para vacunarse: Recomendaría una vacuna contra la COVID-19 a amigos y familiares	1,008
Disposición para vacunarse: Me preocupan los efectos adversos graves de las vacunas	1,129
COVID-19: Una vacuna contra la COVID-19 me protegerá de un caso grave de COVID-19	909
COVID-19: Confío en el proceso de aprobación científica de la vacuna contra la COVID-19	892
COVID-19: Estaría dispuesto a participar en un ensayo de una vacuna contra la COVID-19	815
Vacuna contra la COVID-19: Tengo la intención de vacunarme cuanto antes	848
Vacuna contra la COVID-19: Tengo la intención de esperar para ver cómo afecta a los demás antes de vacunarme	1,008
Vacuna contra la COVID-19: No tengo la intención de vacunarme pronto, pero podría hacerlo más adelante	996
Vacuna contra la COVID-19: No tengo la intención de vacunarme	965
Razones: Estoy seguro de que pronto habrá otros tratamientos eficaces	682
Razones: Todavía no sé lo suficiente sobre la vacuna para tomar una decisión	1,039
Razones: Quiero adquirir inmunidad natural al virus que causa la COVID-19	964
Razones: El desarrollo de la vacuna posiblemente haya sido apresurado o la vacuna posiblemente no haya sido probada a fondo	916
Razones: Creo que las vacunas pueden causar la enfermedad	955
Formadores de opinión: La velocidad a la cual se investigó y se obtuvo la vacuna	972
Formadores de opinión: El desarrollo y la evolución frecuente de la ciencia en torno al SARS-CoV-2	932
Formadores de opinión: Acciones y opiniones de amigos y familiares	958
Formadores de opinión: La relación entre las tasas de cobertura y la transmisión comunitaria	723
Formadores de opinión: Mi propia investigación sobre las vacunas contra la COVID-19	960
Formadores de opinión: El país donde se produce la vacuna	904
Formadores de opinión: El posible costo de una vacuna contra la COVID-19	854
Formadores de opinión: Información que he visto en las redes sociales	950
Gripe: Me vacunaría contra la gripe si me lo ofrecieran	958
Gripe: Recomendaría la vacuna contra la gripe a amigos y familiares	932
Nota: Las barras azules están hechas a escala, de modo que, si toda la celda fuera azul, representaría N = 1.197.	1,197

## Anexo C

### Resumen de las respuestas, con barras de colores y los valores $p$ de $\chi^2$ al cuadrado y de la regresión logística, por pregunta

En cada cuadro del presente anexo se resumen las respuestas a una sola pregunta de la encuesta. Las filas representan subgrupos de personas encuestadas. En las primeras cuatro columnas se resume la proporción que respondió “Totalmente de acuerdo”, “Estoy de acuerdo”, “No estoy de acuerdo” y “Totalmente en desacuerdo”. En las dos columnas siguientes se consolidan las respuestas en dos categorías: “Totalmente de acuerdo” y “Estoy de acuerdo” en comparación con “No estoy de acuerdo” y “Totalmente en desacuerdo”. En la columna siguiente se indica el número de personas de cada subgrupo que respondieron a la pregunta. En la columna siguiente se indican los valores  $p$  de  $\chi^2$  al cuadrado que prueban la hipótesis de que el porcentaje que está totalmente de acuerdo o de acuerdo es el mismo:

- entre el personal médico y de enfermería;
- en todas las categorías de trabajadores de salud;
- en las categorías de personal médico;
- en las categorías de personal de enfermería;
- en las categorías de atención;
- entre hombres y mujeres;
- en los cuartiles de edad.

Los valores  $p$  inferiores a 0,05 se muestran en negritas e indican una diferencia estadísticamente significativa.

Las últimas cuatro columnas muestran los resultados de la regresión logística multivariable, donde el resultado es 1 si la persona seleccionó “Totalmente de acuerdo” o “Estoy de acuerdo” y es 0 si seleccionó “No estoy de acuerdo” o “Totalmente en desacuerdo”. La regresión utiliza tres factores pronóstico para las categorías: categoría de trabajador de salud (el personal médico es el grupo de referencia), sexo (el sexo masculino es el grupo de referencia) y cuartil de edad (el grupo más joven es el grupo de referencia). En cada cuadro se presentan las razones de posibilidades, los valores  $p$  y los intervalos de confianza de 95% para las razones de posibilidades. Los valores  $p$  inferiores a 0,05 se presentan en negritas e indican un resultado estadísticamente significativo cuando se ajustan al mismo tiempo en función de las diferencias en la categoría de trabajo, el sexo y la edad.

**CUADRO P-6. Actitudes: Las vacunas son importantes para mi salud**

	TOTALMENTE DE ACUERDO (%)	ESTOY DE ACUERDO (%)	NO ESTOY DE ACUERDO (%)	TOTALMENTE EN DESACUERDO (%)	ESTOY DE ACUERDO O TOTALMENTE DE ACUERDO (%)	NO ESTOY DE ACUERDO O ESTOY TOTALMENTE EN DESACUERDO (%)	N	RAZÓN DE POSIBILIDADES AJUSTADA EN FUNCIÓN DE LA REGRESIÓN LOGÍSTICA	VALOR $p$	LÍMITE INFERIOR	LÍMITE SUPERIOR	UPPER BOUND
Todas las personas encuestadas	69	29	2	0	98	2	1.159					
Personal médico	78	20	1	0	98	2	516		1,0			
Personal de enfermería	58	40	2	0	98	2	320	0,649	0,6	0,372	0,2	1,9
Profesionales de salud pública	72	27	1	0	99	1	113		2,0	0,525	0,2	16,2
Profesionales paramédicos	65	32	3	0	97	3	146		0,5	0,27	0,1	1,7
Otros	48	47	3	2	95	5	64	0,362	0,3	0,102	0,1	1,3
Médico (general y de familia)	78	21	1	1	98	2	292					
Médico (cirujano)	68	30	2	0	98	2	53					
Médico (clínico)	82	16	2	0	98	2	147					
Médico (de urgencias)	79	21	0	0	100	0	24	0,917				
Enfermera (comunitaria y de salud pública)	68	31	0	1	99	1	100					
Enfermera (cuidados intensivos)	48	48	4	0	96	4	46					
Enfermera (pacientes ambulatorios)	69	28	3	0	97	3	36					
Enfermera (de sala)	48	50	3	0	97	3	119	0,647				
Categoría de atención: Atención	71	27	2	0	98	2	733					
Categoría de atención: Salud pública	68	30	2	0	98	2	362					
Categoría de atención: Otra	48	47	3	2	95	5	64	0,355				
Sexo: Masculino	73	23	3	1	96	4	277		1,0			
Sexo: Femenino	67	31	1	0	98	2	876	<b>0,018</b>	2,9	<b>0,026</b>	1,1	7,5
Cuartil de edad 1: 21–32	67	33	1	0	99	1	296		1,0			
Cuartil de edad 2: 33–40	70	29	1	0	99	1	278		0,5	0,387	0,1	2,6
Cuartil de edad 3: 41–50	68	29	2	0	97	3	292		0,3	0,101	0,1	1,3
Cuartil de edad 4: 51–87	71	26	2	1	97	3	278	0,16	0,2	0,081	0,1	1,2

## CUADRO P-7. Actitudes: Vacunarme es una buena manera de protegerme de las enfermedades

	TOTALMENTE DE ACUERDO (%)	ESTOY DE ACUERDO (%)	NO ESTOY DE ACUERDO (%)	TOTALMENTE EN DESACUERDO (%)	ESTOY DE ACUERDO O TOTALMENTE DE ACUERDO (%)	NO ESTOY DE ACUERDO O ESTOY TOTALMENTE EN DESACUERDO (%)	N	RAZÓN DE POSIBILIDADES AJUSTADA EN FUNCIÓN DE LA REGRESIÓN LOGÍSTICA	VALOR p	LÍMITE INFERIOR	LÍMITE SUPERIOR	UPPER BOUND
Todas las personas encuestadas	67	30	2	1	98	2	1.143					
Personal médico	77	21	1	1	98	2	507		1,0			
Personal de enfermería	56	41	3	1	96	4	312	0,072	0,4	0,115	0,1	1,2
Profesionales de salud pública	72	27	1	0	99	1	113		1,7	0,642	0,2	13,7
Profesionales paramédicos	63	33	3	1	96	4	147		0,5	0,236	0,1	1,6
Otros	48	48	2	2	97	3	64	0,196	0,4	0,272	0,1	2,0
Médico (general y de familia)	78	20	1	1	98	2	287					
Médico (cirujano)	67	33	0	0	100	0	52					
Médico (clínico)	79	19	1	0	99	1	144					
Médico (de urgencias)	79	21	0	0	100	0	24	0,629				
Enfermera (comunitaria y de salud pública)	67	32	0	1	99	1	96					
Enfermera (cuidados intensivos)	45	51	2	2	96	4	47					
Enfermera (pacientes ambulatorios)	65	32	3	0	97	3	34					
Enfermera (de sala)	47	47	5	1	94	6	116	0,293				
Categoría de atención: Atención	69	28	2	1	98	3	720					
Categoría de atención: Salud pública	67	31	2	1	98	2	359					
Categoría de atención: Otra	48	48	2	2	97	3	64	0,903				
Sexo: Masculino	72	25	2	1	97	3	272		1,0			
Sexo: Femenino	66	32	2	1	98	2	865	0,482	1,8	0,255	0,7	4,8
Cuartil de edad 1: 21-32	64	34	1	1	98	2	292		1,0			
Cuartil de edad 2: 33-40	66	33	0	1	99	1	278		1,6	0,543	0,4	6,7
Cuartil de edad 3: 41-50	68	30	2	0	98	2	285		0,7	0,589	0,2	2,3
Cuartil de edad 4: 51-87	73	24	2	1	97	3	272	0,478	0,6	0,393	0,2	1,9

## CUADRO P-8. Actitudes: Las vacunas son seguras

	TOTALMENTE DE ACUERDO (%)	ESTOY DE ACUERDO (%)	NO ESTOY DE ACUERDO (%)	TOTALMENTE EN DESACUERDO (%)	ESTOY DE ACUERDO O TOTALMENTE DE ACUERDO (%)	NO ESTOY DE ACUERDO O ESTOY TOTALMENTE EN DESACUERDO (%)	N	RAZÓN DE POSIBILIDADES AJUSTADA EN FUNCIÓN DE LA REGRESIÓN LOGÍSTICA	VALOR p	LÍMITE INFERIOR	LÍMITE SUPERIOR	UPPER BOUND
Todas las personas encuestadas	41	53	4	2	95	5	1.075					
Personal médico	47	48	3	2	96	4	495		1,0			
Personal de enfermería	34	61	5	1	94	6	286	0,472	0,5	0,073	0,2	1,1
Profesionales de salud pública	45	50	5	0	95	5	102		0,8	0,642	0,3	2,2
Profesionales paramédicos	35	57	5	4	91	9	136		0,5	0,088	0,2	1,1
Otros	34	59	5	2	93	7	56	0,364	0,7	0,606	0,2	2,5
Médico (general y de familia)	45	51	2	2	95	5	281					
Médico (cirujano)	45	47	4	4	92	8	51					
Médico (clínico)	51	46	4	0	96	4	140					
Médico (de urgencias)	65	35	0	0	100	0	23	0,435				
Enfermera (comunitaria y de salud pública)	47	53	0	0	100	0	93					
Enfermera (cuidados intensivos)	33	55	13	0	88	13	40					
Enfermera (pacientes ambulatorios)	23	74	0	3	97	3	31					
Enfermera (de sala)	26	64	8	2	91	9	106	<b>0,008</b>				
Categoría de atención: Atención	42	53	4	2	94	6	685					
Categoría de atención: Salud pública	41	54	4	1	95	5	334					
Categoría de atención: Otra	34	59	5	2	93	7	56	0,818				
Sexo: Masculino	44	46	7	3	90	10	261		1,0			
Sexo: Femenino	40	56	3	1	96	4	809	<b>&lt;0,001</b>	3,1	<b>&lt;0,001</b>	1,7	5,8
Cuartil de edad 1: 21-32	36	59	4	1	94	6	267		1,0			
Cuartil de edad 2: 33-40	40	53	5	2	93	7	262		0,7	0,353	0,3	1,5
Cuartil de edad 3: 41-50	42	53	4	1	95	5	273		1,2	0,608	0,6	2,7
Cuartil de edad 4: 51-87	48	48	2	1	97	3	260	0,349	1,7	0,216	0,7	4,1

## CUADRO P-9. Las vacunas son efectivas

	TOTALMENTE DE ACUERDO (%)	ESTOY DE ACUERDO (%)	NO ESTOY DE ACUERDO (%)	TOTALMENTE EN DESACUERDO (%)	ESTOY DE ACUERDO O TOTALMENTE DE ACUERDO (%)	NO ESTOY DE ACUERDO O ESTOY TOTALMENTE EN DESACUERDO (%)	N	RAZÓN DE POSIBILIDADES AJUSTADA EN FUNCIÓN DE LA REGRESIÓN LOGÍSTICA	VALOR p	LÍMITE INFERIOR	LÍMITE SUPERIOR	UPPER BOUND
Todas las personas encuestadas	46	51	2	1	97	3	1.081					
Personal médico	52	44	2	1	97	3	502		1,0			
Personal de enfermería	39	58	3	1	96	4	281	0,899	0,6	0,237	0,2	1,4
Profesionales de salud pública	47	51	2	0	98	2	108		1,6	0,56	0,3	7,0
Profesionales paramédicos	42	55	2	1	97	3	132		2,0	0,352	0,5	9,0
Otros	40	60	0	0	100	0	58	0,594	1,0			
Médico (general y de familia)	52	44	2	2	95	5	287					
Médico (cirujano)	50	48	2	0	98	2	50					
Médico (clínico)	50	48	1	1	98	2	142					
Médico (de urgencias)	74	26	0	0	100	0	23	0,399				
Enfermera (comunitaria y de salud pública)	53	46	1	0	99	1	95					
Enfermera (cuidados intensivos)	41	51	5	3	92	8	37					
Enfermera (pacientes ambulatorios)	35	61	3	0	97	3	31					
Enfermera (de sala)	27	68	4	1	95	5	101	0,236				
Categoría de atención: Atención	47	49	2	1	96	4	685					
Categoría de atención: Salud pública	47	51	2	0	98	2	338					
Categoría de atención: Otra	40	60	0	0	100	0	58	0,122				
Sexo: Masculino	48	47	4	2	95	5	257		1,0			
Sexo: Femenino	46	52	2	1	98	2	818	<b>0,011</b>	3,2	<b>0,005</b>	1,4	7,0
Cuartil de edad 1: 21-32	41	55	2	1	96	4	283		1,0			
Cuartil de edad 2: 33-40	45	51	3	1	96	4	264		0,8	0,578	0,3	1,9
Cuartil de edad 3: 41-50	47	51	2	0	98	2	265		2,0	0,215	0,7	6,0
Cuartil de edad 4: 51-87	54	44	1	1	98	2	257	0,295	2,1	0,176	0,7	6,4

## CUADRO P-10. Actitudes: Vacunarme es importantes para la salud de los demás

	TOTALMENTE DE ACUERDO (%)	ESTOY DE ACUERDO (%)	NO ESTOY DE ACUERDO (%)	TOTALMENTE EN DESACUERDO (%)	ESTOY DE ACUERDO O TOTALMENTE DE ACUERDO (%)	NO ESTOY DE ACUERDO O ESTOY TOTALMENTE EN DESACUERDO (%)	N	RAZÓN DE POSIBILIDADES AJUSTADA EN FUNCIÓN DE LA REGRESIÓN LOGÍSTICA	VALOR p	LÍMITE INFERIOR	LÍMITE SUPERIOR	UPPER BOUND
Todas las personas encuestadas	63	35	2	0	98	2	1.143					
Personal médico	74	25	1	0	99	1	513		1,0			
Personal de enfermería	54	44	2	0	98	2	308	0,24	0,3	0,061	0,1	1,1
Profesionales de salud pública	60	39	1	0	99	1	114		0,8	0,875	0,1	7,7
Profesionales paramédicos	55	41	3	1	96	4	144		0,2	<b>0,048</b>	0,1	1,0
Otros	42	53	3	2	95	5	64	<b>0,042</b>	0,2	0,077	0,0	1,2
Médico (general y de familia)	72	27	1	0	99	1	292					
Médico (cirujano)	73	27	0	0	100	0	51					
Médico (clínico)	77	22	1	0	99	1	147					
Médico (de urgencias)	87	13	0	0	100	0	23	0,81				
Enfermera (comunitaria y de salud pública)	67	31	2	0	98	2	99					
Enfermera (cuidados intensivos)	49	49	2	0	98	2	43					
Enfermera (pacientes ambulatorios)	60	37	3	0	97	3	35					
Enfermera (de sala)	43	55	2	0	98	2	112	0,983				
Categoría de atención: Atención	67	32	1	0	99	1	719					
Categoría de atención: Salud pública	60	38	2	0	98	3	360					
Categoría de atención: Otra	42	53	3	2	95	5	64	0,077				
Sexo: Masculino	65	32	3	0	97	3	275		1,0			
Sexo: Femenino	63	36	1	0	99	1	863	<b>0,043</b>	3,1	<b>0,04</b>	1,1	9,2
Cuartil de edad 1: 21-32	62	37	1	0	99	1	297		1,0			
Cuartil de edad 2: 33-40	62	37	1	0	99	1	276		1,2	0,785	0,3	5,7
Cuartil de edad 3: 41-50	61	38	1	0	99	1	282		1,1	0,916	0,3	4,4
Cuartil de edad 4: 51-87	68	30	2	0	98	2	272	0,732	0,7	0,518	0,2	2,4

## CUADRO P-11. Actitudes: La información sobre las vacunas es confiable

	TOTALMENTE DE ACUERDO (%)	ESTOY DE ACUERDO (%)	NO ESTOY DE ACUERDO (%)	TOTALMENTE EN DESACUERDO (%)	ESTOY DE ACUERDO O TOTALMENTE DE ACUERDO (%)	NO ESTOY DE ACUERDO O ESTOY TOTALMENTE EN DESACUERDO (%)	N	RAZÓN DE POSIBILIDADES AJUSTADA EN FUNCIÓN DE LA REGRESIÓN LOGÍSTICA	VALOR p	LÍMITE INFERIOR	LÍMITE SUPERIOR	UPPER BOUND
Todas las personas encuestadas	39	55	4	2	94	6	1.031					
Personal médico	45	49	4	2	94	6	468		1,0			
Personal de enfermería	33	60	5	2	93	7	285	0,573	0,5	0,059	0,3	1,0
Profesionales de salud pública	42	58	0	0	100	0	100		1,0			
Profesionales paramédicos	34	57	8	1	91	9	120		0,7	0,495	0,3	1,7
Otros	26	67	5	2	93	7	58	0,062	1,0	0,988	0,3	3,5
Médico (general y de familia)	46	48	4	3	94	6	267					
Médico (cirujano)	42	53	2	2	95	5	43					
Médico (clínico)	44	50	4	1	94	6	140					
Médico (de urgencias)	56	39	6	0	94	6	18	0,973				
Enfermera (comunitaria y de salud pública)	46	51	3	0	97	3	95					
Enfermera (cuidados intensivos)	21	68	5	5	89	11	38					
Enfermera (pacientes ambulatorios)	23	74	3	0	97	3	35					
Enfermera (de sala)	26	63	9	2	89	11	101	0,107				
Categoría de atención: Atención	40	53	5	2	93	7	656					
Categoría de atención: Salud pública	40	55	4	0	96	4	317					
Categoría de atención: Otra	26	67	5	2	93	7	58	0,318				
Sexo: Masculino	44	46	6	4	90	10	244		1,0			
Sexo: Femenino	38	58	4	1	95	5	781	<b>0,002</b>	2,8	<b>0,001</b>	1,5	5,1
Cuartil de edad 1: 21-32	34	58	6	2	92	8	258		1,0			
Cuartil de edad 2: 33-40	40	54	3	2	95	5	242		1,4	0,375	0,7	2,9
Cuartil de edad 3: 41-50	35	59	4	2	94	6	263		1,4	0,39	0,7	2,8
Cuartil de edad 4: 51-87	48	49	2	1	96	4	254	0,229	2,4	<b>0,036</b>	1,1	5,4

## CUADRO P-12. Actitudes: Hago lo que mi prestador de servicios de salud recomienda sobre las vacunas

	TOTALMENTE DE ACUERDO (%)	ESTOY DE ACUERDO (%)	NO ESTOY DE ACUERDO (%)	TOTALMENTE EN DESACUERDO (%)	ESTOY DE ACUERDO O TOTALMENTE DE ACUERDO (%)	NO ESTOY DE ACUERDO O ESTOY TOTALMENTE EN DESACUERDO (%)	N	RAZÓN DE POSIBILIDADES AJUSTADA EN FUNCIÓN DE LA REGRESIÓN LOGÍSTICA	VALOR p	LÍMITE INFERIOR	LÍMITE SUPERIOR	UPPER BOUND
Todas las personas encuestadas	38	54	7	1	92	8	1.144					
Personal médico	44	50	5	1	94	6	505		1,0			
Personal de enfermería	31	60	8	1	91	9	306	0,086	0,6	<b>0,044</b>	0,3	1,0
Profesionales de salud pública	41	53	6	0	94	6	115		0,9	0,904	0,4	2,2
Profesionales paramédicos	33	54	12	1	87	13	150		0,5	<b>0,033</b>	0,3	0,9
Otros	25	66	9	0	91	9	68	0,071	0,7	0,534	0,3	2,0
Médico (general y de familia)	44	49	5	2	94	6	286					
Médico (cirujano)	32	57	11	0	89	11	53					
Médico (clínico)	47	50	3	0	97	3	144					
Médico (de urgencias)	50	45	0	5	95	5	22	0,216				
Enfermera (comunitaria y de salud pública)	43	52	5	0	95	5	96					
Enfermera (cuidados intensivos)	26	60	12	2	86	14	43					
Enfermera (pacientes ambulatorios)	25	72	3	0	97	3	36					
Enfermera (de sala)	24	65	10	1	89	11	112	0,153				
Categoría de atención: Atención	39	54	6	1	93	7	712					
Categoría de atención: Salud pública	38	53	9	0	91	9	364					
Categoría de atención: Otra	25	66	9	0	91	9	68	0,661				
Sexo: Masculino	39	53	7	1	91	9	279		1,0			
Sexo: Femenino	37	55	7	1	93	7	859	0,532	1,3	0,41	0,7	2,2
Cuartil de edad 1: 21-32	36	58	5	1	94	6	290		1,0			
Cuartil de edad 2: 33-40	33	57	9	1	90	10	275		0,5	0,053	0,3	1,0
Cuartil de edad 3: 41-50	36	56	8	0	92	8	287		0,7	0,305	0,4	1,4
Cuartil de edad 4: 51-87	46	49	5	0	95	5	274	0,105	1,2	0,638	0,6	2,5

**CUADRO P-13. Disposición para vacunarse: Las vacunas nuevas conllevan un riesgo mayor que las vacunas más antiguas**

	TOTALMENTE DE ACUERDO (%)	ESTOY DE ACUERDO (%)	NO ESTOY DE ACUERDO (%)	TOTALMENTE EN DESACUERDO (%)	ESTOY DE ACUERDO O TOTALMENTE DE ACUERDO (%)	NO ESTOY DE ACUERDO O ESTOY TOTALMENTE EN DESACUERDO (%)	N	RAZÓN DE POSIBILIDADES AJUSTADA EN FUNCIÓN DE LA REGRESIÓN LOGÍSTICA	VALOR p	LÍMITE INFERIOR	LÍMITE SUPERIOR	UPPER BOUND
Todas las personas encuestadas	17	38	36	8	56	44	822					
Personal médico	12	36	43	9	48	52	372		1,0			
Personal de enfermería	25	40	29	7	65	35	221	<b>&lt;0,001</b>	2,0	<b>&lt;0,001</b>	1,4	2,8
Profesionales de salud pública	11	34	41	14	45	55	83		0,9	0,822	0,6	1,5
Profesionales paramédicos	21	43	29	7	64	36	103		1,9	<b>0,005</b>	1,2	3,0
Otros	28	47	21	5	74	26	43	<b>&lt;0,001</b>	3,2	<b>0,002</b>	1,5	6,5
Médico (general y de familia)	13	36	44	8	48	52	211					
Médico (cirujano)	15	40	40	5	55	45	40					
Médico (clínico)	10	33	48	10	43	57	103					
Médico (de urgencias)	11	50	17	22	61	39	18	0,364				
Enfermera (comunitaria y de salud pública)	19	30	41	10	49	51	73					
Enfermera (cuidados intensivos)	32	52	13	3	84	16	31					
Enfermera (pacientes ambulatorios)	19	48	33	0	67	33	27					
Enfermera (de sala)	32	38	23	8	70	30	79	<b>0,004</b>				
Categoría de atención: Atención	17	38	37	8	55	45	519					
Categoría de atención: Salud pública	17	37	36	10	54	46	260					
Categoría de atención: Otra	28	47	21	5	74	26	43	<b>0,037</b>				
Sexo: Masculino	18	34	38	11	51	49	205		1,0			
Sexo: Femenino	17	40	36	7	57	43	613	0,132	1,1	0,602	0,8	1,5
Cuartil de edad 1: 21-32	19	40	37	4	59	41	210		1,0			
Cuartil de edad 2: 33-40	16	39	34	11	55	45	199		0,9	0,465	0,6	1,3
Cuartil de edad 3: 41-50	17	34	39	9	52	48	206		0,7	0,155	0,5	1,1
Cuartil de edad 4: 51-87	17	39	35	9	55	45	193	0,604	0,8	0,42	0,6	1,3

**CUADRO P-14. Disposición para vacunarse: Recomendaría una vacuna contra la COVID-19 a amigos y familiares**

	TOTALMENTE DE ACUERDO (%)	ESTOY DE ACUERDO (%)	NO ESTOY DE ACUERDO (%)	TOTALMENTE EN DESACUERDO (%)	ESTOY DE ACUERDO O TOTALMENTE DE ACUERDO (%)	NO ESTOY DE ACUERDO O ESTOY TOTALMENTE EN DESACUERDO (%)	N	RAZÓN DE POSIBILIDADES AJUSTADA EN FUNCIÓN DE LA REGRESIÓN LOGÍSTICA	VALOR p	LÍMITE INFERIOR	LÍMITE SUPERIOR	UPPER BOUND
Todas las personas encuestadas	46	42	7	4	88	12	1 008					
Personal médico	57	35	5	4	92	8	477		1,0			
Personal de enfermería	32	54	8	5	87	13	254	<b>0,033</b>	0,4	<b>0,001</b>	0,2	0,7
Profesionales de salud pública	54	40	4	1	95	5	94		1,3	0,547	0,5	3,6
Profesionales paramédicos	36	43	17	4	79	21	127		0,3	<b>&lt;0,001</b>	0,2	0,6
Otros	27	54	11	9	80	20	56	<b>&lt;0,001</b>	0,4	<b>0,022</b>	0,2	0,9
Médico (general y de familia)	52	37	6	5	89	11	268					
Médico (cirujano)	63	31	4	2	94	6	48					
Médico (clínico)	65	31	3	1	96	4	140					
Médico (de urgencias)	57	33	5	5	90	10	21	0,142				
Enfermera (comunitaria y de salud pública)	40	54	4	2	94	6	85					
Enfermera (cuidados intensivos)	18	56	18	9	74	26	34					
Enfermera (pacientes ambulatorios)	31	53	13	3	84	16	32					
Enfermera (de sala)	32	52	9	7	84	16	87	<b>0,023</b>				
Categoría de atención: Atención	50	40	6	5	89	11	643					
Categoría de atención: Salud pública	42	46	9	3	88	12	309					
Categoría de atención: Otra	27	54	11	9	80	20	56	0,132				
Sexo: Masculino	50	35	8	6	86	14	256		1,0			
Sexo: Femenino	45	45	7	3	89	11	746	0,096	1,8	<b>0,011</b>	1,1	2,9
Cuartil de edad 1: 21-32	40	44	9	7	84	16	246		1,0			
Cuartil de edad 2: 33-40	44	44	8	4	87	13	236		1,3	0,329	0,8	2,2
Cuartil de edad 3: 41-50	44	46	8	2	90	10	255		1,9	<b>0,023</b>	1,1	3,3
Cuartil de edad 4: 51-87	58	36	4	2	94	6	253	<b>0,006</b>	3,1	<b>&lt;0,001</b>	1,6	5,7

## CUADRO P-15. Disposición para vacunarse: Me preocupan los efectos adversos graves de las vacunas

	TOTALMENTE DE ACUERDO (%)	ESTOY DE ACUERDO (%)	NO ESTOY DE ACUERDO (%)	TOTALMENTE EN DESACUERDO (%)	ESTOY DE ACUERDO O TOTALMENTE DE ACUERDO (%)	NO ESTOY DE ACUERDO O ESTOY TOTALMENTE EN DESACUERDO (%)	N	RAZÓN DE POSIBILIDADES AJUSTADA EN FUNCIÓN DE LA REGRESIÓN LOGÍSTICA	VALOR p	LÍMITE INFERIOR	LÍMITE SUPERIOR	UPPER BOUND
Todas las personas encuestadas	25	53	19	3	77	23	1 129					
Personal médico	18	55	23	5	73	27	494		1,0			
Personal de enfermería	35	48	16	2	82	18	306	<b>0,002</b>	1,9	<0,001	1,3	2,8
Profesionales de salud pública	26	48	23	4	74	26	111		1,1	0,587	0,7	1,8
Profesionales paramédicos	25	57	15	3	82	18	150		1,7	<b>0,022</b>	1,1	2,7
Otros	29	56	13	1	85	15	68	<b>0,004</b>	2,2	<b>0,03</b>	1,1	4,4
Médico (general y de familia)	17	54	24	4	72	28	281					
Médico (cirujano)	32	46	22	0	78	22	50					
Médico (clínico)	15	59	21	5	74	26	140					
Médico (de urgencias)	13	57	13	17	70	30	23	0,785				
Enfermera (comunitaria y de salud pública)	27	51	20	2	78	22	95					
Enfermera (cuidados intensivos)	49	38	13	0	87	13	45					
Enfermera (pacientes ambulatorios)	31	51	17	0	83	17	35					
Enfermera (de sala)	37	46	15	3	82	18	114	0,629				
Categoría de atención: Atención	24	52	20	4	76	24	702					
Categoría de atención: Salud pública	26	52	19	3	79	21	359					
Categoría de atención: Otra	29	56	13	1	85	15	68	0,182				
Sexo: Masculino	24	53	17	6	77	23	270		1,0			
Sexo: Femenino	25	53	20	2	78	22	853	0,845	0,9	0,433	0,6	1,2
Cuartil de edad 1: 21-32	28	53	17	2	81	19	295		1,0			
Cuartil de edad 2: 33-40	24	53	20	3	76	24	267		0,8	0,196	0,5	1,1
Cuartil de edad 3: 41-50	23	54	21	3	76	24	280		0,7	0,131	0,5	1,1
Cuartil de edad 4: 51-87	24	50	20	5	75	25	271	0,293	0,7	<b>0,041</b>	0,4	1,0

## CUADRO P-16. COVID-19: Una vacuna contra la COVID-19 me protegerá de un caso grave de COVID-19

	TOTALMENTE DE ACUERDO (%)	ESTOY DE ACUERDO (%)	NO ESTOY DE ACUERDO (%)	TOTALMENTE EN DESACUERDO (%)	ESTOY DE ACUERDO O TOTALMENTE DE ACUERDO (%)	NO ESTOY DE ACUERDO O ESTOY TOTALMENTE EN DESACUERDO (%)	N	RAZÓN DE POSIBILIDADES AJUSTADA EN FUNCIÓN DE LA REGRESIÓN LOGÍSTICA	VALOR p	LÍMITE INFERIOR	LÍMITE SUPERIOR	UPPER BOUND
Todas las personas encuestadas	49	43	6	3	92	8	909					
Personal médico	57	39	2	1	96	4	446		1,0			
Personal de enfermería	39	46	10	5	85	15	221	<0,001	0,2	<0,001	0,1	0,3
Profesionales de salud pública	49	48	2	1	97	3	86		0,9	0,878	0,3	3,2
Profesionales paramédicos	36	46	15	3	82	18	111		0,2	<0,001	0,1	0,4
Otros	38	56	2	4	93	7	45	<0,001	0,7	0,66	0,2	3,2
Médico (general y de familia)	53	41	4	2	94	6	248					
Médico (cirujano)	61	35	2	2	96	4	46					
Médico (clínico)	65	35	0	0	100	0	133					
Médico (de urgencias)	47	53	0	0	100	0	19	<b>0,024</b>				
Enfermera (comunitaria y de salud pública)	53	42	4	1	95	5	74					
Enfermera (cuidados intensivos)	13	52	19	16	65	35	31					
Enfermera (pacientes ambulatorios)	45	48	7	0	93	7	29					
Enfermera (de sala)	34	45	13	8	79	21	77	<0,001				
Categoría de atención: Atención	51	41	5	3	92	8	591					
Categoría de atención: Salud pública	45	45	8	2	90	10	273					
Categoría de atención: Otra	38	56	2	4	93	7	45	0,533				
Sexo: Masculino	51	41	5	3	92	8	231		1,0			
Sexo: Femenino	48	44	6	3	92	8	673	0,747	1,4	0,281	0,8	2,7
Cuartil de edad 1: 21-32	41	45	11	3	86	14	222		1,0			
Cuartil de edad 2: 33-40	52	42	4	2	93	7	213		2,2	<b>0,02</b>	1,1	4,4
Cuartil de edad 3: 41-50	43	50	4	4	92	8	224		2,3	<b>0,01</b>	1,2	4,5
Cuartil de edad 4: 51-87	59	37	3	1	96	4	237	<b>0,001</b>	4,3	<0,001	2,0	9,2

## CUADRO P-17. Confío en el proceso de aprobación científica de la vacuna contra la COVID-19

	TOTALMENTE DE ACUERDO (%)	ESTOY DE ACUERDO (%)	NO ESTOY DE ACUERDO (%)	TOTALMENTE EN DESACUERDO (%)	ESTOY DE ACUERDO O TOTALMENTE DE ACUERDO (%)	NO ESTOY DE ACUERDO O ESTOY TOTALMENTE EN DESACUERDO (%)	N	RAZÓN DE POSIBILIDADES AJUSTADA EN FUNCIÓN DE LA REGRESIÓN LOGÍSTICA	VALOR p	LÍMITE INFERIOR	LÍMITE SUPERIOR	UPPER BOUND
Todas las personas encuestadas	28	54	13	4	83	17	892					
Personal médico	35	52	9	4	88	12	435		1,0			
Personal de enfermería	18	58	17	6	76	24	206	<0,001	0,4	<0,001	0,3	0,6
Profesionales de salud pública	36	56	7	1	92	8	84		1,4	0,464	0,6	3,2
Profesionales paramédicos	17	55	25	4	72	28	113		0,4	<0,001	0,2	0,7
Otros	22	50	24	4	72	28	54	<0,001	0,4	0,007	0,2	0,8
Médico (general y de familia)	34	53	8	6	86	14	240					
Médico (cirujano)	40	44	13	2	84	16	45					
Médico (clínico)	38	55	6	1	93	7	130					
Médico (de urgencias)	30	50	20	0	80	20	20	0,137				
Enfermera (comunitaria y de salud pública)	29	58	12	0	88	12	65					
Enfermera (cuidados intensivos)	4	65	15	15	69	31	26					
Enfermera (pacientes ambulatorios)	10	73	13	3	83	17	30					
Enfermera (de sala)	16	49	24	11	65	35	75	0,011				
Categoría de atención: Atención	30	54	11	5	84	16	573					
Categoría de atención: Salud pública	26	56	16	2	82	18	265					
Categoría de atención: Otra	22	50	24	4	72	28	54	0,097				
Sexo: Masculino	38	46	10	5	84	16	237		1,0			
Sexo: Femenino	25	57	15	4	82	18	649	0,373	1,1	0,662	0,7	1,7
Cuartil de edad 1: 21-32	21	56	17	6	77	23	210		1,0			
Cuartil de edad 2: 33-40	29	50	15	5	79	21	222		1,1	0,571	0,7	1,8
Cuartil de edad 3: 41-50	22	61	16	2	82	18	228		1,5	0,098	0,9	2,4
Cuartil de edad 4: 51-87	40	52	5	3	92	8	220	<0,001	3,7	<0,001	2,0	6,8

## CUADRO P-18. COVID-19: Estaría dispuesto a participar en un ensayo de una vacuna contra la COVID-19

	TOTALMENTE DE ACUERDO (%)	ESTOY DE ACUERDO (%)	NO ESTOY DE ACUERDO (%)	TOTALMENTE EN DESACUERDO (%)	ESTOY DE ACUERDO O TOTALMENTE DE ACUERDO (%)	NO ESTOY DE ACUERDO O ESTOY TOTALMENTE EN DESACUERDO (%)	N	RAZÓN DE POSIBILIDADES AJUSTADA EN FUNCIÓN DE LA REGRESIÓN LOGÍSTICA	VALOR p	LÍMITE INFERIOR	LÍMITE SUPERIOR	UPPER BOUND
Todas las personas encuestadas	14	27	36	23	41	59	815					
Personal médico	17	35	30	17	53	47	374		1,0			
Personal de enfermería	8	16	43	32	24	76	201	<0,001	0,4	<0,001	0,2	0,5
Profesionales de salud pública	17	29	35	19	46	54	69		0,8	0,325	0,4	1,3
Profesionales paramédicos	11	19	43	27	30	70	120		0,4	<0,001	0,2	0,6
Otros	10	29	31	29	39	61	51	<0,001	0,5	0,058	0,3	1,0
Médico (general y de familia)	17	35	30	19	52	48	210					
Médico (cirujano)	11	42	29	18	53	47	45					
Médico (clínico)	18	34	34	14	52	48	102					
Médico (de urgencias)	35	29	12	24	65	35	17	0,785				
Enfermera (comunitaria y de salud pública)	6	18	51	25	24	76	51					
Enfermera (cuidados intensivos)	3	14	40	43	17	83	35					
Enfermera (pacientes ambulatorios)	9	26	39	26	35	65	23					
Enfermera (de sala)	13	14	43	31	26	74	80	0,483				
Categoría de atención: Atención	15	30	33	22	45	55	521					
Categoría de atención: Salud pública	12	21	43	24	33	67	243					
Categoría de atención: Otra	10	29	31	29	39	61	51	0,007				
Sexo: Masculino	23	38	23	17	60	40	208		1,0			
Sexo: Femenino	11	24	41	25	34	66	600	<0,001	0,4	<0,001	0,3	0,6
Cuartil de edad 1: 21-32	11	24	39	26	34	66	219		1,0			
Cuartil de edad 2: 33-40	12	33	33	23	44	56	199		1,5	0,05	1,0	2,3
Cuartil de edad 3: 41-50	17	28	35	20	45	55	191		1,6	0,035	1,0	2,4
Cuartil de edad 4: 51-87	17	26	36	22	42	58	192	0,096	1,3	0,237	0,8	2,0

## CUADRO P-19. Vacuna contra la COVID-19: Tengo la intención de vacunarme cuanto antes

	TOTALMENTE DE ACUERDO (%)	ESTOY DE ACUERDO (%)	NO ESTOY DE ACUERDO (%)	TOTALMENTE EN DESACUERDO (%)	ESTOY DE ACUERDO O TOTALMENTE DE ACUERDO (%)	NO ESTOY DE ACUERDO O ESTOY TOTALMENTE EN DESACUERDO (%)	N	RAZÓN DE POSIBILIDADES AJUSTADA EN FUNCIÓN DE LA REGRESIÓN LOGÍSTICA	VALOR p	LÍMITE INFERIOR	LÍMITE SUPERIOR	UPPER BOUND
Todas las personas encuestadas	39	38	16	7	77	23	848					
Personal médico	49	37	11	4	85	15	415		1,0			
Personal de enfermería	26	40	22	12	66	34	187	<0,001	0,3	<0,001	0,2	0,5
Profesionales de salud pública	39	38	18	6	77	23	90		0,5	0,014	0,3	0,9
Profesionales paramédicos	33	29	27	12	62	38	104		0,3	<0,001	0,2	0,5
Otros	17	58	15	10	75	25	52	<0,001	0,5	0,089	0,3	1,1
Médico (general y de familia)	46	35	14	5	81	19	237					
Médico (cirujano)	46	37	15	2	83	17	46					
Médico (clínico)	57	38	3	3	95	5	114					
Médico (de urgencias)	44	44	6	6	89	11	18	0,007				
Enfermera (comunitaria y de salud pública)	23	50	22	5	73	27	60					
Enfermera (cuidados intensivos)	17	34	28	21	52	48	29					
Enfermera (pacientes ambulatorios)	30	48	17	4	78	22	23					
Enfermera (de sala)	29	32	23	17	61	39	66	0,092				
Categoría de atención: Atención	44	36	13	7	80	20	541					
Categoría de atención: Salud pública	33	37	22	8	70	30	255					
Categoría de atención: Otra	17	58	15	10	75	25	52	0,006				
Sexo: Masculino	45	36	12	7	81	19	239		1,0			
Sexo: Femenino	37	38	18	7	75	25	602	0,053	0,9	0,731	0,6	1,4
Cuartil de edad 1: 21-32	33	31	23	13	64	36	208		1,0			
Cuartil de edad 2: 33-40	37	39	17	7	76	24	204		1,9	0,007	1,2	2,9
Cuartil de edad 3: 41-50	37	44	14	4	82	18	207		2,8	<0,001	1,7	4,5
Cuartil de edad 4: 51-87	49	36	11	4	85	15	215	<0,001	3,5	<0,001	2,1	5,6

## CUADRO P-20. Vacuna contra la COVID-19: Tengo la intención de esperar para ver cómo afecta a los demás antes de vacunarme

	TOTALMENTE DE ACUERDO (%)	ESTOY DE ACUERDO (%)	NO ESTOY DE ACUERDO (%)	TOTALMENTE EN DESACUERDO (%)	ESTOY DE ACUERDO O TOTALMENTE DE ACUERDO (%)	NO ESTOY DE ACUERDO O ESTOY TOTALMENTE EN DESACUERDO (%)	N	RAZÓN DE POSIBILIDADES AJUSTADA EN FUNCIÓN DE LA REGRESIÓN LOGÍSTICA	VALOR p	LÍMITE INFERIOR	LÍMITE SUPERIOR	UPPER BOUND
Todas las personas encuestadas	13	34	39	14	47	53	1 008					
Personal médico	9	27	45	19	36	64	452		1,0			
Personal de enfermería	18	42	29	11	60	40	259	<0,001	3,1	<0,001	2,2	4,3
Profesionales de salud pública	10	29	47	14	39	61	98		1,3	0,241	0,8	2,1
Profesionales paramédicos	20	39	32	9	59	41	137		2,7	<0,001	1,8	4,1
Otros	18	40	37	5	58	42	62	<0,001	2,6	<0,001	1,5	4,5
Médico (general y de familia)	10	32	44	13	42	58	252					
Médico (cirujano)	15	21	50	15	35	65	48					
Médico (clínico)	5	21	46	29	25	75	131					
Médico (de urgencias)	14	19	38	29	33	67	21	0,013				
Enfermera (comunitaria y de salud pública)	6	39	44	10	46	54	79					
Enfermera (cuidados intensivos)	29	53	5	13	82	18	38					
Enfermera (pacientes ambulatorios)	14	43	36	7	57	43	28					
Enfermera (de sala)	22	44	22	13	65	35	101	0,001				
Categoría de atención: Atención	13	32	39	17	45	55	629					
Categoría de atención: Salud pública	14	36	39	11	50	50	317					
Categoría de atención: Otra	18	40	37	5	58	42	62	0,06				
Sexo: Masculino	13	28	42	18	41	59	249		1,0			
Sexo: Femenino	14	36	38	13	49	51	754	0,018	1,0	0,805	0,8	1,4
Cuartil de edad 1: 21-32	19	42	30	9	61	39	251		1,0			
Cuartil de edad 2: 33-40	12	37	40	11	49	51	243		0,6	0,011	0,4	0,9
Cuartil de edad 3: 41-50	13	29	42	16	42	58	249		0,4	<0,001	0,3	0,6
Cuartil de edad 4: 51-87	10	25	44	21	35	65	251	<0,001	0,3	<0,001	0,2	0,5

## CUADRO P-21. Vacuna contra la COVID-19: No tengo la intención de vacunarme pronto, pero podría hacerlo más adelante

	TOTALMENTE DE ACUERDO (%)	ESTOY DE ACUERDO (%)	NO ESTOY DE ACUERDO (%)	TOTALMENTE EN DESACUERDO (%)	ESTOY DE ACUERDO O TOTALMENTE DE ACUERDO (%)	NO ESTOY DE ACUERDO O ESTOY TOTALMENTE EN DESACUERDO (%)	N	RAZÓN DE POSIBILIDADES AJUSTADA EN FUNCIÓN DE LA REGRESIÓN LOGÍSTICA	VALOR p	LÍMITE INFERIOR	LÍMITE SUPERIOR	UPPER BOUND
Todas las personas encuestadas	8	31	35	27	39	61	996					
Personal médico	7	22	36	35	29	71	456		1,0			
Personal de enfermería	9	43	30	19	52	48	254	<0,001	2,7	<0,001	1,9	3,8
Profesionales de salud pública	7	23	46	24	30	70	96		1,1	0,598	0,7	1,9
Profesionales paramédicos	14	37	31	18	51	49	131		2,6	<0,001	1,7	3,9
Otros	7	41	36	17	47	53	59	<0,001	2,2	0,005	1,3	3,9
Médico (general y de familia)	7	25	36	32	32	68	252					
Médico (cirujano)	6	25	39	29	31	69	51					
Médico (clínico)	7	15	35	43	22	78	130					
Médico (de urgencias)	4	17	35	43	22	78	23	0,189				
Enfermera (comunitaria y de salud pública)	4	38	34	25	41	59	80					
Enfermera (cuidados intensivos)	24	43	14	19	68	32	37					
Enfermera (pacientes ambulatorios)	0	43	43	13	43	57	30					
Enfermera (de sala)	13	44	29	14	57	43	95	0,028				
Categoría de atención: Atención	8	28	34	30	36	64	627					
Categoría de atención: Salud pública	9	34	36	22	43	57	310					
Categoría de atención: Otra	7	41	36	17	47	53	59	0,064				
Sexo: Masculino	9	23	37	31	32	68	244		1,0			
Sexo: Femenino	8	33	34	25	41	59	747	0,007	1,2	0,273	0,9	1,7
Cuartil de edad 1: 21-32	9	38	31	22	47	53	255		1,0			
Cuartil de edad 2: 33-40	9	29	39	23	37	63	241		0,7	0,052	0,5	1,0
Cuartil de edad 3: 41-50	9	31	35	25	40	60	251		0,7	0,072	0,5	1,0
Cuartil de edad 4: 51-87	6	24	32	37	31	69	236	0,002	0,5	<0,001	0,3	0,7

## CUADRO P-22. Vacuna contra la COVID-19: No tengo la intención de vacunarme

	TOTALMENTE DE ACUERDO (%)	ESTOY DE ACUERDO (%)	NO ESTOY DE ACUERDO (%)	TOTALMENTE EN DESACUERDO (%)	ESTOY DE ACUERDO O TOTALMENTE DE ACUERDO (%)	NO ESTOY DE ACUERDO O ESTOY TOTALMENTE EN DESACUERDO (%)	N	RAZÓN DE POSIBILIDADES AJUSTADA EN FUNCIÓN DE LA REGRESIÓN LOGÍSTICA	VALOR p	LÍMITE INFERIOR	LÍMITE SUPERIOR	UPPER BOUND
Todas las personas encuestadas	2	2	37	59	4	96	965					
Personal médico	2	3	28	68	4	96	463		1,0			
Personal de enfermería	3	2	51	45	4	96	228	0,968	2,0	0,133	0,8	4,8
Profesionales de salud pública	1	2	32	65	3	97	96		0,9	0,856	0,3	3,2
Profesionales paramédicos	2	2	43	54	3	97	126		0,4	0,285	0,1	2,0
Otros	2	0	52	46	2	98	52	0,875	0,6	0,592	0,1	4,4
Médico (general y de familia)	1	5	33	61	6	94	257					
Médico (cirujano)	4	0	23	72	4	96	47					
Médico (clínico)	1	1	21	77	2	98	136					
Médico (de urgencias)	0	0	22	78	0	100	23	0,268				
Enfermera (comunitaria y de salud pública)	1	0	43	56	1	99	75					
Enfermera (cuidados intensivos)	10	0	53	37	10	90	30					
Enfermera (pacientes ambulatorios)	0	7	44	48	7	93	27					
Enfermera (de sala)	2	2	60	35	5	95	85	0,231				
Categoría de atención: Atención	2	3	34	61	5	95	613					
Categoría de atención: Salud pública	1	1	40	58	3	97	300					
Categoría de atención: Otra	2	0	52	46	2	98	52	0,239				
Sexo: Masculino	3	5	28	65	3	92	236		1,0			
Sexo: Femenino	2	1	40	57	3	97	725	<0,001	0,2	<0,001	0,1	0,5
Cuartil de edad 1: 21-32	2	3	36	60	4	96	238		1,0			
Cuartil de edad 2: 33-40	1	2	41	56	3	97	236		0,7	0,536	0,3	2,0
Cuartil de edad 3: 41-50	1	2	44	52	4	96	247		0,7	0,426	0,3	1,8
Cuartil de edad 4: 51-87	2	2	27	69	4	96	232	0,908	0,8	0,561	0,3	1,9

## CUADRO P-23. Razones: Estoy seguro de que pronto habrá otros tratamientos eficaces

	TOTALMENTE DE ACUERDO (%)	ESTOY DE ACUERDO (%)	NO ESTOY DE ACUERDO (%)	TOTALMENTE EN DESACUERDO (%)	ESTOY DE ACUERDO O TOTALMENTE DE ACUERDO (%)	NO ESTOY DE ACUERDO O ESTOY TOTALMENTE EN DESACUERDO (%)	N	RAZÓN DE POSIBILIDADES AJUSTADA EN FUNCIÓN DE LA REGRESIÓN LOGÍSTICA	VALOR p	LÍMITE INFERIOR	LÍMITE SUPERIOR	UPPER BOUND
Todas las personas encuestadas	21	64	11	3	85	15	682					
Personal médico	17	65	15	3	82	18	298		1,0			
Personal de enfermería	24	64	9	3	88	12	178	0,116	1,8	<b>0,044</b>	1,0	3,2
Profesionales de salud pública	28	58	10	4	86	14	69		1,3	0,441	0,6	2,8
Profesionales paramédicos	27	63	9	1	90	10	90		2,0	0,069	0,9	4,3
Otros	15	72	6	6	87	13	47	0,311	1,5	0,411	0,6	3,7
Médico (general y de familia)	20	64	14	2	84	16	174					
Médico (cirujano)	18	68	15	0	85	15	34					
Médico (clínico)	13	71	12	4	84	16	76					
Médico (de urgencias)	7	36	43	14	43	57	14	<b>0,001</b>				
Enfermera (comunitaria y de salud pública)	24	65	8	4	88	12	51					
Enfermera (cuidados intensivos)	25	64	11	0	89	11	28					
Enfermera (pacientes ambulatorios)	25	61	14	0	86	14	28					
Enfermera (de sala)	21	65	8	6	86	14	63	0,954				
Categoría de atención: Atención	19	64	13	3	84	16	424					
Categoría de atención: Salud pública	26	62	9	3	88	12	211					
Categoría de atención: Otra	15	72	6	6	87	13	47	0,309				
Sexo: Masculino	26	61	11	2	87	13	179		1,0			
Sexo: Femenino	19	66	12	4	85	15	499	0,439	0,7	0,157	0,4	1,2
Cuartil de edad 1: 21-32	23	62	13	2	85	15	179		1,0			
Cuartil de edad 2: 33-40	21	67	9	3	88	12	154		1,3	0,465	0,7	2,4
Cuartil de edad 3: 41-50	19	65	13	4	84	16	170		0,8	0,59	0,5	1,5
Cuartil de edad 4: 51-87	20	64	11	4	85	15	168	0,759	0,9	0,778	0,5	1,7

## CUADRO P-24. Razones: Todavía no sé lo suficiente sobre la vacuna para tomar una decisión

	TOTALMENTE DE ACUERDO (%)	ESTOY DE ACUERDO (%)	NO ESTOY DE ACUERDO (%)	TOTALMENTE EN DESACUERDO (%)	ESTOY DE ACUERDO O TOTALMENTE DE ACUERDO (%)	NO ESTOY DE ACUERDO O ESTOY TOTALMENTE EN DESACUERDO (%)	N	RAZÓN DE POSIBILIDADES AJUSTADA EN FUNCIÓN DE LA REGRESIÓN LOGÍSTICA	VALOR p	LÍMITE INFERIOR	LÍMITE SUPERIOR	UPPER BOUND
Todas las personas encuestadas	9	22	47	23	30	70	1 039					
Personal médico	6	14	51	29	20	80	478		1,0			
Personal de enfermería	13	32	40	15	45	55	263	<b>&lt;0,001</b>	3,8	<b>&lt;0,001</b>	2,7	5,5
Profesionales de salud pública	8	13	54	25	22	78	97		1,3	0,394	0,7	2,2
Profesionales paramédicos	12	30	38	20	43	57	138		3,2	<b>&lt;0,001</b>	2,1	4,9
Otros	6	29	59	6	35	65	63	<b>&lt;0,001</b>	2,2	<b>0,008</b>	1,2	4,0
Médico (general y de familia)	6	18	52	24	25	75	267					
Médico (cirujano)	12	12	44	33	23	77	52					
Médico (clínico)	3	6	52	39	9	91	136					
Médico (de urgencias)	0	17	52	30	17	83	23	<b>0,002</b>				
Enfermera (comunitaria y de salud pública)	4	31	45	20	35	65	83					
Enfermera (cuidados intensivos)	24	37	29	11	61	39	38					
Enfermera (pacientes ambulatorios)	6	15	67	12	21	79	33					
Enfermera (de sala)	17	39	31	14	55	45	96	<b>&lt;0,001</b>				
Categoría de atención: Atención	9	19	47	25	28	72	657					
Categoría de atención: Salud pública	9	25	45	21	34	66	319					
Categoría de atención: Otra	6	29	59	6	35	65	63	0,092				
Sexo: Masculino	8	20	45	28	28	72	250		1,0			
Sexo: Femenino	9	22	48	21	31	69	782	0,315	0,8	0,187	0,6	1,1
Cuartil de edad 1: 21-32	10	28	45	16	39	61	267		1,0			
Cuartil de edad 2: 33-40	9	20	51	19	29	71	248		0,7	0,057	0,5	1,0
Cuartil de edad 3: 41-50	10	20	49	22	30	70	261		0,6	<b>0,007</b>	0,4	0,9
Cuartil de edad 4: 51-87	4	18	45	33	22	78	246	<b>&lt;0,001</b>	0,4	<b>&lt;0,001</b>	0,3	0,6

## CUADRO P-25. Razones: Quiero adquirir inmunidad natural al virus que causa la COVID-19

	TOTALMENTE DE ACUERDO (%)	ESTOY DE ACUERDO (%)	NO ESTOY DE ACUERDO (%)	TOTALMENTE EN DESACUERDO (%)	ESTOY DE ACUERDO O TOTALMENTE DE ACUERDO (%)	NO ESTOY DE ACUERDO O ESTOY TOTALMENTE EN DESACUERDO (%)	N	RAZÓN DE POSIBILIDADES AJUSTADA EN FUNCIÓN DE LA REGRESIÓN LOGÍSTICA	VALOR p	LÍMITE INFERIOR	LÍMITE SUPERIOR	UPPER BOUND
Todas las personas encuestadas	9	20	36	35	29	71	964					
Personal médico	6	12	34	47	19	81	466		1,0			
Personal de enfermería	9	32	41	17	42	58	238	<0,001	3,5	<0,001	2,4	5,1
Profesionales de salud pública	10	19	38	33	29	71	90		1,9	0,017	1,1	3,2
Profesionales paramédicos	16	23	32	28	39	61	117		2,8	<0,001	1,8	4,4
Otros	9	30	38	23	40	60	53	<0,001	2,9	<0,001	1,6	5,3
Médico (general y de familia)	6	16	37	40	22	78	262					
Médico (cirujano)	10	14	31	45	24	76	49					
Médico (clínico)	6	5	30	59	11	89	132					
Médico (de urgencias)	0	13	35	52	13	87	23	0,042				
Enfermera (comunitaria y de salud pública)	5	24	51	20	29	71	80					
Enfermera (cuidados intensivos)	17	36	33	14	53	47	36					
Enfermera (pacientes ambulatorios)	17	31	28	24	48	52	29					
Enfermera (de sala)	6	39	39	15	46	54	79	0,04				
Categoría de atención: Atención	8	19	35	39	26	74	621					
Categoría de atención: Salud pública	11	22	40	27	33	67	290					
Categoría de atención: Otra	9	30	38	23	40	60	53	0,023				
Sexo: Masculino	12	16	34	38	28	72	246		1,0			
Sexo: Femenino	8	22	37	33	29	71	711	0,844	0,7	0,079	0,5	1,0
Cuartil de edad 1: 21-32	8	20	36	35	29	71	249		1,0			
Cuartil de edad 2: 33-40	7	21	40	33	27	73	219		0,9	0,783	0,6	1,4
Cuartil de edad 3: 41-50	11	21	37	32	32	68	240		1,0	0,896	0,6	1,5
Cuartil de edad 4: 51-87	7	19	34	40	26	74	242	0,561	0,8	0,214	0,5	1,2

## CUADRO P-26. Razones: El desarrollo de la vacuna posiblemente haya sido apresurado o la vacuna posiblemente no haya sido probada a fondo

	TOTALMENTE DE ACUERDO (%)	ESTOY DE ACUERDO (%)	NO ESTOY DE ACUERDO (%)	TOTALMENTE EN DESACUERDO (%)	ESTOY DE ACUERDO O TOTALMENTE DE ACUERDO (%)	NO ESTOY DE ACUERDO O ESTOY TOTALMENTE EN DESACUERDO (%)	N	RAZÓN DE POSIBILIDADES AJUSTADA EN FUNCIÓN DE LA REGRESIÓN LOGÍSTICA	VALOR p	LÍMITE INFERIOR	LÍMITE SUPERIOR	UPPER BOUND
Todas las personas encuestadas	14	33	37	16	47	53	916					
Personal médico	9	29	42	20	38	62	421		1,0			
Personal de enfermería	23	38	28	12	60	40	229	<0,001	2,7	<0,001	1,9	3,8
Profesionales de salud pública	8	26	46	21	34	66	92		0,9	0,749	0,6	1,5
Profesionales paramédicos	22	43	28	8	65	35	120		3,0	<0,001	2,0	4,7
Otros	11	41	43	6	52	48	54	<0,001	1,8	0,054	1,0	3,2
Médico (general y de familia)	12	31	40	17	43	57	234					
Médico (cirujano)	9	36	44	11	44	56	45					
Médico (clínico)	5	21	46	29	26	74	125					
Médico (de urgencias)	6	35	29	29	41	59	17	0,01				
Enfermera (comunitaria y de salud pública)	8	34	36	22	42	58	74					
Enfermera (cuidados intensivos)	39	36	17	8	75	25	36					
Enfermera (pacientes ambulatorios)	16	36	32	16	52	48	25					
Enfermera (de sala)	33	40	22	5	73	27	82	<0,001				
Categoría de atención: Atención	15	31	37	17	46	54	573					
Categoría de atención: Salud pública	13	36	36	15	49	51	289					
Categoría de atención: Otra	11	41	43	6	52	48	54	0,554				
Sexo: Masculino	14	29	36	20	43	57	233		1,0			
Sexo: Femenino	14	35	37	14	49	51	678	0,16	0,9	0,665	0,7	1,3
Cuartil de edad 1: 21-32	17	39	32	12	56	44	234		1,0			
Cuartil de edad 2: 33-40	11	34	42	13	45	55	211		0,7	0,049	0,5	1,0
Cuartil de edad 3: 41-50	15	31	40	13	47	53	233		0,6	0,023	0,4	0,9
Cuartil de edad 4: 51-87	12	28	35	25	40	60	225	0,003	0,5	<0,001	0,3	0,7

## CUADRO P-27. Razones: Creo que las vacunas pueden causar la enfermedad

	TOTALMENTE DE ACUERDO (%)	ESTOY DE ACUERDO (%)	NO ESTOY DE ACUERDO (%)	TOTALMENTE EN DESACUERDO (%)	ESTOY DE ACUERDO O TOTALMENTE DE ACUERDO (%)	NO ESTOY DE ACUERDO O ESTOY TOTALMENTE EN DESACUERDO (%)	N	RAZÓN DE POSIBILIDADES AJUSTADA EN FUNCIÓN DE LA REGRESIÓN LOGÍSTICA	VALOR p	LÍMITE INFERIOR	LÍMITE SUPERIOR	UPPER BOUND
Todas las personas encuestadas	5	15	42	37	21	79	955					
Personal médico	4	11	40	44	15	85	469		1,0			
Personal de enfermería	8	25	43	25	33	67	236	<0,001	3,0	<0,001	2,0	4,5
Profesionales de salud pública	2	12	39	47	14	86	90		1,0	0,921	0,5	1,8
Profesionales paramédicos	7	17	44	32	24	76	112		1,7	0,041	1,0	2,9
Otros	4	17	52	27	21	79	48	<0,001	1,4	0,38	0,7	3,1
Médico (general y de familia)	5	10	43	41	16	84	264					
Médico (cirujano)	8	16	37	39	24	76	49					
Médico (clínico)	2	11	35	51	14	86	133					
Médico (de urgencias)	0	4	43	52	4	96	23	0,131				
Enfermera (comunitaria y de salud pública)	6	16	44	34	22	78	82					
Enfermera (cuidados intensivos)	18	25	39	18	43	57	28					
Enfermera (pacientes ambulatorios)	0	25	46	29	25	75	28					
Enfermera (de sala)	10	32	43	15	43	57	87	0,017				
Categoría de atención: Atención	6	15	41	38	21	79	621					
Categoría de atención: Salud pública	5	15	43	37	20	80	286					
Categoría de atención: Otra	4	17	52	27	21	79	48	0,961				
Sexo: Masculino	6	15	37	42	21	79	242		1,0			
Sexo: Femenino	5	15	43	36	21	79	707	0,926	0,7	0,077	0,5	1,0
Cuartil de edad 1: 21-32	7	13	43	36	21	79	245		1,0			
Cuartil de edad 2: 33-40	4	15	46	36	18	82	228		0,9	0,804	0,6	1,5
Cuartil de edad 3: 41-50	5	16	42	37	21	79	226		1,0	0,95	0,6	1,6
Cuartil de edad 4: 51-87	6	16	36	42	22	78	242	0,82	1,0	0,904	0,7	1,6

## CUADRO P-29. Formadores de opinión: La velocidad a la cual se investigó y se obtuvo la vacuna

	TOTALMENTE DE ACUERDO (%)	ESTOY DE ACUERDO (%)	NO ESTOY DE ACUERDO (%)	TOTALMENTE EN DESACUERDO (%)	ESTOY DE ACUERDO O TOTALMENTE DE ACUERDO (%)	NO ESTOY DE ACUERDO O ESTOY TOTALMENTE EN DESACUERDO (%)	N	RAZÓN DE POSIBILIDADES AJUSTADA EN FUNCIÓN DE LA REGRESIÓN LOGÍSTICA	VALOR p	LÍMITE INFERIOR	LÍMITE SUPERIOR	UPPER BOUND
Todas las personas encuestadas	15	47	31	7	62	38	972					
Personal médico	11	43	38	8	54	46	446		1,0			
Personal de enfermería	22	48	24	6	70	30	246	<0,001	2,1	<0,001	1,5	3,0
Profesionales de salud pública	11	45	32	13	55	45	92		1,1	0,673	0,7	1,8
Profesionales paramédicos	20	53	21	6	73	27	131		2,2	<0,001	1,4	3,5
Otros	9	56	33	2	65	35	57	<0,001	1,5	0,159	0,8	2,8
Médico (general y de familia)	11	46	37	6	57	43	254					
Médico (cirujano)	14	40	40	7	53	47	43					
Médico (clínico)	10	40	39	12	49	51	126					
Médico (de urgencias)	17	39	35	9	57	43	23	0,539				
Enfermera (comunitaria y de salud pública)	14	43	33	10	57	43	81					
Enfermera (cuidados intensivos)	34	40	20	6	74	26	35					
Enfermera (pacientes ambulatorios)	10	68	16	6	77	23	31					
Enfermera (de sala)	30	46	20	4	76	24	84	0,027				
Categoría de atención: Atención	15	45	33	7	60	40	608					
Categoría de atención: Salud pública	16	48	28	9	63	37	307					
Categoría de atención: Otra	9	56	33	2	65	35	57	0,611				
Sexo: Masculino	12	45	34	9	57	43	236		1,0			
Sexo: Femenino	16	47	30	7	63	37	731	0,116	1,1	0,753	0,8	1,5
Cuartil de edad 1: 21-32	18	51	26	5	69	31	250		1,0			
Cuartil de edad 2: 33-40	13	52	30	5	65	35	225		0,9	0,416	0,6	1,3
Cuartil de edad 3: 41-50	11	46	37	6	57	43	241		0,6	0,005	0,4	0,8
Cuartil de edad 4: 51-87	15	39	33	13	54	46	239	0,002	0,5	<0,001	0,3	0,7

### CUADRO P-30. Formadores de opinión: El desarrollo y la evolución frecuente de la ciencia en torno al SARS-CoV-2

	TOTALMENTE DE ACUERDO (%)	ESTOY DE ACUERDO (%)	NO ESTOY DE ACUERDO (%)	TOTALMENTE EN DESACUERDO (%)	ESTOY DE ACUERDO O TOTALMENTE DE ACUERDO (%)	NO ESTOY DE ACUERDO O ESTOY TOTALMENTE EN DESACUERDO (%)	N	RAZÓN DE POSIBILIDADES AJUSTADA EN FUNCIÓN DE LA REGRESIÓN LOGÍSTICA	VALOR p	LÍMITE INFERIOR	LÍMITE SUPERIOR	UPPER BOUND
Todas las personas encuestadas	23	62	11	4	85	15	932					
Personal médico	23	65	10	3	87	13	447		1,0			
Personal de enfermería	25	58	14	3	83	17	224	0,104	0,7	0,102	0,4	1,1
Profesionales de salud pública	18	59	16	7	77	23	88		1,5	<b>0,026</b>	0,3	0,9
Profesionales paramédicos	26	64	6	4	90	10	123		0,4	0,35	0,7	2,8
Otros	10	66	20	4	76	24	50	<b>0,013</b>	0,6	0,181	0,3	1,3
Médico (general y de familia)	21	65	11	3	86	14	248					
Médico (cirujano)	22	69	7	2	91	9	45					
Médico (clínico)	24	65	8	2	89	11	133					
Médico (de urgencias)	33	48	5	14	81	19	21	0,502				
Enfermera (comunitaria y de salud pública)	21	53	24	3	74	26	68					
Enfermera (cuidados intensivos)	35	45	13	6	81	19	31					
Enfermera (pacientes ambulatorios)	10	69	21	0	79	21	29					
Enfermera (de sala)	29	62	6	4	90	10	84	0,055				
Categoría de atención: Atención	24	63	10	3	87	13	602					
Categoría de atención: Salud pública	23	60	13	5	82	18	280					
Categoría de atención: Otra	10	66	20	4	76	24	50	<b>0,031</b>				
Sexo: Masculino	19	62	14	5	81	19	227		1,0			
Sexo: Femenino	24	63	11	3	86	14	700	0,055	1,5	0,065	1,0	2,3
Cuartil de edad 1: 21-32	24	66	9	1	90	10	232		1,0			
Cuartil de edad 2: 33-40	20	68	10	2	89	11	220		0,9	0,738	0,5	1,6
Cuartil de edad 3: 41-50	23	61	13	3	84	16	231		0,7	0,198	0,4	1,2
Cuartil de edad 4: 51-87	22	56	14	8	78	22	233	<b>0,002</b>	0,5	<b>0,004</b>	0,3	0,8

### CUADRO P-31. Formadores de opinión: Acciones y opiniones de amigos y familiares

	TOTALMENTE DE ACUERDO (%)	ESTOY DE ACUERDO (%)	NO ESTOY DE ACUERDO (%)	TOTALMENTE EN DESACUERDO (%)	ESTOY DE ACUERDO O TOTALMENTE DE ACUERDO (%)	NO ESTOY DE ACUERDO O ESTOY TOTALMENTE EN DESACUERDO (%)	N	RAZÓN DE POSIBILIDADES AJUSTADA EN FUNCIÓN DE LA REGRESIÓN LOGÍSTICA	VALOR p	LÍMITE INFERIOR	LÍMITE SUPERIOR	UPPER BOUND
Todas las personas encuestadas	5	24	49	23	29	71	958					
Personal médico	5	20	47	28	25	75	448		1,0			
Personal de enfermería	5	29	51	15	34	66	240	<b>0,016</b>	1,7	<b>0,004</b>	1,2	2,4
Profesionales de salud pública	2	26	47	25	28	72	92		1,2	0,461	0,7	2,0
Profesionales paramédicos	7	26	48	20	33	67	123		1,4	0,102	0,9	2,2
Otros	2	25	56	16	27	73	55	0,152	1,1	0,767	0,6	2,1
Médico (general y de familia)	7	21	44	27	29	71	242					
Médico (cirujano)	2	18	54	26	20	80	50					
Médico (clínico)	3	20	48	29	23	77	132					
Médico (de urgencias)	4	8	54	33	13	88	24	0,194				
Enfermera (comunitaria y de salud pública)	0	21	63	16	21	79	80					
Enfermera (cuidados intensivos)	14	33	44	8	47	53	36					
Enfermera (pacientes ambulatorios)	6	26	48	19	32	68	31					
Enfermera (de sala)	6	36	44	14	42	58	81	<b>0,012</b>				
Categoría de atención: Atención	6	23	47	24	29	71	606					
Categoría de atención: Salud pública	3	25	51	20	29	71	297					
Categoría de atención: Otra	2	25	56	16	27	73	55	0,946				
Sexo: Masculino	3	24	41	27	31	69	220		1,0			
Sexo: Femenino	4	24	51	21	28	72	732	0,355	0,7	0,074	0,5	1,0
Cuartil de edad 1: 21-32	5	28	47	20	33	67	243		1,0			
Cuartil de edad 2: 33-40	5	24	52	18	30	70	229		0,9	0,497	0,6	1,3
Cuartil de edad 3: 41-50	5	27	44	24	31	69	236		0,9	0,49	0,6	1,3
Cuartil de edad 4: 51-87	5	17	51	27	22	78	235	<b>0,048</b>	0,5	<b>0,004</b>	0,4	0,8

**CUADRO P-32. Formadores de opinión: Relación entre las tasas de cobertura y la transmisión comunitaria**

	TOTALMENTE DE ACUERDO (%)	ESTOY DE ACUERDO (%)	NO ESTOY DE ACUERDO (%)	TOTALMENTE EN DESACUERDO (%)	ESTOY DE ACUERDO O TOTALMENTE DE ACUERDO (%)	NO ESTOY DE ACUERDO O ESTOY TOTALMENTE EN DESACUERDO (%)	N	RAZÓN DE POSIBILIDADES AJUSTADA EN FUNCIÓN DE LA REGRESIÓN LOGÍSTICA	VALOR p	LÍMITE INFERIOR	LÍMITE SUPERIOR	UPPER BOUND
Todas las personas encuestadas	12	63	19	6	75	25	723					
Personal médico	12	63	19	5	76	24	334		1,0			
Personal de enfermería	9	65	20	5	74	26	188	0,745	0,9	0,636	0,6	1,4
Profesionales de salud pública	13	60	20	8	73	28	80		0,8	0,455	0,5	1,4
Profesionales paramédicos	17	65	12	6	82	18	84		1,7	0,127	0,9	3,2
Otros	5	57	24	14	62	38	37	0,203	0,5	<b>0,047</b>	0,2	1,0
Médico (general y de familia)	12	62	21	5	74	26	188					
Médico (cirujano)	15	67	15	3	82	18	33					
Médico (clínico)	13	67	14	5	80	20	97					
Médico (de urgencias)	0	56	25	19	56	44	16	0,141				
Enfermera (comunitaria y de salud pública)	8	61	28	3	69	31	61					
Enfermera (cuidados intensivos)	3	73	20	3	77	23	30					
Enfermera (pacientes ambulatorios)	16	56	24	4	72	28	25					
Enfermera (de sala)	11	69	12	8	80	20	65	0,528				
Categoría de atención: Atención	12	64	18	6	76	24	459					
Categoría de atención: Salud pública	13	63	19	6	75	25	227					
Categoría de atención: Otra	5	57	24	14	62	38	37	0,171				
Sexo: Masculino	11	58	25	6	69	31	190		1,0			
Sexo: Femenino	12	65	17	6	77	23	530	<b>0,021</b>	1,5	0,051	1,0	2,2
Cuartil de edad 1: 21-32	8	67	20	5	75	25	170		1,0			
Cuartil de edad 2: 33-40	13	66	14	6	80	20	172		1,3	0,307	0,8	2,2
Cuartil de edad 3: 41-50	10	64	21	6	73	27	196		1,0	0,888	0,6	1,6
Cuartil de edad 4: 51-87	16	57	20	7	73	27	174	0,457	1,0	0,886	0,6	1,6

**CUADRO P-33. Formadores de opinión: Mi propia investigación sobre las vacunas contra la COVID-19**

	TOTALMENTE DE ACUERDO (%)	ESTOY DE ACUERDO (%)	NO ESTOY DE ACUERDO (%)	TOTALMENTE EN DESACUERDO (%)	ESTOY DE ACUERDO O TOTALMENTE DE ACUERDO (%)	NO ESTOY DE ACUERDO O ESTOY TOTALMENTE EN DESACUERDO (%)	N	RAZÓN DE POSIBILIDADES AJUSTADA EN FUNCIÓN DE LA REGRESIÓN LOGÍSTICA	VALOR p	LÍMITE INFERIOR	LÍMITE SUPERIOR	UPPER BOUND
Todas las personas encuestadas	27	61	9	3	88	12	960					
Personal médico	29	60	8	3	89	11	447		1,0			
Personal de enfermería	26	63	9	2	89	11	235	0,825	0,9	0,653	0,5	1,5
Profesionales de salud pública	25	61	10	4	86	14	97		0,7	0,24	0,4	1,3
Profesionales paramédicos	28	63	7	2	91	9	125		1,2	0,606	0,6	2,4
Otros	20	55	21	4	75	25	56	<b>0,017</b>	0,3	<b>0,001</b>	0,2	0,7
Médico (general y de familia)	28	61	9	2	89	11	250					
Médico (cirujano)	27	60	11	2	87	13	45					
Médico (clínico)	34	59	5	2	93	7	129					
Médico (de urgencias)	22	61	9	9	83	17	23	0,337				
Enfermera (comunitaria y de salud pública)	22	70	8	0	92	8	76					
Enfermera (cuidados intensivos)	26	53	16	5	79	21	38					
Enfermera (pacientes ambulatorios)	23	67	10	0	90	10	30					
Enfermera (de sala)	30	59	7	4	89	11	81	0,218				
Categoría de atención: Atención	29	60	8	3	89	11	604					
Categoría de atención: Salud pública	26	64	8	2	90	10	300					
Categoría de atención: Otra	20	55	21	4	75	25	56	<b>0,006</b>				
Sexo: Masculino	29	57	10	4	86	14	231		1,0			
Sexo: Femenino	27	63	9	2	89	11	723	0,149	1,4	0,133	0,9	2,3
Cuartil de edad 1: 21-32	26	61	10	3	87	13	248		1,0			
Cuartil de edad 2: 33-40	25	63	11	0	89	11	236		1,2	0,5	0,7	2,1
Cuartil de edad 3: 41-50	22	65	9	4	87	13	238		1,1	0,678	0,7	1,9
Cuartil de edad 4: 51-87	35	56	7	3	90	10	223	0,692	1,5	0,174	0,8	2,7

### CUADRO P-34. Formadores de opinión: El país donde se produzca la vacuna

	TOTALMENTE DE ACUERDO (%)	ESTOY DE ACUERDO (%)	NO ESTOY DE ACUERDO (%)	TOTALMENTE EN DESACUERDO (%)	ESTOY DE ACUERDO O TOTALMENTE DE ACUERDO (%)	NO ESTOY DE ACUERDO O ESTOY TOTALMENTE EN DESACUERDO (%)	N	RAZÓN DE POSIBILIDADES AJUSTADA EN FUNCIÓN DE LA REGRESIÓN LOGÍSTICA	VALOR p	LÍMITE INFERIOR	LÍMITE SUPERIOR	UPPER BOUND
Todas las personas encuestadas	10	38	41	11	48	52	904					
Personal médico	11	35	41	13	46	54	428		1,0			
Personal de enfermería	12	45	35	8	57	43	214	<b>0,007</b>	1,7	<b>0,004</b>	1,2	2,4
Profesionales de salud pública	10	39	39	12	49	51	92		1,2	0,361	0,8	2,0
Profesionales paramédicos	7	38	44	11	45	55	111		1,1	0,754	0,7	1,6
Otros	3	37	54	5	41	59	59	0,051	0,9	0,632	0,5	1,5
Médico (general y de familia)	12	36	41	11	48	52	236					
Médico (cirujano)	11	43	41	5	55	45	44					
Médico (clínico)	8	34	42	17	42	58	125					
Médico (de urgencias)	13	13	48	26	26	74	23	0,092				
Enfermera (comunitaria y de salud pública)	15	39	41	5	54	46	74					
Enfermera (cuidados intensivos)	10	45	38	7	55	45	29					
Enfermera (pacientes ambulatorios)	4	43	39	13	48	52	23					
Enfermera (de sala)	13	51	29	7	64	36	75	0,459				
Categoría de atención: Atención	11	38	39	12	49	51	565					
Categoría de atención: Salud pública	10	39	41	10	49	51	280					
Categoría de atención: Otra	3	37	54	5	41	59	59	0,476				
Sexo: Masculino	11	33	42	13	44	56	218		1,0			
Sexo: Femenino	9	40	41	10	49	51	679	0,2	1,0	0,825	0,8	1,4
Cuartil de edad 1: 21-32	12	36	44	8	48	52	231		1,0			
Cuartil de edad 2: 33-40	9	42	40	9	51	49	221		1,2	0,421	0,8	1,7
Cuartil de edad 3: 41-50	9	36	41	15	45	55	226		0,8	0,354	0,6	1,2
Cuartil de edad 4: 51-87	10	39	39	12	49	51	209	0,578	1,0	0,873	0,7	1,5

### CUADRO P-35. Formadores de opinión: El posible costo de una vacuna contra la COVID-19

	TOTALMENTE DE ACUERDO (%)	ESTOY DE ACUERDO (%)	NO ESTOY DE ACUERDO (%)	TOTALMENTE EN DESACUERDO (%)	ESTOY DE ACUERDO O TOTALMENTE DE ACUERDO (%)	NO ESTOY DE ACUERDO O ESTOY TOTALMENTE EN DESACUERDO (%)	N	RAZÓN DE POSIBILIDADES AJUSTADA EN FUNCIÓN DE LA REGRESIÓN LOGÍSTICA	VALOR p	LÍMITE INFERIOR	LÍMITE SUPERIOR	UPPER BOUND
Todas las personas encuestadas	6	26	52	16	32	68	854					
Personal médico	6	23	54	17	29	71	418		1,0			
Personal de enfermería	7	31	48	14	39	61	192	<b>0,022</b>	1,7	<b>0,007</b>	1,2	2,5
Profesionales de salud pública	5	32	48	16	36	64	88		1,5	0,118	0,9	2,4
Profesionales paramédicos	5	24	53	18	29	71	99		1,1	0,844	0,6	1,7
Otros	4	25	61	11	28	72	57	0,146	1,0	0,987	0,5	1,9
Médico (general y de familia)	8	28	51	13	36	64	227					
Médico (cirujano)	2	21	60	17	23	77	47					
Médico (clínico)	4	18	55	22	22	78	121					
Médico (de urgencias)	9	0	70	22	9	91	23	<b>0,004</b>				
Enfermera (comunitaria y de salud pública)	10	27	51	12	37	63	67					
Enfermera (cuidados intensivos)	4	35	50	12	38	62	26					
Enfermera (pacientes ambulatorios)	0	38	46	17	38	63	24					
Enfermera (de sala)	8	35	42	15	43	57	65	0,911				
Categoría de atención: Atención	6	26	52	16	32	68	541					
Categoría de atención: Salud pública	6	27	51	16	34	66	256					
Categoría de atención: Otra	4	25	61	11	28	72	57	0,69				
Sexo: Masculino	8	23	52	17	31	69	212		1,0			
Sexo: Femenino	6	27	53	15	32	68	636	0,67	0,9	0,585	0,6	1,3
Cuartil de edad 1: 21-32	6	27	53	14	33	67	227		1,0			
Cuartil de edad 2: 33-40	7	31	49	12	39	61	205		1,3	0,169	0,9	2,0
Cuartil de edad 3: 41-50	5	27	50	18	32	68	211		0,9	0,544	0,6	1,3
Cuartil de edad 4: 51-87	5	20	57	18	25	75	197	<b>0,033</b>	0,6	<b>0,048</b>	0,4	1,0

### CUADRO P-36. Formadores de opinión: Información que he visto en las redes sociales

	TOTALMENTE DE ACUERDO (%)	ESTOY DE ACUERDO (%)	NO ESTOY DE ACUERDO (%)	TOTALMENTE EN DESACUERDO (%)	ESTOY DE ACUERDO O TOTALMENTE DE ACUERDO (%)	NO ESTOY DE ACUERDO O ESTOY TOTALMENTE EN DESACUERDO (%)	N	RAZÓN DE POSIBILIDADES AJUSTADA EN FUNCIÓN DE LA REGRESIÓN LOGÍSTICA	VALOR p	LÍMITE INFERIOR	LÍMITE SUPERIOR	UPPER BOUND
Todas las personas encuestadas	4	26	41	28	30	70	950					
Personal médico	3	19	43	36	21	79	440		1,0			
Personal de enfermería	3	35	41	16	43	57	248	<b>&lt;0,001</b>	2,9	<b>&lt;0,001</b>	2,0	4,2
Profesionales de salud pública	1	27	32	40	28	72	90		1,6	0,098	0,9	2,6
Profesionales paramédicos	6	29	42	23	35	65	115		2,1	<b>0,002</b>	1,3	3,3
Otros	2	37	47	14	39	61	57	<b>&lt;0,001</b>	2,4	<b>0,006</b>	1,3	4,3
Médico (general y de familia)	3	21	43	33	24	76	239					
Médico (cirujano)	0	24	43	33	24	76	49					
Médico (clínico)	2	14	43	41	16	84	129					
Médico (de urgencias)	0	9	43	48	9	91	23	0,127				
Enfermera (comunitaria y de salud pública)	4	30	49	18	34	66	80					
Enfermera (cuidados intensivos)	1	40	34	14	51	49	35					
Enfermera (pacientes ambulatorios)	3	35	42	19	39	61	31					
Enfermera (de sala)	1	38	38	13	50	50	88	0,122				
Categoría de atención: Atención	4	24	41	30	28	72	605					
Categoría de atención: Salud pública	4	29	40	27	33	67	288					
Categoría de atención: Otra	2	37	47	14	39	61	57	0,12				
Sexo: Masculino	4	20	38	38	24	76	217		1,0			
Sexo: Femenino	4	28	42	26	32	68	727	<b>0,023</b>	1,1	0,565	0,8	1,6
Cuartil de edad 1: 21-32	6	32	37	25	38	62	251		1,0			
Cuartil de edad 2: 33-40	4	25	48	23	29	71	216		0,7	0,09	0,5	1,1
Cuartil de edad 3: 41-50	3	27	41	29	30	70	234		0,6	<b>0,03</b>	0,4	1,0
Cuartil de edad 4: 51-87	3	20	41	36	23	77	233	<b>0,006</b>	0,5	<b>&lt;0,001</b>	0,3	0,7

### CUADRO P-38. Gripe: Me vacunaría contra la gripe si me lo ofrecieran

	TOTALMENTE DE ACUERDO (%)	ESTOY DE ACUERDO (%)	NO ESTOY DE ACUERDO (%)	TOTALMENTE EN DESACUERDO (%)	ESTOY DE ACUERDO O TOTALMENTE DE ACUERDO (%)	NO ESTOY DE ACUERDO O ESTOY TOTALMENTE EN DESACUERDO (%)	N	RAZÓN DE POSIBILIDADES AJUSTADA EN FUNCIÓN DE LA REGRESIÓN LOGÍSTICA	VALOR p	LÍMITE INFERIOR	LÍMITE SUPERIOR	UPPER BOUND
Todas las personas encuestadas	42	35	18	5	77	23	958					
Personal médico	51	33	14	3	84	16	458		1,0			
Personal de enfermería	30	37	26	7	67	33	227	<b>&lt;0,001</b>	0,4	<b>&lt;0,001</b>	0,3	0,6
Profesionales de salud pública	47	37	10	6	84	16	94		1,0	0,933	0,6	1,9
Profesionales paramédicos	34	35	22	9	69	31	122		0,5	<b>0,001</b>	0,3	0,7
Otros	23	46	23	9	68	32	57	<b>&lt;0,001</b>	0,5	<b>0,035</b>	0,3	1,0
Médico (general y de familia)	49	37	11	3	86	14	256					
Médico (cirujano)	44	29	23	4	73	27	48					
Médico (clínico)	56	28	14	2	84	16	132					
Médico (de urgencias)	55	23	23	0	77	23	22	0,128				
Enfermera (comunitaria y de salud pública)	41	28	27	4	69	31	74					
Enfermera (cuidados intensivos)	14	43	31	11	57	43	35					
Enfermera (pacientes ambulatorios)	34	34	21	10	69	31	29					
Enfermera (de sala)	28	41	25	6	68	32	79	0,622				
Categoría de atención: Atención	45	35	16	4	79	21	608					
Categoría de atención: Salud pública	40	34	19	7	74	26	293					
Categoría de atención: Otra	23	46	23	9	68	32	57	0,07				
Sexo: Masculino	46	36	16	3	82	18	245		1,0			
Sexo: Femenino	40	35	18	6	75	25	707	<b>0,041</b>	0,8	0,264	0,5	1,2
Cuartil de edad 1: 21-32	37	42	17	4	79	21	241		1,0			
Cuartil de edad 2: 33-40	41	39	16	4	80	20	231		1,0	0,915	0,7	1,6
Cuartil de edad 3: 41-50	39	38	18	5	77	23	232		0,9	0,597	0,6	1,4
Cuartil de edad 4: 51-87	50	24	18	7	75	25	238	0,547	0,8	0,321	0,5	1,2

## CUADRO P-40. Gripe: Recomendaría la vacuna contra la gripe a amigos y familiares

	TOTALMENTE DE ACUERDO (%)	ESTOY DE ACUERDO (%)	NO ESTOY DE ACUERDO (%)	TOTALMENTE EN DESACUERDO (%)	ESTOY DE ACUERDO O TOTALMENTE DE ACUERDO (%)	NO ESTOY DE ACUERDO O ESTOY TOTALMENTE EN DESACUERDO (%)	N	RAZÓN DE POSIBILIDADES AJUSTADA EN FUNCIÓN DE LA REGRESIÓN LOGÍSTICA	VALOR p	LÍMITE INFERIOR	LÍMITE SUPERIOR	UPPER BOUND
Todas las personas encuestadas	45	43	10	3	87	13	932					
Personal médico	51	40	7	2	92	8	453		1,0			
Personal de enfermería	36	47	14	3	83	17	211	<b>0,001</b>	0,5	<b>0,008</b>	0,3	0,8
Profesionales de salud pública	51	40	7	2	91	9	92		1,0	0,909	0,4	2,1
Profesionales paramédicos	36	40	19	5	76	24	120		0,3	<b>&lt;0,001</b>	0,2	0,5
Otros	29	54	11	7	82	18	56	<b>&lt;0,001</b>	0,6	0,249	0,3	1,4
Médico (general y de familia)	52	41	5	2	93	7	254					
Médico (cirujano)	38	44	17	2	81	19	48					
Médico (clínico)	55	38	6	1	93	7	130					
Médico (de urgencias)	52	43	5	0	95	5	21	<b>0,043</b>				
Enfermera (comunitaria y de salud pública)	46	45	7	1	92	8	71					
Enfermera (cuidados intensivos)	28	55	17	0	83	17	29					
Enfermera (pacientes ambulatorios)	41	44	7	7	85	15	27					
Enfermera (de sala)	29	47	21	3	76	24	76	0,097				
Categoría de atención: Atención	47	42	9	2	89	11	590					
Categoría de atención: Salud pública	43	42	12	3	85	15	286					
Categoría de atención: Otra	29	54	11	7	82	18	56	0,139				
Sexo: Masculino	48	40	9	2	89	11	236		1,0			
Sexo: Femenino	43	44	10	3	87	13	690	0,522	0,9	0,81	0,6	1,6
Cuartil de edad 1: 21-32	41	50	8	2	91	9	232		1,0			
Cuartil de edad 2: 33-40	41	47	9	3	88	12	233		0,7	0,271	0,4	1,3
Cuartil de edad 3: 41-50	44	43	11	1	87	13	221		0,8	0,381	0,4	1,4
Cuartil de edad 4: 51-87	54	32	11	3	86	14	230	0,513	0,6	0,136	0,4	1,2

## Anexo D. Información adicional sobre la encuesta piloto

# OPS



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud  
OFICINA REGIONAL PARA LAS  
Américas

### Encuesta piloto

“Preocupaciones, actitudes y prácticas previstas de los trabajadores de salud con respecto a la vacunación contra la COVID-19 en el Caribe”

### OBJETIVO DE LA ENCUESTA PILOTO

Mejorar la calidad de la encuesta sobre “Preocupaciones, actitudes y prácticas previstas de los trabajadores de salud con respecto a la vacunación contra la COVID-19 en el Caribe”, a fin de que las preguntas y las opciones para las respuestas se entiendan según lo previsto, estén bien adaptadas al contexto local y midan lo que se supone que midan.

### MÉTODOS

En la encuesta piloto se usó la entrevista cognitiva, que es un proceso para mejorar la calidad de una encuesta y asegurar que las preguntas y las opciones para las respuestas se entiendan según lo previsto, estén bien adaptadas al contexto local y midan lo que se supone que deben medir (3).

Los participantes en la entrevista cognitiva fueron reclutados de la población objetivo. Los investigadores principales programaron entrevistas separadas con siete participantes de dos países (Barbados y Dominica) y siguieron los pasos que se detallan a continuación para cada ítem de la encuesta (cada pregunta de

la encuesta y las opciones correspondientes para la respuesta), uno por vez.

Las siete entrevistas cognitivas con trabajadores de salud se realizaron por videoconferencia. Los entrevistadores fueron el doctor E. Benjamín Puertas, M.D., M.P.H., Dr.P.H., Asesor Subregional de Recursos Humanos para la Salud, Programa Subregional para el Caribe, OPS/OMS; la doctora Karen Broome-Toppin, M.D., Asesora sobre Inmunización, Programa Subregional para el Caribe, OPS/OMS; la señora Fiona Harris-Glenville, R.N., candidata a Dr.P.H., pasante de Recursos Humanos para la Salud, Programa Subregional para el Caribe, OPS/OMS, y la señora Fiona Harris-Glenville, R.N., candidata a Dr.P.H., pasante de Recursos Humanos para la Salud, Programa Subregional para el Caribe, OPS/OMS. Los entrevistadores presentaron el propósito de la encuesta, así como la encuesta piloto, y explicaron el proceso de la entrevista. Para cada pregunta, los entrevistados seleccionaron la respuesta de la escala de Likert que mejor representaba su actitud personal (“Totalmente de acuerdo”, “Estoy de acuerdo”, “No sé”, “No estoy de acuerdo”, “Totalmente en desacuerdo”). El equipo de investigadores había seleccionado nueve preguntas que contenían palabras o términos que podían dar lugar a interpretaciones erróneas o que podían ser interpretadas de manera diferente por los entrevistados (cuadro 1).

## CUADRO D.1. Preguntas seleccionadas para el sondeo

Pregunta 8	En general, las vacunas son <b>seguras</b> .
Pregunta 9	En general, las vacunas son <b>efectivas</b> .
Pregunta 11	La información que recibo sobre las vacunas de las autoridades de salud pública o de mi prestador de servicios de salud es <b>confiable</b> .
Pregunta 13	Las vacunas nuevas conllevan un <b>riesgo</b> mayor que las vacunas más antiguas.
Pregunta 15	Me preocupan los <b>efectos adversos graves</b> de las vacunas.
Pregunta 17	Confío en el proceso de <b>aprobación científica</b> de una vacuna nueva contra el coronavirus (COVID-19).
Pregunta 18	Estaría dispuesto a participar en un <b>ensayo de una vacuna</b> contra el coronavirus (COVID-19).
Pregunta 25	Quiero adquirir <b>inmunidad natural</b> al virus que causa la COVID-19.
Pregunta 32	Relación entre las <b>tasas de cobertura</b> y la <b>transmisión comunitaria*</b> .

Las palabras y las expresiones resaltadas en **negrita** son las que podrían interpretarse erróneamente.

\*La pregunta 32 debe entenderse en el contexto de que "la relación entre las tasas de cobertura y la transmisión comunitaria influyó en mi opinión sobre la vacuna contra la COVID-19".

Estas preguntas fueron sometidas a los siguientes pasos de la entrevista cognitiva:

1. Hacer la pregunta a la persona (presentándole las opciones para la respuesta) y permitirle que responda.
2. Preguntar a la persona acerca de la pregunta que acaba de responder y sondear para entender si...
  - La pregunta es fácil de entender y tiene sentido: "Con sus propias palabras, ¿qué se está preguntando?" o "¿qué significa esta pregunta para usted?" a fin de comprobar que el ítem se haya entendido bien.
  - Las ideas o las palabras de las preguntas y las opciones para la respuesta son fáciles de entender: Pregunte en general: "¿Esta pregunta tenía sentido para usted? ¿Por qué o por qué no?" o sondee en torno a palabras o conceptos específicos que puedan ser difíciles de entender. "¿En qué piensa cuando escucha la palabra 'vacunarme'?"

- Las opciones para la respuesta tienen sentido y permiten dar respuestas significativas: "¿Se encuadran las opciones para la respuesta en el tipo de respuesta que quiere dar?"
- ¿Faltan opciones para la respuesta?: "¿Faltaba algo en la lista de opciones para la respuesta?" para comprobar que las opciones sean adecuadas.
- Las preguntas y las opciones para la respuestas son pertinentes para el país o la región: Pregunte en general: "¿Tenían sentido para usted las opciones presentadas para la respuesta? ¿Por qué o por qué no?" o sondee en torno a palabras o conceptos específicos que puedan interpretarse de manera diferente: "¿En qué piensa cuando escucha la frase 'centro de vacunación'?"

Se instó a las personas entrevistadas a que expresaran sus opiniones sobre cualquier pregunta del cuestionario, así como sobre el cuestionario en conjunto. Sus opiniones constan en la sección "Comentarios generales" de la encuesta piloto.

### RESULTADOS

En general, los entrevistados dijeron que las preguntas eran "claras" y que el instrumento era "comprensible", "directo" y "exhaustivo" (cuadro 2).

## CUADRO D.2. Compilación de comentarios generales

I.1	No conocía la abreviatura “HCW” en inglés (pregunta 5). Pensaba que las preguntas eran pertinentes, pero que la encuesta era demasiado larga. Recomienda agregar la opción “no estoy seguro” o “estoy indeciso” en la escala de Likert además de “no sé”.
I.2	El entrevistado pidió más explicaciones sobre la pregunta 12. Pensaba que las preguntas eran claras e iban al grano.
I.3	Como trabajador de salud, estoy firmemente a favor de la vacuna. Ya me he vacunado. Buen cuestionario. Las preguntas eran claras.
I.4	La encuesta es sencilla y comprensible.
I.5	-
I.6	Ofrecer definiciones de ciertos términos: tasas de cobertura y transmisión comunitaria.
I.7	El cuestionario es bastante completo y claro.

La mayoría de las palabras o términos que se sondearon (segura, eficaz, confiable, riesgo, efectos adversos, aprobación científica, ensayo de la vacuna, inmunidad natural) se entendieron bien, y los entrevistados demostraron una comprensión clara y coherente del significado de las palabras o las expresiones. Dos de los siete entrevistados no estaban seguros del significado de las expresiones “tasas de cobertura” y “transmisión comunitaria” utilizadas en la pregunta 32.

### IMPLICACIONES

Como resultado de la incertidumbre de algunos de los entrevistados con respecto al significado de “tasas de cobertura” y “transmisión comunitaria”, los investigadores decidieron modificar la pregunta 32 en el instrumento y proporcionaron a las personas encuestadas un cuadro emergente que contiene las definiciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (cuadro 3).

## CUADRO D.3. Definiciones de la OMS de “tasas de cobertura de vacunación” y “transmisión comunitaria”

<b>Tasas de cobertura de vacunación</b>	Proporción de una población objetivo que ha sido vacunada con una cierta dosis de la vacuna en un período determinado.
<b>Transmisión comunitaria</b>	Brotos más grandes de transmisión local definidos sobre la base de una evaluación de factores, entre ellos un gran número de casos que no están vinculados a cadenas de transmisión, un gran número de casos detectados en la vigilancia de laboratorios centinela o varios conglomerados sin relación entre ellos en varios lugares del país, el territorio o la zona.

Si desea el informe completo, escriba al Dr. E. Benjamín Puertas, Asesor de la OPS sobre Recursos Humanos para la Salud en el Caribe: [puertasb@paho.org](mailto:puertasb@paho.org).

## Anexo E. Mensajes para los trabajadores de salud del Caribe basados en los resultados de la encuesta, Preocupaciones, actitudes y prácticas previstas de los trabajadores de salud con respecto a la vacunación contra la COVID-19 en el Caribe

# OPS



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud  
OPCINA REGIONAL PARA LAS Américas

### Mensajes para los trabajadores de salud del Caribe basados en los resultados de la encuesta

Preocupación	Objetivo	Mensajes clave	Mensajes de apoyo
<p><b>La vacuna no funciona; tendré que continuar con las medidas de protección de todos modos.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Subrayar la eficacia de las vacunas para prevenir enfermedades graves y muertes.</li> <li>- Recordar que las medidas de salud pública no seguirán aplicándose para siempre.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Todas las vacunas contra la COVID-19 que han sido incluidas en la lista de la OMS son extremadamente seguras y efectivas para prevenir la muerte y las enfermedades graves.</li> <li>- La OMS recomienda que las personas que están completamente vacunadas sigan aplicando las medidas de salud pública, como el uso de mascarillas y el distanciamiento físico, hasta que más personas estén protegidas contra la COVID-19.</li> <li>- La vacunación de todas las personas que reúnan los requisitos es esencial para poner fin a la pandemia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Todas las vacunas pasan por distintas fases de ensayos clínicos con decenas de miles de personas de diferentes edades y origen étnico antes de ser aprobadas para su uso en la población. La finalidad de estos ensayos es garantizar la seguridad de la vacuna y su capacidad para proteger contra la enfermedad.</li> <li>- Solo las vacunas que son seguras y que se ha comprobado que son eficaces para prevenir la enfermedad son aprobadas para su uso en la población.</li> <li>- Aunque los datos nos muestran que las vacunas funcionan bien para evitar que las personas se enfermen, los investigadores todavía están aprendiendo cuán bien las vacunas detienen la propagación de la COVID 19 entre las personas. Esta es la razón por la cual la OMS sigue recomendando medidas de salud pública que se han utilizado desde el inicio de la pandemia para detener la propagación del virus.</li> <li>- Los datos del mundo real nos muestran que las vacunas son extremadamente eficaces y seguras.</li> </ul>

Preocupación	Objetivo	Mensajes clave	Mensajes de apoyo
<b>Las vacunas se desarrollaron demasiado rápido y aún no sabemos lo suficiente sobre ellas.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Subrayar la seguridad de las vacunas.</li> <li>- Recordar que no se tomaron atajos y que los datos son confiables.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- la máxima prioridad, y esto no es diferente en el caso de las vacunas contra la COVID-19.</li> <li>- La colaboración sin precedentes entre investigadores y asociados a escala mundial permitió que las vacunas contra la COVID-19 se obtuvieran con rapidez.</li> <li>- Se redujo la burocracia, pero no se tomaron atajos.</li> <li>- La tecnología utilizada para desarrollar estas vacunas se ha usado durante décadas para otros tratamientos que se administran regularmente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Todas las vacunas, incluidas las vacunas contra la COVID-19, pasan por fases de ensayos clínicos con decenas de miles de personas de diferentes edades y origen étnico antes de ser aprobadas para su uso en la población. La finalidad de estos ensayos es garantizar la seguridad de la vacuna y su capacidad para proteger contra la enfermedad.</li> <li>- Las vacunas contra la COVID-19 no se crearon de la noche a la mañana, sino que se desarrollaron al cabo de décadas de investigación con otros coronavirus, como el SARS y el MERS, con tecnología que se ha usado durante mucho tiempo para otros tratamientos médicos (como las plataformas de ARNm que se usan para el tratamiento del cáncer).</li> <li>- Debido a la gravedad de la pandemia, la obtención de vacunas contra la COVID-19 ha sido una prioridad mundial.</li> <li>- Los datos del mundo real</li> </ul>
<b>Tengo miedo de los efectos secundarios de las vacunas, especialmente a largo plazo.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Subrayar la seguridad de las vacunas.</li> <li>- Recordar que no se tomaron atajos y que los datos son confiables.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los efectos secundarios menores son normales con cualquier vacuna y desaparecen al cabo de unos días.</li> <li>- Los investigadores médicos han determinado que los beneficios de la vacuna superan con creces la pequeña posibilidad de riesgos graves.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los datos del mundo real y el seguimiento de las personas que participaron en los ensayos clínicos muestran que las vacunas son sumamente efectivas y seguras.</li> <li>- Existe un pequeño riesgo de un efecto secundario grave con cualquier vacuna, al igual que hay riesgos de efectos secundarios con cualquier medicamento.</li> <li>- Después de la administración de la vacuna, el cuerpo la descompone rápidamente; la vacuna no permanece en el cuerpo y no puede causar daños a largo plazo.</li> <li>- Las vacunas no entran en el núcleo de las células y no pueden alterar el ADN ni causar daños a largo plazo.<sup>1</sup></li> </ul>

1. Este punto y el anterior se refieren a respuestas cualitativas que expresan preocupación por la posibilidad de que las vacunas causen efectos a largo plazo al entrar en el ADN de las personas.

Preocupación	Objetivo	Mensajes clave	Mensajes de apoyo
<b>No quiero la vacuna que me ofrecen/ No confío en el fabricante de la vacuna.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Subrayar la eficacia de las vacunas para prevenir enfermedades graves y muertes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La mejor vacuna es la que consiga primero.</li> <li>- Los datos nos han demostrado que todas las vacunas aprobadas son sumamente seguras y efectivas para prevenir enfermedades graves y la muerte.</li> <li>- Esperar su vacuna “favorita” o preferida lo expone a riesgos durante más tiempo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuanto antes se vacune con cualquiera de las vacunas aprobadas, más pronto estará protegido de un caso grave de COVID-19 y la muerte.</li> <li>- Todas las vacunas aprobadas pueden ayudarnos a combatir la pandemia.</li> <li>- Todos los fabricantes de vacunas deben seguir los mismos procesos para obtener la autorización de la OMS, sin excepciones. Esto incluye la presentación de datos detallados sobre su seguridad y eficacia. Solo se aprueban las vacunas que lo hayan demostrado.</li> </ul>
<b>No confío en el manejo de la pandemia y el despliegue de vacunas por mi gobierno y la OMS.<sup>2</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Subrayar la colaboración mundial para el desarrollo de las vacunas.</li> <li>- Exponer razones personales por las que las personas de confianza han decidido vacunarse.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los datos nos han demostrado que todas las vacunas aprobadas son sumamente seguras y efectivas para prevenir enfermedades graves y la muerte.</li> <li>- El seguimiento de la seguridad continúa después que se introducen las vacunas en la población.</li> <li>- Las vacunas son el resultado de la colaboración mundial para combatir la pandemia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Para la difusión de los mensajes principales y de apoyo, proponga usar un líder confiable (según el público objetivo).</li> <li>- Para los mensajes de apoyo, proponga agregar razones personales por las que este líder decidió vacunarse.</li> </ul>
<b>No necesito una vacuna porque mi religión me protegerá.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recordar a las personas la obligación moral de vacunarse para proteger a los demás.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vacunarse es la forma más eficaz de protegerse de la COVID-19.</li> <li>- Vacunarse ayuda a su comunidad al mantener los servicios de salud en funcionamiento.</li> <li>- Tenemos el deber moral de vacunarnos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los servicios de salud se han visto desbordados a causa de la pandemia. Cuando se hospitaliza a menos personas con COVID-19, los servicios de salud pueden centrarse en otros servicios.</li> <li>- Los efectos socioeconómicos de la pandemia también han perjudicado a las personas al empeorar su salud.</li> <li>- Vacunarnos es hacer nuestra parte para proteger a nuestras comunidades, ayudar a nuestros sistemas de salud y posibilitar la actividad económica individual de las personas.</li> <li>- Nota: Incluya mensajes dirigidos específicamente a un credo religioso para explicar la necesidad de las vacunas contra la COVID-19.</li> </ul>

2. Diga que estos mensajes se transmiten por medio de voceros de confianza (líderes locales, trabajadores de salud comunitarios, líderes religiosos, medios de comunicación locales, otros trabajadores de salud, etc.).

Preocupación	Objetivo	Mensajes clave	Mensajes de apoyo
<b>La COVID-19 no es un problema en mi país. No necesitamos una vacuna.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumentar la percepción del riesgo de la COVID-19 en el plano individual y para el sistema de salud.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En un mundo globalizado, es muy fácil que una enfermedad se propague a través de las fronteras de los países.</li> <li>- No se derrotará a la COVID-19 hasta que todos estén a salvo.</li> <li>- Nuestra respuesta de salud pública no debe dejar a nadie ni a ningún país atrás.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La OPS insta a las personas a vacunarse contra la COVID-19 con cualquier vacuna que les ofrezcan las autoridades nacionales de salud en el momento en que cumplan los criterios establecidos.</li> </ul>
<b>Tengo alergia.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aclarar que las personas con alergia pueden vacunarse.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Las personas con alergia pueden vacunarse contra la COVID-19 salvo que hayan tenido una reacción alérgica grave (anafilaxia) a algún componente de la vacuna contra la COVID-19.</li> <li>- Cualquier persona que tenga reacciones alérgicas graves a alimentos, medicamentos orales, látex, mascotas, insectos y desencadenantes ambientales puede vacunarse contra la COVID-19.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Las personas que hayan tenido una reacción alérgica grave (anafilaxia) a cualquier vacuna o medicamento inyectable (intramuscular o intravenoso) deben consultar a su prestador de servicios de salud para evaluar el riesgo antes de recibir la vacuna contra la COVID-19.</li> <li>- Las personas con alergias graves deben mantenerse en observación durante 30 minutos después de la vacunación; las demás deben mantenerse en observación durante 15 minutos. Los centros de vacunación cuentan con protocolos de seguridad para responder a cualquier reacción adversa.</li> <li>- Solo un porcentaje muy pequeño de la población es gravemente alérgica a los componentes de las vacunas contra la COVID-19.</li> </ul>
<b>Estoy amamantando.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aclarar que las mujeres que están amamantando pueden vacunarse.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No existe ninguna contraindicación para que las mujeres que están amamantando se vacunen contra la COVID-19.</li> <li>- Las vacunas contra la COVID-19 son seguras tanto para las mujeres que amamantan como para el bebé.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Las mujeres que están amamantando pueden vacunarse contra la COVID 19 cuando les llegue el turno.</li> <li>- No se recomienda suspender la lactancia materna, ya que ofrece beneficios sustanciales para la salud de las mujeres lactantes y sus hijos.</li> </ul>

Preocupación	Objetivo	Mensajes clave	Mensajes de apoyo
<b>Estoy embarazada.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aclarar la orientación sobre el embarazo y la vacunación.<sup>3</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se recomienda la vacunación contra la COVID-19 para las mujeres embarazadas.</li> <li>- No hay datos que indiquen que la vacunación pueda causar daños a la madre o el bebé durante el embarazo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Las embarazadas corren el riesgo de contraer COVID-19, pero, debido a que su sistema inmunitario cambia durante el embarazo, son más vulnerables a las infecciones respiratorias, como la COVID-19.</li> <li>- Si las embarazadas se enferman, tienden a presentar síntomas más graves cuyo tratamiento puede requerir una hospitalización más prolongada en unidades de cuidados intensivos, así como más apoyo ventilatorio, y tienen mayores probabilidades de morir que las mujeres no embarazadas de la misma edad y origen étnico.</li> <li>- Nota: Es posible que este mensaje deba ajustarse en función de las directrices del país.</li> </ul>
<b>Tengo una enfermedad crónica u otros problemas de salud.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aclarar que las personas con problemas de salud pueden vacunarse.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se ha comprobado que las vacunas son seguras y eficaces para personas con diversos problemas de salud subyacentes relacionados con un mayor riesgo de enfermedad grave, como hipertensión, diabetes, asma, infecciones crónicas estables y controladas, y enfermedad pulmonar, hepática o renal.</li> <li>- Las personas con afecciones crónicas tienen un mayor riesgo de complicaciones de la COVID-19 y deben vacunarse en cuanto puedan.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se han realizado amplios ensayos controlados aleatorizados para evaluar las vacunas contra la COVID-19, en los que se ha incluido a personas de una amplia gama de edades, de ambos sexos y de distinto origen étnico, e incluso a personas con problemas de salud conocidos. Los resultados indican que estas vacunas son muy eficaces en todos los grupos poblacionales.</li> <li>- Las personas que deben consultar al médico antes de vacunarse son aquellas que tienen un sistema inmunitario debilitado, las personas mayores en estado de fragilidad extrema, las personas con antecedentes de reacciones alérgicas graves a las vacunas, las que tienen la infección por el VIH y un sistema inmunitario debilitado,<sup>4</sup> y las mujeres embarazadas o que están amamantando.</li> </ul>

3 Véase más información en <https://www.who.int/news-room/events/detail/2021/05/05/default-calendar/update-on-covid-19-vaccination-in-pregnant-women-and-children>.

4. Se han incluido personas con la infección por el VIH en los ensayos clínicos de cuatro de las cinco vacunas que han sido incluidas en la lista para uso de emergencia (la excepción es Sinopharm). Las cinco se recomiendan para las personas seropositivas para el VIH. La eficacia de la vacuna para esta población es comparable a la observada en las personas seronegativas para el VIH. Los datos sobre la seguridad son escasos y no se refieren específicamente a las personas con infección por el VIH. No obstante, los beneficios de la vacunación superan con creces los riesgos. A menos que las personas con la infección por el VIH tengan un sistema inmunitario debilitado (es decir, un recuento de linfocitos CD4 mal controlado), no es necesario consultar a un médico antes de recibir una vacuna contra la COVID-19.

Preocupación	Objetivo	Mensajes clave	Mensajes de apoyo
<b>Ya he tenido COVID-19; no necesito una vacuna.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aclarar que las personas que han tenido COVID-19 también deben vacunarse.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Las personas que ya han contraído la infección por SARS-CoV-2 igualmente tienen que vacunarse, a menos que su prestador de servicios de salud les indique otra cosa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Todavía no se sabe cuánto tiempo dura la inmunidad contra la enfermedad.</li> <li>- Ha habido algunos casos de personas que han contraído la infección por el SARS-CoV-2 por segunda vez, razón por la cual vacunarse es aún más importante.</li> <li>- Incluso si una persona ha tenido la infección, la vacuna actúa a modo de refuerzo de la respuesta inmunitaria.</li> </ul>





**OPS**



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud  
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

[www.paho.org](http://www.paho.org)