

Vacilación o Indecisión frente a la Vacunación

Revisión Sistemática de Evidencia Internacional de literatura cualitativa y mixta

Paola Vásquez, Alexandra Obach & Báltica Cabieses

MSD Grant Global Health Equity Catalyst Fund

Santiago, julio del 2024

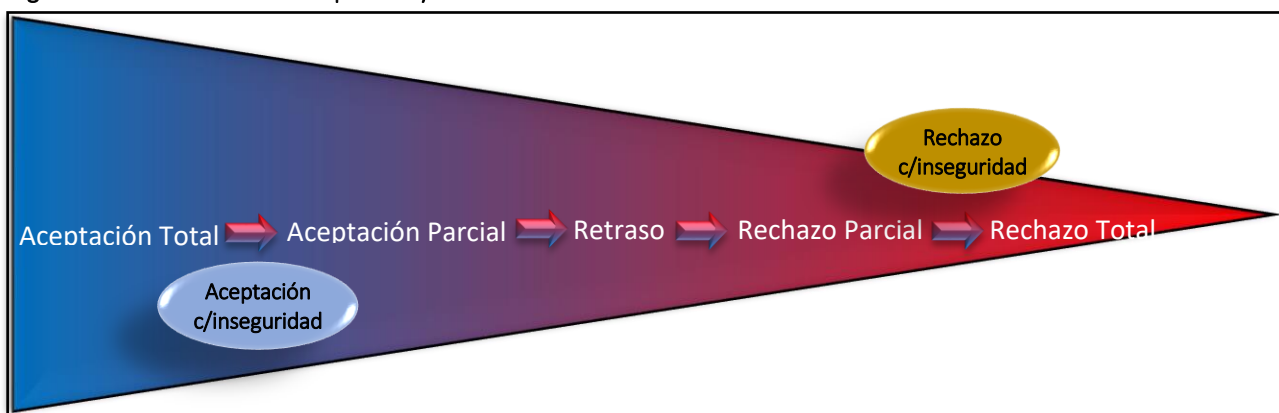
INTRODUCCIÓN

Los beneficios de las vacunas quedan demostrados por la erradicación o la enorme disminución de la incidencia de muchas enfermedades prevenibles mediante vacunación (1). Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la vacunación salva cada año entre 2 y 3 millones de vidas en todo el mundo (2), siendo una de las intervenciones más exitosas y costo-efectivas en mejorar los resultados de salud de la población (3). Sin embargo, un número considerable de niños y adultos no se vacunan, llevando a una baja cobertura de vacunas altamente recomendadas, lo que provoca brotes de enfermedades y muertes que podrían haberse prevenido (1,4). Entre los factores asociados a esta baja cobertura de vacunación, destacan los crecientes niveles de reticencia e indecisión respecto de la vacunación y el aumento del desabastecimiento de vacunas, relacionados con deficiencias en la producción, adquisición y distribución de vacunas (2).

Comprender qué factores influyen en el proceso de toma de decisiones en salud de las personas es esencial para involucrarlos y empoderarlos en su propio cuidado y de esta manera lograr mejores resultados de salud individuales como poblacionales. Este proceso consiste en realizar una elección basada en una compleja conjunción de elementos como la información, conocimientos, experiencia, análisis, juicio, disponibilidad del tiempo y la identificación de las consecuencias que trae consigo una determinada decisión (5).

El proceso de toma de decisiones que sigue la población para vacunarse es complejo y multifactorial respondiendo a una constelación de factores todos inmersos en un contexto social específico de creencias y percepciones, así como de consideraciones sobre la disponibilidad y los costos de las vacunas (6). Todo lo anterior influenciarán la decisión de aceptar total o parcialmente o rechazar total o parcialmente la vacunación (Figura 1) (3,6).

Figura 1. Continuo entre la Aceptación y el Rechazo frente a la Vacunación.



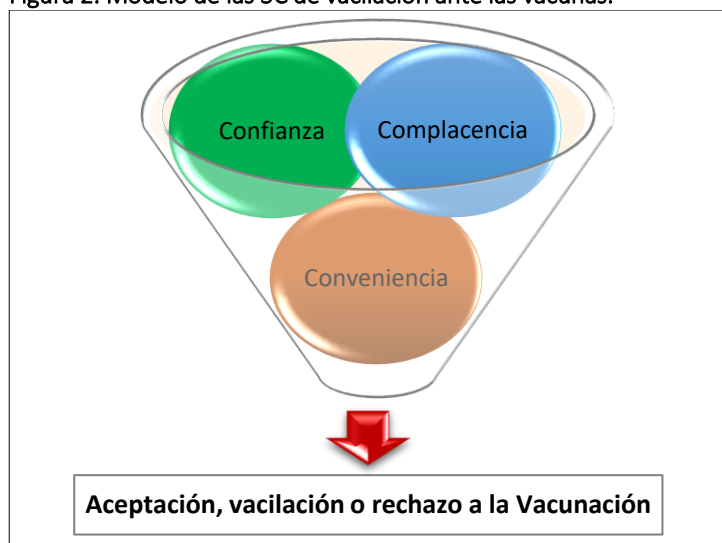
En 2014, el Grupo Asesor Estratégico de Expertos en Inmunización (SAGE) de la OMS, definió la vacilación o indecisión ante las vacunas como el “retraso en la aceptación o el rechazo de las vacunas a pesar de la disponibilidad de servicios de vacunas” reconociendo la vacilación o indecisión a vacunarse como un tema prioritario dado su creciente y negativo impacto en la eficiencia de los programas de inmunización (3). La OMS declaró que la vacilación ante las vacunas era una de las diez principales amenazas para la salud mundial (7), pero ya previamente el 2014, el SAGE había reconocido la vacilación a vacunarse como un tema prioritario dado su creciente y negativo impacto en la eficiencia de los programas de inmunización (3).

La indecisión a la vacunación es un fenómeno global, que resulta de una compleja interacción de factores conductuales y sociales y que por lo tanto varía según el tiempo, el lugar y tipo de vacuna (8). Este fenómeno debe comprenderse como un continuo entre la aceptación total a las vacunas en un extremo, pasando por la vacilación e indecisión, hasta el rechazo total de éstas en el otro extremo del continuo (3). Esta complejidad debe ser reconocida al momento de diseñar e implementar estrategias de intervención eficientes que logren

aumentar la aceptación de las vacunas por parte de la población (8). De esta manera varios modelos han surgido, los que buscan comprender este fenómeno.

El Grupo SAGE En 2014 determinó que el modelo 3C era uno de los más útiles por ser intuitivo y fácil de entender (Figura 2) (3). Este modelo, considera tres factores como determinantes de la vacilación ante las vacunas; complacencia (no percibir las enfermedades como de alto riesgo y la vacunación como necesaria), la conveniencia (barreras de acceso a las vacunas) y la confianza (falta de confianza en la seguridad y eficacia de las vacunas, en la competencia de los servicios y profesionales de la salud y en las motivaciones de quienes toman las decisiones en salud) (6). El SAGE además desarrolló una matriz que ordena los determinantes de la vacilación a la vacunación en tres categorías; influencias contextuales, influencias individuales, influencias grupales e influencias específicas de la vacuna en cuestión (3).

Figura 2. Modelo de las 3C de vacilación ante las vacunas.



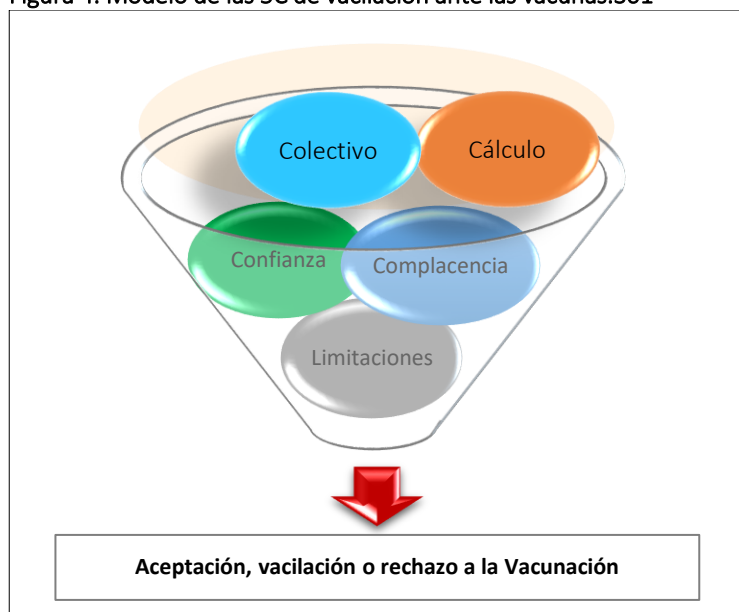
Posteriormente en el 2016, Thomson et al. (9) desarrollaron el modelo 5A (Figura 3), el cual considera cinco determinantes de la vacilación ante las vacunas y presenta una cierta superposición entre las categorías del modelo 3C; aceptación (basada en la confianza), acceso (conveniencia en términos de barreras o facilitadores para alcanzar o acceder), asequibilidad (conveniencia en términos de costos y capacidad financiera), y conciencia (complacencia en términos de percepción de riesgo y necesidad de las vacunas). Este modelo suma el factor de activación, que se refiere a la existencia de estímulos en el entorno que pueden estimular o no la vacunación.

Figura 3. Modelo de las 5A de vacilación ante las vacunas.



Finalmente, en el 2018, Betsch et al. proponen el modelo 5C (Figura 4) (4). Este se basa en el análisis de los dos modelos anteriores e incorpora nuevos factores. De esta manera considera como determinantes de la vacilación a la vacunación la confianza (en la seguridad y eficacia de las vacunas, en la competencia de los servicios y profesionales de la salud y en las motivaciones de quienes toman las decisiones en salud), la complacencia (los riesgos percibidos de enfermedades prevenibles con vacunas son bajos y la vacunación no se considera necesaria), las limitaciones (o “constraints” en inglés, respecto de la disponibilidad, la asequibilidad financiera, la accesibilidad geográfica, la capacidad de comprensión y la satisfacción respecto de la atención en salud), el cálculo (participación de los individuos en una búsqueda exhaustiva de información) y la responsabilidad colectiva (voluntad de proteger a los demás mediante la propia vacunación a través de la inmunidad colectiva). De esta manera el modelo nos orienta a decir que; a menor confianza, mayores limitaciones, mayor complacencia, mayor calculo y menor sentido de colectivo, mayor titubeo o resistencia a la vacunación.

Figura 4. Modelo de las 5C de vacilación ante las vacunas.301



Recientes estudios han revelado que sentimientos relacionados con la seguridad de las vacunas son particularmente negativos en Europa (10), donde 41% de los encuestados en Francia y el 36% de los encuestados en Bosnia y Herzegovina no consideran que las vacunas sean seguras. Este mismo estudio mostró que los países con altos niveles de escolaridad y buen acceso a los servicios de salud muestran menores tasas de sentimientos positivos hacia la vacunación, lo que apunta a una relación inversa emergente entre el sentimiento de vacunación y el estatus socioeconómico.

Las Américas lideran la erradicación de la viruela, la eliminación de la poliomielitis, el sarampión y la rubeola, y la introducción temprana de nuevas vacunas como la del neumococo, la del papiloma humano y la del rotavirus (11). Sin embargo, e incluso antes de la pandemia por COVID-19, la cobertura de vacunas de rutina había caído por debajo de niveles óptimos. Por ejemplo, la cobertura de vacunación contra la influenza en países de América Latina es baja entre los grupos de riesgo prioritarios, siendo de un 62% en los mayores de 65 años, de 58% en los niños menores de seis años, y tan solo de 57% en las mujeres embarazadas (11)

En el Informe COVID-19; “La prolongación de la crisis sanitaria y su impacto en la salud, la economía y el desarrollo social” de la de la CEPAL-OPS del año 2021 (12), se destaca que a pesar de que en los países de Latinoamérica y el Caribe la cobertura de la vacuna contra la difteria-tétanos-tos convulsiva (vacuna trazadora), se ha mantenido alrededor del 90% en los últimos 5 años, los niveles de vacunación para otras infecciones aun extremadamente bajos en muchos países de la Región. La cobertura de la vacuna contra la influenza en Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia y Ecuador está por encima del promedio de la Región,

cuando se consideran todos los grupos de riesgo, mientras que la cobertura en Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela está por debajo del promedio.

Entre las causas destacadas por la CEPAL-OPS para esta desigual cobertura, destacan una marcada y persistente asimetría en la distribución de las vacunas entre los países desarrollados y en desarrollo y la fragmentación y heterogeneidad de América Latina y el Caribe en el despliegue de los planes nacionales (12).

A pesar de que Chile mantiene niveles de cobertura de vacunación por sobre el promedio de los países latinoamericanos, como por ejemplo un 95% de cobertura de la 3ª dosis de la vacuna contra poliomielitis, en comparación al 85% alcanzado a nivel de Latinoamérica, existen múltiples desafíos (13). Estos fueron abordados durante la 22ª Semana de la Vacunación de las Américas 2024, destacándose la relevancia de contrarrestar la información falsa con respecto a las vacunas a través de estrategias de comunicación que faciliten el acceso a la información basada en evidencia y fortalecer las capacidades de los profesionales de salud para comunicar acertadamente a la población la importancia, efectividad y seguridad de las vacunas (14)

Considerando todo lo anterior, la presente revisión sistemática de la literatura tiene como objetivos 1) identificar los valores, creencias y percepciones detrás del fenómeno de vacilación e indecisión a la vacunación en la población a ser vacunada, cuidadores, profesionales de la salud y otras partes involucradas, así como 2) identificar los elementos del sistema de salud que actúan como barreras de acceso a la vacunación. Para el logro de estos objetivos, se utilizó el modelo 5C, desarrollado por Betsch et al. en 2018 (4).

METODOLOGÍA

▪ Diseño:

La presente revisión de la literatura es de tipo sistemática, donde cada una de sus etapas y componentes son definidos y descritos de manera clara y transparente, antes de que comience la búsqueda lo que permite que sea reproducible y minimizar sesgos (15).

▪ Estrategia de búsqueda:

La estrategia de búsqueda fue hecha en base a la herramienta PICOS (16,17) por su sigla en inglés, que permite identificar a la población objetivo (P=population), la intervención en estudio (I=intervention), la intervención a comparar, si corresponde (C=comparator), los resultados esperados (O=outcomes) y el diseño de estudio (S=study design).

De esta manera, esta herramienta fue utilizada para la elaboración de las palabras claves utilizadas en las bases de datos seleccionadas para esta revisión, así como para los criterios de inclusión y exclusión de los artículos. (Ver Tabla 1.)

Table 1. Criterios de inclusión y exclusión en base a la herramienta PICOS

Criterios	Criterios de Inclusión	Criterios de Exclusión
Población (Population)	La población objetivo a ser vacunada, cuidadores, profesionales de la salud y otras partes involucradas	Cualquier otra población.
Intervención (Intervention)	Vacunación, vacunas, programas de inmunización	Cualquier otra intervención.
Comparador (Comparator)	Esto no es aplicable.	Esto no es aplicable.
Resultados (Outcomes)	<ul style="list-style-type: none"> - Valores, creencias y percepciones detrás de la vacilación e indecisión a la vacunación en la población objetivo a vacunar, cuidadores, trabajadores de la salud y otros actores claves. - Elementos del sistema de salud que actúan como barreras de acceso a la vacunación. 	Cualquier otro resultado.
Diseño del estudio y tipo de artículo (Study design)	<ul style="list-style-type: none"> - Estudios cualitativos - Estudios mixtos - Escritos en español o inglés 	<ul style="list-style-type: none"> - Cualquier publicación que no sea de texto completo. - Resúmenes o presentaciones de congresos. - Libros o capítulos de libros. - Editoriales, columnas de opinión o similares. - Estudios observacionales cuantitativos (de cualquier tipo). - Estudios o ensayos clínicos (de cualquier tipo). - Metaanálisis. - Síntesis de evidencia cualitativa. - Meta-etnografía. - Revisiones de la literatura (de cualquier tipo). - Estudios publicados antes de 2013. - Otro idioma aparte de español e inglés.

▪ Bases de datos:

Las bases de datos utilizadas en esta revisión fueron Cinahl, Embase, Pubmed (Medline), Scopus and Web of Science. Se efectuaron dos estrategias de búsqueda por separado por cada base de datos, de acuerdo con los dos objetivos planteados para esta revisión, utilizando los criterios de inclusión y exclusión antes descritos

como filtros. Ambas búsquedas fueron luego analizadas en conjunto a través del software Covidence (18), eliminando todos aquellos artículos duplicados.

Las palabras claves utilizadas como términos de búsqueda y los artículos encontrados por cada base de datos, se detallan en la Tabla 2.

Table 2. Términos de búsqueda (palabras clave) y resultados por base de datos

N	Términos de búsqueda (palabras clave)	Resultados por base de datos				
		Cinahl	Embase	Pubmed (Medline)	Scopus	Web of Science
1	(vaccination OR vaccines) AND (refusal OR opposition OR hesitancy OR reluctance OR denial OR rejection OR non-adherence OR resistance OR scepticism) AND (beliefs OR values OR knowledge OR motivations OR expectations OR perspectives OR perceptions) OR (decision-making process)	192	40	188	777	540
2	(vaccination OR vaccines) AND (barriers OR limitations) AND (health system access OR health access)	17	89	116	114	224

▪ **Proceso de selección:**

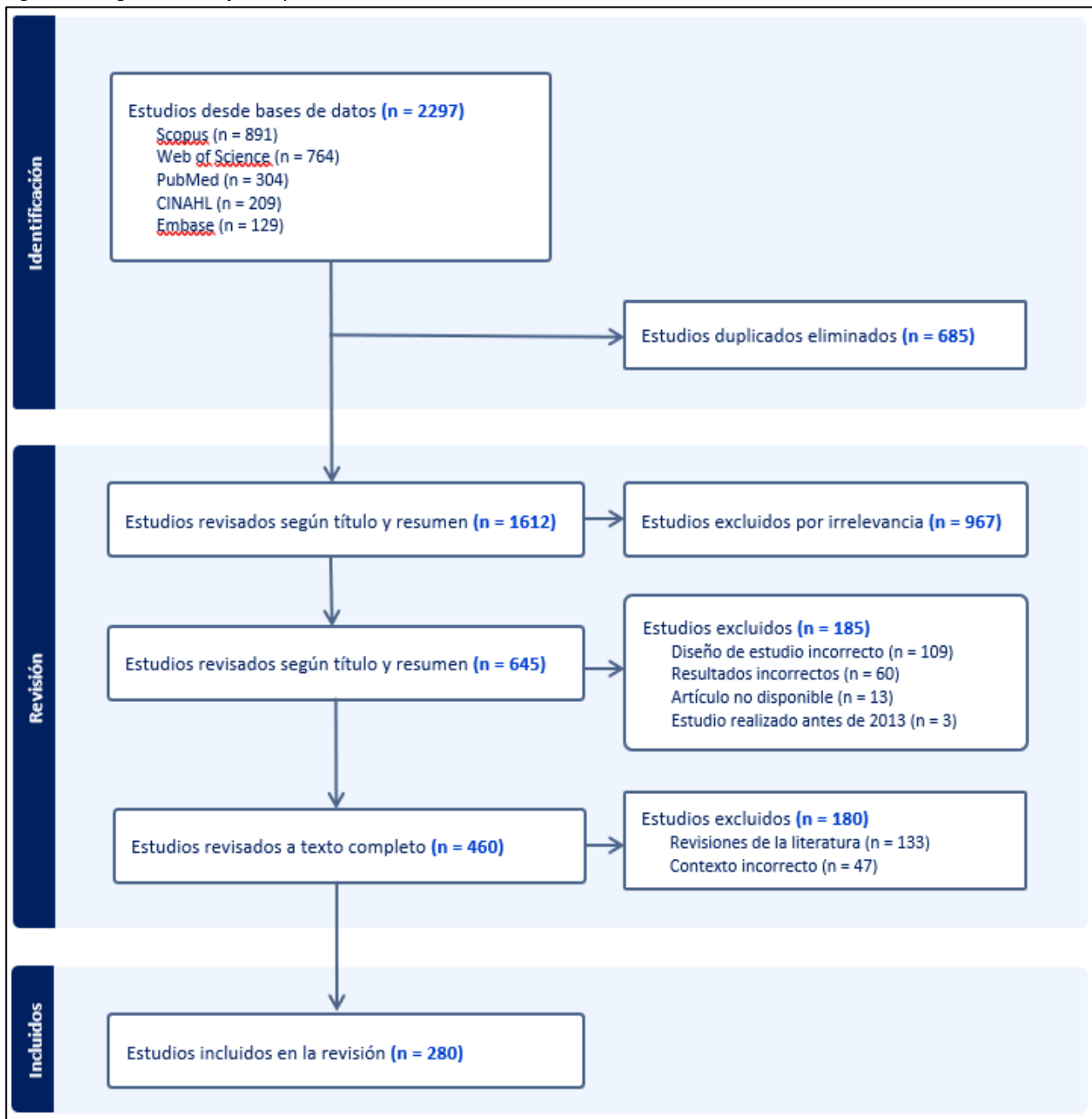
El proceso de selección de los estudios a ser incluidos en esta revisión sistemática de la literatura se desarrolló durante los meses de abril a septiembre de 2023. En este proceso, se lograron identificar 2297 artículos de las bases de datos descritas. De éstos, se eliminaron 685 duplicados. En una segunda etapa, 1612 artículos fueron revisados en base a su título y resumen, evaluando si cumplían con los criterios de inclusión estipulados. De esta revisión 460 estudios fueron seleccionados para evaluar su pertinencia a texto completo y de éstos sólo 280 artículos fueron seleccionados para ser incluidos en el análisis (Figura 5).

A estos 280 artículos se les aplicó una evaluación crítica de su calidad en base a los siguientes parámetros:

- Declaración clara de los objetivos de la investigación
- Metodología o enfoque de investigación apropiado
- Diseño de investigación apropiado
- Estrategia de reclutamiento apropiada
- Instrumento de recolección de datos apropiado
- Apropiado análisis de datos y medición de resultados suficientemente válidos, confiables y rigurosos
- Declaración clara de los resultados
- Declaración clara de limitaciones del estudio

Los 280 artículos cumplieron con los parámetros de calidad y fueron ratificados para las siguientes etapas de extracción de datos y análisis.

Figura 5: Diagrama de flujo del proceso de selección de estudios a ser incluidos.



▪ **Extracción y análisis de datos:**

El proceso de extracción de datos de los 280 estudios incluidos en esta revisión de la literatura se realizó en base a los siguientes parámetros:

- Descripción general: Autor principal del artículo, título, año de publicación, país de estudio.
- Diseño de estudio: Objetivos del estudio, enfoque de investigación (cuantitativo o cualitativo) e instrumento utilizado para la recolección de datos.
- Población objetivo: población objetivo del estudio, vacuna o programa de inmunización en estudio y muestra obtenida.
- Resultados obtenidos: Valores, creencias, razones y percepciones detrás del proceso de toma de decisiones sobre vacunación, elementos del sistema de salud que actúan como barreras que limitan el acceso a la vacunación, factores socioculturales y sociodemográficos que actúan como barreras que

limitan el acceso a la vacunación y factores familiares y psicosociales que actúan como barreras que limitan el acceso a la vacunación.

▪ **Análisis de datos y síntesis de los resultados:**

Para el análisis de los datos y síntesis de los resultados, se realizó un **análisis temático** de todas las razones presentadas en cada uno de los 280 estudios, clasificándolas de acuerdo con los conceptos de Confianza, Limitaciones, Complacencia, Cálculo y Colectivo del **modelo 5C** desarrollado por Betsch et al. en 2018 (4):

1. Confianza o desconfianza

- Definición dada por el modelo: Confianza (o desconfianza) en la seguridad y eficacia de las vacunas, en la competencia de los servicios y profesionales de la salud y en las motivaciones de quienes toman las decisiones en salud. Esta desconfianza se puede generar o agravar por la desinformación, experiencias negativas previas y por otros sentimientos o creencias negativas. Pero a la vez la desconfianza también puede generar sentimientos negativos.
- Subdivisión para el análisis: a) Desinformación, b) Sentimientos y creencias negativas y c) Experiencias negativas previas.

2. Limitaciones (o “constraints” en inglés)

- Definición dada por el modelo: Limitaciones respecto de la disponibilidad de vacunas o servicios sanitarios relacionados con la vacunación, asequibilidad financiera, la accesibilidad geográfica y acceso a información, educación y consejería.
- Subdivisión para el análisis: a) Accesibilidad, b) Factibilidad, c) Disponibilidad, de los servicios sanitarios y de vacunación y 4) Acceso información, educación y consejería respecto de la vacunación.

3. Complacencia

- Definición dada por el modelo: Los riesgos percibidos de enfermedades prevenibles con vacunas son bajos y la vacunación no se considera necesaria. Esta percepción de riesgo puede estar dada por razones o creencias de corte filosóficas, culturales y religiosas, entre otras.
- Subdivisión para el análisis: a) razones filosóficas, b) razones culturales y c) razones religiosas

4. Cálculo:

- Definición dada por el modelo: Búsqueda exhaustiva de información y mayor demanda de evidencia confiable respecto de las vacunas para considerar (o no) vacunarse.
- Subdivisión para el análisis: No se requiere subdivisión

5. Colectivo:

- Definición dada por el modelo: Existencia de responsabilidad colectiva que genera la voluntad de proteger a los demás o la comunidad mediante la propia vacunación lo que incentivaría la vacunación.
- Subdivisión para el análisis: a) Presencia de sentido de colectivo y comunidad y 2) Comprensión de inmunidad colectiva o de rebaño.

Este análisis se realizó por separado por vacuna o programa de inmunización de acuerdo con:

- Vacuna contra el COVID-19
- Vacuna contra el virus papiloma humano (VPH)
- Vacuna contra la influenza
- Programa de vacunación infantil
- Programa de vacunación de la mujer embarazada
- Vacunas en términos generales
- Otras vacunas o programas de inmunización

RESULTADOS

1. Descripción general de artículos incluidos

De los 280 estudios incluidos en esta revisión, 222 correspondieron a estudios cualitativos y 58 fueron mixtos.

a. Estudios Cualitativos

De los estudios cualitativos identificados, 99 estudiaron la vacilación e indecisión de la vacuna COVID-19 (19–117), 30 sobre la vacunación contra el virus papiloma humano (VPH) (118–147), 6 respecto de la vacuna contra la influenza (148–153), 63 sobre el programa de vacunación infantil (154–216), 13 sobre el programa de inmunización durante el embarazo (217–229), dos publicaciones respecto de otras vacunas (colera (230) y vacunación obligatoria para profesionales de la salud (231)) y finalmente 9 estudios sobre la vacilación e indecisión ante la vacunación en términos generales (232–240) (sin precisar tipo de vacuna o programa de inmunización).

Respecto de los **99** estudios cualitativos identificados sobre la vacilación e indecisión respecto de la **vacuna contra el COVID-19** (Tabla 1.1. Sección Anexos) 14 artículos fueron publicados el 2021, 56 el 2022 y 29 el año 2023. La mayoría de estos estudios fueron desarrollados en Estados Unidos (n=33), el Reino Unido (n=11), Australia (n=6), Canadá (n=5) y China (n=5). Respecto de estudios desarrollados en otras latitudes, se identificaron 14 en otros países de Europa, 14 de Asia, 8 de África y 3 de las Américas.

En cuanto a los **30** estudios cualitativos sobre vacilación e indecisión respecto de la **vacuna contra el virus papiloma humano (VPH)** (Tabla 1.2. Sección Anexos), la mayor cantidad de los estudios identificados fueron desarrollados durante los años 2019 y 2022 (n=7 respectivamente) y la menor los años 2014, 2015, 2016 y 2020 con solo un estudio cada año respectivamente. Del resto de los artículos, dos fueron desarrollados el 2018 y 2023 y cuatro, el 2017 y 2021, respectivamente cada año. Al igual que con lo observado con las publicaciones sobre la vacunación COVID-19, la mayoría de los estudios cualitativos sobre vacilación ante la vacuna VPH fueron desarrollados en Estados Unidos (n=10) y el Reino Unido (n=11). Luego encontrados estudios en otros países de Europa (n=4), África (n=4), las Américas (n=4) y Asia (n=3).

De los **6** estudios cualitativos sobre vacilación e indecisión respecto de la **vacuna contra la Influenza** identificados en esta revisión (Tabla 1.3. Sección Anexos), un artículo fue publicado el año 2020 y 2018 y dos el 2021 y 2022 respectivamente cada año. En cuanto al país donde estos estudios fueron desarrollados, encontramos mayor uniformidad, con dos estudios publicados en Singapur, y un estudio respectivamente en España, Inglaterra, Estados Unidos y Latinoamérica (multicéntrico).

La mayoría de los **63** estudios cualitativos sobre vacilación e indecisión ante el **programa de inmunización infantil** (Tabla 1.4. Sección Anexos), fueron desarrollados durante el 2022 (n=15), 2021 (n=10), 2020 (n=8) y 2019 (n=9). Durante el año 2018 y 2017, fueron publicados 6 estudios respectivamente cada año, tres estudios el 2023, dos el 2015 y el 2014 y solamente un estudio el año 2016 y 2013 respectivamente. La mayoría de estos estudios fueron desarrollados en Estados Unidos (n=9) y Australia (n=8). 18 estudios fueron desarrollados en diferentes países de Europa, 18 del Asia, 10 de África, y un estudio desarrollado en Las Américas (Venezuela).

Respecto de los **13** estudios identificados sobre el **programa de inmunización durante el embarazo** (Tabla 1.5. Sección Anexos), cuatro fueron publicadas el año 2022 y 2021 respectivamente, dos el 2018 y 2016 y un artículo fue publicado el 2013. En cuanto al país donde estos estudios fueron desarrollados, encontramos una mayor uniformidad, con cuatro estudios desarrollados en países de América Latina, tres en países de Europa, tres en Oceanía, dos en Estados Unidos y un estudio en África (Sudáfrica).

De los **9** estudios cualitativos sobre la vacilación e indecisión respecto de la **vacunación en términos generales** (Tabla 1.6. Sección Anexos), dos fueron desarrollados respectivamente los años 2022, 2021, 2019 y 2017, mientras que una investigación fue publicada el año 2020, 2018 y 2016 respectivamente.

Finalmente, **una** publicación investigó la vacilación e indecisión respecto de la vacunación contra el colera, la que fue desarrollada en Mozambique el año 2028 y **otra** respecto de la vacilación ante la vacunación obligatoria para el personal en salud, en Emiratos Árabes Unidos el 2021 (Tabla 1.6. Sección Anexos).

b. Estudios Mixtos

De los 58 estudios de diseño mixto identificados, 43 estudiaron la indecisión a la vacunación de la vacuna COVID-19 (241–283), dos sobre la vacuna contra el virus papiloma humano (VPH) (284,285), 8 respecto del programa de vacunación infantil (286–293), dos del programa de inmunización durante el embarazo (294,295), una publicación respecto de la vacilación e indecisión a la vacunación anti hepatitis B en adultos (296), un estudio sobre la vacunación contra la meningitis en adultos y adolescentes (297), y finalmente un estudio sobre la vacunación en adultos en términos generales (298).

Respecto de los **43** estudios mixtos identificados sobre la vacilación e indecisión respecto de la vacuna contra **el COVID-19** (Tabla 1.7. Sección Anexos), la mayoría de ellos fueron publicados el año 2022 (n=30). El año 2021 fueron publicados 8 estudios y solo 6 el 2023. En cuanto al país donde estos estudios fueron desarrollados, encontramos nuevamente que la mayor parte de ellos se desarrollaron en Estados Unidos (n=16), seguido por el Reino Unido y Etiopia (n=4 respectivamente). Luego la distribución es bastante uniforme sin destacar ningún país como mayoría, con 8 estudios en países del Asia, 7 en África, 5 en Europa, dos en Las Américas (aparte de EE. UU.) y un estudio en Oceanía (Australia).

Solo **dos** estudios mixtos fueron identificados respecto de la vacilación por la vacuna contra el **Virus del Papiloma Humano (VPH)**. Uno de ellos fue desarrollado en Estados Unidos el 2020 y otro en Canadá el 2015 (Tabla 1.8. Sección Anexos).

En relación con los **8** estudios mixtos sobre la vacilación e indecisión ante el programa de **vacunación infantil** (Tabla 1.9. Sección Anexos), la mayoría de ellos fueron desarrollados el año 2019 (n=4) en India, Etiopia, Uganda y Rumania, respectivamente, seguido por dos estudios publicados el 2022, uno en Canadá y otro en EE. UU. en conjunto con Australia y tan solo un artículo el 2021 en India y otro el 2013 en Timor.

Otros **dos** estudios mixtos fueron identificados sobre la indecisión respecto del programa de vacunación de la **mujer embarazada** (Tabla 1.10. Sección Anexos), uno desarrollado en Países Bajos el 2023 y otro en Nueva Zelanda el 2020.

Finalmente, de las **tres** investigaciones de diseño mixto sobre la vacilación respecto de **otras vacunas** (Tabla 1.11. Sección Anexos), un estudio fue desarrollado en Indonesia el 2023, sobre la vacuna contra el virus de la hepatitis B (VHB), otro en Grecia el 2021, respecto de la vacunación en adultos (en términos generales) y un estudio en el Reino Unido publicado el 2019 sobre la vacuna contra la infección por meningococo en adolescentes y adultos jóvenes.

2. Resultados según modelo 5C

El análisis temático de los resultados basados en el modelo 5C (4) mostró que, tanto para los estudios cualitativos como para aquellos de diseño mixto, el mayor número de razones identificadas para la indecisión a la vacunación estuvieron relacionadas con la falta de confianza y la existencia de limitaciones para acceder a las vacunas. Luego, razones de indecisión vinculadas con complacencia o baja percepción de riesgo fueron la tercera más comúnmente citada. Finalmente, razones vinculadas con el cálculo o la necesidad de mayor evidencia para tomar una decisión respecto de la vacunación y el sentido de colectivo fueron aquellas menos frecuentemente citadas.

Al hacer el análisis por vacuna, esta tendencia se mantiene, pero los temas y subtemas para cada una de las razones comprendidas en el modelo 5C arrojan ciertas diferencias de acuerdo con el tipo de vacuna en cuestión.

2.1. Modelo 5C para la vacilación e indecisión a la vacunación contra el COVID-19

Las razones identificadas para la vacilación e indecisión a la vacunación dentro del modelo 5C para la vacuna COVID-19 son presentados en la Tabla 2.1

2.1.1. Confianza

Desinformación:

Los estudios incluidos en esta revisión de la literatura revelaron que muchas de las razones expresadas por los participantes se relacionaban con la desconfianza generada por la desinformación sobre la pandemia COVID-19 y a la vacunación. En este sentido los participantes perciben que la información disponible ya sea entregada por las autoridades, la prensa y por las redes sociales es contradictoria, inconsistente e incongruente. Así los participantes manifiestan su desconfianza tanto hacia las fuentes de información como hacia el contenido, declarando la falta de fuentes de información confiables respecto de la vacunación COVID-19. Esto da pie a la diseminación de noticias falsas y a la convicción por parte de los participantes de la existencia de teorías conspirativas en torno a la pandemia COVID-19 y a la vacunación.

Sentimientos y creencias negativas:

Este ambiente de desconfianza genera sentimientos y creencias negativas respecto de la pandemia COVID-19 y a la vacunación. Los estudios analizados revelan que los participantes manifiestan miedo, angustia, ansiedad, desesperanza, frustración e impotencia por lo desconocido. Por otra parte, también señalan desconfianza y escepticismo hacia las autoridades de Gobierno, los profesionales de la salud, la comunidad científica y las empresas farmacéuticas, respecto de la eficacia y seguridad de las vacunas dado el corto plazo para el desarrollo de éstas y el cuestionamiento de las intenciones lucrativas de las empresas farmacéuticas.

Este ambiente de desconfianza y escepticismo genera además sentimientos de confusión, incertidumbre, inseguridad y vulnerabilidad en la población.

En el intento de comprender y diferenciar aquella información verdadera de aquella que no lo es, en la llamada “infodemia”, y a la vez de hacer frente a los propios sentimientos de angustia y miedo por lo desconocido, los estudios describen la aparición de un fenómeno de agotamiento y fatiga en la población que incrementa la vacilación e indecisión a la vacunación COVID-19.

Junto a todo lo anterior, los estudios revelan, que dada la obligatoriedad de la vacunación COVID-19, los participantes manifiestan sentimientos de pérdida de la libertad de elección, incluso percepciones de coerción y vulneración de los derechos personales de decisión respecto de la propia salud.

Experiencias negativas previas:

Otra razón identificada por los estudios incluidos son las experiencias negativas como pacientes del sistema de salud que inducen a la indecisión a la vacunación en el presente. Estas pueden ser experiencias negativas relacionadas con una vacunación anterior, debido al procedimiento, a los efectos adversos o del trato y relación con el personal de salud. Respecto a esto último, se destacan experiencias de maltrato por parte de los profesionales sanitarios, despersonalización y ausencia de una relación terapéutica sólida.

Además de lo anterior aquellos estudios que investigan la vacilación e indecisión a la vacunación en minorías culturales o lingüísticas y migrantes, se describen situaciones de racismo y discriminación desde el sistema de salud hacia estas poblaciones. El miedo a la deportación expresado por aquellos migrantes en situación irregular, hacen que no asistan a los servicios sanitarios por temor a que el personal de salud denuncie su situación de migración a las autoridades.

2.1.2. Limitaciones (“constraints”):

Accesibilidad:

La vacilación e indecisión a la vacunación COVID-19, también se ve incrementada cuando existen barreras de acceso tanto a los servicios sanitarios en general como al proceso de vacunación en particular.

Los estudios incluidos en esta revisión destacan como barreras de acceso, una estructura sanitaria compleja para los pacientes, limitados sistemas de registro, la ruralidad y aislamiento geográfico de algunas comunidades y la falta de adaptación de los sistemas de salud a las minorías culturales y migrantes.

Como dificultades de acceso al proceso de vacunación COVID-19 en particular, destacan la confusión en los requisitos de vacunación, procesos de registro y reserva de horas para vacunación engorrosos para los que se requiere de Internet y limitada disponibilidad de centros de vacunación más accesibles y horarios más flexibles y convenientes a los usuarios.

Factibilidad:

Restricciones financieras que limitan el pago de los costos de administración de las vacunas y otros costos indirectos como transporte, la ausencia de seguros de salud que cubran estos gastos, así como limitaciones de tiempo para acudir a la vacunación priorizando deberes del hogar y del trabajo, son elementos que limitan la factibilidad y generan mayor reticencia a la vacunación COVID-19.

Disponibilidad:

El déficit de suministro de vacunas, una limitada disponibilidad de centros de vacunación cercanos, déficit de horarios convenientes para los usuarios y largas horas de espera para ser vacunados, inducen según los estudios, vacilación e indecisión a la vacunación COVID-19. Lo anterior se exagera frente a una infraestructura y gestión sanitaria inadecuada y un déficit de personal de salud entrenado en el proceso de vacunación.

Acceso a educación en salud y consejería:

Como razones relevantes de indecisión a la vacunación COVID-19 citadas en las publicaciones incluidas en esta revisión, se destacan las limitadas estrategias de difusión y educación sobre vacunación y la ausencia de indicación o recomendación a vacunarse. Lo anterior se hace aún más crítico cuando existe un conocimiento limitado sobre enfermedades y vacunas por parte de los usuarios, bajo nivel educacional, limitada alfabetización digital y barreras de idiomas, especialmente en aquellos más vulnerables.

En términos de acceso a consejerías y apoyo emocional para la toma de decisiones en salud respecto de la vacunación del virus COVID-19, se observa un déficit de oportunidades para discutir las preocupaciones sobre las vacunas con el personal de salud y una y falta de estrategias de participación comunitaria con los equipos de salud para educar y motivar a la población.

2.1.3. Complacencia:

Razones filosóficas:

Los estudios incluidos en esta revisión muestran que entre las razones filosóficas que conllevan a una baja percepción de riesgo de contraer COVID-19 y por lo tanto no desear vacunarse nacen de la convicción de que la inmunidad natural y las buenas condiciones de salud son suficientes para protegerse contra la infección del virus COVID-19, creencia que se refuerza con experiencias de no haber recibido ninguna vacuna infantil, estando sano hasta la fecha. Junto con ello no se considera necesario vacunarse, ya que cada vez, más personas están recibiendo la vacuna y las medidas de protección se consideran más seguras que la vacunación.

A lo anterior se suma la creencia que la vacuna es ineficaz para prevenir la transmisión y entrega beneficios limitados o nulos, percibiéndose mayores riesgos para la salud con la vacunación que sin ella.

Además, algunos estudios revelan razones filosóficas aún más profundas para oponerse a la vacunación COVID-19, donde ésta es percibida con hostilidad al considerarse parte de un sistema neoliberal y capitalista.

Razones culturales:

Entre las razones culturales de vacilación e indecisión a la vacuna COVID-19, los estudios destacan la preferencia de utilizar medicina ancestral en base a remedios naturales, la existencia de conflictos con un estilo de vida natural y la percepción de algunos participantes, de que su origen étnico les confiere menor vulnerabilidad de contraer el virus COVID-19.

Razones religiosas:

Entre las razones religiosas para rechazar la vacunación COVID-19, destacan los conflictos entre la vacunación y las creencias religiosas dada la convicción de que las enfermedades tienen un origen religioso o divino.

2.1.4. Cálculo:

Demanda de evidencia confiable:

Los estudios muestran que aquellos que titubean a vacunarse contra el virus COVID-19 demandan mayor evidencia antes de tomar una decisión, siendo muy activos en la búsqueda de información, accediendo a una amplia gama de fuentes de información sobre la vacuna COVID-19.

Esta búsqueda se basa en la convicción de que la evidencia clínica disponible sobre la seguridad, eficacia y calidad de la vacuna COVID-19 es insuficiente e inadecuada y que por lo tanto el desarrollo acelerado que ésta ha tenido es poco fiable. De esta manera, postergan la vacunación a la espera de más información sobre los efectos secundarios y la eficacia de la vacuna, para analizar los pros y contras antes de tomar una decisión de vacunarse.

2.1.5. Colectivo:

Sentido de colectivo y comunidad:

La reticencia a la vacunación COVID-19, disminuye en aquellos con un mayor sentido colectivo y de comunidad. Los resultados de los estudios muestran que aquellos con mayor sentido colectivo consideran la vacunación como una responsabilidad cívica, social y global. Para ellos la vacunación beneficia la salud pública y busca proteger al sistema de salud y lograr que el país se recupere.

Comprensión de inmunidad colectiva o de rebaño

Entre las razones expresadas por aquellos que aceptan la vacunación COVID-19, destacan el sentido de protección a otros en la comunidad que no pueden protegerse a sí mismos, o a aquellos más vulnerables.

Tabla 2.1. Modelo 5C para la vacilación e indecisión a la vacunación contra el COVID-19

Confianza	
Temas	Subtemas
Desinformación	Información contradictoria sobre las vacunas entregada por líderes políticos y científicos, la prensa y las redes sociales.
	Inconsistencias, incongruencias y contradicciones en los mensajes y recomendaciones.
	Escasez de fuentes confiables de información.
	Desinformación en las redes sociales.
	Creencias en las teorías de la conspiración.
Sentimientos y creencias negativas	Ansiedad, desesperanza, impotencia, angustia, miedo, desilusión y frustración por lo desconocido.
	Desconfianza, ambivalencia, escepticismo en las autoridades, personal de salud, comunidad científica y farmacéuticas.
	Confusión, inseguridad por las incertidumbres de eficacia, seguridad y el corto plazo de desarrollo de la vacuna.
	Agotamiento y fatiga por la “infodemia” y el intento de comprender hechos verdaderos sobre la eficacia de la vacuna.
	Pérdida de libertad de elección dada la obligatoriedad de la vacunación COVID-19.
Experiencias negativas previas	Percepciones de coerción y vulneración de los derechos personales por la obligatoriedad de la vacunación.
	Históricas injusticias sociales.
	Experiencias negativas con instituciones de salud.

	Maltrato por parte de los profesionales sanitarios, despersonalización y ausencia de una relación terapéutica sólida.
	Experiencias de maltrato, racismo y discriminación desde el sistema de salud hacia minorías y migrantes.
	Miedo a la deportación.
	Experiencia negativa con otra vacuna.
Limitaciones (“constraints” en inglés)	
Temas	Subtemas
Accesibilidad	Estructura sanitaria compleja para navegar.
	Procesos de registro y reserva de horas para vacunación complejos y limitados.
	Ruralidad y aislamiento geográfico de algunas comunidades.
	Falta de servicios de salud culturalmente adaptados.
	Poca claridad en los requisitos de vacunación.
	Limitado acceso a Internet para registrarse y solicitar horas para vacunarse.
Factibilidad	Restricciones financieras para pagar costos de administración de vacunas y otros costos de bolsillo.
	Restricciones de tiempo para acudir a la vacunación dado por priorizar deberes del hogar y del trabajo.
	Ausencia de seguro de salud.
Disponibilidad	Suministro limitado de vacunas.
	Disponibilidad limitada de centros de vacunación cercanos y horarios más convenientes para los usuarios.
	Largas horas de espera para ser vacunado.
	Infraestructura inadecuada para la entrega de vacunas.
	Déficit de personal sanitario capacitado y entrenado en el proceso de vacunación.
Educación y Consejería	Bajo nivel educacional en personas en situación de pobreza, que viven en lugares remotos y personas mayores.
	Alfabetización digital limitada.
	Barreras de idioma y falta de servicios de traducción.
	Conocimiento limitado sobre enfermedades y vacunas por parte de los usuarios.
	Déficit en la referencia y recomendación de vacunación por parte del personal de salud
	Limitadas estrategias de difusión y educación sobre vacunación.
	Déficit de oportunidades para discutir las preocupaciones sobre las vacunas.
	Déficit de apoyo emocional y educativo para tomar decisiones en torno a la vacunación.
	Falta de estrategias de participación comunitaria.
Complacencia	
Temas	Subtemas
Razones filosóficas	Hostilidad hacia un sistema político vinculado al neoliberalismo y al capitalismo.
	Dependencia de la inmunidad natural, la autoinmunidad y las condiciones de aptitud física.
	Experiencia de no haber recibido ninguna vacuna infantil, estando sano hasta la fecha.
	Se perciben mayores riesgos para la salud con la vacunación.
	Creencia de que la vacuna es ineficaz para prevenir la transmisión, entregando beneficios limitados o nulos.
	No es necesario vacunarse, ya que cada vez más personas están recibiendo la vacuna.
	Las medidas de protección son más efectivas y seguras que la vacuna.
Razones culturales	Uso de remedios naturales o medicina ancestral.
	Conflicto con un estilo de vida natural.
	Asociación entre origen étnico con una menor vulnerabilidad al COVID-19.
Razones religiosas	Conflicto con las creencias y reglas religiosas.
	Convicción de que las enfermedades tienen un origen religioso o divino.
Cálculo	
Temas	Subtemas
Demanda de evidencia confiable	A la espera de más información sobre los efectos secundarios y la eficacia de la vacuna.
	Análisis de pros y contras de la efectividad y los efectos secundarios de las diferentes vacunas.
	Conocimiento sobre el proceso de vacunación COVID-19 y los ensayos clínicos asociados.
	Acceso a una amplia gama de fuentes de información sobre la vacuna COVID-19.
	Evidencia clínica insuficiente e inadecuada sobre la seguridad, eficacia y calidad de la vacuna COVID-19.
	El desarrollo acelerado de vacunas se considera poco fiable.
Colectivo	
Temas	Subtemas
Sentido de colectivo y comunidad	Protección altruista y perspectiva prosocial.
	La vacunación como responsabilidad cívica, social y global.
	Para proteger al sistema de salud.
	Para lograr que el país se recupere.
	Para ayudar a poner fin a la pandemia.
	Beneficios para la salud pública.
	Para proteger a las personas que no pueden protegerse a sí mismas en la comunidad.

Comprensión de inmunidad colectiva	Proteger a otros de la transmisión, especialmente a los más vulnerables.
------------------------------------	--

2.2. Modelo 5C para la vacilación e indecisión a la vacunación contra el virus papiloma humano (VPH)

Las razones identificadas para la vacilación e indecisión a la vacunación dentro del modelo 5C para la vacuna contra el virus papiloma humano (VPH) son presentados en la Tabla 2.2

2.2.1. Confianza

Desinformación:

Las razones que merman la confianza en la vacunación contra el VPH, identificadas por los estudios incluidos en esta revisión fueron la existencia de un entorno de información contradictorio sobre la vacunación del VPH, lo que genera desconfianza en las fuentes que proporcionan información y propicia la proliferación de conceptos erróneos y rumores de teorías conspirativas sobre esta vacuna. Lo anterior se ve exacerbado por una sobrecarga de miedo y fatalismo en los medios de comunicación y redes sociales.

Sentimientos y creencias negativas:

Este ambiente de desconfianza frente a la desinformación existente genera sentimientos de miedo a lo desconocido, preocupaciones y temores respecto de la seguridad y eficacia de la vacuna contra el VPH basados en la percepción de la falta de pruebas que garanticen una vacunación eficaz y segura.

Por otro lado, se describen sentimientos de desconfianza y escepticismo respecto del real interés de las farmacéuticas detrás de la vacunación, que esconderían una intención netamente lucrativa. También se observa desesperanza y falta de fe en el “sistema”, en las autoridades y en los funcionarios de salud.

Finalmente, se destaca la preocupación de los padres ante su creencia de que la vacunación contra el VPH fomentaría el sexo y conductas promiscuas en sus hijos.

Experiencias negativas previas:

Los estudios destacan que las experiencias negativas de amigos o familiares con la vacuna contra el VPH u otra vacuna, así como las propias experiencias negativas con procesos de vacunación anteriores o con el personal de salud, promoverían la vacilación e indecisión a la vacunación.

2.2.2. Limitaciones (“constraints” en inglés)

Accesibilidad:

Barreras de acceso al sistema de salud, como el déficit de coordinación entre los niveles de atención, existencia de derivaciones, recomendaciones e indicaciones a vacunarse confusas y complejas de seguir por los pacientes, hacen que la indecisión a la vacunación se potencie.

Junto con ello algunos estudios destacan un déficit en la gestión de políticas sanitarias que promuevan y prioricen la vacunación contra el VPH en comparación con temas de salud pública. Para algunos el hecho de que la vacunación VPH no es obligatoria en muchos países es una desventaja.

Por otra parte, y dado que la población objetivo de esta vacuna se encuentra en edad escolar y las estrategias de vacunación están localizadas en los colegios, la oposición de las escuelas a la vacunación, la falta de una estrategia que haga frente al ausentismo, la deserción escolar y la constante movilidad de algunas comunidades son razones que aumentan la vacilación e indecisión a la vacunación contra el VPH.

Factibilidad:

En relación con las razones de indecisión a la vacuna contra el VPH vinculadas con la factibilidad se destacan, los costos de bolsillo para el pago de la vacuna o su administración y dificultades con los seguros de salud, ya sea para acceder a ellos financieramente o para solicitar los reembolsos pertinentes a la vacunación.

Restricciones de tiempo al priorizar deberes del hogar y del trabajo y la falta de flexibilidad horaria en el empleo para atender temas de salud, así como largas distancias de viaje hasta los lugares de vacunación y la falta de transporte fueron también razones asociadas a la vacilación e indecisión a la vacunación del VPH.

Disponibilidad:

Déficit de suministro de vacunas, de capacidad de almacenamiento y seguimiento, así como el déficit de infraestructura sanitaria idónea y de personal de salud capacitado para implementar el proceso de vacunación, son factores que se destacan en los estudios incluidos en esta revisión como razones de vacilación e indecisión a la vacunación HPV.

Educación y Consejería:

La reticencia y postergación de la vacuna contra el VPH se ve potenciada por la existencia de un marcado déficit de estrategias de promoción, educación y consejería que apoyen la toma de decisiones respecto a esta vacuna. Lo anterior se hace mucho más crítico cuando existe un bajo nivel de alfabetización de algunos usuarios y desconocimiento sobre el riesgo de infección por VPH.

Los estudios señalan un déficit de instancias de educación sobre el riesgo de infección por VPH, los pros y contras de la vacuna, el proceso de vacunación y los requisitos y rutas de acceso a la vacuna contra el VPH.

Este déficit de estrategias de promoción se suma a una percibida desconexión entre el sistema de salud y la comunidad lo que limita la participación comunitaria y movilización social para promover la vacunación.

2.2.3. Complacencia**Razones filosóficas:**

Entre las razones filosóficas de vacilación e indecisión a la vacunación VHP, se destacan la creencia de que las infecciones son necesarias para desarrollar inmunidad y el apelar al derecho de autonomía como padres de para decidir si vacunar o no a sus hijos.

Por otro lado, existe una percepción de menor riesgo en algunas comunidades, aludiendo a que la infección por VPH y el cáncer de cuello uterino son enfermedades de personas blancas.

Razones culturales:

Las razones culturales observadas se centran predominantemente en la percepción de que la vacunación contra el VPH violaría los valores culturales tradicionales relacionados con la sexualidad. Entre los argumentos citados por los padres para desistir o postergar la vacunación contra el VHP, destacan la creencia de que sería demasiado pronto tener discusiones sobre temas sexuales con los hijos en edad de recibir la vacuna VPH. A lo anterior se suma una limitada educación sexual en las familias de determinadas culturas y religiones, dado que se considera un tema tabú, generando sentimientos de malestar y vergüenza.

Además de lo anterior, también se citan como razones de vacilación e indecisión a la vacuna contra el VPH la preferencia de la educación y la medicina complementaria o ancestral como mejores formas de prevenir enfermedades que las vacunas.

Razones religiosas:

La vacilación e indecisión a la vacunación contra el VPH dada por razones religiosas se sustenta en una menor percepción de riesgo de infección dada la doctrina religiosa de abstención sexual de toda niña hasta el matrimonio y la existencia de una única pareja sexual para toda la vida.

La reticencia a la vacunación contra el VPH también se fundamentaría en la creencia de que la vacunación violaría estas doctrinas religiosas al incitar a la promiscuidad, por lo que sólo se debería vacunar a las niñas promiscuas y sexualmente activas.

Por otro lado, se describen la existencia de grupos religiosos específicos que rechazan la medicina moderna y por lo tanto la vacunación, así como la creencia de que el cáncer está controlado por Dios.

2.2.4. Cálculo

Demanda de evidencia confiable:

En los estudios incluidos en esta revisión se observa que el acceso a más información despierta mayor autonomía de decisión en cuanto a la propia salud y por ende a la decisión de no vacunarse. De acuerdo con esto, se citan como razones de rechazar o postergar la vacunación contra el VPH el deseo de esperar por mayor y más confiable evidencia de efectividad y seguridad respecto de la vacuna.

2.2.5. Colectivo

Los estudios incluidos en esta revisión de la literatura no hacen referencia a factores relacionados con el sentido de colectivo.

Tabla 2.2. Modelo 5C para la vacilación e indecisión a la vacunación contra el virus papiloma humano (VPH)

Confianza	
Temas	Subtemas
Desinformación	Desconfianza en las fuentes que proporcionan información sobre la vacunación anti-VPH.
	Entorno de información contradictorio sobre la vacunación contra el VPH.
	Conceptos erróneos y rumores de teorías de conspiración.
	Sobrecarga de miedo y fatalismo en los medios de comunicación y redes sociales.
Sentimientos y creencias negativas	Preocupación y temor por la incertidumbre sobre la seguridad y eficacia de la vacuna.
	Preocupaciones por la falta de pruebas ya que el VPH es una vacuna nueva.
	Miedo a lo desconocido.
	Creencia de un interés netamente lucrativo de las empresas farmacéuticas detrás de la vacunación.
	Desesperanza y falta de fe en el "sistema", las autoridades de Gobierno y funcionarios de salud.
	Preocupaciones de los padres sobre la actividad sexual de sus hijos.
Experiencias negativas previas	Las vacunas contra el VPH fomentarían el sexo o conductas promiscuas.
	Experiencias negativas con la vacuna contra el VPH u otra vacuna de amigos o familiares.
	Experiencias negativas con profesionales de salud.
Limitaciones ("constraints" en inglés)	
Temas	Subtemas
Accesibilidad	Falta de una clara referencia y recomendación a vacunarse por parte del personal de salud.
	Dificultades para acceder a la atención y navegar por el sistema de salud.
	Falta de coordinación para obtener una hora para la vacunación.
	Menor prioridad dada por las autoridades a la vacunación del VPH en comparación con otros temas de salud pública.
	Falta de mandatos a nivel estatal para la vacuna contra el VPH.
	Falta de una estrategia de vacunación para las niñas que no asisten a la escuela.
	Oposición de las escuelas a la vacunación contra el VPH en sus establecimientos.
	Movilidad frecuente de las niñas entre dosis de vacuna.
Ausentismo y abandono escolar.	
Factibilidad	Costos de bolsillo para acceder a la vacunación.
	Inconvenientes con los seguros de salud.
	Largas distancias de viaje hasta los lugares de vacunación.
	Falta de transporte.
	Restricciones de tiempo para acudir a la vacunación dado por priorizar deberes del hogar y del trabajo.
Falta de flexibilidad horaria en el empleo para atender temas de salud.	
Disponibilidad	Déficit de suministro de vacunas, capacidad de almacenamiento y seguimiento.

	Déficit de infraestructura sanitaria idónea para implementar los procesos de vacunación.
	Déficit de personal sanitario capacitado en el proceso de vacunación especialmente en las zonas rurales.
	Largas horas de espera para ser vacunado.
Educación y Consejería	Bajo nivel de alfabetización de los usuarios.
	Desconocimiento sobre el riesgo de infección por VPH.
	Desconocimiento sobre el proceso de vacunación y como acceder a la vacuna.
	Déficit en estrategias de educación e información sobre los pros y los contras de la vacuna contra el VPH.
	Oportunidades limitadas para que los padres reciban educación y consejería respecto de la vacunación.
	Barreras de idioma.
	Desconexión entre el sistema de salud y la comunidad.
	Limitada participación comunitaria y movilización social para promover la vacunación.
Complacencia	
Temas	Subtemas
Razones filosóficas	Creencia de que las infecciones son necesarias para desarrollar inmunidad.
	Autonomía parental para decidir vacunar a sus hijos o no.
	El VPH y el cáncer de cuello uterino se perciben como una enfermedad de personas blancas.
Razones culturales	Preferencia de medicina complementaria como mejores formas de prevenir enfermedades que las vacunas.
	Creencia de que la prevención debe hacerse a través de la educación y no de las vacunas.
	Poca atención a la vacunación masculina contra el VPH al considerarse ineficaz en los niños al no tener cuello uterino.
	Percepción de que la vacunación VPH viola los valores culturales tradicionales.
	Creencia de que es demasiado pronto tener discusiones sobre sexualidad con los hijos.
	Limitada educación sexual en las familias dado que se considera un tema tabú en determinadas culturas.
	Malestar en torno a la vacuna asociado con el sexo y sus sentimientos de vergüenza.
	Creencia de que sólo se debe vacunar a las niñas promiscuas y sexualmente activas.
Razones religiosas	Existencia de grupos religiosos específicos que rechazan la medicina moderna.
	Creencia de que el cáncer está controlado por el destino o por Dios.
	Percepción de que la vacunación VPH viola las creencias religiosas.
	Las niñas deben abstenerse sexualmente hasta el matrimonio y tener una única pareja sexual en la vida.
	La vacunación incitaría a la promiscuidad.
Cálculo	
Temas	Subtemas
Demanda de evidencia confiable	Deseo de obtener más información sobre la infección por VPH y la vacunación de una fuente confiable.
	El acceso a internet y a la información despierta la autonomía, pero también la decisión de no vacunar.
Colectivo	
Temas	Subtemas
Sentido de colectivo y comunidad	No descrito
Comprensión de inmunidad colectiva	No descrito

2.3. Modelo 5C para la vacilación e indecisión a la vacunación contra la influenza

Las razones identificadas para la vacilación e indecisión a la vacunación dentro del modelo 5C para la vacuna contra la influenza son presentados en la Tabla 2.3

2.3.1. Confianza

Desinformación:

Para la vacuna contra la influenza, lo más relevante en términos de desinformación, tienen que ver con el hecho de que la publicidad de medicamentos antigripales hace pensar que la influenza es leve.

Sentimientos y creencias negativas:

En cuanto a los sentimientos y creencias negativas que desincentivarían la vacunación contra la influenza destaca la creencia de que la vacuna causaría la infección como efecto secundario.

Además, se cita la percepción de inconsistencias por parte del personal de salud en la recomendación de la vacuna lo que generaría desconfianza en el sistema sanitario y en las empresas farmacéuticas.

Experiencias negativas previas:

Como lo observado con otras vacunas, los estudios también hacen referencia a que las experiencias negativas previas, ya sea personales, como de amigos o familiares, respecto de alguna vacuna o del sistema sanitario en general, inducirían conductas de vacilación e indecisión a vacunarse contra la influenza.

2.3.2. Limitaciones (“constraints” en inglés)

Accesibilidad:

Entre las barreras de acceso observadas por los estudios como razones de vacilación e indecisión a la vacunación contra la influenza, se destacan la falta de coordinación entre los distintos niveles del sistema de salud generándose inconsistencias en la determinación de los grupos objetivo y criterios de vacunación. Según algunos estudios, esto se debería a un insuficiente apoyo, dirección y liderazgo por parte de las autoridades de salud respecto a la vacunación contra la influenza.

A lo anterior se suma horarios de atención para la vacunación incompatibles con las labores del hogar y del trabajo de los usuarios.

Factibilidad:

Respecto de la factibilidad solo se destaca que la vacuna contra la influenza puede resultar de alto costo, sobre todo en los servicios privados de salud.

Disponibilidad:

En cuanto a la disponibilidad, se observan como razones de indecisión a la vacunación contra la influenza la escasez de vacunas disponibles en los sitios de vacunación por un déficit en la logística de distribución.

Educación y Consejería:

Se observa un marcado desconocimiento de la gravedad de la influenza, confundiéndose con un resfriado común, percibiéndose como una infección leve lo que desincentivaría la vacunación. Lo anterior se vería agudizado por el déficit de instancias educativas respecto de la infección por influenza, los pro y contras de la vacuna y el acceso al proceso de vacunación.

Complacencia:

Razones filosóficas:

Entre las razones filosóficas que aumentarían la vacilación a la vacunación contra la influenza, se destaca por una parte la creencia de que los niños no estarían en riesgo de contraer influenza y por otra la creencia de que contraer esta infección es inevitable para los niños, pero que no revestiría mayor riesgo, ya que sería leve. Esta baja percepción de riesgo se reforzaría con la experiencia personal o de familiares y amigos de no haber recibido la vacuna periodos anteriores y no haber contraído la influenza.

Otras razones indecisión serían la percepción de una buena salud y conductas de autocuidado saludables como factores protectores de contraer la influenza y enfermar y la reticencia de introducir en el cuerpo lo que se percibe como sustancias químicas no naturales.

Específicamente el personal de salud explicaría su reticencia a la vacunación contra la influenza en base a la creencia de que la exposición diaria los protegerían contra la infección.

Razones culturales:

Conflicto con las creencias culturales, principalmente relacionadas con la preferencia de la medicina natural o ancestral es la principal causa de vacilación e indecisión a la vacunación contra la influenza descrita por los estudios incluidos en esta revisión.

Razones religiosas:

En cuanto a las razones religiosas, se destaca la convicción de que las enfermedades tienen un origen religioso o divino, por lo que la vacunación no sería necesaria.

2.3.3. Cálculo

Demanda de evidencia confiable:

El hecho de que sea una vacuna estacional y que cambie la cepa viral cada vez, introduce cuestionamientos sobre la efectividad de la vacuna aumentando la vacilación e indecisión a la vacunación.

2.3.4. Colectivo

Sentido de colectivo y comunidad:

Los resultados de los estudios de esta revisión muestran que aquellos con mayor sentido de colectivo aprueban la vacunación contra la influenza expresando que vacunar a los niños es una responsabilidad social.

Comprensión de inmunidad colectiva o de rebaño:

Respecto de la comprensión de la inmunidad colectiva de aquellos que aprueban la vacuna contra la influenza, se destaca el deseo de proteger a otros de la transmisión, especialmente a aquellos más vulnerables.

Tabla 2.3. Modelo 5C para la vacilación e indecisión a la vacunación contra la influenza

Confianza	
Temas	Subtemas
Desinformación	La publicidad de medicamentos antigripales induce a pensar que la influenza es una enfermedad leve y temporal.
Sentimientos y creencias negativas	Preocupaciones sobre la seguridad o eficacia de las vacunas.
	Creencia de que la vacunación causa influenza como efecto secundario.
	Inconsistencias al prescribir la vacuna por parte del personal de salud
	Desconfianza en los profesionales de la salud y de las empresas farmacéuticas respecto de la vacunación.
Experiencias negativas previas	Experiencias negativas personales con la vacuna.
	Experiencias negativas con la vacuna de miembros de la familia o amigos.
Limitaciones ("constraints" en inglés)	
Temas	Subtemas
Accesibilidad	Falta de coordinación entre los distintos niveles del sistema de salud.
	Inconsistencias en la determinación de los grupos objetivo y criterios de vacunación entre diferentes jurisdicciones.
	Insuficiente apoyo y liderazgo por parte de las autoridades respecto a la vacunación contra la influenza.
	Horarios para vacunación incompatibles con labores del hogar y del trabajo.
Factibilidad	Las vacunas pueden resultar caras en los servicios privados.
Disponibilidad	Escasez de vacunas disponibles en los sitios de vacunación.
	Déficit en la logística de distribución de la vacuna.
Educación y Consejería	Bajo nivel de educacional.
	Falta de conocimiento sobre la influenza y su gravedad.
	Desconocimiento respecto de ser transmisor de la influenza.
	Falta de información sobre campañas, ubicación de los sitios de vacunación y criterios para ser vacunado.
	Insuficiente información y educación de la vacuna contra la influenza proporcionada por los profesionales de la salud.
Complacencia	
Temas	Subtemas
Razones filosóficas	Creencia de que los niños no están en riesgo de contraer influenza.
	Creencia de que contraer gripe es inevitable para los niños.
	Creencia de que la influenza es una enfermedad leve.
	Experiencias personales, de amigos o familiares que nunca han sido vacunados y nunca han contraído la influenza.
	Percepción de un buen nivel de salud.
	Vacilación e indecisión de introducir en el cuerpo lo que se percibe como sustancias químicas no naturales.

	Creencia por parte del personal de salud de que la exposición diaria y el autocuidado los protegen contra la influenza.
Razones culturales	Conflicto con las creencias culturales, principalmente relacionadas con preferencia de la medicina natural o ancestral.
Razones religiosas	Convicción de que las enfermedades tienen un origen religioso o divino.
Cálculo	
Temas	Subtemas
Demanda de evidencia confiable	El hecho de que sea una vacuna estacional y que cambie la cepa viral cada vez, introduce cuestionamientos sobre la efectividad de la vacuna.
Colectivo	
Temas	Subtemas
Sentido de colectivo y comunidad	Vacunar a un niño es una responsabilidad social.
Comprensión de inmunidad colectiva	Proteger a otros de la transmisión, especialmente a los más vulnerables.

2.4. Modelo 5C para la vacilación e indecisión a la vacunación del programa de vacunación infantil

Las razones identificadas para la vacilación e indecisión a la vacunación dentro del modelo 5C para el programa de vacunación infantil son presentados en la Tabla 2.4.

2.4.1. Confianza

Desinformación:

En términos de desinformación, los estudios incluidos en esta revisión constatan la presencia de un movimiento antivacunas considerado bien conectado y con un relevante poder de convocatoria que difunde mensajes desincentivando la vacunación en la prensa como en las redes sociales, y que es percibido como agresivo por algunos.

Además, se observa la existencia de información contradictoria sobre la efectividad y seguridad de las vacunas infantiles, lo que dificulta encontrar fuentes de información confiable para tomar una decisión respecto de aceptar o rechazar las vacunas del programa de inmunización infantil.

Sentimientos y creencias negativas:

Este ambiente de desinformación genera en los usuarios, sentimientos de confusión, miedo y escepticismo ante los mensajes antivacunas, así como preocupación, ambigüedad y ansiedad respecto de la información contradictoria sobre la efectividad y seguridad de las vacunas.

Al igual que lo observado como razones de rechazo para otras vacunas, los sentimientos de desconfianza en las autoridades de Gobierno, el sistema sanitario y el personal de salud generan potencia la indecisión de vacunar a los niños. Esta desconfianza se agudiza con la percepción de falta de transparencia del programa de inmunización, levantándose cuestionamientos ante los valores éticos detrás de la investigación y la producción acelerada de vacunas y la creencia de intereses económicos distintos a la salud detrás de la promoción de la vacunación.

Experiencias negativas previas:

La existencia de haber sufrido experiencias negativas o incluso traumáticas de maltrato o negligencia por parte del personal de salud destacan como razones claves para rechazar o desistir de vacunar a los niños. Experiencias de un trato despectivo y agresivo del personal de salud hacia los padres cuando expresan sus dudas o rechazan las vacunas, o el ser considerado negligentes, sin educación, ni entendimiento por haber incumplido el esquema de vacunas, o el haber sido regañados, rechazados o humillados por algún déficit de higiene de los niños u olvido de alguna documentación, motivan fuertemente conductas de rechazo, no solo a la vacunación, sino a los servicios de salud como un todo.

Por otro lado, experiencias de ser presionados, obligados e intimidados por parte del personal de salud a vacunar a sus hijos, generan sentimientos de frustración al sentirse no escuchados y no respetados en sus derechos a decidir frente a la propia salud y la de sus hijos.

Finalmente, y al igual que lo observado para otras vacunas, reacciones adversas experimentadas por sus hijos o niños de familiares y amigos con vacunas previas, son razones para desistir la vacunación infantil.

2.4.2. Limitaciones (“constraints” en inglés)

Accesibilidad:

La existencia de un sistema de salud complejo, rígido y descoordinado con brechas de gestión, liderazgo y directrices respecto de la implementación del programa de vacunación infantil genera ineficiencias de implementación y barreras de acceso, desincentivando la vacunación infantil.

Factibilidad:

En cuanto a las razones de indecisión a la vacunación infantil relacionadas con factibilidad, destacan el déficit de infraestructura vial y transporte para acceder a los centros de vacunación especialmente en zonas rurales.

Disponibilidad:

En términos de disponibilidad como factores que influyen el rechazo a la vacunación infantil, se destacan el déficit de gestión logística respecto del abastecimiento, transporte y almacenamiento de las vacunas, déficit de infraestructura sanitaria para un óptimo proceso de vacunación y la escasez de personal capacitado y entrenado en el proceso de vacunación infantil.

Educación y consejería:

La falta de información y de instancias de promoción y educación sobre la acción de las vacunas, sus beneficios, efectos secundarios y el cronograma de vacunación son descritos como factores que desincentivan la vacunación infantil. Lo anterior se agudiza con la rigidez del discurso técnico, el limitado tiempo para discutir, deliberar y apoyar el proceso de decisión respecto de la vacunación con los padres y la falta de habilidades comunicacionales y de empatía del personal de salud hacia los usuarios.

Por otra parte, se describen como factores de rechazo a la vacunación infantil en la población migrante, barreras de idioma, servicios de traducción inadecuados y una limitada comprensión por parte del personal de salud de las necesidades de la población migrante, nómada y otras minorías culturales.

2.4.3. Complacencia

Razones filosóficas:

Dentro de las razones filosóficas expresadas por aquellos que rechazan la vacunación se observa la creencia de que las enfermedades inmunoprevenibles que afectan a los niños son un proceso natural, beneficioso y benigno, de tratamiento sencillo y accesible, y que ayudan a fortalecer el organismo.

Existe además la convicción de que la salud es responsabilidad propia, no impuesta, lo que implica respetar lo natural y empoderar al organismo para que autogestione un buen funcionamiento y evite enfermedades. Para ellos, esto se lograría a través del refuerzo del sistema autoinmune con una buena alimentación y productos orgánicos, y no por medio de la vacunación.

Bajo este paradigma, las propias capacidades y cuidados brindados por los padres y la familia serían suficientes para mantener sanos a los hijos y que por lo tanto las vacunas no serían necesarias. De acuerdo con esto, la vacunación atentaría contra derecho a la autonomía y la libertad de elección respecto de la propia salud.

A lo anterior se suma el rechazo de algunos a la medicina occidental, el paradigma biomédico y su identificación como verdad incuestionable.

Aquellos que rechazan las vacunas infantiles, especialmente las combinadas, consideran que éstas son productos sin eficacia probada, altamente tóxicos, nocivos para el organismo y que sobrecargan el sistema inmunológico, lo que genera efectos secundarios de largo plazo desconocidos incluso más graves que las enfermedades que pretenden prevenir. Además, considerarían que los niños son demasiado pequeños y frágiles física y emocionalmente para ser vacunados, sobre todo cuando deben recibir múltiples dosis de una misma vacuna o varias vacunas en un mismo día.

Razones culturales:

Los estudios destacan como la preferencia de la medicina alternativa o ancestral es la razón cultural principal para rechazar la vacunación infantil.

Razones religiosas:

Entre las razones religiosas para rechazar la vacunación infantil destaca la convicción de que las enfermedades tienen un origen religioso o divino, donde Dios proporciona herramientas naturales para la salud, siendo las infecciones infantiles parte de un plan divino para desarrollar el sistema inmunológico de forma natural.

2.4.4. Cálculo

Demanda de evidencia confiable:

Aquellos que refieren rechazar la vacunación por haberse informado más objetivamente demandan mayor evidencia respecto de las vacunas del programa de inmunización infantil. Lo hacen tras el cuestionamiento de la efectividad y seguridad de estas, la falta de transparencia en los estudios respecto de los sesgos y el déficit de pruebas de seguridad de las vacunas nuevas en a toda la población. De esta manera, la aceptación de la vacunación infantil podría ser reconsiderada si los beneficios se presentaran claramente y si la seguridad estuviera garantizada.

2.4.5. Colectivo

Sentido de colectivo y comunidad:

Los resultados muestran que aquellos con mayor sentido de colectivo aprueban la vacunación infantil concibiéndola como una responsabilidad social de proteger a los niños y a la comunidad.

Comprensión de inmunidad colectiva o de rebaño:

Por otra parte, y respecto a la comprensión de la inmunidad colectiva, aquellos que aprueban la vacunación infantil lo hacen para ayudar a proteger a los niños médicamente comprometidos que son especialmente vulnerables, proporcionando así un beneficio público.

Tabla 2.4. Modelo 5C para la vacilación e indecisión a la vacunación del programa de vacunación infantil

Confianza	
Temas	Subtemas
Desinformación	El movimiento antivacunas se considera bien y con un relevante poder de convocatoria, pero agresivo.
	Difusión de mensajes antivacunas en los medios de comunicación y redes sociales.
	Información contradictoria sobre si las vacunas son útiles o perjudiciales.
	Dificultades para encontrar información confiable.
Sentimientos y creencias negativas	Confusión, miedo y escepticismo ante los mensajes antivacunas
	Preocupación, ambigüedad y ansiedad sobre la seguridad y eficacia de las vacunas y sobre su contenido.
	Desconfianza en la medicina, el gobierno, el sistema y personal de salud y las farmacéuticas en torno a las vacunas
	Desconfianza en la medicina occidental, el paradigma biomédico y su identificación como verdad incuestionable.
	Percepción de falta de transparencia del programa de inmunización.
	Preocupaciones por la ética de la investigación en torno a las vacunas.
	Desconfianza en las vacunas por la creencia de intereses económicos distintos a la salud
	Preocupaciones por la producción acelerada de vacunas.
	Creencia de que la calidad de las vacunas es peor en algunos países.
Creencia de que el niño es demasiado pequeño y frágil física y emocionalmente para ser vacunado.	

	Creencia de que no se debe aplicar la misma vacuna dos veces.
	Miedo a recibir múltiples vacunas al mismo tiempo.
	Preocupación por el dolor que las vacunas causan a los niños.
	Miedos a los trastornos neurológicos que pueden producir algunas vacunas.
Experiencias negativas previas	Experiencias negativas e incluso traumáticas con el personal de salud.
	Experiencias de maltrato, presión, desequilibrio de poder y mala calidad de la atención.
	Trato despectivo y agresivo del personal de salud hacia los padres cuando expresan dudas o rechazan las vacunas.
	Experiencias de ser regañados, rechazados o humillados por el personal de salud por incumplimientos del esquema de vacunas o déficit de higiene de los niños u olvido de alguna documentación.
	Experiencias de ser percibidos y tratados como negligentes, sin educación ni entendimiento por el personal de salud.
	Experiencia de ser presionados, obligados e intimidados por parte del personal de salud a vacunar a sus hijos, perdiendo sus derechos a decidir frente a la propia salud y la de sus hijos.
	Sentimientos de frustración al sentirse no escuchados y no respetados en la interacción con el personal de salud.
	Reacciones adversas experimentadas por sus propios hijos o niños de familiares y amigos con en vacunas previas.
Limitaciones ("constraints" en inglés)	
Temas	Subtemas
Accesibilidad	Déficit de gestión del proceso de implementación del programa de vacunación infantil.
	Falta de apoyo, liderazgo y directrices respecto de la vacunación infantil por parte de las autoridades.
	Déficit de uniformidad y coordinación entre los niveles de atención e intersectorial.
	Ausencia de un sistema integrado de reporte, notificación y planificación de horas del programa de vacunación infantil.
	Sistema de salud complejo y poco coordinado para comprender y navegar por los usuarios.
	Rigidez en el calendario de vacunación.
Factibilidad	Déficit de infraestructura vial y transporte para acceder a los centros de vacunación especialmente en zonas rurales.
Disponibilidad	Gestión logística deficiente respecto del abastecimiento, transporte y almacenamiento de las vacunas.
	Déficit de infraestructura en los establecimientos de salud para un óptimo proceso de vacunación.
	Escasez de personal capacitado y entrenado en el proceso de vacunación infantil.
	Desabastecimientos de vacunas.
Educación y Consejería	Falta de instancias de promoción y educación sobre la acción de las vacunas, sus beneficios y efectos secundarios.
	Rigidez del discurso técnico del personal de salud y falta de comunicación sobre vacunación infantil con los padres.
	Limitado tiempo para discutir, deliberar y apoyar el proceso de decisión respecto de la vacunación con los padres.
	Barreras de idioma y servicios de traducción inadecuados.
	Limitada comprensión del personal de salud sobre las necesidades de la población migrante, nómada y otras minorías.
Complacencia	
Temas	Subtemas
Razones filosóficas	Las enfermedades inmunoprevenibles son consideradas un proceso natural, beneficioso y benigno, de tratamiento sencillo y accesible, que ayuda al organismo a fortalecerse.
	Creencia de que la salud es responsabilidad propia, no impuesta, lo que implica respetar lo natural y empoderar al organismo para que autogestione un buen funcionamiento y evite enfermedades.
	Preferencia de reforzar un sistema de autoprotección con acciones como buena nutrición y productos orgánicos.
	Convicción de que las capacidades y cuidados de los padres y familia son suficientes para mantener sanos a los hijos.
	Creencia de que si los niños están sanos no necesitan vacunación.
	Creencia de que la vacunación atenta sobre el derecho a la autonomía y libertad de elección respecto de las acciones de salud de las familias.
	Convicción de que las vacunas no son necesarias ya que no han tenido un efecto directo en la reducción de enfermedades, sino que ha sido la mejora de las condiciones socioeconómicas lo que ha reducido las infecciones.
	Convicción de que las vacunas son productos sin eficacia probada, altamente tóxicos, nocivos, agresivos para el organismo y con efectos a largo plazo desconocidos y más graves que las enfermedades que pretenden prevenir.
	Percepción de que el riesgo de efectos secundarios de la vacunación es mayor que los riesgos de la enfermedad.
	Creencia de que la vacuna podría causar la enfermedad.

	Creencia de que las vacunas, especialmente las combinadas, sobrecargan el sistema inmunológico del niño, por lo que la vacunación debe retrasarse hasta que los niños sean mayores y más fuertes
	Creencia de que la vacunación es beneficiosa para determinadas clases sociales, pero no necesariamente para todos.
Razones culturales	Preferencia de la medicina alternativa o ancestral.
Razones religiosas	Dios proporciona herramientas naturales para la salud.
	Creencia de que las infecciones infantiles son parte del plan de Dios para desarrollar el sistema inmune naturalmente
	Las enfermedades tenían un origen religioso o divino.
Cálculo	
Temas	Subtemas
Demanda de evidencia confiable	Cuestionamiento de la efectividad y seguridad de las vacunas.
	Falta de transparencia y estudios sesgados.
	Lo reconsideraría si los beneficios se presentaran claramente
	Lo reconsideraría si la seguridad estuviera garantizada.
Colectivo	
Temas	Subtemas
Sentido de colectivo y comunidad	La vacunación es parte de la responsabilidad social de cada uno de proteger a los niños y a la comunidad.
Comprensión de inmunidad colectiva	Para ayudar a proteger a los niños médicamente comprometidos que son especialmente vulnerables.
	La inmunidad colectiva con vacunas infantiles proporciona un gran beneficio público

2.5. Modelo 5C para la vacilación e indecisión a la vacunación del programa de vacunación maternal

Las razones identificadas para la vacilación e indecisión a la vacunación dentro del modelo 5C para el programa de vacunación durante el embarazo son presentados en la Tabla 2.5.

2.5.1. Confianza

Desinformación:

El factor más preponderante en términos de desinformación descrita por los estudios sería la difusión de mensajes antivacunas en los medios de comunicación y redes sociales, lo que influenciaría a las mujeres embarazadas a decidir no vacunarse.

Sentimientos y creencias negativos:

Particularmente para el programa de inmunización durante el embarazo, se destacan como razones de vacilación e indecisión a la vacunación, la preocupación y temor sobre los efectos adversos que las vacunas puedan producir al feto en formación.

A lo anterior se suma el miedo a contraer una enfermedad mediante la vacunación que podría por una parte repercutir en la salud de su hijo por nacer y por otra agravarse al no poder ser contrarrestada con tratamiento farmacológico habitual dado el daño potencial que estos medicamentos pudieran producir al feto.

Al igual que lo observado en otras vacunas, parte de las razones de vacilación e indecisión corresponde al sentimiento de desconfianza en las compañías farmacéuticas que realizan ensayos clínicos, en las autoridades de Gobierno y en el sistema sanitario.

Experiencias negativas previas:

Los estudios incluidos en esta revisión de la literatura no hacen referencia a experiencias negativas previas como razones de vacilación e indecisión a la vacunación maternal.

2.5.2. Limitaciones (“constraints” en inglés)

Accesibilidad:

Las barreras para acceder a los servicios públicos de atención de salud materna, incluida la inmunización, así como la baja calidad de la atención percibida por los usuarios y la congestión de los servicios de salud son factores observados como desencadenantes de vacilación frente a la vacunación de la mujer embarazada.

Por otra parte, la falta de una clara referencia, recomendación y prescripción de la vacunación durante el embarazo por parte del personal de salud, desincentivan la vacunación.

Factibilidad:

Los estudios incluidos en esta revisión no hacen referencia a factores de factibilidad asociados a la vacilación e indecisión a la vacunación maternal.

Disponibilidad:

En cuanto a la disponibilidad, la escasez de vacunas en los puntos de vacunación se describe como factores determinantes de vacilación e indecisión.

Educación y consejería:

Factores como la falta de información respecto de la vacunación maternal y el déficit de espacios de discusión significativa y de educación sobre la vacunación maternal que hagan participes de manera activa a las mujeres embarazadas y sus familias son razones de vacilación e indecisión a la vacunación durante el embarazo.

2.5.3. Complacencia

Razones filosóficas:

Aquellas mujeres embarazadas que no seguirían la recomendación de vacunación durante el embarazo, así como del uso de ningún medicamento, preferirían asumir los riesgos de no vacunarse e inmunizarse de forma natural si se contrae la infección, considerando que el riesgo de efectos secundarios de las vacunas a la madre y al feto es mayor que el de contraer la infección.

Razones culturales:

En concordancia con lo anterior, aquellos que resisten la vacunación maternal, preferirían el uso de la medicina alternativa o ancestral sobre la occidental y el uso de las vacunas.

Razones religiosas:

Para aquellos que rechazan la vacunación durante el embarazo por razones religiosas, destaca la creencia de que los antepasados pueden brindar una mejor protección al feto que la vacunación.

Tabla 2.5. Modelo 5C para la vacilación e indecisión a la vacunación del programa de vacunación maternal

Confianza	
Temas	Subtemas
Desinformación	Difusión de mensajes antivacunas en los medios de comunicación y redes sociales.
Sentimientos y creencias negativos.	Desconfianza en las farmacéuticas que realizan ensayos clínicos por falta de claridad sobre los efectos adversos.
	Desconfianza en el gobierno y en el sistema sanitario respecto del programa de vacunación maternal.
	Preocupación y temor sobre efectos adversos que las vacunas puedan producir al feto en formación.
	Miedo a contraer una enfermedad mediante la vacunación.
	Temor por no poder contrarrestar los efectos secundarios con medicamentos por la condición de embarazo.
Experiencias negativas previas	No descrito.
Limitaciones (“constraints” en inglés)	
Temas	Subtemas

Accesibilidad	Barreras para acceder a los servicios públicos de atención de salud materna, incluida la inmunización materna
	Baja calidad de la atención.
	Congestión de los servicios de salud.
	Falta de una clara referencia, recomendación y prescripción de la vacunación durante el embarazo.
Factibilidad	No descrito.
Disponibilidad	Escasez de vacunas.
Educación y Consejería	Falta de información respecto de la vacunación maternal.
	Déficit en la comprensión sobre la seguridad de las vacunas maternas.
	Déficit de espacios de discusión significativa y educación sobre la vacunación maternal.
Complacencia	
Temas	Subtemas
Razones filosóficas	Desconfianza en el modelo médico dominante.
	Preferencia de que, si la enfermedad es leve y hay efectos secundarios con la vacuna, preferirían asumir los riesgos de no vacunarse e inmunizarse de forma natural si se contrae la infección.
	No creer en las vacunas ni en otros medicamentos.
Razones culturales	Preferencia por la medicina alternativas o ancestral sobre la occidental.
Razones religiosas	Creencias de que los antepasados pueden brindar una mejor protección al feto que la inmunización materna.
Cálculo	
Temas	Subtemas
Demanda de evidencia confiable	No descrito
Colectivo	
Temas	Subtemas
Sentido de colectivo y comunidad	La vacunación confiere un bien para la comunidad.
Comprensión de inmunidad colectiva	No descrito

DISCUSIÓN

Esta revisión sistemática de la literatura identifica y resume por una parte los valores, creencias y percepciones detrás de la indecisión ante la vacunación y por otro identifica los elementos del sistema de salud que actúan como barreras de acceso a las vacunas, sin distinción por tipo de vacunas o programa de inmunización. De esta manera, fueron incluidos 280 estudios, de los cuales 222 fueron cualitativos y 58 de diseño mixto.

Para nuestro conocimiento esta revisión se diferencia de una gran mayoría de otras revisiones de evidencia cualitativa reportadas por la literatura en este mismo tópico (299–303) ya que incluyó todos aquellos estudios cualitativos o mixtos que indagaban en las razones de indecisión o rechazo a vacunarse o a las barreras instaladas en el sistema sanitario que incentivaban este rechazo, considerando todo tipo de vacuna o programa de inmunización sin exclusión.

Respecto del tipo de vacuna o programa de inmunización estudiado por aquellas publicaciones de tipo cualitativo, la mayoría fueron respecto de la indecisión de la vacuna contra el COVID-19 (99 publicaciones), del programa de vacunación infantil (63 artículos) y de la vacuna contra el virus papiloma humano (36 estudios). En cuanto a los estudios de diseño mixto, esta tendencia se mantiene sobre todo respecto del COVID-19, donde 41 publicaciones de las 58 seleccionadas fueron sobre la vacilación respecto de la vacuna contra el COVID-19, seguido por 13 estudios sobre del programa de vacunación maternal y 8 sobre el programa infantil.

Lo anterior no es de sorprender dada la relevancia que ha tenido la pandemia COVID-19 para la población mundial, no vista en el último siglo y lo significativa que ha sido la indecisión y la resistencia de parte de la población a esta vacuna, generando una explosión de estudios respecto de la vacunación COVID-19.

El análisis temático de los resultados basados en el modelo 5C (4) mostró que, tanto para los estudios cualitativos como para aquellos de diseño mixto, el mayor número de razones identificadas para la indecisión a la vacunación estuvieron relacionadas con la falta de confianza y la existencia de limitaciones para acceder a las vacunas. Razones vinculadas con complacencia o baja percepción de riesgo fue la tercera razón más comúnmente citada para justificar la vacilación a la vacunación. Finalmente, razones menos frecuentemente citadas fueron aquellas relacionadas con el cálculo o la necesidad de mayor evidencia para tomar una decisión respecto de la vacunación y el sentido de colectivo. Lo anterior es coherente con las características propias del fenómeno de vacilación respecto de las vacunas el cual resulta de una compleja interacción de factores conductuales y sociales y que por lo tanto varía según el tiempo, el lugar y tipo de vacuna (8,150).

Al hacer el análisis temático por vacunas de las razones comprendidas en el modelo 5C, se observaron similitudes entre todas las vacunas como particularidades para cada.

Entre las **similitudes** de indecisión o rechazo de la vacunación destaca la **desconfianza** hacia las autoridades, el personal de salud, la comunidad científica y las empresas farmacéuticas, respecto de la eficacia y seguridad de las vacunas, y el cuestionamiento de las intenciones lucrativas de las farmacéuticas detrás del desarrollo de las vacunas.

También se observan similitudes vinculadas con la **conveniencia**, encontrándose como barreras comunes la limitada coordinación del sistema sanitario y su desconexión con otros niveles (como el educativo) y con la comunidad, dificultando el acceso a la atención y navegar dentro del sistema. A lo anterior se suman deficiencias en el modelo de atención destacando escasas instancias de promoción y educación sobre las vacunas, centrada en la persona y cercanos a la comunidad. Por el contrario, se observa un discurso rígido y limitadas instancias para conversar, deliberar y apoyar el proceso de toma de decisiones respecto de la vacunación con los usuarios.

Otra razón común observada en los estudios es el alto nivel de **complacencia**, donde se observa una baja percepción de riesgo de infectarse, una baja percepción de severidad de la infección si es que esta se contrae y por lo tanto la escasa o nula necesidad de vacunarse. Lo anterior se ve comúnmente relacionado con la

experiencia de no haberse vacunado y no haberse enfermado y con el no conocer a alguien infectado o enfermo gravemente por infecciones que las vacunas buscan proteger.

Entre las **particularidades por vacuna** o programa de inmunización, se observa que la indecisión o rechazo de la vacuna contra el **COVID-19**, se ve fuertemente influenciada por un marcado clima de desconfianza y escepticismo, miedo y desesperanza, estrés y agotamiento, que rodea a la pandemia y la vacunación percibido globalmente.

Esta profunda falta de confianza hace que la información entregada por las autoridades, el personal de salud, la prensa o disponible en las redes sociales, es percibida como contradictoria, inconsistente e incongruente, levantándose un espiral de desconfianza y escepticismo hacia las autoridades, el personal de salud, la comunidad científica y las empresas farmacéuticas, respecto de la eficacia y seguridad de las vacunas, y el cuestionamiento de las intenciones lucrativas de las farmacéuticas detrás del corto plazo de desarrollo de las vacunas contra el COVID-19. Este escepticismo tanto en la fuente de información como en el contenido da pie a la diseminación de noticias falsas y al surgimiento de teorías conspirativas.

La desconfianza y escepticismo que rodea a la pandemia y a la vacunación contra el COVID-19 genera un clima de incertidumbre, inseguridad y vulnerabilidad en la población con profundos sentimientos de miedo, desesperanza, confusión y frustración frente a lo desconocido.

En el intento de enfrentar los propios sentimientos de miedo a lo desconocido y a la vez buscar comprender y diferenciar aquella información verdadera de las noticias falsas y teorías conspirativas en la llamada “infodemia”, aparece un fenómeno de agotamiento y fatiga en la población que incrementa aún más la indecisión a la vacunación COVID-19.

A lo anterior se suman sentimientos de pérdida de la libertad de elección, percepciones de coerción y vulneración de los derechos respecto de la propia salud, dada la obligatoriedad de la vacunación COVID-19.

Dada la desconfianza en la información existente, y la convicción de que la evidencia clínica disponible sobre la seguridad, eficacia y calidad de la vacuna COVID-19 es insuficiente e inadecuada, los usuarios demandan y buscan mayor evidencia. De esta manera postergan la vacunación a la espera de más confiable información que les permita analizar (o calcular) los pros y los contras de la vacunación antes de tomar una decisión.

Pese a este ambiente de temor y escepticismo la resistencia a la vacunación COVID-19, disminuye en aquellos con un mayor sentido colectivo y de comunidad, ya que consideran que la vacunación es una responsabilidad cívica, que busca proteger a otros en la comunidad más vulnerables.

Lo que ocurre en torno a la resistencia o indecisión de vacunar a los niños contra el **virus papiloma humano (VPH)** está particularmente relacionado con el hecho de que esta vacuna abre el espacio a un debate sobre educación sexual, lo que generaría sentimientos de malestar y vergüenza en aquellos para los que la sexualidad es un tema tabú y desconfianza, preocupación y miedo para los padres que creen que esta vacuna fomentaría el sexo y conductas promiscuas en los hijos. Además, tener discusiones sobre sexualidad con los niños sería demasiado pronto e inadecuado para algunas comunidades ya que violaría los valores culturales y religiosos relacionados con la sexualidad al incitar a la promiscuidad.

La reticencia a la vacunación contra el VPH además se fundamenta en una menor percepción de riesgo de infección dada la doctrina religiosa de algunas comunidades de abstención sexual de toda niña hasta el matrimonio y la existencia de una única pareja sexual para toda la vida.

En todo lo anterior se observa un componente de género, que se reafirma con la percepción de que los niños no deben ser vacunados, ya que no están en riesgo de desarrollar cáncer del cuello de útero y que por lo tanto sólo se deberían vacunar a las niñas promiscuas y sexualmente activas.

Este escenario conflictuado entre la educación sexual y las creencias culturales y religiosas, que desincentivan la vacunación contra el VPH, se hace más complejo al existir barreras de acceso al sistema de salud y al proceso

de vacunación, así como déficit de estrategias de promoción, educación y consejería que apoyen la toma de decisiones respecto a esta vacuna.

Dado que la población objetivo de esta vacuna se encuentra en edad escolar y las estrategias de vacunación están localizadas en los colegios, la falta de estrategias que haga frente a la oposición de algunas escuelas a la vacunación, al ausentismo y deserción escolar y la constante movilidad de algunas comunidades son razones que potencian aún más la resistencia a la vacunación contra el VPH.

La reticencia y postergación de la vacuna contra el VPH se ve potenciada por la existencia de un marcado déficit de estrategias intersectoriales y comunitarias de promoción, educación y consejería que apoyen la toma de decisiones respecto a esta vacuna. Lo anterior se hace mucho más crítico cuando existe un bajo nivel de alfabetización de algunos usuarios y desconocimiento sobre el riesgo de infección por VPH.

Con respecto a la vacuna contra la **influenza** la indecisión está radicada en la percepción que esta infección es muy leve. Esta percepción estaría dada por un marcado desconocimiento de su gravedad y la confusión con resfríos estacionales, percepción que se reforzaría con la marcada publicidad de medicamentos antigripales y con la experiencia personal o de familiares y amigos de no haber recibido la vacuna periodos anteriores y no haber contraído la influenza o de haber sido muy leve. Específicamente el personal de salud argumentaría su reticencia a la vacunación contra la influenza en base a la creencia de que la exposición diaria los protegerían contra la infección, lo que expondría las incongruencias de las estrategias de educación sobre esta vacuna.

La indecisión y resistencia frente al **programa de vacunación infantil** está particularmente influenciada por el haber sufrido experiencias negativas o incluso traumáticas de maltrato o negligencia por parte del personal de salud. Experiencias de un trato despectivo, humillante y agresivo del personal de salud hacia los padres cuando expresan sus dudas o rechazan las vacunas, o el ser considerado negligentes, sin educación, ni entendimiento por haber incumplido el esquema de vacunas, desincentivan fuertemente no solo a la vacunación, sino a los servicios de salud como un todo. Por otro lado, experiencias de ser presionados, obligados e intimidados por parte del personal de salud a vacunar a sus hijos, generan sentimientos de frustración al sentir sus derechos vulnerados. Lo anterior se agudiza con la rigidez del discurso técnico, el limitado tiempo para discutir, deliberar y apoyar el proceso de decisión respecto de la vacunación con los padres y la falta de habilidades comunicacionales y de empatía del personal de salud hacia los usuarios.

La presencia de un movimiento antivacunas también desincentiva la vacunación infantil. Este movimiento antivacunas, promueve no vacunar o retrasar las vacunas de los niños en base a la creencia de que las enfermedades inmunoprevenibles son un proceso natural, beneficioso y benigno ya que fortalece el organismo, mientras que las vacunas serían productos tóxicos y nocivos con efectos secundarios de largo plazo desconocidos e incluso más graves que las enfermedades que pretenden prevenir. Bajo este paradigma, las propias capacidades y cuidados brindados por los padres y la familia a través de un estilo de vida saludable serían suficientes para mantener sanos a los hijos y que por lo tanto las vacunas no serían necesarias.

Particularmente para el **programa de inmunización de la mujer embarazada**, la principal razón por la que las mujeres embarazadas declinarían de vacunarse es por el miedo de que los efectos adversos de las vacunas pudieran dañar al feto en formación. De esta manera, preferirían asumir los riesgos de no vacunarse e inmunizarse de forma natural si se contrae la infección, considerando que el riesgo de los efectos secundarios de las vacunas es mayores y más graves que el de contraer la infección.

Entre las **fortalezas** identificadas en esta revisión destaca su amplitud al incluir todos aquellos estudios cualitativos o mixtos que indagaban en las razones de indecisión o rechazo a vacunarse o a las barreras instaladas en el sistema sanitario que incentivaban este rechazo, considerando todo tipo de vacuna o programa de inmunización. Esta amplitud permitió comparar tanto las similitudes como las diferencias reportadas sobre la indecisión ante la vacunación en una gran variedad de vacunas y de programas de inmunización lo que colabora a considerar diferentes realidades y perspectivas, ayudando a diseñar estrategias de promoción de la vacunación más efectivas. Sin embargo, también existen **limitaciones**.

Dado que esta revisión se enfocó en el análisis de evidencia cualitativa (incluyendo aquella de los estudios mixtos) una de sus **limitaciones** fue la imposibilidad de establecer comparaciones de corte estadístico ni relaciones de causalidad entre las razones de indecisión o rechazo a las vacunas no constituye un ejercicio comparativo. Finalmente, solo se revisó la literatura en inglés o español por razones de viabilidad, lo que podría dejar fuera literatura científica relevante publicada en otro idioma. De esta manera sería relevante considerar **futuras revisiones** de la literatura de tipo cuantitativas o incluso metaanálisis, que nos permitan realizar comparaciones y establecer relaciones de causalidad que nos entreguen aún más información al momento de diseñar intervenciones de promoción y prevención enfocadas en las vacunas.

Es de extrema importancia estudiar tanto cualitativamente como cuantitativamente las razones dadas por los usuarios, sus familias y la comunidad en distintos contextos culturales y sociales, entendiendo que la resistencia o la vacilación a la vacunación está determinada por factores sociales y culturales.

CONCLUSION

A través de este trabajo, así como de muchos otros estudios, vemos como el sistema sanitario ha fallado en las estrategias de promoción y prevención de infecciones a través de la vacunación. Hemos relajado nuestros esfuerzos en logros del pasado, donde las características y las necesidades de nuestra población eran diferentes.

El modelo de atención despersonalizado y agresivo, carente de instancias de educación significativa con los usuarios, la familia y la comunidad, así como nuestro sistema fragmentado, están desincentivando gravemente la vacunación. Además, es indispensable reconocer aquellas diferencias en las necesidades educativas de la población por cada tipo de vacuna o programa. La información plana y pragmática parece no satisfacer estas necesidades.

De esta manera, investigando, comprendiendo, aceptando y trabajando en los elementos anteriores nos permitirá elaborar estrategias eficientes y valoradas por la comunidad en torno a la vacunación.

ANEXOS

ESTUDIOS CUALITATIVOS

Tabla 1.1. Estudios cualitativos sobre la vacilación e indecisión respecto de la vacuna contra el COVID-19

N	Autor Principal	Año	País	Instrumento	N	Participantes
1	Ashipala (19)	2023	Namibia	Entrevista	15	Trabajadores de la salud
2	Bakare (20)	2023	Nigeria	Entrevista	51	Cuidadores y trabajadores sanitarios
3	Belkebir (21)	2023	Palestina	Grupo focal	46	Trabajadores de la salud
4	Clayton (22)	2023	Reino Unido	Entrevista	20	Padres
5	Cox (23)	2023	EE. UU.	Entrevista y grupo focal	74	Alberga a residentes y personal sin hogar
6	Dasch (24)	2023	Alemania	Entrevista	33	Adultos
7	Nascimento (25)	2023	Brasil	Entrevista	32	Adultos >65 años
8	Eberhardt (26)	2023	Inglaterra	Entrevista	16	Adultos
9	Grune (27)	2023	Alemania	Entrevista y grupo focal	19	Adultos sin hogar
10	Herry (28)	2023	España	Grupo focal	25	Adultos de 18 a 65 años
11	Huang (29)	2023	EE. UU.	Entrevista	29	Jefes de familia
12	Iwuagwu (30)	2023	Nigeria	Entrevista	16	Adultos >65 años
13	Kandasamy (31)	2023	Canadá	Entrevista	25	Adultos de comunidades del sur de Asia
14	Knapp (32)	2023	EE. UU.	Entrevista	20	Adultos hispanos no vacunados
15	Kohut (33)	2023	EE. UU.	Entrevista	17	Adultos que viven en zonas rurales.
16	Koskan (34)	2023	EE. UU.	Entrevista	30	Adultos que viven en zonas rurales.
17	Light (35)	2023	EE. UU.	Entrevista y grupo focal	15	Adultos ≥50 años de comunidades latinoamericanas o hispanas
18	Lin (36)	2023	EE. UU.	Entrevista y grupo focal	11	Adultos
19	Lockyer (37)	2023	Reino Unido	Entrevista	12	Adultos
20	Lohiniva (38)	2023	Finlandia	Entrevista	36	Personal de enfermería y directivos no vacunados
21	Moghadam-Fard (39)	2023	Irán	Entrevista	10	Trabajadores de la salud
22	Moudatsou (40)	2023	Grecia	Entrevista	26	Profesionales de la salud griegos
23	Myburgh (41)	2023	Sudáfrica y Zimbabue	Grupo focal	18	Adultos
24	Rajeh (42)	2023	Arabia Saudita	Entrevista	50	Padres
25	Schwartz (43)	2023	EE. UU.	Grupo focal	232	Adultos de comunidades afroamericanas, nativas americanas e hispanas
26	Su (44)	2023	China	Entrevista	12	Los adultos de 18 a 35 años informaron tener dudas sobre la vacuna COVID-19y luego cambiaron de actitud.
27	Valero Martínez (45)	2023	EE. UU.	Entrevista	100	Adultos mayores inmigrantes
28	Wigle (46)	2023	Canadá	Entrevista	20	Padres de niños de 5 a 18 años
29	Yuan (47)	2023	China	Entrevista	27	Los adultos de 18 a 35 años informaron tener dudas sobre la vacuna COVID-19y luego cambiaron de actitud.
30	Al-Jalabneh (48)	2022	Jordán	Entrevista	30	Pacientes
31	Bateman (49)	2022	EE. UU.	Grupo focal	67	Pacientes de comunidades negras y latinas
32	Bourreau (50)	2022	Francia	Entrevista	25	Trabajadores de la salud
33	Butler (51)	2022	EE. UU.	Entrevista y grupo focal	109	Adultos de comunidades afroamericanas, latinas o chinas
34	Cáceres (52)	2022	México, Colombia, El Salvador, EE. UU., Guatemala	Grupo focal	22	Promotores latinos de salud
35	Carlson(53)	2022	Australia	Entrevista y grupo focal	37	Grupos cultural y lingüísticamente diversos
36	Carlson(54)	2022	Australia	Entrevista	19	Trabajadores de la salud
37	Chan (55)	2022	Malasia	Entrevista y grupo focal	59	Adultos
38	Cokro (56)	2022	Indonesia	Entrevista	25	Adultos ≥60 años, cuidadores y trabajadores sanitarios
39	Denford (57)	2022	Reino Unido	Entrevista	70	Adultos que no recibieron la vacuna COVID-19 ni 2a dosis
40	Dubé(58)	2022	Canadá	Entrevista	14	Trabajadores de la salud

41	Eberhardt (59)	2022	Inglaterra	Discusiones	95	Adultos de comunidades negras y asiáticas
42	Elbarazi (60)	2022	Egipto, Qatar, EAU, Arabia Saudita, Libia, Sudán y Jordania	Entrevista	100	Adultos
43	Fadda (61)	2022	Suiza	Entrevista	25	Trabajadores de la salud
44	Footman (115)	2022	EE. UU.	Entrevista	21	Padres de adolescentes de 9 a 17 años
45	Gabay (62)	2022	Israel	Entrevista	42	Hombres de 36 a 56 años
46	Gentsch (63)	2022	EE. UU.	Entrevista	65	Pacientes no vacunados del servicio de urgencias
47	Gogoi (64)	2022	Reino Unido	Entrevista y grupo focal	164	Trabajadores de la salud
48	Goulding (65)	2022	EE. UU.	Entrevista	7	Padres de niños de 5 a 11 años
49	Graham (66)	2022	Australia	Entrevista	35	Personas de pueblos aborígenes de 15 a 80 años
50	Ingram (67)	2022	Irlanda	Entrevista	12	Informantes clave
51	Keshet (68)	2022	Israel	Entrevista	20	Adultos israelíes no vacunados
52	Kumar (69)	2022	India	Entrevista	18	Trabajadores de la salud, líderes religiosos y comunitarios.
53	Lacy (70)	2022	EE. UU.	Entrevista	41	Padres residentes en zonas rurales y fronterizas
54	Ledford (71)	2022	EE. UU.	Entrevista	30	Empleados de una universidad estadounidense
55	Lello (72)	2022	Italia	Entrevista	67	Adultos
56	Lin (73)	2022	EE. UU.	Entrevista	11	Adultos
57	Long (74)	2022	China	Entrevista	60	Adultos, padres de niños y trabajadores sanitarios.
58	Magee (75)	2022	Inglaterra	Entrevista	38	Pacientes de atención primaria de minorías étnicas.
59	Mahimbo (76)	2022	Australia	Grupo focal	37	Refugiados de grupos árabe, Darí, Dinka y Karen
60	Manby (77)	2022	Inglaterra	Entrevista	24	Trabajadores de la salud
61	Mansfield (78)	2022	EE. UU.	Grupo focal	17	Adultos negros con alto riesgo de infección por covid-19
62	Moore (79)	2022	EE. UU.	Entrevista	49	Residentes de Arkansas
63	Miskulin (116)	2022	Croacia	Grupo focal	46	Médicos de distintos niveles de atención de salud
64	Nguyen (80)	2022	EE.UU.	Entrevista y grupo focal	20	Adultos vietnamitas americanos
65	Parsons (81)	2022	Canadá	Entrevista	60	Adultos
66	Patterson (82)	2022	EE.UU.	Entrevista	15	Adultos de 18 a 65 años
67	Paul (83)	2022	Austria, Italia, Reino Unido, Bélgica, Suiza, Alemania y Irlanda	Entrevista	246	Adultos
68	Pérez (84)	2022	EE. UU.	Entrevista y grupo focal	33	Adultos de la comunidad latina y administradores de organizaciones latinas.
69	Purvis (85)	2022	EE. UU.	Entrevista	49	Adultos
70	Rajeshwari (86)	2022	India	Grupo focal	39	Adultos ≥50 años
71	Red Canadiense de Investigación sobre Inmunización (87)	2022	Canadá	Entrevista	27	Adultos de comunidades racializadas e indígenas
72	Rios-Fetchko (88)	2022	EE.UU.	Grupo focal	46	Adultos de comunidades afroamericanas, latinas, asiáticas americanas o isleñas del pacífico
73	Russell (89)	2022	EE.UU.	Entrevista	56	Trabajadores de asistentes de atención médica domiciliaria
74	Ryan (117)	2022	EE.UU.	Entrevista	16	Médicos generales, de familia o pediatras
75	Sialubanje (90)	2022	Zambia	Entrevista y grupo focal	272	Adultos ≥18 años, trabajadores de la salud y líderes comunitarios
76	Sides (91)	2022	Reino Unido	Entrevista y grupo focal	100	Adultos
77	Siu (92)	2022	Hong Kong	Entrevista	31	Adultos ≥ 65 años no vacunados
78	Steffens (93)	2022	Australia	Entrevista	15	Adultos ≥18 años
79	Tenorio-Mucha (94)	2022	Perú	Entrevista	30	>18 años no vacunados y sin intención de vacunarse
80	Tibbels (95)	2022	Costa de Marfil	Entrevista y grupo focal	156	Personas recuperadas de COVID-19 o que han perdido a un familiar de COVID-19 y trabajadores de la salud.
81	Wang (96)	2022	Taiwán, EE. UU., Países Bajos y Haití	Entrevista	47	Adultos
82	Watermeyer (97)	2022	Sudáfrica	Entrevista	20	Trabajadores de la salud
83	Wong (98)	2022	China	Entrevista	45	Adultos

84	Yildirim (99)	2022	Turquía	Entrevista	20	Adultos ≥18 años, no vacunados
85	Yoon (100)	2022	Singapur	Entrevista	33	Trabajadores de la salud
86	Aci (101)	2021	Turquía	Entrevista y grupo focal	36	Trabajadores de la salud
87	Balasuriya (102)	2021	EE. UU.	Grupo focal	72	Pacientes de comunidades negras y latinas
88	Carson (103)	2021	EE. UU.	Grupo focal	70	Líderes comunitarios
89	Chaney (104)	2021	Francia	Entrevista	53	Adultos
90	Elwy (105)	2021	EE. UU.	Entrevista	22	Veteranos y empleados de asuntos de veteranos.
91	Fadda (106)	2021	Suiza	Entrevista	19	Adultos >65 años
92	García (107)	2021	EE. UU.	Entrevista	46	Adolescentes mexicanos (de 13 a 18 años) y sus madres
93	Knight (108)	2021	EE. UU.	Entrevista	94	Adultos sin hogar actuales o pasados
94	Kumari (109)	2021	India	Grupo focal	43	Expertos y adultos de la población general.
95	Lockyer (110)	2021	Inglaterra	Entrevista	20	Personas influyentes de la comunidad
96	Shiferie (111)	2021	Etiopía	Entrevista	20	Trabajadores de la salud
97	Tranter (112)	2021	Australia	Entrevista	23	Médicos de cabecera
98	Walker (113)	2021	EE. UU.	Entrevista	25	Madres de niños de 15 a 26 años que vivían en casa o habían regresado a casa durante la pandemia.
99	Wang (114)	2021	China	Entrevista	92	Adultos

Tabla 1.2. Estudios cualitativos sobre vacilación e indecisión respecto de la vacuna contra el virus papiloma humano (VPH)

N	Autor Principal	Año	País	Instrumento	N	Participantes
1	Choi (118)	2023	Corea del Sur	Entrevista	10	Madres de adolescentes de 7º a 9º grado
2	Enskar (119)	2023	Suecia	Entrevista y grupo focal	35	Enfermeras escolares
3	Fish (120)	2022	EE. UU.	Entrevista	14	Partes interesadas de agencias de salud y educación.
4	García (121)	2022	EE. UU.	Entrevista	30	Mujeres adultas jóvenes mexicoamericanas
5	Karafilákis (122)	2022	Francia	Entrevista y grupo focal	57	Niñas adolescentes de 15 a 16 años y sus madres
6	Karafilákis (123)	2022	Francia	Entrevista y grupo focal	57	Niñas adolescentes de 15 a 16 años y sus madres
7	Morales-Campos (124)	2022	EE. UU.	Entrevista	15	Trabajadores de la salud
8	Olusanya (125)	2022	EE. UU.	Entrevista	16	Padres y adolescentes
9	Zach (126)	2022	Reino Unido	Entrevista	10	Madres Judías ultraortodoxas
10	Adeyanju (127)	2021	Malawi	Entrevista y grupo focal	38	Cuidadores, líderes de grupos comunitarios, religiosos, maestros, trabajadores de la salud.
11	Colón-López (128)	2021	Puerto Rico	Entrevista y grupo focal	20	Padres de niños no vacunados de 11 a 12 años
12	Njuguna (129)	2021	Kenia	Entrevista	102	Niños en edad escolar, sus padres y otros informantes clave
13	Rujumba (130)	2021	Uganda	Entrevista	40	Niñas adolescentes, sus cuidadores, trabajadores de la salud y administradores de colegios
14	Walker (131)	2020	EE. UU.	Entrevista	16	Madres de niños de 9 a 17 años
15	Córdoba-Sánchez (132)	2019	Colombia	Entrevista y grupo focal	107	Niñas y sus padres.
16	De Oliveira (133)	2019	Brasil	Entrevista	14	Cuidadores
17	Gerend (134)	2019	EE. UU.	Entrevista y grupo focal	29	Hombres homosexuales, bisexuales o queer
18	Gorman (135)	2019	Escocia	Grupo focal	13	Mujeres migrantes polacas
19	Rubens-Augustson (136)	2019	Canadá	Entrevista	10	Trabajadores de la salud
20	Siu (137)	2019	China	Grupo focal	35	Maestros de escuela
21	Siu (138)	2019	China	Entrevista	40	Mujeres

2 2	Hirth (139)	201 8	EE. UU.	Entrevista	19	Estudiantes de 8 a 26 años
2 3	Vamos (140)	201 8	EE. UU.	Grupo focal	13	Padres inmigrantes hispanos de niños de 9 a 15 años
2 4	Albright (141)	201 7	EE. UU.	Entrevista y grupo focal	41	Padres
2 5	Forster (142)	201 7	Inglaterra	Entrevista	33	Padres de niños no vacunados de 13 a 16 años de minorías étnicas y blancos-británicos.
2 6	Nadarzyński (143)	201 7	Reino Unido	Entrevista	19	Profesionales de la salud
2 7	Westrick (144)	201 7	EE. UU.	Entrevista	26	Padres o tutores de niños de 11 a 17 años
2 8	Mupandawana (145)	201 6	Inglaterra	Entrevista	10	Padres africanos de niñas de 8 a 14 años
2 9	Salad (146)	201 5	Países Bajos	Entrevista	20	Mujeres somalíes migrantes en Países Bajos
3 0	Friedman (147)	201 4	Kenia	Entrevista y grupo focal	52	Cuidadores e informantes clave

Tabla 1.3. Estudios cualitativos sobre vacilación e indecisión respecto de la vacuna contra la Influenza

N	Autor Principal	Año	País	Instrumento	N	Participantes
1	Mantina (148)	2022	EE. UU.	Grupo focal	56	Adultos
2	Price (149)	2022	Inglaterra	Entrevista	12	Padres y tutores
3	González-Block (150)	2021	Brasil, Chile, Perú, Paraguay, Uruguay	Grupo focal	4	Adultos
4	Olmedo-Luceron (151)	2021	España	Entrevista y grupo focal	34	Pacientes y trabajadores de la salud
5	Cummings (152)	2020	Singapur	Entrevista	76	Adultos >65 años
6	Sundaram (153)	2018	Singapur	Grupo focal	73	Trabajadores de la salud

Tabla 1.4. Estudios cualitativos sobre vacilación e indecisión respecto del programa de vacunación infantil

N	Autor Principal	Año	País	Instrumento	N	Participantes
1	Balgovind (154)	2023	Fiyi	Grupo focal	22	Trabajadores de la salud
2	Ecker (155)	2023	Austria	Grupo focal	12	Médicos generales y pediatras
3	Rodríguez-Peña (156)	2023	España	Entrevista	13	Cuidadores de niños de 0 a 7 años
4	Christou-Ergos (157)	2022	Australia	Entrevista	22	Padres
5	Erchick(158)	2022	India	Entrevista	21	Funcionarios gubernamentales y partes interesadas de la sociedad civil
7	Ganczak (159)	2022	Polonia	Entrevista y grupo focal	68	Trabajadores sanitarios y niños inmigrantes ucranianos
8	Glassman (160)	2022	EE. UU.	Entrevista	37	Madres de clase media y trabajadora que dudan en vacunarse
9	Hijazi (161)	2022	Israel	Entrevista	32	Padres judíos que rechazan las vacunas
10	Lin (162)	2022	China	Entrevista	26	Trabajadores de la salud
12	Nurmi (163)	2022	Finlandia	Entrevista	38	Padres de niños parcialmente vacunados o no vacunados
13	Overmars (164)	2022	Australia	Entrevista	24	Proveedores de vacunas
14	Paul (165)	2022	Nepal	Entrevista y grupo focal	76	Trabajadores de la salud y cuidadores
15	Powelson (166)	2022	Mozambique	Entrevista	32	Trabajadores sanitarios y cuidadores de niños de 25 a 34 meses vacunados total o parcialmente
17	Sythes (167)	2022	Reino Unido	Entrevista	10	Madres que rechazaron las vacunas.
18	Tomljenovic (168)	2022	Croacia	Entrevista	25	Padres o cuidadores
19	Walekhwa (169)	2022	Uganda	Entrevista y grupo focal	14	Gestores del programa de inmunización
20	Wiley (170)	2022	Australia	Grupo focal	19	Padres que rechazaron las vacunas
21	Mohd Zin (171)	2022	Malasia	Entrevista	27	Padres de niños ≤24 meses que se muestran reacios a vacunarse
22	Decouttere (172)	2021	Ruanda	Entrevista	172	Trabajadores de la salud, cuidadores
23	Hazreen (173)	2021	Malasia	Entrevista	33	Estudiante universitario de 18 a 27 años

24	Johm (174)	2021	Gambia y Senegal	Entrevista y grupo focal	152	Embarazada o con un bebé
25	Musa (175)	2021	Bosnia y Herzegovina	Entrevista	22	Padres
26	Mutyoba (176)	2021	Uganda	Grupo focal	70	Mujeres embarazadas
27	Nair (177)	2021	India	Entrevista y grupo focal	252	Trabajadores de la salud y cuidadores
28	Oduwole (178)	2021	Sudáfrica	Entrevista	19	Trabajadores sanitarios de vacunación infantil
29	Sumengen (179)	2021	Turquía	Entrevista	22	Padres de niños ≤18 meses que dudan en vacunarse
30	Tandy (180)	2021	EE. UU.	Entrevista	11	Padres
31	Ugale (181)	2021	EE. UU.	Entrevista y grupo focal	33	Trabajadores de la salud
32	Abdullahi (182)	2020	Somalia	Entrevista y grupo focal	61	Padres y trabajadores sanitarios
33	Jain (183)	2020	India	Grupo focal	6	Activistas sociosanitarios y trabajadores de la salud
34	Jamal (184)	2020	Pakistán	Grupo focal	12	Cuidadores
35	Kuan (185)	2020	Taiwán	Entrevista	24	Padres
36	Musa (186)	2020	Bosnia y Herzegovina	Entrevista	38	Trabajadores sanitarios de vacunación infantil
37	Nkwenkeu (187)	2020	Burkina Faso	Entrevista	12	Trabajadores de la salud
38	Rumetta (188)	2020	Malasia	Entrevista	14	Padres reticentes a las vacunas
39	Yang (189)	2020	China	Entrevista	20	Médicos, periodistas, padres y autodefinidos como víctimas de la vacunación
40	Cruz (190)	2019	España	Entrevista y grupo focal	14	Padres que rechazaron la vacunación
41	Deas (191)	2019	EE. UU.	Grupo focal	39	Padres
42	Helps (192)	2019	Australia	Entrevista	32	Padres que rechazan las vacunas
43	McCoy (193)	2019	EE. UU.	Entrevista y grupo focal	14	Padres cristianos que educan en el hogar
44	Romijnders (194)	2019	Holanda	Grupo focal	55	Padres
45	Sabahelzain (195)	2019	Sudán	Entrevista	14	Oficiales de inmunización en los ministerios de salud OMS, UNICEF y proveedores de atención de vacunas
46	Swaney (196)	2019	Australia	Entrevista	18	Padres y trabajadores de la salud de nivel socioeconómico alto
47	Sychareun (197)	2019	Lao	Entrevista	20	Trabajadores de la salud y madres con niños de 12 a 23 meses
48	Thornton (198)	2019	Australia, EE. UU.	Entrevista	8	Trabajadores de la salud
49	Abakar (199)	2018	Chad	Entrevista y grupo focal	47	Madres de niños <5 años, responsables de la toma de decisiones familiares y controladores de recursos, autoridades sanitarias locales, líderes civiles y religiosos
50	Carrion (200)	2018	EE. UU.	Entrevista	50	Madres
51	Enkel (201)	2018	Australia	Entrevista	10	Padres
52	Jama (202)	2018	Suecia	Entrevista	13	Madres de niños de 18 meses a 5 años
53	Mendel-Van Alstyne (203)	2018	EE. UU.	Entrevista y grupo focal	61	Madres de niños ≤5 años que rechazan las vacunas
54	Sun (204)	2018	China	Entrevista	34	Padres
55	Attwell (205)	2017	Australia	Entrevista	27	Padres
56	Burghouts (206)	2017	Venezuela	Entrevista	31	Cuidadores de niños de 6 semanas a 6 meses
57	Kurup (207)	2017	Singapur	Entrevista	19	Padres de niños vacunados
58	Sjögren (208)	2017	Suecia	Entrevista	10	Padres
59	Ward (209)	2017	Australia	Entrevista	29	Padres
60	Winslade (210)	2017	Reino Unido	Entrevista	42	Madres
61	Khan (211)	2016	Pakistán	Grupo focal	4	Trabajadores de la salud
62	Blaisdell (212)	2015	EE. UU.	Grupo focal	42	Padres
63	Harmsen (213)	2015	Países Bajos	Grupo focal	33	Madres inmigrantes marroquíes y turcas
64	Bystrom (214)	2014	Suecia	Entrevista	20	Padres
65	Martínez-Diz (215)	2014	España	Entrevista y grupo focal	16	Padres que deciden no vacunar y profesionales sanitarios de vacunación
66	Harmsen (216)	2013	Países Bajos	Grupo focal	60	Padres de niños de 0 a 4 años

Tabla 1.5. Estudios cualitativos sobre la vacilación e indecisión respecto del programa de vacunación en el embarazo

N	Autor Principal	Año	País	Instrumento	N	Participantes
1	Chimukuche (217)	2022	Sudáfrica	Entrevista y grupo focal	22	Mujeres embarazadas e informantes clave
2	Gauld (218)	2022	Nueva Zelanda	Entrevista	18	Mujeres embarazadas o que hayan tenido un bebé pequeño y trabajadores de la salud
3	Humiston (219)	2022	EE. UU.	Entrevista	20	Trabajadores obstétricos
4	Marín-Cos(220)	2022	España	Entrevista	35	Mujeres embarazadas y trabajadores de la salud
5	Carcelén(221)	2021	Perú	Entrevista	12	Mujeres embarazadas
6	Fauzia-Malik (222)	2021	Argentina, México, Perú, Honduras, Brasil	Grupo focal	162	Mujeres embarazadas
7	Simas (223)	2021	Panamá	Entrevista y grupo focal	56	Mujeres embarazadas
8	Simas (224)	2021	México	Entrevista y grupo focal	54	Mujeres embarazadas
9	Maisa (225)	2018	Irlanda	Entrevista y grupo focal	16	Mujeres embarazadas
10	O'Shea (226)	2018	Inglaterra	Entrevista	17	Mujeres posparto
11	Gauld (227)	2016	Nueva Zelanda	Entrevista	37	Mujer que se vacuna contra la tos ferina en el embarazo
12	Tuckerman (228)	2016	Australia	Entrevista	22	Trabajador de la salud
13	Meharry (229)	2013	EE. UU.	Entrevista	60	Mujeres embarazadas

Tabla 1.6. Estudios cualitativos sobre la vacilación e indecisión respecto de otras vacunas y en términos generales

N	Autor Principal	Año	País	Instrumento	N	Participantes	Vacuna
1	Démolis (230)	2018	Mozambique	Entrevista y grupo focal	143	Representantes de la comunidad, trabajadores y voluntarios de la salud	Cólera
2	Elbarazi (231)	2020	EAU	Entrevista	33	Trabajadores de la salud	Vacunación obligatoria
3	Carter (232)	2022	Reino Unido	Entrevista	64	Personal de salud	General
4	Jackson (233)	2022	Armenia	Entrevista	30	Especialistas médicos	General
5	Ganczak (234)	2022	Polonia	Grupo focal	4	Immigrantes ucranianos en Polonia de 18 a 45 años	General
6	Socha (235)	2020	Noruega	Entrevista	7	Trabajadores de la salud	General
7	Abdí (236)	2019	Australia	Entrevista	17	Refugiados y migrantes de África Oriental	General
8	Wiot (237)	2019	EE. UU., Alemania, Reino Unido, India	Entrevista	75	Trabajadores de la salud	General
9	Jackson (238)	2017	Reino Unido	Entrevista	174	Viajeros de seis comunidades	General
10	Mahimbo(239)	2017	Australia	Entrevista	30	Partes interesadas clave en los servicios de inmunización	General
11	Karafillakis (240)	2016	Croacia, Francia, Grecia y Rumania	Entrevista	65	Trabajadores de la salud	General

ESTUDIOS MIXTOS

Tabla 1.7. Estudios mixtos sobre la vacilación e indecisión respecto de la vacuna contra el COVID-19

N	Autor Principal	Año	País	Instrumento	N	Participantes
1	Boragno (241)	2023	Italia	Encuesta con preguntas abiertas	700	Adultos
2	Cunningham-Ervas (242)	2023	EE. UU.	Encuesta y entrevista	30 encuestas 30 entrevistas	Adultos afroamericanos
3	Husted (243)	2023	Reino Unido	Encuesta con preguntas abiertas	80	Adultos de bajo riesgo de 18 a 55 años
4	Ouni (244)	2023	Uganda	Encuesta, entrevista y grupo focal	346 encuestas 10 entrevistas 5 grupos focales	Trabajadores de salud, miembros de distrito y administradores de establecimientos de salud.
5	Perrone (245)	2023	Italia	Encuesta con preguntas abiertas	40	Adultos reacios a las vacunas
6	Sahakyán (246)	2022	Armenia	Encuesta y entrevista	355 encuestas 34 entrevistas	Trabajadores de atención primaria de salud
7	Aynalem (247)	2022	Etiopía	Encuesta y entrevista	350 encuestas 17 entrevistas	Mujeres embarazadas
8	Ba (248)	2022	Senegal	Encuesta y entrevista	607 encuestas 30 entrevistas	Adultos
9	Baumer-Mouradiano (249)	2022	EE. UU.	Encuesta y grupo focal	589 encuestas 344 grupos focales	Cuidadores
10	Bennett (250)	2022	EE. UU.	Encuesta con preguntas abiertas	149	Adultos a los 7 días de recibir un diagnóstico de COVID-19
11	Burrowes (251)	2022	EE. UU.	Encuesta y entrevista	209 encuestas 52 entrevistas	Trabajadores de la salud
12	Choi (252)	2022	EE. UU.	Encuesta y entrevista	2948 encuestas 32 entrevistas	Trabajadores de la salud
13	Dereje (253)	2022	Etiopía	Encuesta y entrevista	422 encuestas 24 entrevistas	Adultos
14	Dong (254)	2022	EE. UU.	Encuesta y entrevista	29 encuestas 29 entrevistas	Participantes del American Life Panel (ALP) y partes interesadas
15	Gardner (255)	2022	EE. UU.	Encuesta con preguntas abiertas	184	Veteranos estadounidenses no vacunados
16	Jacoby (256)	2022	EE. UU.	Encuesta con preguntas abiertas	57	Adultos
17	Kim (257)	2022	EE. UU.	Encuesta, entrevista y grupo focal	526 encuestas 4 entrevistas 26 grupos focales	Personas no vacunadas de 20 a 29 años que viven en el condado de Grand Forks
18	Krishnakumar (258)	2022	EE. UU.	Encuesta con preguntas abiertas	510	Pacientes
19	Litaker (259)	2022	EE. UU.	Encuesta con preguntas abiertas	737	Adultos
20	Manca (260)	2022	Canadá	Encuesta, entrevista y grupo focal	1830 encuestas 27 entrevistas 27 grupos focales	Minorías racializadas y pueblos indígenas
21	Mohd Rani (261)	2022	Malasia	Encuesta con preguntas abiertas	1091	Adultos ≥18 años no inscritos para recibir la vacuna COVID-19
22	Moore (262)	2022	EE. UU.	Encuesta con preguntas abiertas	1475	Residentes de Arkansas

23	Nakhostin-Ansari (263)	2022	Irán	Encuesta con preguntas abiertas	1928	Iraníes ≥15 años
24	Okoro (264)	2022	EE. UU.	Encuesta, entrevista y grupo focal	183 encuestas	Adultos afroamericanos
					30 entrevistas	
					49 grupos focales	
25	Sacramento (265)	2022	Filipinas	Encuesta con preguntas abiertas y entrevistas	21 encuestas	Adultos
					21 entrevistas	
26	Sagoe (266)	2022	Reino Unido	Encuesta y grupo focal	15 encuestas	Trabajadores sanitarios de minorías étnicas del Reino Unido
					15 grupos focales	
27	Schiff (267)	2022	EE. UU.	Encuesta con preguntas abiertas	58	Padres hispano/latinos que hablan español o inglés y padres no hispano/latinos blancos que hablan inglés
28	Schilling (268)	2022	EE. UU.	Encuesta y entrevista	50	Padres de niños <18 años
29	Simanjourang (269)	2022	Indonesia-Filipinas	Encuesta y entrevista	557	Adultos que viven en zonas rurales
30	Tamysetty (270)	2022	India	Encuesta y entrevista	296	Adultos
31	Tefera (271)	2022	Etiopía	Encuesta y entrevista	702 encuestas	Mujeres embarazadas
					18 entrevistas	
32	Touré (272)	2022	Papua y Nueva Guinea	Encuesta con preguntas abiertas	7210	Adultos y trabajadores de la salud
33	Waheed (273)	2022	Egipto	Encuesta y grupo focal	500 encuestas	Trabajadores de la salud
					500 grupos focales	
34	Williams (274)	2022	Reino Unido	Encuesta con preguntas abiertas	423	Adultos jóvenes
35	Zheng (275)	2022	China	Encuesta y entrevista	2605 encuestas	Padres de niños de 3 a 6 años
					19 entrevistas	
36	Alzubaidi (276)	2021	EAU	Encuesta y entrevista	669 encuestas	Estudiantes de la Universidad de Sharjah
					11 entrevistas	
37	Douine (277)	2021	Guayana Francesa	Encuesta con preguntas abiertas	357	Trabajadores de la salud
38	Evans (278)	2021	Australia	Encuesta con preguntas abiertas	1094	Padres de niños <18 años
39	Geoghegan (279)	2021	Irlanda	Encuesta con preguntas abiertas	300	Mujeres embarazadas
40	Iliyasu (280)	2021	Nigeria	Encuesta y entrevista	446 encuestas	Adultos
					20 entrevistas	
41	Moore (281)	2021	EE. UU.	Encuesta con preguntas abiertas	754	Residentes de Arkansas
42	Nilsson (282)	2021	Suecia	Encuesta con preguntas abiertas	702	Adolescentes de 15 a 19 años
43	Roberts (283)	2021	Reino Unido	Encuesta con preguntas abiertas	4535	Población general

Tabla 1.8. Estudios mixtos sobre la vacilación e indecisión respecto de la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH)

N	Autor Principal	Año	País	Instrumento	N	Participantes
1	Newcomer (284)	2020	EE. UU.	Encuesta y entrevista	326 encuestas	Adolescentes de 13 a 17 años y partes interesadas
					10 entrevistas	
2	Krawczyk (285)	2015	Canadá	Encuesta con preguntas abiertas	806	Padres de niñas de 9 a 10 años

Tabla 1.9. Estudios mixtos sobre la vacilación e indecisión respecto del programa de vacunación infantil

N	Autor Principal	Año	País	Instrumento	N	Participantes
1	Ilesanmi (286)	2022	Canadá	Encuesta y entrevista	16582 encuestas 18 entrevistas	Niños vacunados, personal de salud e informantes clave.
2	Smith (287)	2022	Australia, EE. UU.	Encuesta con preguntas abiertas	106	Padres y mujeres embarazadas.
3	Dutta (288)	2021	India	Otros	25	Tomadores de decisiones sobre vacunas
4	Abebe (289)	2019	Etiopía	Encuesta y entrevista	389 encuestas 389 entrevistas	Cuidadores de niños de 12 a 23 meses
5	Krishnamoorthy (290)	2019	India	Encuesta y entrevista	484 encuestas 484 entrevistas	Padres de niños de 9 meses a 15 años.
6	Malande (291)	2019	Uganda	Encuesta, entrevista y grupo focal	311 encuestas 311 entrevistas 311 grupos focales	Los niños y sus cuidadores e informantes clave
7	Miko (292)	2019	Rumania	Encuesta con preguntas abiertas	452	Padres
8	Amín (293)	2013	Timor	Observaciones, entrevista y grupo focal	83 observaciones 83 entrevistas 83 grupos focales	Niños y sus cuidadores, familiares, trabajadores de la salud y líderes comunitarios

Tabla 1.10. Estudios mixtos sobre la vacilación e indecisión respecto del programa de vacunación en el embarazo

N	Autor Principal	Año	País	Instrumento	N	Participantes
1	De Munter (294)	2023	Países Bajos	Encuesta y entrevista	167 encuestas 167 entrevistas	Mujeres protestantes ortodoxas holandesas de entre 18 y 40 años
2	Gauld (295)	2020	Nueva Zelanda	Encuesta con preguntas abiertas	53	Mujeres embarazadas o que hayan tenido un lactante pequeño y personal de salud

Tabla 1.11. Estudios mixtos sobre la vacilación e indecisión respecto de otras vacunas

N	Autor Principal	Año	País	Instrumento	N	Participantes	Vacunación
1	Machmud (296)	2023	Indonesia	Encuesta, entrevista y grupo focal	1000 encuestas 1000 entrevistas 1000 grupos focales	Trabajadores de la salud y usuarios	VHB para adultos
2	Trayner (297)	2019	Reino Unido	Encuesta con preguntas abiertas	768	Estudiantes universitarios	ACWY meningocócico para adolescentes y adultos jóvenes
3	Tsimtsiou (298)	2021	Grecia	Encuesta con preguntas abiertas	1571	Adultos	Vacunación de adultos

REFERENCIAS

1. Esposito S, Principi N, Cornaglia G. Barriers to the vaccination of children and adolescents and possible solutions. Vol. 20, *Clinical Microbiology and Infection*. Blackwell Publishing Ltd; 2014. p. 25–31.
2. The World Health Organization (WHO). 2017 Assessment Report of the Global Vaccine Action Plan Strategic. Advisory Group of Experts on Immunization. 2017.
3. The World Health Organization (WHO). Report of the SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. 2014.
4. Betsch C, Schmid P, Heinemeier D, Korn L, Holtmann C, Böhm R. Beyond confidence: Development of a measure assessing the 5C psychological antecedents of vaccination. *PLoS One*. 1 de diciembre de 2018;13(12).
5. Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS). OPS-OMS 2018. Tomar Decisiones en Salud. 2018.
6. MacDonald NE, Eskola J, Liang X, Chaudhuri M, Dube E, Gellin B, et al. Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. *Vaccine*. 14 de agosto de 2015;33(34):4161–4.
7. Wismans A, Thurik R, Baptista R, Dejardin M, Janssen F, Franken I. Psychological characteristics and the mediating role of the 5C Model in explaining students' COVID-19 vaccination intention. *PLoS One*. 1 de agosto de 2021;16(8 August).
8. Kulkarni S, Harvey B, Prybylski D, Jalloh MF. Trends in classifying vaccine hesitancy reasons reported in the WHO/UNICEF Joint Reporting Form, 2014–2017: Use and comparability of the Vaccine Hesitancy Matrix. *Hum Vaccin Immunother*. 2021;17(7):2001–7.
9. Thomson A, Robinson K, Vallée-Tourangeau G. The 5As: A practical taxonomy for the determinants of vaccine uptake. Vol. 34, *Vaccine*. Elsevier Ltd; 2016. p. 1018–24.
10. Larson HJ, de Figueiredo A, Xiahong Z, Schulz WS, Verger P, Johnston IG, et al. The State of Vaccine Confidence 2016: Global Insights Through a 67-Country Survey. *EBioMedicine*. 1 de octubre de 2016;12:295–301.
11. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Directora de OPS insta a cerrar brechas de inmunización para todas las vacunas, incluidas las de COVID-19 [Internet]. 2022 [citado 26 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/25-4-2022-directora-ops-insta-cerrar-brechas-inmunizacion-para-todas-vacunas-incluidas>
12. La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Organización Panamericana de la Salud (OPS). Informe COVID-19: La prolongación de la crisis sanitaria y su impacto en la salud, la economía y el desarrollo social. 2021.
13. Instituto de Salud Pública (IPS). Adherencia a la vacunación. 2018.
14. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Director de OPS y ministra de Salud de Chile, encabezaron lanzamiento regional de la 22ª Semana de la Vacunación de las Américas 2024 [Internet]. 2024 [citado 26 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/25-4-2024-director-ops-ministra-salud-chile-encabezaron-lanzamiento-regional-22a-semana>
15. Lame G. Systematic literature reviews: An introduction. En: *Proceedings of the International Conference on Engineering Design, ICED*. Cambridge University Press; 2019. p. 1633–42.

16. Methley AM, Campbell S, Chew-Graham C, McNally R, Cheraghi-Sohi S. PICO, PICOS and SPIDER: A comparison study of specificity and sensitivity in three search tools for qualitative systematic reviews. *BMC Health Serv Res.* 2014;14(1).
17. Cooke A, Smith D, Booth A. Beyond PICO: The SPIDER tool for qualitative evidence synthesis. *Qual Health Res [Internet].* 2012;22(10):1435–43. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1049732312452938>
18. Covidence.org. Covidence. 2020.
19. Ashipala DO, Tomas N, Costa Tenete G. Barriers and Facilitators Affecting the Uptake of COVID-19 Vaccines: A Qualitative Perspective of Frontline Nurses in Namibia. *SAGE Open Nurs.* 1 de enero de 2023;9.
20. Bakare AA, Olojede OE, King C, Graham H, Uchendu O, Colbourn T, et al. Care seeking for under-five children and vaccine perceptions during the first two waves of the COVID-19 pandemic in Lagos State, Nigeria: a qualitative exploratory study. *BMJ Open.* 7 de marzo de 2023;13(3).
21. Belkebir S, Maraqa B, Nazzal Z, Abdullah A, Yasin F, Al-Shakhrah K, et al. Exploring the Perceptions of Nurses on Receiving the SARS CoV-2 Vaccine in Palestine: A Qualitative Study. *Canadian Journal of Nursing Research.* 1 de marzo de 2023;55(1):34–41.
22. Clayton Carmen, Clayton Rafe, Al-Azri Sultan, Mogeh Ileyas, Potter Marie. Understanding parental hesitancy toward children’s COVID-19 vaccinations: The influence of government, media and interpersonal communication. 2023.
23. Cox SN, Thuo NB, Rogers JH, Meehan AA, Link AC, Martinez M, et al. A qualitative analysis of COVID-19 vaccination intent, decision-making, and recommendations to increase uptake among residents and staff in six homeless shelters in Seattle, WA, USA. *Journal of Social Distress and Homelessness.* 6 de abril de 2023;1–13.
24. Dasch S, Wachinger J, Bärnighausen T, Chen S, McMahon SA. Deliberation, context, emotion and trust – understanding the dynamics of adults’ COVID-19 vaccination decisions in Germany. *BMC Public Health.* 1 de diciembre de 2023;23(1).
25. Nascimento MM, Nunes AG, Juchem L. “I believe in science and in all vaccines:” Older adult and the intention for a vaccine against COVID-19. *Asian Journal of Social Health and Behavior.* 2022;5(3):108.
26. Eberhardt J, Kabuye J, Ling J. A qualitative study exploring attitudes and perceptions of the COVID-19 booster vaccine in minority ethnic individuals in North East England. *Journal of Public Health (Germany).* 2023;
27. Grune J, Savelsberg D, Kobus M, Lindner AK, Herrmann WJ, Schuster A. Determinants of COVID-19 vaccine acceptance and access among people experiencing homelessness in Germany: A qualitative interview study. *Front Public Health.* 2023;11.
28. Herry AM, Greaves D, Smith P, Toledo NA, Wildman A, Wildman T, et al. Facilitators of and barriers to COVID-19 vaccination in Grenada: a qualitative study. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health.* 2023;47.
29. Huang W, Dove-Medows E, Shealey J, Sanchez K, Benson L, Seymore DSD, et al. COVID-19 vaccine attitudes among a majority black sample in the Southern US: public health implications from a qualitative study. *BMC Public Health.* 1 de diciembre de 2023;23(1).

30. Iwuagwu AO, Rayner D, Ngwu CN, Kalu ME. Why I Have Not Taken the COVID-19 Vaccine” a Descriptive Qualitative Study of Older Adults’ Perceived Views of COVID-19 Vaccine Uptake in Nigeria. *J Popul Ageing*. 2023;
31. Kandasamy S, Manoharan B, Khan Z, Stennett R, Desai D, Nocos R, et al. Perceptions of COVID-19 risk, vaccine access and confidence: a qualitative description of South Asians in Canada. *BMJ Open*. 4 de abril de 2023;13(4).
32. Knapp TM, Hernandez C, Simpson J, Hernandez K, Esguerra C, Mach BT, et al. Reported Beliefs About COVID-19 Vaccines Among Unvaccinated Hispanic Adults Utilizing a Free Clinic in Orlando, Florida. *Cureus*. 21 de febrero de 2023;
33. Kohut M, Scharnetzki L, Pajka J, Jacobs EA, Fairfield KM. Decisions about adopting novel COVID-19 vaccines among White adults in a rural state, USA: A qualitative study. *Health Expectations*. 1 de junio de 2023;26(3):1052–64.
34. Koskan AM, LoCoco IE, Daniel CL, Teeter BS. Rural Americans’ COVID-19 Vaccine Perceptions and Willingness to Vaccinate against COVID-19 with Their Community Pharmacists: An Exploratory Study. *Vaccines (Basel)*. 1 de enero de 2023;11(1).
35. Light SW, Pack A, Vela A, Bailey SC, Zuleta A, O’conor R, et al. Perceptions and Motivating Factors Regarding COVID-19 Vaccination in Latinx Older Adults in Chicago: A Local, Qualitative Perspective. *Patient Prefer Adherence*. 2022;16:2321–33.
36. Lin C, Bier B, Tu R, Paat JJ, Tu P. Vaccinated Yet Booster-Hesitant: Perspectives from Boosted, Non-Boosted, and Unvaccinated Individuals. *Vaccines (Basel)*. 1 de marzo de 2023;11(3).
37. Lockyer B, Moss RH, Endacott C, Islam S, Sheard L. Compliant citizens, defiant rebels or neither? Exploring change and complexity in COVID-19 vaccine attitudes and decisions in Bradford, UK: Findings from a follow-up qualitative study. *Health Expectations*. 1 de febrero de 2023;26(1):376–87.
38. Lohiniva AL, Hussein I, Lehtinen JM, Sivelä J, Hyökki S, Nohynek H, et al. Qualitative Insights into Vaccine Uptake of Nursing Staff in Long-Term Care Facilities in Finland. *Vaccines (Basel)*. 1 de marzo de 2023;11(3).
39. Moghadam Fard T, Shokri MA, Mirfazeli FS, Mohammadsadeghi H, Shafiei N, Salehian R, et al. COVID-19 vaccination hesitancy is not all a conspiracy theory: A qualitative study from Iran. *Acta Psychol (Amst)*. 1 de marzo de 2023;233.
40. Moudatsou M, Stavropoulou A, Rovithis M, Koukouli S. Views and Challenges of COVID-19 Vaccination in the Primary Health Care Sector: A Qualitative Study. 2023; Disponible en: <https://doi.org/10.3390/vaccines>
41. Myburgh N, Mulaudzi M, Tshabalala G, Beta N, Gutu K, Vermaak S, et al. A Qualitative Study Exploring Motivators and Barriers to COVID-19 Vaccine Uptake among Adults in South Africa and Zimbabwe. *Vaccines (Basel)*. 1 de abril de 2023;11(4).
42. Rajeh MT, Farsi DJ, Farsi NJ, Mosli HH, Mosli MH. Are parents’ willing to vaccinate their children against COVID-19? A qualitative study based on the Health Belief Model. *Hum Vaccin Immunother*. 2023;19(1).
43. Schwartz B, Brewer J, Budigan H, Bernier R, Dudley MZ, Kan L, et al. Factors Affecting SARS-CoV-2 Vaccination Intent and Decision Making Among African American, Native American, and Hispanic Participants in a Qualitative Study. *Public Health Reports*. 1 de mayo de 2023;138(3):422–7.

44. Su Y, Li S, Huang F, Xue J, Zhu T. Exploring the Influencing Factors of COVID-19 Vaccination Willingness among Young Adults in China. *Int J Environ Res Public Health*. 1 de marzo de 2023;20(5).
45. Valero-Martínez C, Martínez-Rivera C, Zhen-Duan J, Fukuda M, Alegría M. Attitudes toward COVID-19 Vaccine Uptake: A Qualitative Study of Mostly Immigrant Racial/Ethnic Minority Older Adults. *Geriatrics (Switzerland)*. 1 de febrero de 2023;8(1).
46. Wigle J, Hodwitz K, Juando-Prats C, Allan K, Li X, Howard L, et al. Parents' perspectives on SARS-CoV-2 vaccinations for children: a qualitative analysis. *CMAJ Canadian Medical Association Journal*. 21 de febrero de 2023;195(7):E259–66.
47. Yuan J, Lam WWT, Xiao J, Ni MY, Cowling BJ, Liao Q. Why Do Chinese Older Adults in Hong Kong Delay or Refuse COVID-19 Vaccination? A Qualitative Study Based on Grounded Theory. *Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences*. 1 de abril de 2023;78(4):736–48.
48. Al-Jalabneh AA. Health Misinformation on Social Media and its Impact on COVID-19 Vaccine Inoculation in Jordan. *Communication and Society*. 11 de enero de 2023;36(1):185–200.
49. Bateman LB, Hall AG, Anderson WA, Cherrington AL, Helova A, Judd S, et al. Exploring COVID-19 Vaccine Hesitancy Among Stakeholders in African American and Latinx Communities in the Deep South Through the Lens of the Health Belief Model. *American Journal of Health Promotion*. 1 de febrero de 2022;36(2):288–95.
50. Bourreau C, Baron A, Schwarzingler M, Alla F, Cambon L, Donzel Godinot L. Determinants of COVID-19 Vaccination Intention among Health Care Workers in France: A Qualitative Study. *Vaccines (Basel)*. 1 de octubre de 2022;10(10).
51. Butler JZ, Carson M, Rios-Fetchko F, Vargas R, Cabrera A, Gallegos-Castillo A, et al. COVID-19 vaccination readiness among multiple racial and ethnic groups in the San Francisco Bay Area: A qualitative analysis. *PLoS One*. 1 de mayo de 2022;17(5 May).
52. Cáceres NA, Shirazipour CH, Herrera E, Figueiredo JC, Salvy SJ. Exploring Latino Promotores/a de Salud (Community Health Workers) knowledge, attitudes, and perceptions of COVID-19 vaccines. *SSM - Qualitative Research in Health*. 1 de diciembre de 2022;2.
53. Carlson SJ, Tomkinson S, Blyth CC, Attwell K. COVID-19 vaccine knowledge, attitudes, and experiences of health care workers in Perth, Western Australia: A qualitative study. *PLoS One*. 1 de diciembre de 2022;17(12 December).
54. Carlson SJ, Edwards G, Blyth CC, Nattabi B, Attwell K. 'Corona is coming': COVID-19 vaccination perspectives and experiences amongst Culturally and Linguistically Diverse West Australians. *Health Expectations*. 1 de diciembre de 2022;25(6):3062–72.
55. Chan NN, Ong KW, Siau CS, Lee KW, Peh SC, Yacob S, et al. The lived experiences of a COVID-19 immunization programme: vaccine hesitancy and vaccine refusal. *BMC Public Health*. 1 de diciembre de 2022;22(1).
56. Cokro F, Sharon, Hadiyanto. Supporting and inhibiting factors of accepting COVID-19 booster vaccination in the elderly in north Jakarta, Indonesia. *Pharm Pract (Granada)*. 1 de octubre de 2022;20(4).
57. Denford S, Mowbray F, Towler L, Wehling H, Lasseter G, Amlôt R, et al. Exploration of attitudes regarding uptake of COVID-19 vaccines among vaccine hesitant adults in the UK: a qualitative analysis. *BMC Infect Dis*. 1 de diciembre de 2022;22(1).

58. Dubé E, Labbé F, Malo B, Manca T, Aylsworth L, Driedger SM, et al. "I don't think there's a point for me to discuss it with my patients": exploring health care providers' views and behaviours regarding COVID-19 vaccination. *Hum Vaccin Immunother.* 2022;18(5).
59. Eberhardt J, Ling J, Horsley L, Cunnett J, Fryer-Smith E, Lant J, et al. Exploring COVID-19 Vaccine Confidence with People from Black and Asian Backgrounds in England. *J Racial Ethn Health Disparities.* 1 de agosto de 2023;10(4):1899–909.
60. Elbarazi I, Yacoub M, Reyad OA, Abdou MS, Elhadi YAM, Kheirallah KA, et al. Exploring enablers and barriers toward COVID-19 vaccine acceptance among Arabs: A qualitative study. *International Journal of Disaster Risk Reduction.* 1 de noviembre de 2022;82.
61. Fadda M, Bezani K, Amati R, Fiordelli M, Crivelli L, Albanese E, et al. Decision-making on COVID-19 vaccination: A qualitative study among health care and social workers caring for vulnerable individuals. *SSM - Qualitative Research in Health.* 1 de diciembre de 2022;2.
62. Gabay G, Tarabieh M. Science and behavioral intentions among Israeli Jewish ultra-Orthodox males: Death from COVID-19 or from the COVID-19 vaccine? A thematic study. *Public Understanding of Science.* 1 de mayo de 2022;31(4):410–27.
63. Gentsch AT, Butler J, O'Laughlin K, Eucker SA, Chang AM, Duber H, et al. Perspectives of COVID-19 vaccine-hesitant emergency department patients to inform messaging platforms to promote vaccine uptake. *Academic Emergency Medicine.* 1 de enero de 2023;30(1):32–9.
64. Gogoi M, Wobi F, Qureshi I, Al-Oraibi A, Hassan O, Chaloner J, et al. "The vaccination is positive; I don't think it's the panacea": A qualitative study on COVID-19 vaccine attitudes among ethnically diverse healthcare workers in the United Kingdom. *PLoS One.* 1 de septiembre de 2022;17(9 September).
65. Goulding M, Ryan GW, Minkah P, Borg A, Gonzalez M, Medina N, et al. Parental perceptions of the COVID-19 vaccine for 5- to 11-year-old children: Focus group findings from Worcester Massachusetts. *Hum Vaccin Immunother.* 2022;18(6).
66. Graham S, Blaxland M, Bolt R, Beadman M, Gardner K, Martin K, et al. Aboriginal peoples' perspectives about COVID-19 vaccines and motivations to seek vaccination: a qualitative study. *BMJ Glob Health.* 20 de julio de 2022;7(7).
67. Ingram C, Roe M, Downey V, Phipps L, Perrotta C. Exploring key informants' perceptions of Covid-19 vaccine hesitancy in a disadvantaged urban community in Ireland: Emergence of a '4Cs' model. *Vaccine.* 9 de enero de 2023;41(2):519–31.
68. Keshet Y, Popper-Giveon A. What is more dangerous—the disease, the vaccine or the government? Using governmentality theory to understand vaccine hesitancy among Israeli citizens in times of corona. *Health Risk Soc.* 2022;24(5–6):208–24.
69. Kumar M, Madhumathi J, Gayathri K, Rozario AGA, Vijayaprabha R, Balusamy M, et al. Community voices around COVID-19 vaccine in Chennai, India: A qualitative exploration during early phase of vaccine rollout. *Indian Journal of Medical Research.* 1 de mayo de 2022;155(5–6):451–60.
70. Lacy R, Puma J, Tubolino M, LaRocca D, Crane LA, Miller L, et al. Rural parents' attitudes and beliefs on the COVID-19 pediatric vaccine: An explanatory study. *PLoS One.* 1 de diciembre de 2022;17(12 December).
71. Ledford CJW, Cafferty LA, Moore JX, Roberts C, Whisenant EB, Garcia Rychtarikova A, et al. The dynamics of trust and communication in COVID-19 vaccine decision making: A qualitative inquiry. *J Health Commun.* 2022;27(1):17–26.

72. Lello E, Bertuzzi N, Pedroni M, Raffini L. Vaccine hesitancy and refusal during the Covid-19 pandemic in Italy: Individualistic claims or repoliticisation? *Partecipazione e Conflitto*. 2022;15(3):672–96.
73. Lin C, Parker T, Pejavara K, Smith D, Tu R, Tu P. “I Would Never Push a Vaccine on You”: A Qualitative Study of Social Norms and Pressure in Vaccine Behavior in the U.S. *Vaccines (Basel)*. 1 de septiembre de 2022;10(9).
74. Long S, Wu J, Wang S, Zhao Y, Wang J, Shuangyu Z, et al. Changes of factors associated with vaccine hesitancy in Chinese residents: A qualitative study. 2022;
75. Magee L, Knights F, McKechnie DGJ, Al-Bedaery R, Razai MS. Facilitators and barriers to COVID-19 vaccination uptake among ethnic minorities: A qualitative study in primary care. *PLoS One*. 1 de julio de 2022;17(7 July).
76. Mahimbo A, Kang M, Sestakova L, Smith M, Dawson A. Factors influencing refugees’ willingness to accept COVID-19 vaccines in Greater Sydney: a qualitative study. *Aust N Z J Public Health*. 1 de agosto de 2022;46(4):502–10.
77. Manby L, Dowrick A, Karia A, Maio L, Buck C, Singleton G, et al. Healthcare workers’ perceptions and attitudes towards the UK’s COVID-19 vaccination programme: A rapid qualitative appraisal. *BMJ Open*. 15 de febrero de 2022;12(2).
78. Mansfield LN, Carson SL, Castellon-Lopez Y, Casillas A, Morris D, Ntekume E, et al. Exploring Perspectives on Establishing COVID-19 Vaccine Confidence in Black Communities. *Ethn Dis*. 2022;32(4):341–50.
79. Moore R, Purvis RS, Willis DE, Worley KC, Hervey D, Reece S, et al. The vaccine hesitancy continuum among hesitant adopters of the COVID-19 vaccine. *Clin Transl Sci*. 1 de diciembre de 2022;15(12):2844–57.
80. Nguyen C, Gilbert L, Diep J, Nguyen BM. Identifying Facilitators and Barriers to Increasing COVID-19 Vaccination and Trial Participation in Vaccinated Vietnamese Americans. *Health Equity*. 2022;6(1):485–93.
81. Parsons Leigh J, Halperin D, Mizen SJ, FitzGerald EA, Moss SJ, Fiest KM, et al. Exploring the impact of media and information on self-reported intentions to vaccinate against COVID-19: A qualitative interview-based study. *Hum Vaccin Immunother*. 2022;18(5).
82. Patterson NJ, Paz-Soldan VA, Oberhelman R, Moses L, Madkour A, Miles TT. Exploring perceived risk for COVID-19 and its role in protective behavior and COVID-19 vaccine hesitancy: a qualitative study after the first wave. *BMC Public Health*. 1 de diciembre de 2022;22(1).
83. Paul KT, Zimmermann BM, Corsico P, Fiske A, Geiger S, Johnson S, et al. Anticipating hopes, fears and expectations towards COVID-19 vaccines: A qualitative interview study in seven European countries. *SSM - Qualitative Research in Health*. 1 de diciembre de 2022;2.
84. Perez A, Johnson JK, Marquez DX, Keiser S, Martinez P, Guerrero J, et al. Factors related to COVID-19 vaccine intention in Latino communities. *PLoS One*. 1 de noviembre de 2022;17(11 November).
85. Purvis RS, Moore R, Willis DE, Hallgren E, McElfish PA. Factors influencing COVID-19 vaccine decision-making among hesitant adopters in the United States. *Hum Vaccin Immunother*. 2022;18(6).
86. Rajeshwari S, Suthanthira Kannan S, Shahnoor H, Katkuri S. Perceptions on COVID-19 Vaccination among People Aged more than 50 years in Urban Field Practice Area of Department of Community Medicine in a Tertiary Care Teaching Hospital, Hyderabad: A Reflection from Focus Group Discussions. *Indian J Public Health*. 1 de abril de 2022;66(2):147–51.

87. Canadian Immunization Research Network (CIRN) investigators, Aylsworth L, Manca T, Dubé È, Labbé F, Driedger SM, et al. A qualitative investigation of facilitators and barriers to accessing COVID-19 vaccines among Racialized and Indigenous Peoples in Canada. *Hum Vaccin Immunother.* 2022;18(6).
88. Rios-Fetchko F, Carson M, Gonzalez Ramirez M, Butler JZ, Vargas R, Cabrera A, et al. COVID-19 Vaccination Perceptions Among Young Adults of Color in the San Francisco Bay Area. *Health Equity.* 2022;6(1):836–44.
89. Russell D, Onorato N, Stern A, Vergez S, Oberlink M, Luebke M, et al. A Qualitative Study of Home Health Aides' Perspectives towards COVID-19 Vaccination. *Journal of Applied Gerontology.* 1 de abril de 2023;42(4):660–9.
90. Sialubanje C, Mukumbuta N, Ng'andu M, Sumani EM, Nkonkomalimba M, Lyatumba DEM, et al. Perspectives on the COVID-19 vaccine uptake: a qualitative study of community members and health workers in Zambia. *BMJ Open.* 23 de noviembre de 2022;12(11).
91. Sides E, Jones LF, Kamal A, Thomas A, Syeda R, Kaissi A, et al. Attitudes towards coronavirus (COVID-19) vaccine and sources of information across diverse ethnic groups in the UK: A qualitative study from June to October 2020. *BMJ Open.* 1 de septiembre de 2022;12(9).
92. Siu JY man, Cao Y, Shum DHK. Perceptions of and hesitancy toward COVID-19 vaccination in older Chinese adults in Hong Kong: a qualitative study. *BMC Geriatr.* 1 de diciembre de 2022;22(1).
93. Steffens MS, Bullivant B, King C, Bolsewicz K. "I'm scared that if I have the vaccine, it's going to make my lung condition worse, not better." COVID-19 vaccine acceptance in adults with underlying health conditions – A qualitative investigation. *Vaccine X.* 1 de diciembre de 2022;12.
94. Tenorio-Mucha J, Portocarrero J, Busta-Flores P, Pesantes MA, Lazo-Porras M. PERCEPTIONS OF ACCEPTANCE AND RELUCTANCE TO COVID-19 VACCINATION IN PERU. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 30 de septiembre de 2022;39(3):274–80.
95. Tibbels NJ, Dosso A, Fordham C, Benie W, Brou JA, Kamara D, et al. "On the last day of the last month, I will go": A qualitative exploration of COVID-19 vaccine confidence among Ivoirian adults. *Vaccine.* 18 de marzo de 2022;40(13):2028–35.
96. Wang CW, de Jong EP, Faure JA, Ellington JL, Chen CHS, Chan CC. A matter of trust: a qualitative comparison of the determinants of COVID-19 vaccine hesitancy in Taiwan, the United States, the Netherlands, and Haiti. *Hum Vaccin Immunother.* 2022;18(5).
97. Watermeyer J, Scott M, Kapueja L, Ware LJ. To trust or not to trust: an exploratory qualitative study of personal and community perceptions of vaccines amongst a group of young community healthcare workers in Soweto, South Africa. *Health Policy Plan.* 1 de noviembre de 2022;37(9):1167–76.
98. Wong CH, Yeoh EK, Zhong CC, Chung VC, Nilsen P, Wong EL. Barriers and Facilitators to Receiving the COVID-19 Vaccination and Development of Theoretically-Informed Implementation Strategies for the Public: Qualitative Study in Hong Kong. *Vaccines (Basel).* 1 de mayo de 2022;10(5).
99. Yıldırım DF, Serçekuş P, Özkan S. Reasons for individuals' COVID-19 vaccine hesitations and changing decisions over time: A longitudinal qualitative study. *Vacunas.* 1 de septiembre de 2022;23:S1–7.
100. Yoon S, Goh H, Matchar D, Sung SC, Lum E, Lam SSW, et al. Multifactorial influences underpinning a decision on COVID-19 vaccination among healthcare workers: a qualitative analysis. *Hum Vaccin Immunother.* 2022;18(5).
101. Aci OS, Kackin O, Karaaslan S, Ciydem E. Qualitative examination of the attitudes of healthcare workers in Turkey regarding COVID-19 vaccines. *Int J Nurs Knowl.* 1 de abril de 2022;33(2):136–46.

102. Balasuriya L, Santilli A, Morone J, Ainooson J, Roy B, Njoku A, et al. COVID-19 Vaccine Acceptance and Access among Black and Latinx Communities. *JAMA Netw Open*. 13 de octubre de 2021;4(10).
103. Carson SL, Casillas A, Castellon-Lopez Y, Mansfield LN, Morris D, Barron J, et al. COVID-19 Vaccine Decision-making Factors in Racial and Ethnic Minority Communities in Los Angeles, California. *JAMA Netw Open*. 30 de septiembre de 2021;4(9).
104. Chaney D, Lee MSW. COVID-19 vaccines and anti-consumption: Understanding anti-vaxxers hesitancy. *Psychol Mark*. 1 de abril de 2022;39(4):741–54.
105. Elwy AR, Clayman ML, LoBrutto L, Miano D, Ann Petrakis B, Javier S, et al. Vaccine hesitancy as an opportunity for engagement: A rapid qualitative study of patients and employees in the U.S. Veterans Affairs healthcare system. *Vaccine X*. 1 de diciembre de 2021;9.
106. Fadda M, Suggs LS, Albanese E. Willingness to vaccinate against Covid-19: A qualitative study involving older adults from Southern Switzerland. *Vaccine X*. 1 de agosto de 2021;8.
107. Garcia J, Vargas N, de la Torre C, Magana Alvarez M, Clark JL. Engaging Latino Families About COVID-19 Vaccines: A Qualitative Study Conducted in Oregon, USA. *Health Education and Behavior*. 1 de diciembre de 2021;48(6):747–57.
108. Knight KR, Duke MR, Carey CA, Pruss G, Garcia CM, Lightfoot M, et al. COVID-19 Testing and Vaccine Acceptability Among Homeless-Experienced Adults: Qualitative Data from Two Samples. *J Gen Intern Med*. 1 de marzo de 2022;37(4):823–9.
109. Kumari A, Ranjan P, Chopra S, Kaur D, Kaur T, Kalanidhi KB, et al. What Indians Think of the COVID-19 vaccine: A qualitative study comprising focus group discussions and thematic analysis. *Diabetes and Metabolic Syndrome: Clinical Research and Reviews*. 1 de mayo de 2021;15(3):679–82.
110. Lockyer B, Islam S, Rahman A, Dickerson J, Pickett K, Sheldon T, et al. Understanding COVID-19 misinformation and vaccine hesitancy in context: Findings from a qualitative study involving citizens in Bradford, UK. *Health Expectations*. 1 de agosto de 2021;24(4):1158–67.
111. Shiferie F, Sada O, Fenta T, Kaba M, Fentie AM. Exploring reasons for COVID-19 vaccine hesitancy among healthcare providers in Ethiopia. *Pan African Medical Journal*. 2021;40.
112. Tranter I, Magin P, L van Driel M. Immunising older Australians. Pre-COVID-19 vaccine perspectives from general practice training. 2021;
113. Walker KK, Head KJ, Owens H, Zimet GD. A qualitative study exploring the relationship between mothers' vaccine hesitancy and health beliefs with COVID-19 vaccination intention and prevention during the early pandemic months. *Hum Vaccin Immunother*. 2021;17(10):3355–64.
114. Wang J, Ji Q, Dong S, Zhao S, Li X, Zhu Q, et al. Factors influencing vaccine hesitancy in China: A qualitative study. *Vaccines (Basel)*. 1 de noviembre de 2021;9(11).
115. Footman A, Kanney N, Niccolai LM, Zimet GD, Overton ET, Davies SL, et al. Parents' Acceptance of COVID-19 Compared to Human Papillomavirus Vaccines. *Journal of Adolescent Health*. 1 de diciembre de 2022;71(6):673–8.
116. Miskulin M, Mujkic A, Miskulin I, Makaric ZL, Kovacevic E, Pintaric L, et al. Vaccination Attitudes and Experiences of Medical Doctors in Croatia amid the COVID-19 Pandemic: A Social Roles Conflict? 2022; Disponible en: <https://doi.org/10.3390/vaccines>
117. Ryan GW, Goulding M, Borg A, Minkah P, Hermann S, Fisher L, et al. Clinician perspectives on pediatric COVID-19 vaccination: A qualitative study in central and western, Massachusetts. *Prev Med Rep*. 1 de octubre de 2022;29.

118. Choi J, Markham C, Tamí-Maury I, Kim S, Cuccaro P. Maternal perceptions of vaccinating boys against human papillomavirus (HPV) in Seoul, South Korea: A descriptive exploratory qualitative study. *PLoS One*. 1 de marzo de 2023;18(3 March).
119. Enskär I, Enskär K, Nevéus T, Hess Engström A, Grandahl M. Barriers in the School-Based Pan-Gender HPV Vaccination Program in Sweden: Healthcare Providers' Perspective. *Vaccines (Basel)*. 1 de febrero de 2023;11(2).
120. Fish LJ, Harrison SE, McDonald JA, Yelverton V, Williams C, Walter EB, et al. Key stakeholder perspectives on challenges and opportunities for rural HPV vaccination in North and South Carolina. *Hum Vaccin Immunother*. 2022;18(5).
121. Garcia S, Hopfer S, Amaro H, Tanjasiri S. HPV vaccine delay and refusal among unvaccinated Mexican American young adult women: a qualitative investigation of Mexican-born and US-born HPV vaccine decision narratives. *J Behav Med*. 1 de abril de 2023;46(1–2):88–99.
122. Karafillakis E, Peretti-Watel P, Verger P, Chantler T, Larson HJ. "We don't have the same bodies; we don't react the same way": mothers and adolescent girls' perceptions of the risks and benefits of HPV vaccination in France. *Hum Vaccin Immunother*. 2022;18(1).
123. Karafillakis E, Peretti-Watel P, Verger P, Chantler T, Larson HJ. 'I trust them because my mum trusts them': Exploring the role of trust in HPV vaccination decision-making among adolescent girls and their mothers in France. *Vaccine*. 16 de febrero de 2022;40(8):1090–7.
124. Morales-Campos DY, Flores BE, Donovan E, Burdick S, Parra-Medina D, Kahn JA. A qualitative descriptive study of providers' perspectives on human papillomavirus vaccine administration among Latino/a adolescents in South Texas clinics: barriers and facilitators. *BMC Public Health*. 1 de diciembre de 2022;22(1).
125. Olusanya OA, White B, Malik F, Hester KA, Davis RL, Bednarczyk RA, et al. Healthcare professionals' perceptions and recommendations regarding adolescent vaccinations in Georgia and Tennessee during the COVID-19 pandemic: A qualitative research. *PLoS One*. 1 de noviembre de 2022;17(11 November).
126. Zach R, Bentwich ME. Reasons for and insights about HPV vaccination refusal among ultra-Orthodox Jewish mothers. *Dev World Bioeth*. 1 de diciembre de 2023;23(4):300–11.
127. Adeyanju GC, Betsch C, Adamu AA, Gumbi KS, Head MG, Aplogan A, et al. Examining enablers of vaccine hesitancy toward routine childhood and adolescent vaccination in Malawi. *Glob Health Res Policy*. 1 de diciembre de 2022;7(1).
128. Colón-López V, Medina-Laabes DT, Abreu RS, Díaz Miranda OL, Ortiz AP, Fernández ME, et al. Understanding parents' views toward the newly enacted HPV vaccine school entry policy in Puerto Rico: a qualitative study. *BMC Public Health*. 1 de diciembre de 2021;21(1).
129. Njuguna DW, Mahrouseh N, Isowamwen OV, Varga O. Knowledge, attitude and practice of main stakeholders towards human papilloma virus infection and vaccination in mombasa and tana-river counties in kenya: A qualitative study. *Vaccines (Basel)*. 1 de octubre de 2021;9(10).
130. Rujumba J, Akugizibwe M, Basta NE, Banura C. Why don't adolescent girls in a rural Uganda district initiate or complete routine 2-dose HPV vaccine series: Perspectives of adolescent girls, their caregivers, healthcare workers, community health workers and teachers. *PLoS One*. 1 de junio de 2021;16(6 June).

131. Walker KK, Owens H, Zimet G. "We fear the unknown": Emergence, route and transfer of hesitancy and misinformation among HPV vaccine accepting mothers. *Prev Med Rep.* 1 de diciembre de 2020;20.
132. Cordoba-Sanchez V, Tovar-Aguirre OL, Franco S, Arias Ortiz NE, Louie K, Sanchez GI, et al. Perception about barriers and facilitators of the school-based HPV vaccine program of Manizales, Colombia: A qualitative study in school-enrolled girls and their parents. *Prev Med Rep.* 1 de diciembre de 2019;16.
133. de Oliveira VC, da Silva MR, da Fonseca Viegas SM, de Azevedo Guimarães EA, da Fonseca DF, de Oliveira PP. Vivência de responsáveis por adolescentes na vacinação contra o papilomavírus: estudo fenomenológico. *Online Brazilian Journal of Nursing.* 2019;18(2).
134. Gerend MA, Madkins K, Crosby S, Korpak AK, Phillips GL, Bass M, et al. A Qualitative Analysis of Young Sexual Minority Men's Perspectives on Human Papillomavirus Vaccination. *LGBT Health.* 1 de octubre de 2019;6(7):350–6.
135. Gorman DR, Bielecki K, Willocks LJ, Pollock KG. A qualitative study of vaccination behaviour amongst female Polish migrants in Edinburgh, Scotland. *Vaccine.* 6 de mayo de 2019;37(20):2741–7.
136. Rubens-Augustson T, Wilson LA, Murphy MSQ, Jardine C, Pottie K, Hui C, et al. Healthcare provider perspectives on the uptake of the human papillomavirus vaccine among newcomers to Canada: a qualitative study. *Hum Vaccin Immunother.* 3 de agosto de 2019;15(7–8):1697–707.
137. Siu JYM, Lee A, Chan PKS. Schoolteachers' experiences of implementing school-based vaccination programs against human papillomavirus in a Chinese community: a qualitative study. *BMC Public Health.* 12 de noviembre de 2019;19(1).
138. Siu JYM, Fung TKF, Leung LHM. Social and cultural construction processes involved in HPV vaccine hesitancy among Chinese women: A qualitative study. *Int J Equity Health.* 18 de septiembre de 2019;18(1).
139. Hirth JM, Batuuka DN, Gross TT, Cofie L, Berenson AB. Human papillomavirus vaccine motivators and barriers among community college students: Considerations for development of a successful vaccination program. *Vaccine.* 14 de febrero de 2018;36(8):1032–7.
140. Vamos CA, Vázquez-Otero C, Kline N, Lockhart EA, Wells KJ, Proctor S, et al. Multi-level determinants to HPV vaccination among Hispanic farmworker families in Florida. *Ethn Health.* 2021;26(3):319–36.
141. Albright K, Barnard J, O'Leary ST, Lockhart S, Jimenez-Zambrano A, Stokley S, et al. Noninitiation and Noncompletion of HPV Vaccine Among English- and Spanish-Speaking Parents of Adolescent Girls: A Qualitative Study. *Acad Pediatr.* 1 de septiembre de 2017;17(7):778–84.
142. Forster AS, Rockliffe L, Marlow LAV, Bedford H, McBride E, Waller J. Exploring human papillomavirus vaccination refusal among ethnic minorities in England: A comparative qualitative study. *Psychooncology.* 1 de septiembre de 2017;26(9):1278–84.
143. Nadarzynski T, Llewellyn C, Richardson D, Pollard A, Smith H. UK healthcare professionals' uncertainties, barriers and facilitators to the introduction of targeted human papillomavirus vaccination for men who have sex with men. *Sex Health.* 1 de enero de 2017;14(4):372–7.
144. Westrick SC, Hohmann LA, McFarland SJ, Teeter BS, White KK, Hastings TJ. Parental acceptance of human papillomavirus vaccinations and community pharmacies as vaccination settings: A qualitative study in Alabama. *Papillomavirus Research.* 1 de junio de 2017;3:24–9.

145. Mupandawana ET, Cross R. Attitudes towards human papillomavirus vaccination among African parents in a city in the north of England: A qualitative study. *Reprod Health*. 22 de agosto de 2016;13(1).
146. Salad J, Verdonk P, De Boer F, Abma TA. “A Somali girl is Muslim and does not have premarital sex. Is vaccination really necessary?” A qualitative study into the perceptions of Somali women in the Netherlands about the prevention of cervical cancer. *Int J Equity Health*. 21 de agosto de 2015;14(1).
147. Friedman AL, Oruko KO, Habel MA, Ford J, Kinsey J, Odhiambo F, et al. Preparing for human papillomavirus vaccine introduction in Kenya: Implications from focus-group and interview discussions with caregivers and opinion leaders in Western Kenya. Vol. 14, *BMC Public Health*. BioMed Central Ltd.; 2014.
148. Mantina NM, Block Ngaybe M, Johnson K, Velickovic S, Magrath P, Gerald LB, et al. Racial/ethnic disparities in influenza risk perception and vaccination intention among Pima County residents in Arizona. *Hum Vaccin Immunother*. 2022;18(7).
149. Price T, McColl E, Visram S. Barriers and facilitators of childhood flu vaccination: the views of parents in North East England. *Journal of Public Health (Germany)*. 1 de noviembre de 2022;30(11):2619–26.
150. González-Block MÁ, Pelcastre-Villafuerte BE, Knauth DR, Fachel-Leal A, Comes Y, Crocco P, et al. Influenza vaccination hesitancy in large urban centers in South America. Qualitative analysis of confidence, complacency and convenience across risk groups. *PLoS One*. 1 de agosto de 2021;16(8 August).
151. Carmen Olmedo Lucerón, Aurora Limia Sánchez, Cristina Santamarina, Grupo de Trabajo de Gripe. Vaccination confidence against influenza in Spain. Reasons of hesitancy discourses and attitudes in general population and healthcare workers. 2021;
152. Cummings CL, Yi Kong W, Orminski J. A typology of beliefs and misperceptions about the influenza disease and vaccine among older adults in Singapore. *PLoS One*. 1 de mayo de 2020;15(5).
153. Sundaram N, Duckett K, Yung CF, Thoon KC, Sidharta S, Venkatachalam I, et al. “I wouldn’t really believe statistics” – Challenges with influenza vaccine acceptance among healthcare workers in Singapore. *Vaccine*. 5 de abril de 2018;36(15):1996–2004.
154. Balgovind P, Mohammadnezhad M. Perceptions of Healthcare Workers (HCWs) towards childhood immunization and immunization services in Fiji: a qualitative study. *BMC Pediatr*. 1 de diciembre de 2022;22(1).
155. Ecker F, Kutalek R. ‘I’m not an anti-vaxer!’—vaccine hesitancy among physicians: a qualitative study. *Eur J Public Health*. 1 de julio de 2021;31(6):1157–63.
156. Rodríguez-Peña I, Porthé V, Asensio A, Diez È. Vaccine hesitancy: Opinion of people responsible for the care of infants in Barcelona. *Vacunas*. 1 de enero de 2023;24(1):19–26.
157. Christou-Ergos M, Leask J, Wiley KE. How the experience of medical trauma shapes Australian non-vaccinating parents’ vaccine refusal for their children: A qualitative exploration. *SSM - Qualitative Research in Health*. 1 de diciembre de 2022;2.
158. Erchick DJ, Gupta M, Blunt M, Bansal A, Sauer M, Gerste A, et al. Understanding determinants of vaccine hesitancy and acceptance in India: A qualitative study of government officials and civil society stakeholders. *PLoS One*. 1 de junio de 2022;17(6 June).
159. Ganczak M, Kalinowski P, Pasek O, Duda-Duma Ł, Sobieraj E, Goławski J, et al. Health System Barriers to Child Mandatory and Optional Vaccination among Ukrainian Migrants in Poland in the Context of

- MMR and HPV Vaccines—A Qualitative Study. *Int J Environ Res Public Health*. 1 de enero de 2023;20(1).
160. Glassman LW, Szymczak JE. The influence of social class and institutional relationships on the experiences of vaccine-hesitant mothers: a qualitative study. *BMC Public Health*. 1 de diciembre de 2022;22(1).
 161. Van Der Heijde C, Hal G Van, Hijazi R. Hesitant and anti-vaccination groups: A qualitative study on their perceptions and attitudes regarding vaccinations and their reluctance to participate in academic research- an example during a measles outbreak among a group of Jewish parents in Israel. 2022.
 162. Lin SY, Zhang SY, Chantler T, Sun FY, Zou JT, Cheng JJ, et al. Vaccination coverage determinants in low uptake areas of China: a qualitative study of provider perspectives in Sichuan, Guangdong, and Henan Provinces. *Hum Vaccin Immunother*. 2022;18(1).
 163. Nurmi J, Harman B. Why do parents refuse childhood vaccination? Reasons reported in Finland. *Scand J Public Health*. 1 de junio de 2022;50(4):490–6.
 164. Overmars I, Kaufman J, Holland P, Danchin M, Tuckerman J. Catch-up immunisation for migrant children in Melbourne: A qualitative study with providers to determine key challenges. *Vaccine*. 8 de noviembre de 2022;40(47):6776–84.
 165. Paul AM, Nepal S, Upreti K, Lohani J, Rimal RN. The last stretch: Barriers to and facilitators of full immunization among children in Nepal’s Makwanpur District, results from a qualitative study. *PLoS One*. 1 de enero de 2022;17(1 January).
 166. Powelson J, Magadzire BP, Draiva A, Denno D, Ibraimo A, Benate BBL, et al. Determinants of immunisation dropout among children under the age of 2 in Zambézia province, Mozambique: A community-based participatory research study using Photovoice. *BMJ Open*. 15 de marzo de 2022;12(3).
 167. Sythes L, Bedford H. Motherhood and vaccine refusal in the United Kingdom: A new examination of gender, identity and the journey to contemporary non-vaccination. *Child Care Health Dev*. 1 de noviembre de 2022;48(6):979–89.
 168. Tomljenovic H, Bubic A, Hren D. Decision making processes underlying avoidance of mandatory child vaccination in Croatia – a qualitative study. *Current Psychology*. 1 de septiembre de 2022;41(9):6210–24.
 169. Walekhwa AW, Musoke D, Nalugya A, Biribawa C, Nsereko G, Wafula ST, et al. Gaps in measles vaccination coverage in Kasese district, Western Uganda: results of a qualitative evaluation. *BMC Infect Dis*. 1 de diciembre de 2022;22(1).
 170. Wiley K, Robinson P, Degeling C, Ward P, Leask J, Carter S. ‘Get your own house in order’: Qualitative dialogue groups with nonvaccinating parents on how measles outbreaks in their community should be managed. *Health Expectations*. 1 de agosto de 2022;25(4):1678–90.
 171. Mohd Zin Z, Krishnan M, Shafizal Sheikh Ilman S, Jaafar N, Zaidan Zulkepli M, Abdul Kadir K, et al. SEARCH Journal of Media and Communication Research Exploring parental refusal of vaccine in Selangor [Internet]. Vol. 14, SEARCH. 2022. Disponible en: <http://search.taylors.edu.my>
 172. Decouttere C, Banzimana S, Davidsen P, Van Riet C, Vandermeulen C, Mason E, et al. Insights into vaccine hesitancy from systems thinking, rwanda. *Bull World Health Organ*. 1 de noviembre de 2021;99(11):783-794D.

173. Hazreen N, Hasni M, Zabudin F, Azrul M, Adib HM. Youth perspective on vaccine hesitancy in Malaysia: A qualitative inquiry. Vol. 19, *Journal of Public Health and Development*. 2021.
174. John P, Nkoum N, Ceesay A, Mbaye EH, Larson H, Kampmann B. Factors influencing acceptance of vaccination during pregnancy in The Gambia and Senegal. *Vaccine*. 29 de junio de 2021;39(29):3926–34.
175. Musa S, Kulo A, Bach Habersaat K, Skrijelj V, Smjecanin M, Jackson C. A qualitative interview study with parents to identify barriers and drivers to childhood vaccination and inform public health interventions. *Hum Vaccin Immunother*. 2021;17(9):3023–33.
176. Mutyoba JN, Surkan PJ, Makumbi F, Aizire J, Kirk GD, Ocama P, et al. Hepatitis B birth dose vaccination for newborns in Uganda: A qualitative inquiry on pregnant women’s perceptions, barriers and preferences. *J Virus Erad*. 1 de junio de 2021;7(2).
177. Nair AT, Nayar KR, Koya SF, Abraham M, Lordson J, Grace C, et al. Social media, vaccine hesitancy and trust deficit in immunization programs: a qualitative enquiry in Malappuram District of Kerala, India. *Health Res Policy Syst*. 1 de agosto de 2021;19.
178. Oduwole EO, Mahomed H, Laurenzi CA, Larson HJ, Wiysonge CS. Point-of-care vaccinators’ perceptions of vaccine hesitancy drivers: A qualitative study from the cape metropolitan district, South Africa. *Vaccine*. 15 de septiembre de 2021;39(39):5506–12.
179. Sumengen AA, Ozcevik D, Kursun HY, Ocakci AF. Vaccine-hesitant parents’ reasons for choosing alternative protection methods in Turkey. *Journal of Research in Nursing*. 1 de septiembre de 2021;26(6):540–53.
180. Tandy CB, Jabson Tree JM. Attitudes of East Tennessee residents towards general and pertussis vaccination: a qualitative study. *BMC Public Health*. 1 de diciembre de 2021;21(1).
181. Ugale JL, Spielvogle H, Spina C, Perreira C, Katz B, Pahud B, et al. “It’s Like 1998 Again”: Why Parents Still Refuse and Delay Vaccines. *Glob Pediatr Health*. 2021;8.
182. Abdullahi MF, Stewart Williams J, Sahlèn KG, Bile K, Kinsman J. Factors contributing to the uptake of childhood vaccination in Galkayo District, Puntland, Somalia. *Glob Health Action*. 31 de diciembre de 2020;13(1).
183. Jain R, Kumar A, Sharma E, Goel P. Barriers to childhood vaccination as perceived by accredited social health activists and multipurpose health workers in Mewat, Haryana (India): A qualitative research. *J Family Med Prim Care*. 2020;9(8):4134.
184. Jamal D, Zaidi S, Husain S, Orr DW, Riaz A, Farrukhi AA, et al. Low vaccination in rural Sindh, Pakistan: A case of refusal, ignorance or access? *Vaccine*. 19 de junio de 2020;38(30):4747–54.
185. Kuan CI. Vaccine hesitancy and emerging parental norms: A qualitative study in Taiwan. *Sociol Health Illn*. 1 de marzo de 2022;44(3):692–709.
186. Musa S, Skrijelj V, Kulo A, Habersaat KB, Smjecanin M, Primorac E, et al. Identifying barriers and drivers to vaccination: A qualitative interview study with health workers in the Federation of Bosnia and Herzegovina. *Vaccine*. 18 de febrero de 2020;38(8):1906–14.
187. Nkwenkeu SF, Jalloh MF, Walldorf JA, Zoma RL, Tarbangdo F, Fall S, et al. Health workers’ perceptions and challenges in implementing meningococcal serogroup a conjugate vaccine in the routine childhood immunization schedule in Burkina Faso. *BMC Public Health*. 19 de febrero de 2020;20(1).
188. Rumetta J, Abdul-Hadi H, Lee YK. A qualitative study on parents’ reasons and recommendations for childhood vaccination refusal in Malaysia. *J Infect Public Health*. 1 de febrero de 2020;13(2):199–203.

189. Yang R, Penders B, Horstman K. Vaccine hesitancy in china: A qualitative study of stakeholders' perspectives. *Vaccines (Basel)*. 1 de diciembre de 2020;8(4):1–15.
190. Cruz Piqueras M, Rodríguez García de Cortazar A, Hortal Carmona J, Padilla Bernáldez J. Vaccine hesitancy: discourse analysis of parents who have not fully or partially vaccinated their children. *Gac Sanit*. 1 de enero de 2019;33(1):53–9.
191. Deas J, Bean SJ, Sokolovska I, Fautin C. Childhood Vaccine Attitudes and Information Sources Among Oregon Parents and Guardians. *Health Promot Pract*. 1 de julio de 2019;20(4):529–38.
192. Helps C, Leask J, Barclay L, Carter S. Understanding non-vaccinating parents' views to inform and improve clinical encounters: A qualitative study in an Australian community. *BMJ Open*. 1 de mayo de 2019;9(5).
193. McCoy JD, Painter JE, Jacobsen KH. Perceptions of vaccination within a Christian homeschooling community in Pennsylvania. *Vaccine*. 10 de septiembre de 2019;37(38):5770–6.
194. Romijnders KAGJ, van Seventer SL, Scheltema M, van Osch L, de Vries H, Mollema L. A deliberate choice? Exploring factors related to informed decision-making about childhood vaccination among acceptors, refusers, and partial acceptors. *Vaccine*. 3 de septiembre de 2019;37(37):5637–44.
195. Sabahelzain MM, Moukhyer M, Dubé E, Hardan A, van den Borne B, Bosma H. Towards a further understanding of measles vaccine hesitancy in Khartoum state, Sudan: A qualitative study. *PLoS One*. 1 de junio de 2019;14(6).
196. Swaney SE, Burns S. Exploring reasons for vaccine-hesitancy among higher-SES parents in Perth, Western Australia. *Health Promotion Journal of Australia*. 1 de abril de 2019;30(2):143–52.
197. Sychareun V, Rowlands L, Vilay P, Durham J, Morgan A. The determinants of vaccination in a semi-rural area of Vientiane City, Lao People's Democratic Republic: A qualitative study. *Health Res Policy Syst*. 9 de enero de 2019;17(1).
198. Thornton K, Webster S, Temple-Smith M. Is immunisation for children and young people in statutory care in Victoria "all too hard"? A qualitative study with health professionals. *Aust J Prim Health*. 2019;25(2):131–6.
199. Abakar MF, Seli D, Lechthaler F, Schelling E, Tran N, Zinsstag J, et al. Vaccine hesitancy among mobile pastoralists in Chad: A qualitative study. *Int J Equity Health*. 14 de noviembre de 2018;17(1).
200. Carrion M. An Ounce of Prevention_ Identifying Cues to (In)Action for Maternal Vaccine Refusal. 2018;
201. Enkel SL, Attwell K, Snelling TL, Christian HE. 'Hesitant compliers': Qualitative analysis of concerned fully-vaccinating parents. *Vaccine*. 22 de octubre de 2018;36(44):6459–63.
202. Jama A, Ali M, Lindstrand A, Butler R, Kulane A. Perspectives on the measles, mumps and rubella vaccination among somali mothers in stockholm. *Int J Environ Res Public Health*. 1 de noviembre de 2018;15(11).
203. Mendel-Van Alstyne JA, Nowak GJ, Aikin AL. What is 'confidence' and what could affect it?: A qualitative study of mothers who are hesitant about vaccines. *Vaccine*. 22 de octubre de 2018;36(44):6464–72.
204. Sun X, Huang Z, Wagner AL, Prosser LA, Xu E, Ren J, et al. The role of severity perceptions and beliefs in natural infections in Shanghai parents' vaccine decision-making: A qualitative study. *BMC Public Health*. 28 de junio de 2018;18(1).

205. Attwell K, Leask J, Meyer SB, Rokkas P, Ward P. Vaccine Rejecting Parents' Engagement With Expert Systems That Inform Vaccination Programs. *J Bioeth Inq.* 1 de marzo de 2017;14(1):65–76.
206. Burghouts J, Del Nogal B, Uriepero A, Hermans PWM, De Waard JH, Verhagen LM. Childhood vaccine acceptance and refusal among Warao Amerindian caregivers in Venezuela; A qualitative approach. *PLoS One.* 1 de enero de 2017;12(1).
207. Kurup L, He HG, Wang X, Wang W, Shorey S. A descriptive qualitative study of perceptions of parents on their child's vaccination. *J Clin Nurs.* 1 de diciembre de 2017;26(23–24):4857–67.
208. Sjögren E, Ask LS, Örtqvist Å, Asp M. Parental conceptions of the rotavirus vaccine during implementation in Stockholm: A phenomenographic study. *Journal of Child Health Care.* 1 de diciembre de 2017;21(4):476–87.
209. Ward PR, Attwell K, Meyer SB, Rokkas P, Leask J. Understanding the perceived logic of care by vaccine-hesitant and vaccine-refusing parents: A qualitative study in Australia. *PLoS One.* 1 de octubre de 2017;12(10).
210. Winslade CG, Heffernan CM, Atchison CJ. Experiences and perspectives of mothers of the pertussis vaccination programme in London. *Public Health.* 1 de mayo de 2017;146:10–4.
211. Khan TM, Sahibzada MUK. Challenges to health workers and their opinions about parents' refusal of oral polio vaccination in the Khyber Pakhtoon Khawa (KPK) province, Pakistan. *Vaccine.* 19 de abril de 2016;34(18):2074–81.
212. Blaisdell LL, Gutheil C, Hootsmans NAM, Han PKJ. Unknown Risks: Parental Hesitation about Vaccination. *Medical Decision Making.* 2015;36(4):479–89.
213. Harmsen IA, Bos H, Ruiters RAC, Paulussen TGW, Kok G, De Melker HE, et al. Vaccination decision-making of immigrant parents in the Netherlands; A focus group study *Health behavior, health promotion and society.* *BMC Public Health.* 10 de diciembre de 2015;15(1):1–8.
214. Byström E, Lindstrand A, Likhite N, Butler R, Emmelin M. Parental attitudes and decision-making regarding MMR vaccination in an anthroposophic community in Sweden - A qualitative study. *Vaccine.* 28 de noviembre de 2014;32(50):6752–7.
215. Martínez-Diz S, Martínez Romero M, Fernández-Prada M, Cruz Piqueras M, Molina Ruano R, Fernández Sierra MA. Demandas y expectativas de padres y madres que rechazan la vacunación y perspectiva de los profesionales sanitarios sobre la negativa a vacunar. *An Pediatr (Engl Ed).* 2014;80(6):370–8.
216. Harmsen IA, Mollema L, Ruiters RA, Paulussen TG, De Melker HE, Kok G. Why parents refuse childhood vaccination: a qualitative study using online focus groups [Internet]. 2013. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/1183>
217. Chimukuche RS, Ngwenya N, Seeley J, Nxumalo PS, Nxumalo ZP, Godongwana M, et al. Assessing Community Acceptance of Maternal Immunisation in Rural KwaZulu-Natal, South Africa: A Qualitative Investigation. *Vaccines (Basel).* 1 de marzo de 2022;10(3).
218. Gauld N, Martin S, Sinclair O, Dumble F, Petousis-Harris H, Grant CC, et al. Mapping the maternal vaccination journey and influencing factors for Māori women in Aotearoa New Zealand: a qualitative study OPEN ACCESS QUALITATIVE AND MIXED METHODS RESEARCH Mapping the maternal vaccination journey and influencing factors for Māori women in Aotearoa New Zealand: a qualitative study. *J Prim Health Care [Internet].* 2022;14(4):352–62. Disponible en: https://doi.org/10.1071/HC21166_CO

219. Humiston SG, Szilagyi PG, Bender RG, Breck A, Albertin CS, Clark D, et al. Perspectives on Maternal Vaccination from Obstetrical Clinicians: A Qualitative Multi-site Study. *Matern Child Health J.* 1 de diciembre de 2022;26(12):2506–16.
220. Marín-Cos A, Marbán-Castro E, Nedic I, Ferrari M, Crespo-Mirasol E, Ventura LF, et al. “Maternal Vaccination Greatly Depends on Your Trust in the Healthcare System”: A Qualitative Study on the Acceptability of Maternal Vaccines among Pregnant Women and Healthcare Workers in Barcelona, Spain. *Vaccines (Basel).* 1 de diciembre de 2022;10(12).
221. Carcelen AC, Vilajeliu A, Malik F, Gilman RH, Omer S. Perceptions and attitudes towards vaccination during pregnancy in a peri urban area of Lima, Peru. *Vaccine.* 30 de julio de 2021;39:B27–33.
222. Fauzia Malik A, Belizan M, Gutierrez M, Vilajeliu A, Sanclemente LN, Gonzalez Casanova I, et al. Pregnant women’s perspectives about maternal immunization in Latin America. *Vaccine.* 30 de julio de 2021;39:B44–9.
223. Simas C, Larson HJ, Paterson P. “those who do not vaccinate don’t love themselves, or anyone else”: A qualitative study of views and attitudes of urban pregnant women towards maternal immunisation in Panama. *BMJ Open.* 20 de agosto de 2021;11(8).
224. Simas C, Larson HJ, Paterson P. “Saint Google, now we have information!”: a qualitative study on narratives of trust and attitudes towards maternal vaccination in Mexico City and Toluca. *BMC Public Health.* 1 de diciembre de 2021;21(1).
225. Maisa A, Milligan S, Quinn A, Boulter D, Johnston J, Treanor C, et al. Vaccination against pertussis and influenza in pregnancy: a qualitative study of barriers and facilitators. *Public Health.* 1 de septiembre de 2018;162:111–7.
226. O’Shea A, Cleary B, McEntee E, Barrett T, O’Carroll A, Drew R, et al. To vaccinate or not to vaccinate? Women’s perception of vaccination in pregnancy: A qualitative study. *BJGP Open.* 2018;
227. Gauld NJ, Braganza CS, Babalola OO, Huynh TT, Hook SM. Reasons for use and non-use of the pertussis vaccine during pregnancy: An interview study. *J Prim Health Care.* 1 de diciembre de 2016;8(4):344–50.
228. Tuckerman JL, Shrestha L, Collins JE, Marshall HS. Understanding motivators and barriers of hospital-based obstetric and pediatric health care worker influenza vaccination programs in Australia. *Hum Vaccin Immunother.* 2 de julio de 2016;12(7):1749–56.
229. Meharry PM, Colson ER, Grizas AP, Stiller R, Vázquez M. Reasons why women accept or reject the trivalent inactivated influenza vaccine (TIV) during pregnancy. *Matern Child Health J.* enero de 2013;17(1):156–64.
230. Démolis R, Botão C, Heyerdahl LW, Gessner BD, Cavailler P, Sinai C, et al. A rapid qualitative assessment of oral cholera vaccine anticipated acceptability in a context of resistance towards cholera intervention in Nampula, Mozambique. *Vaccine.* 22 de octubre de 2018;36(44):6497–505.
231. Elbarazi I, Al-Hamad S, Alfalasi S, Aldhaheeri R, Dubé E, Alsuwaidi AR. Exploring vaccine hesitancy among healthcare providers in the United Arab Emirates: a qualitative study. *Hum Vaccin Immunother.* 2021;17(7):2018–25.
232. Carter J, Mehrotra A, Knights F, Deal A, Crawshaw AF, Farah Y, et al. “We don’t routinely check vaccination background in adults”: a national qualitative study of barriers and facilitators to vaccine delivery and uptake in adult migrants through UK primary care. *BMJ Open.* 10 de octubre de 2022;12(10).

233. Jackson C, Nielsen SM, Simonyan B, Kirakosyan M, Hovhannisyan M, Sahakyan G, et al. Medical specialists' attitudes and practices towards childhood vaccination: a qualitative study in Armenia. *BMC Pediatr.* 1 de diciembre de 2022;22(1).
234. Ganczak M, Bielecki K, Drozd-Dąbrowska M, Topczewska K, Biesiada D, Molas-Biesiada A, et al. Vaccination concerns, beliefs and practices among Ukrainian migrants in Poland: a qualitative study. *BMC Public Health.* 1 de diciembre de 2021;21(1).
235. Socha A, Klein J. What are the challenges in the vaccination of migrants in Norway from healthcare provider perspectives? A qualitative, phenomenological study. *BMJ Open.* 24 de noviembre de 2020;10(11).
236. Abdi I, Menzies R, Seale H. Barriers and facilitators of immunisation in refugees and migrants in Australia: an east-African case study. *Vaccine.* 16 de octubre de 2019;37(44):6724–9.
237. Wiot F, Shirley J, Prugnola A, Di Pasquale A, Philip R. Challenges facing vaccinators in the 21st century: results from a focus group qualitative study. *Hum Vaccin Immunother.* 2 de diciembre de 2019;15(12):2806–15.
238. Jackson C, Bedford H, Cheater FM, Condon L, Emslie C, Ireland L, et al. Needles, Jabs and Jags: A qualitative exploration of barriers and facilitators to child and adult immunisation uptake among Gypsies, Travellers and Roma. *BMC Public Health.* 14 de marzo de 2017;17(1).
239. Mahimbo A, Seale H, Smith M, Heywood A. Challenges in immunisation service delivery for refugees in Australia: A health system perspective. *Vaccine.* 12 de septiembre de 2017;35(38):5148–55.
240. Karafillakis E, Dinca I, Apfel F, Cecconi S, Wúrz A, Takacs J, et al. Vaccine hesitancy among healthcare workers in Europe: A qualitative study. *Vaccine.* 22 de septiembre de 2016;34(41):5013–20.
241. Boragno P, Fiabane E, Taino I, Maffoni M, Sommovigo V, Setti I, et al. Perceptions of COVID-19 Vaccines: Protective Shields or Threatening Risks? A Descriptive Exploratory Study among the Italian Population. *Vaccines (Basel).* 1 de marzo de 2023;11(3).
242. Cunningham-Erves J, George W, Stewart EC, Footman A, Davis J, Sanderson M, et al. COVID-19 Vaccination: Comparison of Attitudes, Decision-Making Processes, and Communication among Vaccinated and Unvaccinated Black Americans. *Int J Environ Res Public Health.* 1 de febrero de 2023;20(4).
243. Margaret Husted, Andrea Gibbons, Wing-Yee Cheung, Stewart Keating. COVID-19 Vaccination Hesitancy in Adults in the United Kingdom: Barriers and Facilitators to Uptake. *Health Psychology.* 2023;
244. Ouni PD, Namulondo R, Wanume B, Okia D, Olupot PO, Nantale R, et al. COVID-19 vaccine hesitancy among health workers in rural Uganda: A mixed methods study. *Vaccine X.* 1 de abril de 2023;13.
245. Perrone C, Fiabane E, Maffoni M, Pierobon A, Setti I, Sommovigo V, et al. Vaccination hesitancy: To be vaccinated, or not to be vaccinated, that is the question in the era of COVID-19. *Public Health Nurs.* 1 de enero de 2023;40(1):90–6.
246. Sahakyan S, Gharibyan N, Aslanyan L, Hayrumyan V, Harutyunyan A, Libaridian L, et al. Multi-Perspective Views and Hesitancy toward COVID-19 Vaccines: A Mixed Method Study. *Vaccines (Basel).* 1 de abril de 2023;11(4).
247. Aynalem BY, Melesse M, Zeleke L. COVID-19 vaccine acceptability and determinants among pregnant mothers attending antenatal care services at Debre Markos town public health institutions, Debre Markos Northwest Ethiopia: Mixed study. *Pan African Medical Journal.* 2022;41.

248. Ba MF, Faye A, Kane B, Diallo AI, Junot A, Gaye I, et al. Factors associated with COVID-19 vaccine hesitancy in Senegal: A mixed study. *Hum Vaccin Immunother.* 2022;18(5).
249. Baumer-Mouradian SH, Hart RJ, Visotcky A, Fraser R, Prasad S, Levas M, et al. Understanding Influenza and SARS-CoV-2 Vaccine Hesitancy in Racial and Ethnic Minority Caregivers. *Vaccines (Basel).* 1 de noviembre de 2022;10(11).
250. Bennett MM, Douglas M, da Graca B, Sanchez K, Powers MB, Warren AM. Attitudes and personal beliefs about the COVID-19 vaccine among people with COVID-19: a mixed-methods analysis. *BMC Public Health.* 1 de diciembre de 2022;22(1).
251. Burrowes SAB, Casey SM, Dobbins S, Hall T, Ma M, Bano R, et al. Healthcare workers' perspectives on the COVID-19 vaccine and boosters for themselves, their patients, and their communities: a mixed methods study. *Journal of Public Health (Germany).* 1 de enero de 2024;32(1):123–36.
252. Choi K, Chang J, Luo YX, Lewin B, Munoz-Plaza C, Bronstein D, et al. "Still on the Fence": A Mixed Methods Investigation of COVID-19 Vaccine Confidence Among Health Care Providers. *Workplace Health Saf.* 1 de junio de 2022;70(6):285–97.
253. Dereje N, Tesfaye A, Tamene B, Alemeshet D, Abe H, Tesfa N, et al. COVID-19 vaccine hesitancy in Addis Ababa, Ethiopia: a mixed-method study. *BMJ Open.* 30 de mayo de 2022;12(5).
254. Dong L, Bogart LM, Gandhi P, Aboagye JB, Ryan S, Serwanga R, et al. A qualitative study of COVID-19 vaccine intentions and mistrust in Black Americans: Recommendations for vaccine dissemination and uptake. *PLoS One.* 1 de mayo de 2022;17(5 May).
255. Gardner J, Brown G, Vargas-Correa J, Weaver F, Rubinstein I, Gordon HS. An assessment of Veterans attitudes and willingness to receiving the COVID-19 vaccine: a mixed methods study. *BMC Infect Dis.* 1 de diciembre de 2022;22(1).
256. Jacoby KB, Hall-Clifford R, Whitney CG, Collins MH. Vaccination and vacci-notions: Understanding the barriers and facilitators of COVID-19 vaccine uptake during the 2020-21 COVID-19 pandemic. *Public Health in Practice.* 1 de junio de 2022;3.
257. Kim S, Willis E, Wehlage S, Scheffer-Wentz H, Dulitz M. COVID-19 vaccine hesitancy and short-term and long-term intentions among unvaccinated young adults: a mixed-method approach. *BMC Public Health.* 1 de diciembre de 2022;22(1).
258. Krishnakumar HN, Gealogo GA, Holland T, Martinez M, Hendrix L, Collins M, et al. Understanding Questions and Concerns Regarding COVID-19 and the COVID-19 Vaccine Among Populations Presenting at a COVID-19 Vaccine Clinic Hub: A Qualitative Study. *J Prim Care Community Health.* 2022;13.
259. Litaker JR, Lopez Bray C, Tamez N, Durkalski W, Taylor R. COVID-19 Vaccine Acceptors, Refusers, and the Moveable Middle: A Qualitative Study from Central Texas. *Vaccines (Basel).* 1 de octubre de 2022;10(10).
260. Manca T, Humble RM, Aylsworth L, Cha E, Wilson SE, Meyer SB, et al. "We need to protect each other": COVID-19 vaccination intentions and concerns among Racialized minority and Indigenous Peoples in Canada. *Soc Sci Med.* 1 de noviembre de 2022;313.
261. Mohd Rani MD, Mohamed NA, Solehan HM, Ithnin M, Ariffien AR, Isahak I. Assessment of acceptability of the COVID-19 vaccine based on the health belief model among Malaysians-A qualitative approach. *PLoS One.* 1 de junio de 2022;17(6 June).

262. Moore R, Purvis RS, Hallgren E, Willis DE, Hall S, Reece S, et al. Motivations to Vaccinate Among Hesitant Adopters of the COVID-19 Vaccine. *J Community Health*. 1 de abril de 2022;47(2):237–45.
263. Nakhostin-Ansari A, Zimet GD, Khonji MS, Aghajani F, Teymourzadeh A, Kazerooni AAR, et al. Acceptance or Rejection of the COVID-19 Vaccine: A Study on Iranian People’s Opinions toward the COVID-19 Vaccine. *Vaccines (Basel)*. 1 de mayo de 2022;10(5).
264. Okoro O, Kennedy J, Simmons G, Vosen EC, Allen K, Singer D, et al. Exploring the Scope and Dimensions of Vaccine Hesitancy and Resistance to Enhance COVID-19 Vaccination in Black Communities. *J Racial Ethn Health Disparities*. 1 de diciembre de 2022;9(6):2117–30.
265. Sacramento SPR, Sipin IDP. Viral content: a theory of vaccine hesitancy based on information encountering in the greater Manila area, Philippines. *Libres*. 2022;32(1):1–15.
266. Sagoe D, Ogunbode C, Antwi P, Knizek BL, Awaleh Z, Dadzie O. UK ethnic minority healthcare workers’ perspectives on COVID-19 vaccine hesitancy in the UK ethnic minority community: A qualitative study. *Front Psychol*. 3 de agosto de 2022;13.
267. Schiff J, Schmidt AR, Pham PK, Pérez JB, Pannaraj PS, Chaudhari PP, et al. Parental attitudes in the pediatric emergency department about the COVID-19 vaccine. *Vaccine*. 28 de noviembre de 2022;40(50):7328–34.
268. Schilling S, Orr CJ, Delamater AM, Flower KB, Heerman WJ, Perrin EM, et al. COVID-19 vaccine hesitancy among low-income, racially and ethnically diverse US parents. *Patient Educ Couns*. 1 de agosto de 2022;105(8):2771–7.
269. Simanjorang C, Pangandaheng N, Tinungki Y, Medea GP. The determinants of SARS-CoV-2 vaccine hesitancy in a rural area of an Indonesia-Philippines border island: A mixed-method study. *Enferm Clin*. 1 de noviembre de 2022;32(6):376–84.
270. Tamisetty S, Babu GR, Sahu B, Shapeti S, Ravi D, Lobo E, et al. Predictors of COVID-19 Vaccine Confidence: Findings from Slums of Four Major Metro Cities of India. *Vaccines (Basel)*. 1 de enero de 2022;10(1).
271. Tefera Z, Assefaw M. A Mixed-Methods Study of COVID-19 Vaccine Acceptance and Its Determinants Among Pregnant Women in Northeast Ethiopia. *Patient Prefer Adherence*. 2022;16:2287–99.
272. Toure AA, Traore FA, Camara G, Magassouba AS, Barry I, Kourouma ML, et al. Facilitators and barriers to COVID-19 vaccination among healthcare workers and the general population in Guinea. *BMC Infect Dis*. 1 de diciembre de 2022;22(1).
273. Waheed A, Abu Bakr Elsaid NM, Ghweeba M, Elmaraghy N, Al-Touny SA, Nemr N, et al. Determinants of coronavirus disease 2019 vaccine acceptance, hesitancy, and barriers among healthcare workers in Ismailia, Egypt: a mixed methods study. *Journal of the Egyptian Public Health Association*. 1 de diciembre de 2022;97(1).
274. Williams L, Gallant A, Brown L, Corrigan K, Crowe K, Hendry E. Barriers and facilitators to the future uptake of regular COVID-19 booster vaccinations among young adults in the UK. *Hum Vaccin Immunother*. 2022;18(6).
275. Zheng M, Zhong W, Chen X, Wang N, Liu Y, Zhang Q, et al. Factors influencing parents’ willingness to vaccinate their preschool children against COVID-19: Results from the mixed-method study in China. *Hum Vaccin Immunother*. 2022;18(6).

276. Alzubaidi H, Samorinha C, Saddik B, Saidawi W, Abduelkarem AR, Abu-Gharbieh E, et al. A mixed-methods study to assess COVID-19 vaccination acceptability among university students in the United Arab Emirates. *Hum Vaccin Immunother.* 2021;17(11):4074–82.
277. Douine M, Granier S, Brureau K, Breton J, Michaud C, Gaillet M, et al. Levers and barriers to vaccinate against covid-19 in the multicultural context of french guiana: A qualitative cross-sectional survey among health care workers. *Vaccines (Basel).* 1 de noviembre de 2021;9(11).
278. Evans S, Klas A, Mikocka-Walus A, German B, Rogers GD, Ling M, et al. “Poison” or “protection”? A mixed methods exploration of Australian parents’ COVID-19 vaccination intentions. *J Psychosom Res.* 1 de noviembre de 2021;150.
279. Geoghegan S, Stephens LC, Feemster KA, Drew RJ, Eogan M, Butler KM. “This choice does not just affect me.” Attitudes of pregnant women toward COVID-19 vaccines: a mixed-methods study. *Hum Vaccin Immunother.* 2021;17(10):3371–6.
280. Iliyasu Z, Umar AA, Abdullahi HM, Kwaku AA, Amole TG, Tsiga-Ahmed FI, et al. “They have produced a vaccine, but we doubt if COVID-19 exists”: correlates of COVID-19 vaccine acceptability among adults in Kano, Nigeria. *Hum Vaccin Immunother.* 2021;17(11):4057–64.
281. Moore R, Willis DE, Shah SK, Purvis RS, Shields X, McElfish PA. “The Risk Seems Too High”: Thoughts and Feelings about COVID-19 Vaccination. *Int J Environ Res Public Health.* 2 de agosto de 2021;18(16).
282. Nilsson S, Mattson J, Berghammer M, Brorsson AL, Forsner M, Jenholt Nolbris M, et al. To be or not to be vaccinated against COVID-19 – The adolescents’ perspective – A mixed-methods study in Sweden. *Vaccine X.* 1 de diciembre de 2021;9.
283. Roberts C h., Brindle H, Rogers NT, Eggo RM, Enria L, Lees S. Vaccine Confidence and Hesitancy at the Start of COVID-19 Vaccine Deployment in the UK: An Embedded Mixed-Methods Study. *Front Public Health.* 11 de noviembre de 2021;9.
284. Newcomer SR, Caringi J, Jones B, Coyle E, Schehl T, Daley MF. A Mixed-Methods Analysis of Barriers to and Facilitators of Human Papillomavirus Vaccination Among Adolescents in Montana. Vol. 135, *Public Health Reports.* 2020.
285. Krawczyk A, Perez S, King L, Vivion M, DubÉ E, Rosberger Z. Parents’ decision-making about the human papillomavirus vaccine for their daughters: li. qualitative results. *Hum Vaccin Immunother.* 2015;11(2):330–6.
286. Ilesanmi MM, Abonyi S, Pahwa P, Gerdt V, Scwandt M, Neudorf C. Trends, barriers and enablers to measles immunisation coverage in Saskatchewan, Canada: A mixed methods study. *PLoS One.* 1 de noviembre de 2022;17(11 November).
287. Smith SE, Sivertsen N, Lines L, De Bellis A. Weighing up the risks — Vaccine decision-making in pregnancy and parenting. *Women and Birth.* 1 de noviembre de 2022;35(6):547–52.
288. Dutta T, Agle J, Meyerson BE, Barnes PA, Sherwood-Laughlin C, Nicholson-Crotty J. Perceived enablers and barriers of community engagement for vaccination in India: Using socioecological analysis. *PLoS One.* 1 de junio de 2021;16(6 June).
289. Abebe AM, Wudu Kassaw M, Zemariam AB, Estifanos Shewangashaw N. Coverage, Opportunity, and Challenges of Expanded Program on Immunization among 12-23-Month-Old Children in Woldia Town, Northeast Ethiopia, 2018. *Biomed Res Int.* 2019;2019.

290. Krishnamoorthy Y, Kannusamy S, Sarveswaran G, Majella M, Sarkar S, Narayanan V. Factors related to vaccine hesitancy during the implementation of Measles-Rubella campaign 2017 in rural Puducherry- A mixed-method study. *J Family Med Prim Care*. 2019;8(12):3962.
291. Malande OO, Munube D, Afaayo RN, Annet K, Bodo B, Bakainaga A, et al. Barriers to effective uptake and provision of immunization in a rural district in Uganda. *PLoS One*. 1 de febrero de 2019;14(2).
292. Miko D, Costache C, Colosi HA, Neculicioiu V, Colosi IA. Qualitative assessment of vaccine hesitancy in Romania. *Medicina (Lithuania)*. 1 de junio de 2019;55(6).
293. Amin R, Corte TJ, De Oliveira R, Da Cunha M, Brown TW, Favin M, et al. Factors limiting immunization coverage in urban Dili, Timor-Leste [Internet]. 2013. Disponible en: www.ghspjournal.org
294. de Munter AC, Hautvast JLA, Ruijs WLM, Ruiters RAC, Hulscher MEJL. Considerable doubt about rubella screening and vaccination among unvaccinated orthodox protestant women: a mixed-methods study. *BMC Public Health*. 1 de diciembre de 2023;23(1).
295. Gauld N, Martin S, Sinclair O, Petousis-Harris H, Dumble F, Grant CC. A qualitative study of views and experiences of women and health care professionals about free maternal vaccinations administered at community pharmacies. *Vaccines (Basel)*. 1 de abril de 2020;8(2).
296. Machmud PB, Führer A, Gottschick C, Mikolajczyk R. Barriers to and Facilitators of Hepatitis B Vaccination among the Adult Population in Indonesia: A Mixed Methods Study. *Vaccines (Basel)*. 1 de febrero de 2023;11(2).
297. Trayner KMA, Anderson N, Cameron JC. A mixed-methods study to identify factors associated with MenACWY vaccine uptake, barriers and motivations towards vaccination among undergraduate students. *Health Educ J*. 1 de marzo de 2019;78(2):189–202.
298. Tsimtsiou Z, Tatsioni A, Gkizlis V, Kolokas K, Papaioannou A, Birka S, et al. Under-Vaccination in Adults: Qualitative Insights Into Perceived Barriers Reported by Vaccine Supporters, Undecided and Refuters. *Journal of Primary Prevention*. 1 de diciembre de 2021;42(6):625–40.
299. Majid U, Ahmad M, Zain S, Akande A, Ikhlaf F. COVID-19 vaccine hesitancy and acceptance: A comprehensive scoping review of global literature. *Health Promot Int*. 1 de junio de 2022;37(3).
300. Oyedeji O, Maples JM, Gregory S, Chamberlin SM, Gatwood JD, Wilson AQ, et al. Pharmacists' perceived barriers to human papillomavirus (Hpv) vaccination: A systematic literature review. Vol. 9, *Vaccines*. MDPI; 2021.
301. Périères L, Séror V, Boyer S, Sokhna C, Peretti-Watel P. Reasons given for non-vaccination and under-vaccination of children and adolescents in sub-Saharan Africa: A systematic review. *Human Vaccines and Immunotherapeutics*. Taylor and Francis Ltd.; 2022.
302. Pinatel N, Plotton C, Pozzetto B, Gocko X. Nurses' Influenza Vaccination and Hesitancy: A Systematic Review of Qualitative Literature. Vol. 10, *Vaccines*. MDPI; 2022.
303. Rosso A, Massimi A, Pitini E, Nardi A, Baccolini V, Marzuillo C, et al. Factors affecting the vaccination choices of pregnant women for their children: a systematic review of the literature. Vol. 16, *Human Vaccines and Immunotherapeutics*. Bellwether Publishing, Ltd.; 2020. p. 1969–80.